

50 LET/YEARS

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



50(2)
Ljubljana 2016

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 veleučilišče Zagreb, Hrvaška
- **doc. dr. Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **viš. pred. dr. 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:

Špela Komac

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 (2016): 10 EUR za dijake, študente in upokojene; 25 EUR za posameznike - fizične osebe; 70 EUR za pravne osebe.

Naklada: 950 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna knjigovoznica Radovljica

Tiskano na brez kislinškem papirju

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

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

Izdajo sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

50 LET/YEARS

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 2016 Letnik 50 Številka 2
Ljubljana 2016 Volume 50 Number 2

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

PREDSTAVITEV, NAMEN IN CILJI

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

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

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

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

Obzornik zdravstvene nege indeksirajo: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), ProQuest (ProQuest Online Information Service), 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), ProQuest (ProQuest Online Information Service), COBISS.SI (Slovenian union bibliographic/catalogue database), Biomedicina Slovenica, dLib. si (The Digital Library of Slovenia).

KAZALO/CONTENTS**UVODNIK/LEADING ARTICLE**

- Profesionalna revija kot eden od pomembnih dosežkov nacionalne strokovne organizacije:
ob 50. obletnici izhajanja Obzornika zdravstvene nege
A journal of professional nursing as one among many accomplishments of the national professional
organisation: the 50th anniversary of the Slovenian Nursing Review
Monika Ažman 104

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Qualitative analysis of factors associated with the experience of contraception in rural setting
Kvalitativna analiza dejavnikov, povezanih z doživljanjem kontracepcije v ruralnem okolju
Špela Črnigoj, Mirko Prosen 107

- Kaj študente zdravstvene nege motivira za učenje in kako ocenjujejo simulirano klinično usposabljanje
What motivates nursing students for learning and how they evaluate simulated clinical training
Manca Pajnič 126

- Izkušnje žensk ob nenačrtovanem porodu zunaj porodnišnice
Women's experience of unplanned out-of-hospital birth
Ksenija Kragelj, Mirko Prosen 135

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Varna tehnika dolgotrajne intermitentne samokatetrizacije
Safe long-term intermittent self-catheterisation technique
Melita Peršolja 144

STROKOVNI ČLANEK/PROFESSIONAL ARTICLE

- Referenčne ambulante: izkušnje diplomiranih medicinskih sester
Reference outpatient clinics: graduated nurses' experiences
Saša Pečelin, Maja Sočan 157

Uvodnik/Leading article

Profesionalna revija kot eden od pomembnih dosežkov nacionalne strokovne organizacije: ob 50. obletnici izhajanja Obzornika zdravstvene nege

A journal of professional nursing as one among many accomplishments of the national professional organisation: the 50th anniversary of the Slovenian Nursing Review

Monika Ažman

Zveza društev medicinskih sester Slovenije je na svoji skupščini leta 1966 sklenila, da bodo trikrat oziroma štirikrat na leto izdajali strokovno glasilo. Z glasilom so napredne članice uredniškega odbora želele zapolniti vrzel v širjenju strokovnih vsebin na področju zdravstva ter si zastavile cilj, da bi glasilo postalo nepogrešljivo za vse, ki jim skrb za zdravje takratnega prebivalstva ne nalaga zgolj poklicna dolžnost, temveč tudi poslanstvo človečnosti. »Izpopolnjevanje znanja je bilo vselej življenjska nujnost za uspešno poklicno delo v zdravstvu in hkrati tudi eno temeljnih društvenih pravil za vse profile zdravstvenih delavcev« so v uvodu v prvi številki Zdravstvenega obzornika leta 1967 zapisale članice uredniškega odbora Cita Bole, Ivana Dolenc, Anica Gradišek in Cilka Potokar (Za uvod, 1967). Zdravstveni obzornik je kot glasilo nadgradil »instruktorsko-informativni list« Medicinska sestra na terenu, ki je izhajal med letoma 1954 in 1961. Tudi v uvodniku prve številke takratnega lista je poudarek na neprestanem strokovnem izpopolnjevanju medicinskih sester, ki je in mora biti prva vzgojiteljica in nepogrešljiva svetovalka (Uvodna beseda, 1954). Skozi leta so se spreminjali uredniški odbori, podoba in oblika besedil, spreminjala se je terminologija in tudi ime glasila. Leta 1994 se je glasilo preimenovalo v Obzornik zdravstvene nege. S tem je še jasneje opredeljeno strokovno področje, ki mu pripada, več pa je tudi strokovnih informacij in strokovnih člankov, ki so vedno bolj kakovostni ter so rezultat strokovnega in raziskovalnega dela medicinskih sester. Novo tisočletje je prineslo nove napredke na področju informatizacije. Svetovni splet je odprl neslutene možnosti izmenjave podatkov ter poenostavljen dostop do strokovnih člankov in revij z vsega sveta. Prosto dostopna je tudi znanstveno-strokovna revija Obzornik zdravstvene nege.

V petdesetih letih je velike spremembe doživela tudi strokovna organizacija. Iz majhne pisarne na

Vidovdanski ulici 9 v Ljubljani smo zrasli v urejeno profesionalno organizacijo, ki je v tem času zaradi želje po izobraževanju, izboljšanju, nadgradnji kompetenc, znanja in spretnosti pogledala tudi prek slovenskih meja. Priključili smo se Mednarodnemu svetu medicinskih sester (ICN – International Council of Nurses), Svetovni babiški konfederaciji (ICM – International Confederation of Midwives), v evropskem prostoru pa Evropski federaciji združenj medicinskih sester (EFN – European Federation of Nurses Association) in Evropski babiški zvezi (EMA – European Midwives Association). Zrasla je nova evropska družina – Evropska unija. Zelo smo tudi ponosni, da smo imeli v zadnjih 15 letih slovenskega predstavnika v vodstvu ICN in deset let v EMA – tako majhna, a prepoznavna država, polna delovnih in sposobnih posameznikov. Vse to povezovanje je pomembno vplivalo na strokovni razvoj medicinskih sester in bobic v Sloveniji, saj smo začeli uporabljati mednarodne dokumente, predpise, strateške usmeritve mednarodnih organizacij in direktive, pomembne za njihovo izobraževanje in delovanje.

V vseh desetletjih je največ sprememb doživel prav sistem izobraževanja za zdravstveno nego v Sloveniji, z njim so se spreminjale tudi kompetence medicinskih sester. Za izobraževanje medicinskih sester je trenutno najpomembnejši dokument EFN-smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/ Evropske unije, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/ Evropske unije. Dopolnjena direktiva o poklicnih kvalifikacijah, sprejeta proti koncu leta 2013, v 31. členu vsebuje osem kompetenc, ki so pravno zavezujoče. Države članice bi morale zagotoviti njihovo implementacijo najpozneje januarja 2016. Narašča namreč spoznanje, da sta učinkovitost zdravstvenega sistema in izboljšanje

Monika Ažman, dipl. m. s.; predsednica, Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana

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

Prejeto/Received: 2. 6. 2016

Sprejeto/Accepted: 7. 6. 2016

zdravja prebivalstva kritično odvisna od ustrezno usposobljene in razporejene zdravstvene delovne sile. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) poroča o napredku v zadnjih letih pri doseganju ciljev in ciljev globalnega kodeksa zdravstvene prakse na mednarodnem zaposlovanju zdravstvenih delavcev v evropski regiji in izzivih človeških virov za zdravje 2020. Prav tako poroča o učinkovitem spremljanju tokov zdravstvenih delavcev in boljšem načrtovanju delovne sile, ki je dobro povezano s transformativnim izobraževanjem zdravstvenih delavcev ter učinkovito distribucijo znanja in kombinacijo veščin za izboljšanje splošne učinkovitosti delovne sile v zdravstvu (Buchan & Perfilieva, 2015).

Na skupnem srečanju ICN, ICM in SZO, ki je potekalo med 17. in 21. majem 2016 v Ženevi, tik pred letno skupščino SZO, so predstavili nov dokument Strateške usmeritve za zdravstveno nego in babištvo 2016–2020 (Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020) (World Health Organization, 2016). Namen tega dokumenta je zagotoviti, da bo delovna sila v zdravstveni negi in babištvu učinkovito prispevala k univerzalni dostopnosti do zdravstvenega varstva za vse uporabnike zdravstvenih storitev znotraj odzivnih zdravstvenih sistemov. »Globalni vpliv zdravstvene nege in babištva še nikoli ni bil bolj potreben, da bi dosegli univerzalno zdravstveno pokritost in trajnostni razvoj tisočletja,« je dejala dr. Frances Hughes, izvršna direktorica ICN (World Health Organization, 2016). V mnogih državah sta zdravstvena nega in babištvo največja delovna sila v zdravstvu, zato je naložba v te poklice bistvena. V teh strateških usmeritvah so ključne štiri teme: zagotavljanje izobraženih, usposobljenih in motiviranih medicinskih sester in babic, ki se bodo učinkovito odzivala na potrebe zdravstvenega sistema na vseh ravneh in v različnih okoljih; optimizacija razvojne politike, učinkovito upravljanje in vodenje; skupna prizadevanja za povečanje zmogljivosti ter potencialov medicinskih sester in babic skozi intra- in interprofesionalno sodelovanje s partnerji, izobraževanje in stalni strokovni razvoj; mobilizacija politične volje za vlaganje v gradnjo učinkovitega razvoja delovne sile na področju zdravstvene nege in babištva, ki temelji na znanstvenih dokazih.

Strategija razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje 2011–2020 (2011) opredeljuje vizijo, izhodiščne usmeritve in strateške cilje razvoja zdravstvene nege. Kot temeljni razvojni dokument opredeljuje vsa področja, ki so skupna in pomembna za delovanje ter razvoj zdravstvene nege in oskrbe na vseh ravneh zdravstvenega varstva in v vseh delovnih okoljih, in sicer: področje izobraževanja, področje menedžmenta in vodenja, področje informatizacije, pravna ureditev in razvoj dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. V dokumentu je najboljše opredeljeno prav področje izobraževanja, ki med strateške cilje uvršča izvedbo državne študije, s katero je treba

opredeliti potrebe po kadrih na področju zdravstvene nege in oskrbe za najmanj 15-letno obdobje. Prvo petletno obdobje je že minilo, k izvedbi študije pa država žal še ni pristopila. Možnosti za vertikalno nadgrajevanje strokovnih znanj, za celovit strokovni, karierni in osebnostni razvoj je prek rednih izobraževalnih poti več kot dovolj. Zastavlja se le vprašanje, ali kakovost izobraževalnih institucij na ravni visokošolskega izobraževanja zares prispeva tudi h kakovostni izvedbi izobraževalnih programov in ali diplomanti zadostijo potrebam slovenskega zdravstvenega sistema. Podiplomsko izobraževanje v obliki kliničnih specializacij na posameznih področjih zdravstvene nege mora postati prioriteta pri doseganju ciljev varne in kakovostne zdravstvene obravnave. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica - Zveza) je januarja 2016 od ministrstva za zdravje spet prejela javno pooblastilo za načrtovanje specializacij in opravljanje specialističnih izpitov.

Prav zato bo Zbornica – Zveza sledila priporočilu EFN po poenotenih definicijah in klasifikaciji spretnosti, kompetenc, kvalifikacij in poklicev (z enotno terminologijo v vseh jezikih Evropske unije) v zdravstveni negi, z vključitvijo štirih kategorij poklica medicinske sestre. Na podlagi teh je EFN oblikoval matriko in jo začel polniti s ključnimi kompetencami, ki temeljijo na analizi poročila EFN, in sicer za tehnika zdravstvene nege, medicinsko sestro, medicinsko sestro specialistko in medicinsko sestro z naprednimi znanji. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva med kratkoročne in srednjeročne izzive umešča tudi načrtovanje kadrovskih virov v državi, ki ne poteka kot usklajen proces med vsemi ključnimi deležniki in ne temelji na ocenah potreb prebivalstva. Posebej poudarjeno je nenačrtovano povečevanje števila visokih šol, ki bi lahko povzročilo neravnovesje na trgu delovne sile, lahko pa pomeni tudi priložnost v primeru nadaljnjega prenosa kompetenc med zdravstvenimi profili (na primer referenčne ambulante) ali uvajanje novih dejavnosti v zdravstvu (na primer dolgotrajna oskrba, skupnostna obravnava bolnikov z duševnimi motnjami ...). Razvoj zdravstvene nege je torej močno povezan in odvisen od razvoja izobraževanja na področju zdravstvene in babiške nege. Magistrski študij na področju zdravstvene nege že poteka, prizadevanja za doktorski študij pa morajo postati realnost že v tem letu. Napredna znanja, ki jih opredeljujejo vsi pomembni dokumenti, tudi EFN-smernice, so tista znanja, brez katerih ni sodobne obravnave pacienta z vidika zdravstvene nege, ki vključuje promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo, izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti ter raziskovanje, kakovost in varnost, ki temelji na etiki skrbi. Kot strokovno združenje bomo zagovarjali tudi ustrezno umestitev vseh teh kategorij poklica medicinske sestre v sistemizacijo delovnih mest.

Glede na dolgoročne izzive na področju zdravja in zdravstvenega varstva v Sloveniji, ki se dotikajo naraščanja bremena kroničnih bolezni in stanj ter tistih, ki so odvisni od tuje pomoči, povečevanja neenakosti v zdravju, grožnje zdravju, ki jih povzročajo nove nalezljive bolezni, odpornost mikrobov na zdravila in dejavniki iz okolja, finančno vzdržnost zdravstvenih sistemov in mobilnost pacientov, se bo pomembno krepila primarna zdravstvena dejavnost, s katero bi želeli zagotoviti večjo dostopnost do celovite in kakovostne zdravstvene obravnave pacientov (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025, 2015). Zato je logično pričakovati, da bo ministrica, pristojna za zdravje, sprejela in potrdila programe z omenjenih področij (krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni, nujna medicinska pomoč, gerontologija, obvladovanje nalezljivih bolezni in drugih nevarnosti za zdravje, duševno zdravje ipd.).

In kje sta pri vsem zapisanem vloga in pomen Obzornika zdravstvene nege? Osnovno poslanstvo se kljub tehnološkemu napredku, novim medijem ter novim generacijam izvajalcev zdravstvene in babiške nege ni spremenilo. Še vedno ostaja edina in zato še toliko bolj pomembna revija Zbornice – Zveze, ki s svojimi znanstvenimi in strokovnimi vsebinami pomembno vpliva na pridobivanje novih znanj medicinskih sester in babic ter s tem na razvoj zdravstvene in babiške nege v slovenskem prostoru. Njen pomen je še toliko večji, ker je revija obogatena z gostujočimi tujimi prispevki in ima uredniški odbor z mednarodno zasedbo, hkrati pa je prosto dostopna na svetovnem spletu. Žal ostajajo enaki kot pred petimi desetletji tudi izzivi. Še vedno je premalo kakovostnih člankov, odzivnost nekaterih avtorjev je slaba, nekateri pa se ob prejetju recenzentskih anonimnih mnenj ne strinjajo z objavo. Revija kljub prosto dostopni spletni izdaji še vedno izhaja tudi v tiskani obliki, ker se vodstvo Zbornice – Zveze zaveda, da je tiskana beseda skoraj večna in pomeni dodano vrednost. Žal pa število naročnikov upada in vprašanje časa je, kdaj bo finančno breme tiskane oblike Obzornika zdravstvene nege postalo preveliko in ga bo treba opustiti.

Ob jubileju pa se moramo tudi zahvaliti in pohvaliti sodelujoče pri reviji ter predstaviti nove načrte. Zato vsem dosedanjim urednicam, urednikom, članicam in članom uredniških odborov, lektorjem in lektoriciam, tehničnim sodelavcem, tiskarjem in dosedanjim predsednicam stanovske organizacije (Uredništvo skozi čas, 2016) iskrena hvala za vse opravljeno delo, znanje, vztrajnost in prepoznavnost pomembnosti izhajanja revije že dolgih, neprekinjenih petdeset let. Naj bo ta podatek tudi spodbuda za nadaljnje delo

vsem, ki ste v tem trenutku najtesneje vpeti v izhajanje revije. Iskrene čestitke in najlepše praznovanje z novimi vsebinami tudi vam, spoštovani bralci.

Literatura

Buchan, J. & Perfilieva, G., 2015. *Making progress towards health workforce sustainability in the WHO European region*. Copenhagen: World Health Organization. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/287456/Making-progress-towards-health-workforce-sustainability-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf?ua=1 [30. 5. 2016].

Direktiva 2013/55/EU Evropskega parlamenta in sveta z dne 20. novembra 2013 o spremembi Direktive 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij in Uredbe (EU) št. 1024/2012 o upravnem sodelovanju prek informacijskega sistema za notranji trg (uredba IMI). *Uradni list Evropske unije*, L 354/132.

Direktiva Evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES z dne 7. septembra 2005 o priznavanju poklicnih kvalifikacij. *Uradni list Evropske unije*, L 255/22.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025. Skupaj za družbo zdravja. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/PPT_13.6_Resolucija/ResNPZV.pdf [30. 5. 2016].

Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020, 2011. Available at: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_razvoja_zn_2011-2020_okt_2011.pdf [30. 5. 2016].

Uredništvo skozi čas, 2016. *Obzornik zdravstvene nege*. Available at: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Urednistvo_skozi_cas.aspx [30. 5. 2016].

Uvodna beseda, 1954. *Medicinska sestra na terenu*, 1(1), p. 1. Available at: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=338a9cdb-f9f3-4176-9e9d-f4d81b8b1d50 [30. 5. 2016].

World Health Organization, 2016. *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/glob-strategic-midwifery2016-2020_EN.pdf [30. 5. 2016].

Za uvod, 1967. *Zdravstveni obzornik*, 1(1), pp. 1-2. Available at: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=f1a3eeb0-95ed-471b-b396-5860141c9868 [30. 5. 2016].

Citirajte kot/Cite as:

Ažman, M., 2016. Profesionalna revija kot eden od pomembnih dosežkov nacionalne strokovne organizacije: ob 50. obletnici izhajanja Obzornika zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 104–106. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.101>

Original scientific article/ Izvirni znanstveni članek

Qualitative analysis of factors associated with the experience of contraception in rural setting

Kvalitativna analiza dejavnikov, povezanih z doživljanjem kontracepcije v ruralnem okolju

Špela Črnigoj, Mirko Prosen

Key words: society; family planning; health literacy; quality of life; phenomenology

Ključne besede: družba; načrtovanje družine; zdravstvena prosvetljenost; kakovost življenja; fenomenologija

Špela Črnigoj, RN; General Hospital dr. Franc Derganc Nova Gorica, Ulica padlih borcev 13a, 5290 Šempeter

Correspondence e-mail/
Kontaktni e-naslov:
spela185@gmail.com

Senior Lecturer Mirko Prosen, MSc, BSc, RN; University of Primorska Faculty of Health Sciences, Polje 42, 6310 Izola

ABSTRACT

Introduction: The phenomenon of contraception, its prevalence and its implication for women's emancipation is influenced by a number of social factors, including the environment. The purpose of this study was to examine the phenomenon of contraception through the eyes, knowledge, experience and perception of women living in rural areas.

Methods: The phenomenological approach was used within the framework of qualitative methodology. The purposive sample included eight women aged 20 to 50 years, living in the rural areas of western Slovenia. The research was conducted in April and May 2015. The data obtained through semi-structured interviews were analysed using the method of phenomenological text analysis.

Results: The analysis yielded four thematic groups which conceptualize the studied phenomenon: (1) the factors affecting the choice and use of a contraceptive method and its acceptance, (2) the importance of contraception for women, (3) the education and acquisition of adequate contraceptive knowledge, (4) the women's social status.

Discussion and conclusion: Results of the research indicate that contraception is an important dimension of women's quality of life and their social status. The acceptance of contraception and the selection of a contraceptive method are influenced by a number of social factors and guided by various support systems. The knowledge of these factors enables nurses to systematically plan and deliver health education. Further research of the phenomenon could be conducted also among urban female population.

IZVLEČEK

Uvod: Fenomen kontracepcije ter njene razširjenosti in pomena, ki ga ima ta za emancipacijo žensk, krojijo številni družbeni dejavniki, med njimi tudi okolje. Namen raziskave je bil preučiti fenomen kontracepcije skozi videnja, védenja, izkušnje in doživljanja žensk, ki živijo v ruralnem okolju.

Metode: V okviru kvalitativne metodologije je bil uporabljen fenomenološki pristop. Namenski vzorec je vključeval osem žensk, starih od 20 do 50 let, ki živijo v ruralnem okolju zahodne Slovenije. Raziskava je potekala aprila in maja 2015. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo delno strukturiranih intervjujev in analizirani s pomočjo metode fenomenološke analize besedila.

Rezultati: V analizi so bile identificirane štiri tematske skupine, ki konceptualizirajo preučevani fenomen: (1) dejavniki, ki vplivajo na izbiro in rabo kontracepcijske metode ter njeno sprejemljivost, (2) pomen kontracepcije za ženske, (3) vzgoja in pridobivanje ustreznega znanja o kontracepciji, (4) družbeni položaj žensk.

Diskusija in zaključek: Izsledki raziskave kažejo, da je kontracepcija pomembna dimenzija kakovosti življenja žensk in njihovega družbenega položaja. Sprejemljivost kontracepcije in izbiro kontracepcijske metode oblikujejo številne družbene okoliščine in usmerjajo mnogi podporni sistemi. Medicinski sestri poznavanje teh informacij omogoča načrtovanje sistematične zdravstvene vzgoje. Priložnosti nadaljnje raziskovanja se kažejo v preučevanju fenomena na populaciji žensk v urbanih okoljih.

The article is based on a diploma thesis of Špela Črnigoj *The rise of birth control and its importance for women (2015).* Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Špele Črnigoj *Vzpon kontracepcije in njen pomen za ženske (2015).*

Received/Prejeto: 21. 12. 2015
Accepted/Sprejeto: 18. 5. 2016

Introduction

Throughout history, mankind has tried to limit family size (Glasier, 2002). The idea of contraception has been around for thousands of years and has been documented through various forms of art and written word (Evans, 2009). Birth control methods throughout history have ranged from ritualistic and mythical to practical and effective. Until the last century, this was largely achieved by behavioural modifications, including abstinence, infrequent coitus, the avoidance of intercourse during the fertile period of the cycle and coitus interruptus (the withdrawal method). Breast-feeding, which inhibits normal ovarian activity, has been, for instance, one of the most important means of limiting fertility, whereas for individual couples, coitus interruptus, first mentioned in the book of Genesis, has had a major role to play (Glasier, 2002; Cook, 2004). Many of the contraceptive techniques used in the past are not so different from the methods popular today (Evans, 2009). Contraceptives have been used in one form or another for thousands of years — throughout human history and even prehistory. In fact, family planning has always been widely practiced, even in societies dominated by social, political, or religious codes (Gordon, 2002; Stankuniene & Maslauskaitė, 2008; Planned Parenthood Federation of America, 2012), that required people to "be fruitful and multiply" — from the era of Pericles in ancient Athens to that of pope, today (Planned Parenthood Federation of America, 2012).

Today, several methods of contraception are available which the medical science divides into traditional or natural, and modern. The modern methods include male and female sterilisation, contraceptive pills, intrauterine devices, contraceptive injections, implants, rings, condoms, sponges, spermicides, and diaphragm. The traditional contraceptive methods encompass breast-feeding, withdrawal and natural family planning (Cook, 2004; Evans, 2009; Oliveira da Silva, et al., 2011). Scott (2013) states that women's contraceptive needs change throughout their lives. Sexually active women can choose the most effective contraceptive method that will best suit them in particular life circumstances and psychosocial needs (Tone, 2012).

In 2011, worldwide an estimated 63 per cent of women were using a contraceptive method, though contraceptive prevalence levels varied widely across major areas and sub-regions (United Nations, 2013). According to the most recent data available, contraceptive prevalence among women of reproductive age who are married or in a union varies between 4 percent in South Sudan and 88 percent in Norway. Contraceptive prevalence was lowest in Africa (31 percent), and 70 percent or higher in Europe, Latin America and the Caribbean, and Northern America. In developed countries short-term and reversible methods (e.g. pill, injectable and

male condom) were more commonly used, while in the developing countries female sterilization and the Intra Uterine Device (IUD), the longer-term or permanent methods, were the two most common methods used by married or in-union women worldwide (United Nations, 2013).

According to the National Institute of Public Health, nearly a million packages of birth control pills were dispensed in Slovenia in 2012, which indicates that more than 77,000 women of reproductive age (15–47 years), that is 162 out of 1000 women use hormone contraception. The use of the latter has increased in adolescents and young women between 20 and 24 years of age. On the other hand, the use of hormone contraception in women aged over 30 years is in decline. Hormonal contraceptives are used by one out of three women aged 20–24 years and one out of five women aged 15–19 and 25–29 years. The IUD was commonly used in the 1980s and in the early 1990s, but later its use decreased. In the last decade its use has been on the rise again. Condoms remain the most common contraceptive method among the young beginning their sexual life (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

The impact of contraception of women's emancipation

Birth control plays an important role in controlling family size and population growth. It is also central to the welfare of population, especially women (Gordon, 2002; Cook, 2004; Benagiano, et al., 2007). Gordon (2002) argues that women's status cannot be linked to a specific system of sexual or reproductive regulation. The changes of the latter go hand in hand with the change in women's status. They influence and reflect each other. There is a strong correlation between women's subordination and birth control prohibition. Birth control has played an important role in society's attitudes toward gender inequality and has always been central to women's status. On the other hand, women's emancipation and equity between sexes may open new paths to family planning and women's reproductive rights. Lupton (2003) claims that contraception and abortion are focal points in societal ambivalence about the feminine role, the right of women to take control over their bodies and their reproductive destinies, and the subsequent impact upon their potential for emancipation.

By the end of the 19th century the conventional medicine abandoned the idea of further development of oral contraceptives. Half a century later, Margaret Sanger and Katherine Dexter McCormick, the American birth control activists and ardent supporters of women's rights, spurred its development. McCormick financed the then controversial research conducted by Gregory Pincus, Min Chueh Chang and John Rock. They tried to produce an oral contraceptive based on synthetic progesterone, the distribution of which

was approved in 1960 (Lupton, 2003; Prescott, 2011; Planned Parenthood Federation of America, 2012; Wigginton, et al., 2015). Although the first pill was far from perfect, it was the first time in history that women gained an unheard-of effective and simple control over reproduction. Subsequently, the pill made the sexual liberation movement of the 1960s a lot less risky than the one which occurred after World War I (Planned Parenthood Federation of America, 2012).

The second sexual revolution spread the idea of free love and free sexuality. The double standard of evaluations of sexual behaviour existing among the two genders gradually faded away and women were granted the right to their own sexuality and sexual pleasure. The non-reproductive sexual relationships and non-conceptive copulations began to be separated from the sexual reproductive function, which gave way to openness of sexuality and commercialisation of sexual sphere (Anurin, 2002). Giddens (2000) argues that the sexual revolutionary changes are closely related to women's emancipation which contributed to their sexual and emotional equality and freedom. Although the sexual freedom is only partial, there is a huge difference with what it was decades ago. Contraception caused drastic changes which freed women from constant fear of repetitive pregnancies and therefore of maternal or infant death, given the substantial proportion of women who perished in childbirth. Not only did contraception allow women to plan and space pregnancies, it also brought about deep changes in women's lives. According to Giddens (2000), sexuality became malleable and "a potential property" of women in a manner that allowed them to escape men's dominance' (te Velde, 2011).

The ethnographic research on sexuality in Slovene rural communities from the beginning of the 20th century to 1960 (Miklavčič, 2014), describes the harsh and unenviable position of women who were denied equal rights. Their sole responsibility was to be a good housewife, bear children and meet their husbands' needs. Boh (1975) discussed an important effect of contraceptive pill and other modern contraceptive methods on women's freedom which started in 1970s. Women no longer needed their husbands' cooperation in family planning, they could regulate and control their fertility without men's consent or control. Ule and Kuhar (2003) stated that with the introduction of safe and reliable contraceptive methods it became possible to separate sexuality from its reproductive consequences. Women, especially young ones, suddenly had full control over their bodies and reproduction. The availability of simple and effective methods of contraception fundamentally changed partner relationships within and outside the family. Women joined the workforce and became equal to men in this respect. Having children became an issue of women's personal choice who tend to delay motherhood due to training for jobs and careers (Ule

& Kuhar, 2003; te Velde, 2011). Speaking of the Central and Eastern European countries, the described changes are, however, not equally and universally present. In the post-communist European countries of the 'new' Europe, including Slovenia, the enormous changes started in the family formation and fertility patterns which followed the second demographic transition, namely, individualism, secularism and female emancipation. The family changes have been taking place in the region only since 1990s (Stankuniene & Maslauskaitė, 2008). The measures that would help curb the population explosion are also frequently blocked by political regimes and by those professing conservative religious beliefs, but the world's religions are not uniformly conservative on issues of family planning (Maguire, 2003). The Roman Catholic Church does not approve of intrinsically evil 'artificial' contraceptive methods, claiming that it enhances promiscuity and acts against nature (Tone, 2002).

Medicalization of contraception

Controversies regarding the provision of contraception and safe methods of contraception of women have revolved around notions of the ideal motherhood and the desire of medicine to preserve the control over women's reproduction (Lupton, 2003).

Lowe (2005) claims that medicalization of contraception attracted attention of several feminist researchers. They emphasise that one of the significant differences between the historical and current use of contraception lies in the involvement of medical profession and its control over women's body, especially their reproductive role.

Riessman (1983) argued that medicalization of women's health became a reality of contemporary society. Women themselves allowed biomedicine enter into their lives in their desire to free themselves of the burden of natural, biological processes. According to te Velde (2011), women will never give up their newly gained independence and freedom in the 1960s. Before the 1960s only a small minority of women discussed a medically controlled family planning. At that time, most of the couples relied on the diaphragm as medicalized birth control method. For several reasons couples preferred condoms and other natural contraceptive methods, and it fell out of favour. The introduction of contraceptive pill caused a large medicalization of contraception, used against unintended pregnancy by millions of women worldwide (Tone, 2012). Lowe (2005) claims that contraception has an extraordinary status in medicine. As it is prescribed to a vast number of healthy women, often for a long period of time, and therefore these women can not be treated as patients in the classical sense. On the other hand, Tone (2012) believes that the introduction of the pill and its popularity normalized the prevailing influence of medicalization

on contraception and women's reproductive health, and opened the path to other hormonal contraceptives and medicines of the modern lifestyle.

Aim and objectives

The aim of the research was to examine the phenomenon of contraception through the perception, knowledge and experiences of women in rural areas. Several social factors, including environment, affect the contraceptive use and its impact on women's emancipation. Due to the multifaceted nature of the phenomenon, the research was primarily focused on women's perception of contraception. The following qualitative issues were researched:

- The contraceptive knowledge, attitude and practice among rural women.
- The influence of micro-level living environment on the use of female contraception.
- The impact of women's contraceptive knowledge and motivation on the selection and consistent use of contraception.

Methods

A qualitative research method and a non-probability purposive sampling were used in a phenomenological study to obtain in-depth information pertaining to participants' understanding, viewpoints and perception of contraception.

Description of the research instrument

The data were gathered through a semi-structured interview. According to Kvale (2007), the purpose of a qualitative research interview is to gather descriptions of the life-world of the interviewee with the intention of interpreting the meaning of the described phenomena. The interviews were organised around a set of predetermined open-ended questions, with

other questions emerging from the dialogue between interviewer and interviewees (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). The questionnaire consisted of 12 general open-ended questions which later developed into a more individual in-depth interview, delving deeply into personal matters regarding contraception and its consequential effects on quality of life. Following are some examples of research questions: What are your views on the status of women in modern society?; Was sex education and contraception part of your early health education at home?; When did you first consider the use of birth control?; What is your personal opinion about birth control?; How does birth control effect your sexual life and the quality of your life?; Did you let your gynaecologist choose the contraceptive method you are currently using?; Did you decide upon a contraceptive method prior to your visit to a gynaecologist?

Description of a sample

A purposive sample was used because it enables the collection of opinions and understanding of social phenomena through the eyes of the target population whose experience is invaluable for research (Robinson, 2006). The sample consisted of eight women living in rural western Slovenia. The respondents' age ranged from 20 to 49 years, the average age of the sample was 34.6 years. According to Mason (2010), a number of issues can affect sample size in qualitative research; but the guiding principle should be the concept of saturation.

Detailed information about the respondents is given in Table 1.

Description of the research procedure and data analysis

The potential participants were personally invited to take part in the research, using the snowball sampling technique. They were informed about the

Table 1: *Demographic data*

Tabela 1: *Demografski podatki*

<i>Name/ Ime</i>	<i>Age/ Starost</i>	<i>Education/ Izobrazba</i>	<i>Employment status/ Zaposlitveni status</i>	<i>Marital status/ Zakonski stan</i>	<i>Number of children/ Število otrok</i>	<i>Contraception method used/ Uporabljena oblika kontracepcije</i>
Dajana	28	Higher professional	Employed	In a relationship	0	Condom
Eva	38	Secondary school	Unemployed	Married	4	Sterilization
Ana	31	College	Employed	Married	2	Condom
Jana	46	Vocational school	Employed	Married	3	Condom
Katja	49	Primary school	Unemployed	Married	3	IUD
Maja	38	Vocational school	Unemployed	Married	7	None
Janja	27	Secondary school	Employed	In a relationship	0	Condom
Meta	20	Vocational school	Student	In a relationship	0	Contraceptive pill

aim, purpose and research procedures. The interviews were conducted at the respondents' homes from April 4, 2015 to May 3, 2015. In compliance with ethics of qualitative research (British Sociological Association, 2002; World Health Organization, 2016), the respondents freely signed the so-called informed consent, which included information in appropriate detail, and in terms meaningful to participants, about its goals and aims, how research is to be disseminated and used, the risks and benefits, the confidentiality of personal information, anonymity, the duration of interview, the right to refuse participation whenever and for whatever reason they wish, and the feedback on findings. At the beginning of the interview each participant was asked to provide some basic demographic data. The interviews were sound-recorded. Each interview lasted approximately 25 minutes.

The data gathered were analysed by means of thematic content analysis technique used in phenomenological research, as described by Robinson (2006). The interviews were sound-recorded and listened to several times. Recordings were then transcribed into written

form, using the so-called unfocused transcription, which does not include the details of conversation and characteristics of interaction (Gibson & Brown, 2009). The respondents' real names were changed. The entire transcripts were re-read several times and studied, searching for the key phrases, statements and commonalities referring to the phenomenon investigated, which led to identification, organisation and integration of phrases into cluster groups. The phenomenon was conceptually defined. In order to ensure credibility and reliability of data, the final conceptual definition was confirmed by the co-author. On the basis of frequency of similar phrases, the cluster groups were organised hierarchically.

Results

Four main themes emerged from the studies of contraception as perceived by the study participants. The cluster groups are hierarchically presented in Table 2. For better clarity and transparency each individual phrase is presented within a larger context of interview transcription.

Table 2: *Themes identified and cluster groups*
Tabela 2: *Identificirane teme in tematske skupine*

<i>Theme/Tema</i>	<i>Cluster groups/Tematske skupine</i>	<i>Number of phrases/ Število fraz</i>
1. Factors that influence selection, use and acceptance of a contraceptive method	Religious attitudes and beliefs are still reflected in the contraceptive method selection (it should be remembered that according to religious teachings artificial contraception is considered a mortal sin). Nevertheless, even women with a Catholic upbringing increasingly use artificial contraception. The choice of contraceptive methods among younger women is significantly influenced by their peers or other women. Most women discuss the choice of contraceptive method with their partner, although they believe that it is primarily their choice, and expect their partners' support. Opinions concerning the importance of gynaecological expert counselling in their choice of contraceptive methods vary across women. It is believed that side effects of some contraceptive methods (especially oral contraceptives) may have a negative impact on a woman's body, which also determines the choice of contraceptive method. Women change their contraceptive method mainly because of their health problems or because they want to deepen their relationship bonds. As the sensation during sexual contact is an important factor in contraceptive selection, the condom use may sometimes be problematic. The problem may also be the correct and consistent use of contraceptive pills and their side effects. Making the best choice of birth control will take some time and a lot of thought. Women find support in the use of birth control methods in different mass media. They are especially supported by their gynaecologists who recommend the use of contraception.	103
2. Importance of contraception for women	Using contraception increases women's quality of life as it allows them to practice safe and relaxed sex irrespective of the fertile phase of their menstrual cycle. It also allows planning of pregnancies so that children are born when they are wanted and when they can be provided the best care possible. The use of contraception has influence on couples' relationships, which are becoming increasingly liberated and less committed. The majority of women claim that the use of contraceptives influences women's social status in modern society. It allows them to choose between a family and a career. As men and women in contemporary society prefer to live in comfort and feel secure, a decision to start a family or even to have several children is conditioned by the economic situation of the couple.	45

3.	Early parental education and the acquisition of adequate knowledge about contraception	The respondents reported of different experiences regarding sexual education and contraception provided by their parents who frequently experienced sexuality as a taboo. Thinking about contraception is triggered by teenage conversations, the first relations with opposite sex and eventually the first sexual relation as secondary school students. The health and school systems do not provide adequate education to make informed decisions, so women search for the necessary (albeit erroneous) information about contraception by themselves. Women are generally satisfied with their knowledge about contraceptive methods and are not overly concerned with this issue.	43
4.	Social status of women	Women hold differing views on gender equality and social status of women, especially in the field of decision-making. In patriarchal society women are forced to assume 'male' behavioural patterns. Along with employment, motherhood is recognised as the central role of women even in contemporary society.	19

Factors influencing the choice, use and acceptance of contraceptive methods

The first thematic group is defined by the influence of social environment (e.g. religion) and support systems (e.g. family, partner, peers, gynaecologist).

At the time the study was conducted, all interviewees lived in rural areas where Christian beliefs about contraception still have a strong impact on the choice of contraceptive methods. It is therefore not surprising that some respondents claim that contraception is a mortal sin, which is in accordance with Christian teachings on contraception and birth control - passed on to them by their parents. Nevertheless, religious adherents vary in their views and some find it acceptable to use contraception and birth control.

"Those, who have received religious upbringing, disapprove of the use of contraception. In my home, the children were taught that contraception is a mortal sin. As a consequence, I never used contraception in my youth until after a serious consideration hereof." (Katja, 49 years)

All interviewees agree that contemporary society is open to different contraceptive methods despite Christian teachings on contraception and birth control. They observed that the use of contraception is largely approved of in mass media and promoted by their gynaecologists.

"Today contraception is more widely used and the society is more open towards it. My mother's and my former attitudes towards contraception and our occasional discussions about contraception and sexuality cannot be compared to the conversations I have with my daughters. Today I explain my daughters to do what is good for them. I feel much more spontaneous talking about these topics and I want my daughters to know that I am here to listen to and discuss their problems." (Jana, 46 years)

Maja, a mother of seven and expecting another child, told the interviewer that her gynaecologist encouraged her to use contraception and even suggested abortion at the beginning of her last pregnancy.

"My gynaecologist persistently offered me contraceptives following every childbirth. In this way she wanted to tell me that I had enough children and it was probably for this reason that she suggested abortion at the beginning of my eighth pregnancy. She gave me a referral for abortion, or, as she said 'curettagé'. In such a situation you have to use your own head and follow your wishes". (Maja, 38 years)

Younger interviewees reported that their choice of contraceptive methods was largely influenced by their peers. It could be inferred that the latter influenced also the interviewees' choice of and trust in a given gynaecologist. Most of the respondents cited that they discussed the selection of contraceptive methods with their partners, although they believed that it was primarily their choice, and expected their partners' support in this respect.

"After our second daughter was born, we (my husband and I) mutually decided that I would use oral contraception. To be honest, even if my husband had disagreed, I would not have bothered. I would have used this type of protection irrespective of my husband's opinion, because I take decision about my body". (Janja, 27 years)

The participants' opinions varied as to the importance of gynaecology counselling in contraceptive method selection. One of the participants expressed concern about her gynaecologist's professionalism and claimed that her doctor did not give her adequate information on birth control methods.

"I asked my gynaecologist how it was possible that I got pregnant in spite of correct and consistent use of oral contraceptives. She answered: "Yes, these birth control pills are not 100% reliable". But if she was aware of this unreliability, why did she not prescribe me some other, stronger ones, with a higher dose of hormones? I was using this contraceptive to avoid unintended pregnancy. I was really disturbed by her answer. She could have told me before that there are other options available, that some pills are more effective than others and that I was using the brand of contraceptive pill which may not work for me". (Eva, 38 years)

Some interviewees changed their contraceptive method mainly because of their health problems or because they wanted to "deepen their relationship bonds". Others are satisfied with the contraceptive methods currently used and do not consider switching their birth control method. The interviewees' statements indicate that side effects of contraceptive methods (especially contraceptive pills), endangering women's health, largely impact the selection of birth control method. According to the respondents, the use of condoms may be problematic because they reduce or interfere with sexual pleasure and sensation. The problem identified was also regular and correct use of birth control pills and the possible side effects.

"I never wanted to use contraceptive pills because I do not support the idea of hormonal contraception. I find condoms most acceptable because they have no side or ill effects on health. This is most important. Therefore I never favoured hormonal birth control methods which affect the system, the body and interfere with hormonal functioning". (Dajana, 28 years)

"I could say that there is an awkward moment when a partner rolls the condom on [laugh]. I am sure it could be even better if we did not use a condom". (Dajana, 28 years)

Two of the study participants pointed out that today's society offers too much sexual freedom to the younger population and that the use of contraception should for that reason be well thought out.

"Freedom leads to contraception, which is not bad by itself. But we should be aware that too much freedom is not good, one should be aware of its limits. The contemporary society lacks the proper judgement that assists in distinguishing right from wrong. I see this also in the youngsters who indiscriminately accept everything that is offered to them. It is the responsibility of adults to properly explain and present the young the dimensions and significance of contraception and abortion". (Dajana, 28 years)

The importance of contraception for women

The three cluster groups define "the importance of contraception for women" revealing the interviewees' perceptions of contraception and its impact on women's quality of life, partnership relations and their social status. The use of contraception helps women plan their life events and pursue their goals. All the participants using birth control admit that with contraception they may enjoy safer and more relaxed sexuality. Two of them also emphasised sexual freedom during their fertile period when sexual desire is most pronounced. Contrary to these views were the statements of one participant who does not use any birth control and who perceives contraception as acting against herself and against nature (life). All contraceptive users agree that reliable contraception allows planning of pregnancies so that children are born when they

are wanted and when they can be provided the best care possible. Three of the respondents highlight the importance of family spacing and size so that a child can receive the necessary care and attention during the tender years of their development and that mothers are not overburdened with obligations and responsibility. The two older participants accentuate the benefits of contraception for perimenopausal women who can still conceive but feel too old for another pregnancy.

"Since I was sterilised, my sexual life has gained in quality as I am 100% protected. I no longer fear my visits to the toilet to check if my period has come [...]. Now we (my husband and I) both feel more relaxed and enjoy making love whenever we feel like it, we no longer need to worry". (Eva, 38 years)

"Yes, we are not yet too old to make love and I can still get pregnant until I reach the time of menopause. But I feel that my time to give birth is over. I am anxious to have grandchildren, but I would not go through all that again: give birth to a child, upbringing, school – I would not be psychologically strong enough, at least not the way I used to when I was younger". (Katja, 49 years)

Most respondents believe that the use of contraception may deepen the couple's relationship, which is nowadays becoming more liberated and less committed. Most of the respondents are also convinced that women's ability to use reliable contraception has a significant impact on their social and economic status and allows them to choose between a family and a career. Three participants claim that a decision to start a family or even to have several children is nowadays conditioned by the couple's economic situation. In modern society people want to live in comfort and feel secure.

"In the past people used to have one, maybe two partners, and then they got married and had children [...], unlike today when girls and boys have several relationships, they have premarital sexual experiences and only then commit to a marital relationship". (Meta, 20 years)

Upbringing and education about contraception

The interviewees were also asked if sexuality education and education about contraception was part of their upbringing within a family and where they searched for information about contraceptive protection when needed. The analysis of the data yielded a conclusion that the respondents received different sexual and contraceptive education which was to a large extent conditioned by their parents' attitudes towards sex. As a consequence, some women experienced sexuality education within sex-negative taboos.

"My mother and I never had an open, face-to-face discussion about these things. It seems that she was also brought up in a family where discussions about sexual perceptions and behaviours were considered as taboo.

This issue was not to be spoken about. I think that the Church and religion had an important influence on the fact that we never openly discussed this matter. Even today, the Church opposes the use of contraception". (Jana, 46 years)

Some respondents observe that the health and school education do not provide adequate information about contraceptive methods. Women learn about this topic on the internet and in popular magazines when they need contraception. The users of contraception report that the idea of using protection was first discussed among peers, and that they searched for more information when they became engaged in their first love relationships and sexual activity, usually as secondary school students.

"The only intimate, confidential discussion I had on contraception was with my peers. Now one can discuss contraception with a medical staff, though neither I nor my friends had such a conversation experience. Maybe, it is different now. At school we were taught something about sexuality and very little about contraception during biology classes, but that was far from comprehensive information. We were provided with little information, at least, that was my experience". (Dajana, 28 years)

The participants report that they have no problem using the selected contraceptive method. They are generally satisfied with their knowledge about contraceptive methods and are not overly concerned with this issue.

"To be honest, I do not really care if I am adequately informed about contraception. I have no pains, I have no problems, it does not bother me and I stopped thinking about it." (Katja, 49 years)

Social status of women

The respondents showed great interest also in the place of women in the social order. Their discussions about the status of women in a larger social context show that they hold different views on gender equality. Some of them argue that in contemporary society men and women have equal opportunities and are equally involved in decision-making processes, while others claim the opposite. The latter concede that social status of women is better than in the past, but insist that gender equality is still not a reality. Although progress has been made, there is still a gender pay gap and women are not equally represented in decision-making processes. According to one older respondent, the unequal opportunities result also from different models of gender not-neutral parenting and education in the past.

"I think that women's social status is much better than it used to be, but gender inequalities still exist in all fields of work. Women do have equal educational opportunities, but the problem arises in the professional career. We are fully aware that women are paid less than men for doing similar work. But the situation is

definitely better than it was some 50 years ago". (Dajana, 28 years)

"It may be that my generation and, of course, earlier generations were brought up with a belief that men were more important and powerful than women and enjoyed a higher status. But when I grew older and started my family, I realised that in fact women hold up three corners of a house". (Katja, 49 years)

Three participants are convinced that patriarchal society forces women, who wish to make a career and be successful in their profession, to assume 'male' behavioural patterns. Other participants, however, feel that besides employment, women's mothering is a central and defining feature of the social organization of gender even in contemporary society.

"Women are more loving, maternal, emotional, and as such, they should be primarily mothers, responsible for raising children". (Ana, 31 years)

"It is interesting that I felt happier with each consecutive child - not that I was not happy when I gave birth to my first baby girl, but each new child intensified my feelings of happiness, fulfilment and differentness, which can be experienced only by having children". (Maja, 38 years)

Discussion

The use of contraception allows couples and especially women planning their first and all consecutive pregnancies. In choosing the timing of the next pregnancy, individuals and couples should consider health risks and benefits along with other circumstances such as their age, fecundity, fertility aspirations, access to health-care services, child-rearing support, social and economic circumstances, and personal preferences. Contraception thus exerts an important impact on the couples' life and the quality of women's life (Benagiano, et al., 2007). The complexity of the issue requires further extensive and comprehensive qualitative research of contraception in everyday life of women, within their specific environment, which shapes their beliefs and guides their actions. Such a research aims to explore into a variety of subjective perspectives of women conditioned by their social environment (Pahor, 2007).

The results of the qualitative text analysis are clustered around four themes, which define the significance of contraception for women. The hierarchy, which is based on the frequency of similar phrases, content and commonalities, reveals that the dominant theme concerns *"the factors influencing the selection, use and acceptance of contraceptive methods"*. The interviewees are aware that a decision to use contraception should be well thought out. They are also aware that the choice of a contraceptive method is influenced by the users' religious beliefs, the opinion of their peers and partners and their gynaecologist, the side-effects and potential health risks, the desire to deepen their relationship bonds,

and sexual contact and pleasure. The last but not least important is the press coverage of contraception as described by Garner and Mendez (2014), which excludes women from the debate and confirm the power of political, social, and religious groups to control the contraception narrative and women's lives. The research findings indicate that the religion's restrictive, conservative and pronatalist views still largely impact family planning. Nevertheless, it has been observed that despite the importance of religion in influencing decisions, practitioners of faith do not necessarily adhere to the prescribed doctrines of their faith and increasingly opt to use contraception. The role of religion in determining contraceptive usage should therefore be discussed within a context of a country, local community and family where women have to navigate between various messages about femininity, sexuality, contraception and motherhood. This study produced results which are in agreement with Lowe's (2005) findings which showed that a contraceptive decision is conditioned by the expectation of sexual activity, while the reasons for switching a contraceptive method are often related to health risks and side effects associated with different contraceptive methods or sensation of sexual contact. Another important finding of Lowe's research is that contraception impacts on the quality of women's lives and allows planned parenthood so that every child born is a wanted child. This is related to the second theme that emerged from the study, namely, *"the significance of contraception for women"*. Most of the respondents agree that contraception improves their quality of life and allows them to practice safe and relaxed sex irrespective of the fertile phase of their menstrual cycle, and to plan their pregnancies. Thus the children are born when they are wanted and when they can be provided the best care possible. There is no doubt that contraception has a positive impact also on partnership relations. Sonfield and colleagues (2013) report that planning, delaying and spacing births appears to help women to choose between a family and a career, to achieve their education and career goals. Further, there are other social and economic benefits of women's ability to use reliable contraception, including employment, socioeconomic stability, personal satisfaction and social status.

The third theme *"early parental education and the acquisition of adequate knowledge about contraception"* affirmed that the respondents received different sexuality, reproductive and contraception education within their families, often within sex-negative taboos. The respondents reported that they first thought about contraception when talking to their peers, and then during their first relations with the opposite sex and at the onset of sexual activity as secondary school students. They stated that the health and school systems did not provide enough information to make informed decisions about contraception, so

they got informed about the necessary information elsewhere, mainly by their peers. The findings of the current study are consistent with those of Lowe (2005) who found that women obtain contraceptive knowledge by themselves and discuss the selected contraceptive method with women in their social surroundings and not their gynaecologist. According to Pinter and Grebenc (2010), adolescent girls develop sexuality at a much earlier age than was true in the past, which has resulted in a growing gap between their sexual and social maturity. In the absence of emotional and cognitive maturity, early pubertal timing predicts deleterious outcomes for young girls, including risky sexual behaviour and pregnancy. Timely and effective health education, tailored to the expectations and needs of the contemporary society, might significantly modify sexual behaviour among adolescents and reduce unintended consequences of early sexual experimentation. The participants of the current study report that after years of sexual experience and contraceptive use, or having children, they are generally satisfied with their knowledge about contraceptive methods and are not overly concerned with this issue.

The interpretative phenomenological analysis has shown that the cluster groups are closely related, which points to the complexity of the phenomenon studied. Although the topic of interest was primarily the respondents' views and use of contraception, the focus extended to the status of women in Slovenia and their emancipation stemming from contraception. The findings of the present research show that the respondents also disagree in their attitudes and views on the *"the social status of women in contemporary society"*, which is the fourth theme identified in the study. Their opinions vary in the perception of gender equality, participation in decision-making and the adoption of male-specific behavioural patterns, helping them progress along their career ladder in a patriarchal society. Some respondents in the age group of 30 to 40 years believe that along with employment, motherhood remains the central role of women even in contemporary society. It is interesting to note that older respondents do not share these views.

This phenomenological research has some study design limitations and delimitations: (1) The study is geographically limited, which prevents or restricts generalisations to the larger population studied. If the study were based on a different theoretical framework, with additional questions, etc., the research might yield different results; (2) The phenomenological data analysis is, like in other qualitative studies, based on the researchers' interpretation, and therefore does not lend itself well to replicability; (3) The research did not examine the correlation between detailed demographic data of the respondents (e.g. economic status, religious beliefs, sexual practices, etc.), the provision of which was not even required.

There is abundant room for future research studies based on a larger sample size and expanded geographical scope to urban areas to ensure appropriate generalizations of the findings of the study. A further study is suggested which would include also the men's views on contraception, women's health, and prevention of sexual risk behaviours. However, such a research can be hindered by the extant cultural values and norms of specific environments.

Conclusion

With the event of contraception, especially hormonal contraceptives and their availability, women became able to have full control over their reproduction and separate sexuality from its reproductive consequences. Simple and effective contraception has provided opportunity also for female emancipation which led to different levels of gender equity across countries. The results of this study confirm that contraception is an important dimension of the quality of rural women's life, which is associated with their social status. The acceptance and selection of birth control methods are influenced by several social, political and environmental factors, and are determined by various support systems.

The nursing professionals should be well informed of these factors to be able to use a holistic and person-centred approach in planning and implementation of sexual health education and health promotion.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Uvod

Človek je skozi zgodovino poskušal omejiti velikost svoje družine (Glasier, 2002), kar dokazujejo številne umetniške upodobitve in starodavni zapisi (Evans, 2009). Kontracepcijske metode so torej v eni ali drugi obliki, od obrednih in mitičnih pa vse do praktičnih in učinkovitih (Evans, 2009; Planned Parenthood Federation of America, 2012), krojile poskus človeka po uravnavanju števila rojstev. Do prejšnjega stoletja se je to poskušalo predvsem s spremembo vedenja, kar je vključevalo abstinenco, zmanjšano pogostost spolnih odnosov, izogibanje spolnim odnosom med plodnimi dnevi in prekinjen spolni odnos. Tako je bilo na primer dojenje, ki zavira ovarijsko dejavnost, pogosto pomemben način omejevanja plodnosti, medtem ko je bil prekinjen spolni odnos, prvič omenjen v prvi Mojzesovi knjigi (Genezi), pomemben za posamezne pare (Glasier, 2002; Cook, 2004). Nekatere že v preteklosti uporabljene kontracepcijske metode pa se od metod, ki so priljubljene danes, ne razlikujejo veliko, dodaja Evans (2009). Pravzaprav je bilo načrtovanje družine pogosto prisotno tudi v družbah, kjer so prevladoval socialne, politične ali verske ideologije

(Gordon, 2002; Stankuniene & Maslauskaitė, 2008; Planned Parenthood Federation of America, 2012), ki so od ljudi zahtevale »plodnost in razmnoževanje« – od Perikleja v atenski državi do rimskega papeža v današnjih časih (Planned Parenthood Federation of America, 2012).

Danes poznamo številne kontracepcijske metode, ki jih medicina deli na moderne in tradicionalne oziroma naravne. Med moderne metode spadajo ženska in moška sterilizacija, kontracepcijske tablete, maternični vložek, injekcije, vsadki, nožnični prstan, kondom, pene, diafragma in geli, med tradicionalne metode pa uvrščamo dojenje, prekinjen spolni odnos in druge naravne metode (Cook, 2004; Evans, 2009; Oliveira da Silva, et al., 2011). Scott (2013) meni, da se potrebe žensk po zaščiti pred zanositvijo med različnimi življenjskimi obdobji spreminjajo, saj lahko spolno aktivna ženska med različnimi kontracepcijskimi metodami izbere tisto, ki ji v določenem življenjskem obdobju najbolj ustreza (Tone, 2012).

V svetovnem merilu je bila po podatkih Združenih narodov (United Nations, 2013) v letu 2011 razširjenost kontracepcije ocenjena na 63 %, čeprav se njena razširjenost po svetu zelo razlikuje. Po zadnjih podatkih je razširjenost uporabe kontracepcijskih metod med ženskami v rodni dobi, ki so poročene ali v zvezi, med 4 % v Južnem Sudanu in 88 % na Norveškem. Kontracepcijska razširjenost je najnižja v Afriki (31 %), najvišja pa v Evropi, Latinski Ameriki, Karibih in Severni Ameriki (70 % in več). V razvitih državah se pogosteje uporabljajo kratko delujoče in reverzibilne metode, v deželah v razvoju pa kontracepcijske metode z dolgotrajnejšim delovanjem in veliko učinkovitostjo, kot so maternični vložek, kontracepcijske tablete in ženska sterilizacija (United Nations, 2013). Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje je bilo v Sloveniji leta 2012 izdanih skoraj milijon omotov hormonske kontracepcije, kar pomeni več kot 77.000 uporabnic oziroma 162 na 1000 žensk v rodni dobi (15–47 let). Pri mladostnicah in ženskah med 20. in 24. letom raba hormonske kontracepcije narašča, medtem ko pri ženskah po 30. letu upada. Hormonsko kontracepcijo uporablja vsaka tretja ženska med 20. in 24. letom ter vsaka peta med 15. in 19. ter 25. in 29. letom. Maternični vložki so bili najpogosteje uporabljeni v 80. letih in na začetku 90. let prejšnjega stoletja, nato je njihova uporaba začela upadati, a zadnje desetletje spet narašča. Kondom ostaja najpomembnejša zaščita mladih, ki začnejo spolno življenje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

Vpliv kontracepcije na emancipacijo žensk

Uravnavanje rojstev je pomembno za velikost populacije in družine ter ključno, ko govorimo o blagostanju, še posebej žensk (Gordon, 2002; Cook, 2004; Benagiano, et al., 2007). Statusa ženske,

po mnenju Gordon (2002), ni mogoče povezati s specifičnim sistemom seksualne ali reproduktivne regulacije, vendar pa sta oba, status ženske in specifični sistem reproduktivne regulacije v nenehni interakciji. Ko se eden spremeni, se spremeni tudi drugi, kar priča o močni medsebojni odvisnosti. Ob tem je bila še posebej močna povezanost med podrejanjem žensk in prohibicijo uravnavanja rojstev, pri čemer je bilo slednje sredstvo za doseg prvega. Velja tudi obratno, in sicer povezava med emancipacijo žensk in njihovo sposobnostjo, da nadzorujejo reprodukcijo. Lupton (2003) meni, da sta kontracepcija in umetna prekinitev nosečnosti poglavitni točki, ko govorimo o družbeni ambivalenci o vlogi žensk in njihovih pravicah, da prevzamejo nadzor nad svojimi telesi in lastno reproduktivno usodo ter posledično realizacijo njihovega potenciala za emancipacijo.

Do začetka 20. stoletja je ideja o oralni kontracepciji v konvencionalni medicini zamrla. Šele v prvi polovici 20. stoletja je to idejo oživila borka za reproduktivne pravice žensk Margaret Sanger, ki se je desetletja borila za zanesljivo kontracepcijo žensk. Skupaj s Katherine Dexter McCormick, ki je financirala tedaj kontroverzne raziskave znanstvenikov Gregory Pincus, Min Chueh Chang in John Rock o oralni kontracepciji na osnovi sintetičnega progesterona, je leta 1960 postala oralna kontracepcija realnost (Lupton, 2003; Prescott, 2011; Planned Parenthood Federation of America, 2012; Wigginton, et al., 2015). Čeprav je bila prva oralna kontracepcija daleč od popolnosti, je ženskam prvič v zgodovini ponudila priložnost nadzora nad reprodukcijo, s čimer je postala seksualna revolucija v 60. letih prejšnjega stoletja manj tvegana kot tista po prvi svetovni vojni (Planned Parenthood Federation of America, 2012).

Druga seksualna revolucija je širila idejo svobodne ljubezni in svobodne seksualnosti. Dvojna morala, ki je prej veljala med spoloma, je počasi bledela, ženskam je bila priznana pravica do lastne seksualnosti in spolnega užitka, seksualnost je bila zanesljivo ločena od funkcije reprodukcije, povečali sta se odprtost in komercializacija na področju seksualnosti (Anurin, 2002). V tem pogledu Giddens (2000) meni, da je seksualna revolucija tesno povezana z emancipacijo žensk, saj jim je prinesla spolno svobodo. Čeprav je ta le delna, je, kot sam pravi, neverjetna v primerjavi s stanjem pred nekaj desetletji. Iznajdba kontracepcije je imela radikalne posledice, saj je ženske osvobodila strahu pred nenehnimi nosečnostmi in tudi pred smrtjo, saj je bila v preteklosti velika umrljivost porodnic in novorojenčkov. Vendar pa učinkovita kontracepcija ni pomenila le omejevanja nosečnosti, ampak je vnesla v osebno življenje žensk globoke spremembe. Seksualnost je namreč postala prilagodljiva, ženske so jo lahko različno oblikovale, postala je, kot pravi Giddens (2000), »njihova potencialna last« in način, ki je omogočil pobeg izpod moške dominancije (te Velde, 2011).

V etnografskem raziskovanju spolnosti na slovenskem podeželju od začetka 20. stoletja do leta 1960 Miklavčič (2014) razkriva težak in nezavidljiv položaj žensk, kjer pravic za ženske ni bilo, razen treh – biti gospodinja, rojevati otroke in skrbeti za možev užitek. V sredini 70. let prejšnjega stoletja je Boh (1975) kontracepcijskim tabletam in drugim sodobnim metodam kontracepcije pripisala izredno pomembno vlogo. Prepričana je bila, da dajejo ženskam svobodo, saj pri nadzorovanju svoje plodnosti ne potrebujejo več sodelovanja partnerja in lahko svojo plodnost urejajo in nadzirajo brez njegove volje ali privolitve. Ule in Kuhar (2003) menita, da je razvoj metod nadzorovanja rojstev, ki je ločil seksualnost od reprodukcije, predvsem mladim ženskam omogočil do tedaj nezaslišano razpolaganje z lastnim telesom, kar je imelo trajne posledice za spremembo partnerstva tako v družini kot zunaj nje. S tem se je tudi uveljavilo prepričanje, da v družini služita denar oba zakonca, o rojstvu otrok pa odločajo predvsem ženske, ki se zaradi drugih življenjskih možnosti, kot sta kariera in zaslužek, odločajo za vse poznejše materinstvo (Ule & Kuhar, 2003; te Velde, 2011). Opisane spremembe pa niso univerzalne, saj nanje vplivajo številni družbeni dejavniki. V postkomunističnih državah »nove« Evrope, tudi v Sloveniji na primer, so se spremembe, vezane na emancipacijo ženske, začele odvijati šele po letu 1990 (Stankuniene & Maslauskaitė, 2008). Poleg vpliva političnega režima je pomemben tudi odnos religije do kontracepcije, ki pa se med religijami bistveno razlikuje (Maguire, 2003). Rimskokatoliška cerkev na primer uporabi »umetnih« metod kontracepcije nasprotuje, saj meni, da spodbuja k promiskuiteti in nedovoljeno posega v naravno dogajanje (Tone, 2002).

Medikalizacija kontracepcije

Kontroverznosti, povezane z zagotavljanjem kontracepcije in varnimi metodami kontracepcije, so se navezovale na idejo ideala materinstva in željo medicine, da ohrani nadzor nad reprodukcijo žensk (Lupton, 2003). Lowe (2005) trdi, da je medikalizacija kontracepcije eno od področij, ki je pritegnilo veliko pozornost številnih feminističnih raziskovalcev. Ti poudarjajo, da je ena od bistvenih razlik med zgodovinsko uporabo kontracepcije in današnjo rabo v široki vključenosti in nadzoru medicine nad ženskim telesom, najbolj pa nad njeno reproduktivno vlogo. Riessman (1983) je bila celo prepričana, da je medikalizacija zdravja žensk postala realnost sodobne družbe, saj meni, da so ženske same pustile biomedicini odprta vrata za vstop v njihova življenja, ko so se želele osvoboditi bremen naravnih, bioloških procesov. Kot poudarja te Velde (2011) o času po letu 1960, se ženske ne bodo nikoli odrekle njihovi na novo pridobljeni neodvisnosti in svobodi. Pred letom 1960 se je namreč le manjšina žensk s svojim zdravnikom

pogovarjala o medicinskem načrtovanju družine. Takrat je bila najpogosteje uporabljena medikalizirana oblika nadzora rodnosti diafragma, ki pa ni veljala za priljubljeno, zato so pari raje uporabljali metode, kot so kondomi in druge metode naravnega načrtovanja družine. Z odkritjem kontracepcijskih tablet govorimo o obsežni medikalizaciji kontracepcije, saj jih uporablja na milijone žensk po vsem svetu (Tone, 2012). Lowe (2005) trdi, da ima kontracepcija nenavaden položaj v medicini, ker je predpisana velikemu številu zdravih žensk, pogosto za daljše časovno obdobje in tako ženske kot uporabnice niso pacientke v klasičnem pomenu besede. Tone (2012) pa meni, da medikalizacija kontracepcije normalizira idejo uživanja dnevne tabletki ter posledično utira pot razvoju in širitvi drugim oblikam hormonskih kontraceptivov in tudi drugim zdravilom sodobnega življenjskega sloga.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil preučiti fenomen kontracepcije skozi videnja, védenja, izkušnje in doživljanja žensk, ki živijo v ruralnem okolju. Fenomen kontracepcije, njene razširjenosti in pomena, ki ga ima ta za emancipacijo žensk, krojijo številni družbeni dejavniki, med njimi tudi okolje. Zaradi ugotovljene večdimenzionalnosti fenomena je bil osrednji cilj preučiti doživljajski svet žensk skozi naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen pomen ima kontracepcija za ženske v ruralnem okolju in kako jo doživljajo?
- Kako družbeni dejavniki mikrookolja oblikujejo in/ali vplivajo na odločitev žensk za rabo kontracepcije?
- Kako znanje in motivacija žensk za preprečevanje neželene nosečnosti vplivata na izbor ustrezne oblike kontracepcije in njeno dosledno rabo?

Metode

Uporabljena je bila kvalitativna metodologija, v okviru katere je bila na namenskem vzorcu žensk

opravljena fenomenološka raziskava z namenom pridobitve poglobljenega vpogleda v proučevani fenomen, pri čemer je ta predstavljen tako, kot ga ljudje razumejo in doživljajo.

Opis instrumenta

Podatke smo pridobili z uporabo delno strukturiranih intervjujev. Uporaba delno strukturiranih intervjujev je namenjena pridobivanju opisov življenjskega sveta intervjuvane osebe za interpretacijo pomenov opisanega fenomena (Kvale, 2007). Pred izvedbo so bila vnaprej pripravljena vprašanja odprtega tipa, med intervjujem pa so bila postavljena še dodatna vprašanja, ki so temeljila na podani vsebini intervjuvanca (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Izhodiščna vprašanja, ki jih je bilo 12, so bila zasnovana splošno, a so se z nadaljevanjem intervjuja razvijala v bolj osebna vprašanja, povezana z doživljanjem kontracepcije in njenim pomenom za spoznano kakovost življenja. Primer nekaterih vodilnih vprašanj: kako ocenjujete položaj žensk v današnji družbi; ali menite, da sta bili spolnost in kontracepcijska zaščita del vaše mladostniške vzgoje; kdaj ste se prvič srečali z vprašanjem rabe kontracepcije; kaj vam osebno pomeni kontracepcijska zaščita; kako bi ocenili vpliv uporabe kontracepcije na kakovost življenja in vašo spolnost; ste izbili kontracepcijske metode prepustili ginekologu ali ste imeli že pred obiskom ginekologa izbrano določeno kontracepcijsko metodo.

Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen namenski vzorec, saj nam ta omogoča razumevanje družbenih pojavov skozi oči tistih, ki jih namenoma opazujemo, njihove izkušnje pa so za nas neprecenljive (Robinson, 2006). Vključenih je bilo osem žensk, katerih povprečna starost je bila 34,6 leta – najmlajša udeleženka je bila stara 20 let, najstarejša pa 49 let. Vse udeleženke so med raziskavo živele v ruralnem okolju zahodne

Tabela 1: Demografski podatki

Table 1: Demographic data

Ime/ Name	Starost/ Age	Izobrazba/ Education	Zaposlitveni status/ Employment status	Zakonski stan/ Marital status	Število otrok/ Number of children	Uporabljena oblika kontracepcije/ Contraception method used
Dajana	28	Visokošolska	Zaposlena	V zvezi	0	Kondom
Eva	38	Srednješolska	Nezaposlena	Poročena	4	Sterilizacija
Ana	31	Višja strokovna	Zaposlena	Poročena	2	Kondom
Jana	46	Poklicna	Zaposlena	Poročena	3	Kondom
Katja	49	Osnovnošolska	Nezaposlena	Poročena	3	Maternični vložek
Maja	38	Poklicna	Nezaposlena	Poročena	7	Nobena
Janja	27	Srednješolska	Zaposlena	V zvezi	0	Kondom
Meta	20	Poklicna	Študentka	V zvezi	0	Kontracepcijske tablete

Slovenije. Smernice o potrebni velikosti vzorca se med avtorji razlikujejo, kar ugotavlja Mason (2010), a obenem dodaja, da mora večina kvalitativnih raziskav slediti konceptu nasičenosti izrečenega. Podrobnejši podatki o intervjuvankah so prikazani v Tabeli 1.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Potencialno sodelujoče smo osebno povabili k sodelovanju v raziskavi s pomočjo metode snežne kepe, jim razložili namen, cilj in način raziskovanja ter se glede na njihovo dosegljivost dogovorili za predviden datum intervjuja. Intervjuji so potekali med 10. 4. 2015 in 3. 5. 2015 na domovih sodelujočih. Ob upoštevanju etičnih vidikov kvalitativnega raziskovanja (British Sociological Association, 2002; World Health Organization, 2016) so pred začetkom intervjuja ženske, ki so se odločile sodelovati v raziskavi, podpisale t. i. informirano soglasje ter se tako znova seznanile z namenom, cilji, potekom raziskave, tveganji, koristmi, varovanjem zaupnosti podatkov in anonimnostjo, predvidenim trajanjem intervjuja, možnostmi prekinitve intervjuja ter

možnostmi povratnih informacij raziskave. Na začetku intervjuja so intervjuvanke navedle nekaj osnovnih demografskih podatkov. Intervjuji so bili zvočno snemani. Posamezni intervju je v povprečju trajal 25 minut.

Podatki so bili analizirani s pomočjo metode analize vsebine, ki jo za fenomenologijo opisuje Robinson (2006). Zvočni zapisi so bili večkrat poslušani, nato pa je bila opravljena transkripcija intervjujev, t. i. nefokusna oblika, ki ne vključuje podrobnosti pogovora in karakteristik interakcije (Gibson & Brown, 2009). Imena intervjuvank so bila nadomeščena z namišljenimi imeni. Transkripte smo večkrat v celoti prebrali in preučili, nato pa v besedilu poiskali ključne fraze oziroma izjave, ki opredeljujejo preučevani fenomen. Sledile so interpretacija pomena, organizacija in integracija posameznih fraz v pomenske oziroma tematske skupine (angl. *cluster groups*) ter konceptualna opredelitev fenomena. Z namenom povečevanja kredibilnosti in zanesljivosti podatkov je končno konceptualno opredelitev preveril drugi avtor. Glede na pogostost pojavljanja posameznih podobnih fraz so bile tematske skupine hierarhično razvrščene.

Tabela 2: *Identificirane teme in tematske skupine*
Table 2: *Identified themes and cluster groups*

<i>Tema/Theme</i>	<i>Tematske skupine/Cluster groups</i>	<i>Število fraz/ Number of phrases</i>
1. Dejavniki, ki vplivajo na izbiro in rabo kontracepcijske metode ter njeno sprejemljivost	Versko prepričanje še vedno zaznamuje odločitev za uporabo metode kontracepcije (ne smemo pozabiti, da je v skladu z verskim naukom umetna kontracepcija spoznana kot smrtni greh), a se kljub temu tudi v katoliški veri vzgojene ženske vse pogosteje odločajo za uporabo umetne kontracepcije. Na izbiro kontracepcijske metode pri mlajših ženskah pomembno vpliva mnenje sovrstnic oziroma drugih žensk. Večina žensk se o izbiri kontracepcijske metode posvetuje s svojim partnerjem, čeprav menijo, da je to predvsem njihova odločitev in pri tem pričakujejo partnerjevo podporo. Med ženskami je prisotna neenotnost mnenj glede pomembnosti ginekološkega svetovanja pri odločitvi za uporabo izbrane kontracepcijske metode. Obstaja prepričanje, da stranski učinki nekaterih kontracepcijskih metod (predvsem kontracepcijskih tablet) negativno delujejo na ženski organizem, kar vpliva na izbor kontracepcijske metode. Ženske se za menjavo kontracepcijske metode odločajo zlasti zaradi zdravstvenih težav in poglobitve partnerske zveze. Občutek spolnega stika je pomemben pri izbiri kontracepcije, zato je raba kondoma včasih problematična, pa tudi doslednost jemanja kontracepcijskih tablet in njihovi stranski učinki. Odločitev za kontracepcijo mora biti premišljena. Ženske opažajo podporo rabi kontracepcije v različnih medijih, zlasti pa takšno podporo doživljajo pri obiskih svojih ginekologov, ki uporabo kontracepcije priporočajo.	103
2. Pomen kontracepcije za ženske	Uporaba kontracepcije povečuje kakovost življenja, saj zagotavlja varno in sproščeno spolno življenje ne glede na plodne dni ciklusa ter omogoča rojstvo načrtovanega, zaželenega otroka v časovnem obdobju, ko sta zanj zagotovljeni optimalna skrb in nega. Uporaba kontracepcije vpliva na partnersko zvezo, ki v sodobnem času postaja vse svobodnejša in neobvezujoča. Večina žensk meni, da uporaba kontracepcije vpliva na trenutni družbeni položaj žensk, pri čemer izpostavljajo možnost izbire med družino in kariero, medtem ko je odločitev za družino, še posebej številčnejšo, v današnji družbi pogojena z ekonomskim stanjem, saj sodobni človek hrepeni po varnosti in ugodju.	45

Se nadaljuje/Continues

3. Vzgoja in pridobivanje ustreznega znanja o kontracepciji	Prisotna je neenotnost mnenj intervjuvank o vključevanju spolnosti in kontracepcije v njihovo mladostniško vzgojo v družinskem krogu, pri čemer izpostavljajo problem staršev, ki so spolnost doživljali kot tabu temo. Razmišljanje o kontracepciji sprožijo najstniški pogovori med sovrstnicami in vzpostavitev prvih partnerskih zvez ter posledično prvi spolni odnosi v srednješolskem obdobju. Zdravstveni in šolski sistem ne dajeta dovolj informacij o kontracepciji, zato si ženske potrebne informacije (čeprav morda neustrezne) poiščejo same. Ženske so z doseženo stopnjo znanja o njihovi kontracepcijski metodi zadovoljne oziroma se s tem ne obremenjujejo.	43
4. Družbeni položaj žensk	Prisotna je neenotnost mnenj o enakopravnem položaju žensk v družbi, pri čemer izpostavljajo zlasti problem vključevanja v procese odločanja. Patriarhalna ureditev povzroča pri ženskah prevzemanje »moških« vzorcev vedenja. Materinstvo je poleg zaposlitve še danes videno in spoznano kot osrednja naloga žensk.	19

Rezultati

Identificirane so bile štiri tematske skupine, ki opredeljujejo fenomen kontracepcije v očeh vključenih žensk v raziskavo. Tabela 2 hierarhično prikazuje tematske skupine. Zaradi večje preglednosti in jasnosti so posamezne fraze predstavljene v širše zajetem besedilu intervjuja.

Dejavniki, ki vplivajo na izbiro in rabo kontracepcijske metode ter njeno sprejemljivost

Prvo tematsko skupino opredeljuje vpliv družbenega okolja (npr. vpliv religije) in podpornih sistemov (npr. družina, partner, sovrstnice, ginekolog). Vse intervjuvanke so med raziskavo živele v ruralnem okolju, kjer je versko prepričanje pomemben dejavnik, ki še vedno zaznamuje odločitev za uporabo kontracepcije. Tako nekatere intervjuvanke trdijo, da je v skladu z verskim naukom, ki so ga bile ali so ga deležne, kontracepcija spoznana kot smrtni greh, navajajo pa tudi, da kljub krščanski vzgoji in povezanim vrednotam uporabljajo kontracepcijo.

»Kar nas je versko vzgojenih, smo proti kontracepciji, tako kot sem bila tudi sama, saj so me doma učili, da je kontracepcija smrtni greh, zato se tudi sama v mladosti nisem nikoli odločila za uporabo kontracepcije, vse dokler nisem začela o tem resno razmišljati.« (Katja, 49)

Vse intervjuvanke se strinjajo, da je današnja družba, kljub vplivu Rimskokatoliške cerkve, odprta za različne oblike kontracepcije. Podporo rabi kontracepcije opažajo tudi v različnih medijih, zlasti pa pri ginekologih, ki uporabo kontracepcije priporočajo.

»Danes se družba kar razširjeno poslužuje kontracepcije in je bolj odprta za te stvari. Tudi če pogledam odnos moje mame in mene, koliko smo se z mamo pogovarjale o zaščiti in spolnosti ali pa kako se jaz o tem pogovarjam s svojimi hčerkami, je razlika res očitna. Jaz danes svojim hčerkam povem, kaj je dobro zanje. Sem precej bolj odprta glede teh stvari, saj se mi zdi pomembno, da punce vedo, da se z mano lahko o tem pogovarjajo.« (Jana, 46 let)

Maja, mati sedmih otrok, ki je med intervjujem pričakovala osmega, pripoveduje, da jo ginekologinja spodbuja k uporabi kontracepcije, v začetku trenutne nosečnosti pa ji je predlagala splav.

»Ginekologinja mi po vsakem porodu vztrajno ponuja kontracepcijo. Reči želi, da imam že dovolj otrok, verjetno mi je zato tudi zdaj v začetku osme nosečnosti napisala napotnico za splav oziroma kot je sama rekla »čiščenje«. Pri teh rečeh mora človek uporabljati svojo glavo in slediti sebi.« (Maja, 38 let)

Mlajše intervjuvanke poročajo, da na izbiro kontracepcijske metode pomembno vpliva mnenje sovrstnic, iz njihovih izjav pa je mogoče razbrati, da ima mnenje sovrstnic širši vpliv, saj vpliva tudi na izbiro ginekologa in zaupanje njegovemu mnenju. Večina intervjuvank navaja, da so se o izbiri kontracepcijske metode sicer posvetovale s svojim partnerjem, čeprav menijo, da je to predvsem njihova osebna odločitev, vendar pa pričakujejo njegovo podporo.

»Z mojem sva se takrat po dveh puncah pogovorila in se skupaj odločila, da se jaz zaščitim s tabletkami. Vendar prav po pravici povedano, tudi če se mož ne bi strinjal z zaščito, se sploh ne bi obremenjevala s tem. Ravno tako bi se odločila in jemala tabletko, saj sem jaz tista, ki odločam o svojem telesu.« (Janja, 27 let)

Udeleženke so bile neenotne v mnenju glede pomena ginekološkega svetovanja pri odločitvi za uporabo izbrane kontracepcijske metode. Ena od udeleženk je med intervjujem izrazila dvom o profesionalnosti osebne ginekologinje, saj je dejala, da ji ni podala dovolj informacij o njeni kontracepcijski metodi.

»Najbolj me je zmotilo, ko sem ginekologinjo pri tretji nosečnosti vprašala, kako je sploh možno, da sem zanosila kljub temu, da sem tabletko redno jemala, nisem zamudila niti ene, dam roko v ogenj. Njen odgovor pa je bil: »Ja, saj pri teh tabletkah bi lahko kadarkoli zanosila.« Samo če je ona to vedela, da te tabletko niso tako močne, zakaj mi jih ni vmes zamenjala? Jaz sem tabletko jemala z namenom, da ne bi več zanosila. To me je res vrglo s tira, da mi tako odgovori. Gotovo bi mi lahko že prej povedala, da obstaja več vrst tablet, da so ene bolj močne kot druge in da imam jaz šibkejšo ter obstaja možnost zanositve.« (Eva, 38 let)

Nekatere intervjuvanke so se za menjavo kontracepcijske metode odločile zaradi zdravstvenih težav in po njihovem mnenju »poglobitve partnerske zveze«, druge pa so s trenutno kontracepcijsko metodo zadovoljne in ne razmišljajo o zamenjavi metode. Iz izjav udeleženk je razbrati, da so stranski učinki nekaterih kontracepcijskih metod (predvsem kontracepcijskih tablet) pomemben dejavnik, ki vpliva na izbiro ustrezne kontracepcijske metode, saj je večina udeleženk prepričanih, da ti negativno delujejo na ženski organizem. Za mnoge intervjuvanke je pri izbiri kontracepcijske metode pomemben občutek spolnega stika, zato je raba kondoma včasih problematična. Prav tako so problematični doslednost jemanja kontracepcijskih tablet in njihovi stranski učinki.

»Nikoli se nisem hotela posluževati hormonske kontracepcije, ker tega ne podpiram. Kondom se mi zdi še najbolj sprejemljiv, ker ne pusti nobenih posledic in stranskih učinkov na zdravje. To mi je pa pomembno. Zato nisem nikoli uporabljala tabletk, prav zaradi posega v sistem, v telo, v spreminjanje hormonskih funkcij.« (Dajana, 28 let)

»Mogoče bi lahko samo rekla, da malo pokvari tisti trenutek, ko si mora fant nadeti kondom [smeh]. Sigurno bi bilo še boljše, če bi bila brez kondoma.« (Dajana, 28 let)

Dve intervjuvanki pa še posebej poudarjata, da današnja družba mladim ponuja preveč svobode na spolnem področju, in ravno zato menita, da mora biti odločitev za uporabo kontracepcije premošljena.

»S svobodo je prišlo tudi do kontracepcije. Kar v bistvu ni nič slabega, a zavedati se moramo, da preveč svobode tudi ni dobro v življenju, poznati moramo svoje omejitve. Vsak bi moral razsodno pristopiti k tej stvari, to se mi zdi, da manjka današnjemu svetu. Ta razsodnost, da ni vse dobro, kar nam družba ponuja. To vidim tudi pri mladih, ki zagrabijo vse, kar jim ponudiš. Tu bi morali mi odrasli drugače pristopiti in mladim te stvari glede kontracepcije in splava malo drugače predstaviti.« (Dajana, 28 let)

Pomen kontracepcije za ženske

Tri tematske skupine opredeljujejo temo »pomen kontracepcije za ženske«, znotraj katere intervjuvanke razkrivajo, da je uporaba kontracepcije pomemben dejavnik, ki vpliva na njihovo kakovost življenja, partnersko zvezo in družbeni položaj žensk. Uporaba kontracepcije po njihovem videnju omogoča lažje načrtovanje življenjskih dogodkov in doseganje zadanih ciljev. Vse intervjuvanke, ki uporabljajo kontracepcijo, menijo, da jim ta zagotavlja varno in sproščeno spolnost, dve od njih pa še posebej poudarjata pomen spolne svobode med plodnimi dnevi ciklusa, ko je spolno poželenje največje. Nasprotno pa ena od intervjuvank, ki kontracepcijske zaščite ne uporablja, kontracepcijo dojema kot nasprotovanje sami sebi

in nasprotovanje življenju. Vse intervjuvanke, ki kontracepcijo uporabljajo, se strinjajo, da njena raba omogoča rojstvo načrtovanega, zaželenega otroka v časovnem obdobju, ko sta zanj zagotovljeni optimalna skrb in nega. Ob tem tri intervjuvanke še posebej poudarjajo pomen načrtovanih časovnih razmikov med rojstvom enega in drugega otroka, saj menijo, da se s tem otroku v najnežnejših letih življenja omogoči potrebno nego in pozornost, mater pa se razbremeni prevelikih obveznosti in odgovornosti. Starejši intervjuvanki poudarjata pomen zaščite v predmenopavzalnem obdobju, ko je nosečnost še vedno mogoča, njuna doba materinstva, kot sami pravita, pa že končana.

»Odkar sem sterilizirana, vem, da sem sto procentov zaščiten in imam kvalitetnejše življenje. Ne grem več s strahom na wc in čakam, ali bo prišla menstruacija ali ne [...] Zdaj sva oba bolj sproščena in si lahko brez strahu izkazujeva ljubezen, ko si tega zaželiva, praktično sva oba brez skrbi.« (Eva, 38 let)

»Ja, nisimo še toliko stari, da tega ne bi več počeli, in še vedno lahko zanosim, do menopavze je nosečnost mogoča. Vendar čutim, da je šla moja doba materinstva oziroma rojevanja mimo. Saj komaj čakam vnuke, ampak da bi pa še enkrat morala dati vse to skozi: porod, vzgojo, šolo, se mi zdi, da psihično tega ne bi zmogla, vsaj ne več tako kot takrat, ko sem bila mlada.« (Katja, 49 let)

Večina intervjuvank meni, da ima uporaba kontracepcije velik vpliv na partnersko zvezo, ki v sodobnem času postaja vse svobodnejša in neobvezujoča. Večina jih tudi verjame, da uporaba kontracepcije vpliva na družbeni položaj žensk, pri čemer izpostavljajo možnost izbire med družino in kariero. Tri intervjuvanke trdijo, da je odločitev za družino, še posebej številčnejšo, v družbi danes pogojena z ekonomskim stanjem, saj sodobni človek hrepeni po varnosti in ugodju.

»Včasih so ljudje imeli enega, največ dva partnerja, potem so se mladi poročili in imeli otroke [...], danes pa večina punc in fantov poskusi več zvez, ima izkušnjo spolnosti že pred poroko, po navadi tudi z različnimi osebami in se šele potem odloči, kdo je tisti pravi.« (Meta, 20 let)

Vzgoja in pridobivanje ustreznega znanja o kontracepciji

Intervjuvanke smo spraševali tudi o tem, ali sta bili spolnost in kontracepcijska zaščita del njihove mladostniške vzgoje v krogu družine oziroma kje so poiskale potrebne informacije o kontracepcijski zaščiti, ko so se srečale s tem vprašanjem. Na podlagi izločenih fraz oziroma izjav lahko sklenemo, da so si intervjuvanke neenotne v mnenju, povezanem z vključevanjem spolnosti in kontracepcije v njihovo mladostniško vzgojo, pri čemer izpostavljajo problem njihovih staršev, ki so spolnost doživljali kot tabu temo.

»S svojo mamo se nisva nikoli na štiri oči usedle in pogovorili na to temo. Zdi se mi, da je bila že moja mama tako vzgojena, da je bilo vse v zvezi s spolnostjo tabu, o katerem se ni smelo govoriti. Menim, da sta na to, da ni bilo med nami tiste odprtosti glede te teme, imeli velik vpliv tudi Cerkev in vera, ki kontracepcijo še danes prepovedujeta.« (Jana, 46 let)

Mnoge intervjuvanke tudi opažajo, da zdravstveni in šolski sistem ne ponujata dovolj informacij o kontracepciji. Te si ženske večinoma poiščejo same, najpogosteje na internetu in v različnih poljudnih revijah, in sicer takrat, ko zaščito potrebujejo. Tiste, ki kontracepcijo uporabljajo, se strinjajo, da razmišljanje o njej sprožijo predvsem najstniški pogovori med sovrstnicami, konkretne informacije pa poiščejo ob vzpostavitvi prvih partnerskih zvez ter posledično prvih spolnih odnosih, najpogosteje v srednješolskem obdobju.

»Edini pogovor, tak bližnji pogovor, je s svojimi sovrstnicami. Zdaj tudi pogovor z zdravniškim osebjem, jaz ga nisem nikoli zaznala. Niti moje prijateljice niso rekle, da bi se prav zares pogovorile z ginekologinjo, mogoče je zdaj kaj drugače. V šoli smo imeli pri biologiji nekaj o spolnosti, o kontracepciji pa zelo malo. Od šole smo dobili, vsaj moja generacija, malo.« (Dajana, 28 let)

Udeleženke se strinjajo, da uporaba izbrane kontracepcijske metode ni zahtevna in so z doseženo stopnjo znanja o svoji kontracepcijski metodi zadovoljne oziroma se s tem ne obremenjujejo.

»Če sem prav poštena, se niti ne obremenjujem s tem, ali sem dovolj poučena ali ne. Nič me ne boli, nič me ne moti, nimam težav in o tem sploh ne razmišljam, sem dala iz glave.« (Katja, 49 let)

Družbeni položaj žensk

Intervjuvanke so veliko razpravljale tudi o položaju žensk v širšem družbenem kontekstu, iz česar je razvidno, da temu namenjajo ustrezno pozornost. V tem pogledu so si mnenja med njimi nasprotujoča. Nekatere intervjuvanke menijo, da so ženske danes enakopravne moškim in dovolj vključene v procese odločanja, nasprotno pa druge trdijo, da je položaj žensk v današnji družbi sicer boljši, kot je bil nekoč, še vedno pa opažajo prisotnost neenakih možnosti med spoloma, zlasti glede osebnega dohodka in vključevanja v procese odločanja. Ena od starejših intervjuvank poudarja še vpliv vzgoje v preteklosti kot pomemben dejavnik, ki je še povečeval prepad med enakimi možnostmi.

»Mislim, da je položaj ženske bistveno boljši, kot je bil, smo pa še vedno malo zapostavljene, in to na vseh delovnih področjih. Glede doseganja znanja smo sicer enakovredne moškim, problem nastane na poklicni poti. Točno vemo, da smo manj plačane za ista delovna mesta. Je pa sigurno bistveno boljše, kot je bilo petdeset let nazaj.« (Dajana, 28 let)

»Mogoče smo bili mi, moja generacija, pa seveda še generacije nazaj vzgojeni v veri, da so moški pomembnejši in vplivnejši, a potem, ko sem začela malo sama razmišljati in imela svojo družino, sem ugotovila, da resnično na ženski stojijo trije vogali.« (Katja, 49 let)

Tri intervjuvanke so prepričane, da patriarhalna ureditev povzroča oziroma prisili ženske, ki si želijo kariere in uspeha v poslovnem svetu, da prevzemajo »moške« vzorce vedenja, medtem ko druge intervjuvanke čutijo, da materinstvo, poleg zaposlitve, še vedno ostaja osrednja naloga današnje ženske.

»Ženska je tista, ki je bolj ljubeča, materinska, bolj čustvena in mislim, da smo v splošnem poklicane za materinstvo, skrb za otroke.« (Ana, 31 let)

»Zanimivo, da sem vsakega otroka bolj vesela, vsak me bolj osreči, pa ne da me prva ni, ravno tako, ampak čutim neko polnost, drugačnost, ki jo ta svet ne more dati, otroci pa ti jo prinesejo.« (Maja, 38 let)

Diskusija

Uporaba kontracepcije parom, še bolj pa samim ženskam, omogoča načrtovanje prve oziroma naslednje nosečnosti ob upoštevanju zdravstvenih tveganj in koristi skupaj z drugimi okoliščinami, kot so starost, rodnost, dostop do zdravstvenih storitev, socialne in ekonomske razmere ter osebni interesi, zato nosi velik vpliv na življenje posameznih parov in pomembno vpliva na kakovost življenja žensk (Benagiano, et al., 2007). Zaradi te kompleksnosti je kvalitativno proučevanje fenomena kontracepcije v vsakdanjem življenju žensk in njihovem okolju, ki oblikuje njihova prepričanja in usmerja njihova dejanja, ključno. Proučevanje se tako usmerja v različne subjektivne perspektive žensk, povezane z družbenimi okoliščinami, v katerih te nastajajo (Pahor, 2007).

Rezultati kvalitativne analize besedila so osredotočeni okrog štirih tem, ki opredeljujejo pomen kontracepcije za ženske. Hierarhično, po številu podobnih fraz v tematskih skupinah in vsebinskem obsegu, je najmočnejša tema »dejavniki, ki vplivajo na izbiro in rabo kontracepcijske metode ter njeno sprejemljivost«. Intervjuvanke se zavedajo, da mora biti odločitev za uporabo kontracepcije premišljena, a izbiro kontracepcijske metode pomembno zaznamujejo vpliv verskega prepričanja, mnenje sovrstnic, partnerja in ginekologa, stranski učinki nekaterih kontracepcijskih metod, zdravstvene težave, želja po poglobitvi partnerske zveze in občutek spolnega stika ter medijsko ustvarjene podobe, ki jih, kot ugotavljata Garner in Mendez (2014), uveljavljajo dominantne politične, družbene in verske skupine, ki želijo nadzorovati kontracepcijo in s tem življenje žensk. Kot kažejo izsledki raziskave, vpliv verskega prepričanja še vedno zaznamuje odločitev za uporabo kontracepcije, čeprav se tudi v katoliški veri vzgojene ženske vse pogosteje odločajo za uporabo

kontracepcije. Vlogo religije je zato treba postaviti v kontekst države, lokalne skupnosti in družine (Jain, 2003), kjer ženske krmilijo med številnimi kulturnimi sporočili o ženstvenosti, seksualnosti, kontracepciji in materinstvu. Podobno kot v raziskavi, ki jo je opravila Lowe (2005), tudi izsledki te raziskave kažejo, da je odločitev za kontracepcijo med drugim pogojena tudi z vnaprejšnjim pričakovanjem spolne aktivnosti, menjava kontracepcijske metode pa je pogosto pogojena z zdravstvenimi težavami in občutkom spolnega stika. Ista avtorica poroča, da uporaba kontracepcije povečuje kakovost življenja in omogoča rojstvo načrtovanega, zaželenega otroka, kar se sklada z drugo identificirano temo »pomen kontracepcije za ženske«. Večina intervjuvank namreč pritrjuje, da uporaba kontracepcije zvišuje kakovost življenja, saj jim zagotavlja varno in sproščeno spolno življenje ne glede na plodne dni ciklusa ter omogoča načrtovanje rojstva otroka v časovnem obdobju, ko sta zanj zagotavljeni optimalna skrb in nega, ter pomembno vpliva na partnersko zvezo. Tako se zanje ustvarja možnost izbire med družino in načrtovanjem kariere, ki bi bila sicer brez kontracepcije omejena, kar bi neposredno vplivalo na njihov družbeni položaj. Sonfield in sodelavci (2013) ugotavljajo, da razširjena raba kontracepcije vpliva na stopnjo dosežene izobrazbe žensk, njihovo zaposlitev, socioekonomsko stabilnost, osebno zadovoljstvo in v povezavi s tem na njihov družbeni položaj.

Tretja tema »vzgoja in pridobivanje ustreznega znanja o kontracepciji« kaže, da so bile intervjuvanke v družini deležne različne mladostniške vzgoje glede spolnosti in kontracepcije, pri čemer izpostavljajo težavo staršev, ki so spolnost doživljali kot tabu temo. Intervjuvanke zato izpostavljajo, da so bila prva razmišljanja o kontracepciji povezana s pogovori med sovrstnicami, začetki prvih partnerskih zvez in posledično prvi spolni odnos v srednješolskem obdobju. Prepričane so, da jim zdravstveni in šolski sistem nista ponujala dovolj informacij o kontracepciji, vsaj ne praktičnih, zato so iskale informacije drugje, zlasti pri sovrstnicah. Tudi Lowe (2005) navaja, da si ženske informacije o kontracepciji pridobijo same, potrditev izbrane kontracepcijske metode pa namesto pri zdravstvenih delavcih iščejo pri drugih ženskah v svojih socialnih omrežjih. Pinter in Grebenc (2010) ugotavljata, da je v primerjavi s prejšnjimi generacijami opaziti hitrejšo biološko (spolno) dozorevanje deklet glede na njihovo socialno in duševno zrelost, zato je zgodnja spolna dejavnost dejavnik tveganja pred neželjeno nosečnostjo, saj ji stopnja kognitivnega razvoja v povprečju ne zagotavlja takšne zrelosti, da bi se zavedala posledic. Pravočasna, predvsem pa učinkovita zdravstvena vzgoja (Pinter & Grebenc, 2010), v metodah in obliki prilagojena današnjim generacijam, lahko pomembno prispeva k zmanjšanju posledic tveganega spolnega vedenja. Z odraščanjem, daljšo rabo kontracepcije ali po preteku

pomembnih življenjskih dogodkov (npr. rojstvo) je pri intervjuvankah opaziti prepričanje, da so zadovoljne z znanjem, ki ga imajo o trenutni kontracepcijski metodi, ali pa se s tem danes sploh ne obremenjujejo.

Fenomenološka analiza je pokazala, da so posamezne tematske skupine med seboj tesno povezane, kar kaže na večdimenzionalnost proučevanega fenomena. Čeprav je pogovor z intervjuvankami potekal o kontracepciji, so tematiko povezale s položajem žensk v slovenski družbi, kar kaže na to, da vidijo kontracepcijo kot pomemben element emancipacije. Četrta tema »družbeni položaj žensk« je tako podobno kot tretja zaznamovana v neenotnem mnenju med intervjuvankami glede trenutnega družbenega položaja žensk. V ospredju teh različnih pogledov sta neenakopraven položaj, ko govorimo o procesih odločanja, in prevzemanje, kot same opisujejo, »moških vzorcev vedenja«, s čimer lažje napredujejo v patriarhalni ureditvi in doživljanju materinstva, ki ga nekatere še vedno vidijo kot osrednjo funkcijo ženske. Presenetljivo je, da je slednje pogosteje pri intervjuvankah, starih od 30 do 40 let, medtem ko so starejše od 40 let drugačnega mnenja.

Fenomenološka raziskava ima nekaj omejitev: (1) raziskava je geografsko omejena, kar omejuje posploševanje rezultatov oziroma ne predstavlja stališč in prepričanj širše ciljne populacije; (2) fenomenološka analiza podatkov kot druge podobne metode kvalitativnega raziskovanja temelji na interpretaciji raziskovalca, kar bi lahko ob upoštevanju drugih teoretičnih izhodišč, razlikah v dodatno postavljenih podvprašanih in podobno prikazalo rezultate drugače; (3) raziskava ni posebej proučevala povezave s podrobnimi demografskimi podatki (ekonomski status, veroizpoved, spolne prakse ipd.) niti ni tega od sodelujočih zahtevala. Priložnosti za nadaljnje raziskovanje se kažejo v razširitvi raziskave na širše geografsko območje, zlasti pa vključitvi žensk, ki živijo v urbanih okoljih. Na drugi strani pa je pogled moških na kontracepcijo in ženske z vidika varovanja zdravja in preprečevanja tveganega spolnega vedenja pri raziskovanju tega fenomena pomemben, a ob upoštevanju kulturnega ozadja v nekaterih okoljih morda težje dosegljiv.

Zaključek

Razvoj kontracepcije, zlasti hormonskih metod, in njena širša dostopnost ženskam ni prinesla le nadzоровanja lastne reprodukcije, temveč tudi priložnost za poskus emancipacije, ki pa je bil v nekaterih družbenih okoljih bolj, v drugih manj uspešen. Izsledki raziskave kažejo, da je kontracepcija pomembna dimenzija kakovosti življenja žensk v ruralnem okolju in dimenzija, ki jo ženske povezujejo z njihovim družbenim položajem. Sprejemljivost kontracepcije in izbiro kontracepcijske metode oblikujejo številne družbene okoliščine in usmerjajo

mnogi podporni sistemi. Zakaj medicinska sestra potrebuje te informacije? Predvsem zato, ker ji razumevanje in poznavanje delovanja teh okoliščin omogočata načrtovanje in izvajanje ustrezne oblike zdravstvene vzgoje oziroma promocije zdravja.

Literatura

- Anurin, V.F., 2002. The sexual revolution. *Sociological Research*, 41(2), pp. 61–75.
<http://dx.doi.org/10.2753/sor1061-0154410261>
- Benagiano, G., Bastianelli, C. & Farris, M., 2007. Contraception: a social revolution. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 12(1), pp. 3–12.
<http://dx.doi.org/10.1080/13625180601012311>
PMid:17455038
- Boh, K., 1975. *Socialno psihološki faktorji v načrtovanju družine*. Ljubljana: Inštitut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani. Available at:
<http://www.adp.fdv.uni-lj.si/podatki/spfnd75/spfnd75-om1.pdf> [27. 4. 2016].
- British Sociological Association, 2002. Statement of ethical practice for the British Sociological Association. Available at:
<http://www.britisoc.co.uk/about/equality/statement-of-ethical-practice.aspx> [26. 7. 2013].
- Cook, H., 2004. *Long sexual revolution: women, sex, and contraception, 1800-1975*. Oxford: Oxford University Press, pp. 11–80.
- DiCicco-Bloom, B. & Crabtree B.F., 2006. The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), pp. 314–321.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
PMid:16573666
- Evans, M.L., 2009. A desire to control: contraception throughout the ages. *Historia Medicinæ*, 1(1), p. E08. Available at:
<http://www.medicinæ.org/e08> [27. 4. 2016].
- Garner, A.C. & Mendez, E., 2016. The never-ending struggle: US press coverage of contraception 2000–2013. *Journalism*, 17(3), pp. 382–398.
<http://dx.doi.org/10.1177/1464884914558912>
- Gibson, W.J. & Brown A., 2009. *Working with qualitative data*. London: Sage, pp. 116–120.
- Giddens, A., 2000. *Preobrazba intimnosti: spolnost, ljubezen in erotika v sodobnih družbah*. Ljubljana: Založba / *cf, pp. 34, 175.
- Glasier, A., 2002. Contraception - past and future. *Nature Cell Biology*, 4(Suppl. 1), pp. S3–S6.
<http://dx.doi.org/10.1038/ncb-nm-fertility3>
PMid:12479606
- Gordon, L., 2002. *Moral property of women: a history of birth control politics in America*. 3rd ed.. Champaign: University of Illinois Press, pp. 7–21.
- Jain, A., 2003. Religion, state, and population growth. In: Maguire, D.C. ed. *Sacred rights: the case for contraception and abortion in world religions*. Cary: Oxford University Press, pp. 237–254.
- Kvale, S., 2007. *Doing interviews*. London: Sage, p. 10.
- Lowe, P., 2005. Contraception and heterosex: an intimate relationship. *Sexualities*, 8(1), pp. 75–92.
<http://dx.doi.org/10.1177/1363460705049575>
- Lupton, D., 2003. *Medicine as culture: illness, disease and the body in Western societies*. London: Sage, pp. 149–152.
- Maguire, D.C., 2003. Introduction. In: Maguire, D.C. ed. *Sacred rights: the case for contraception and abortion in world religions*. Cary: Oxford University Press, pp. 3–20.
- Mason, M., 2010. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 11(3), p. 8. Available at:
<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1428/3027> [21. 3. 2016].
- Miklavčič, M., 2014. *Ogenj, rit in kače niso za igrače*. Žiri: Jutri, pp. 5–91.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije, 2014. *26. september 2014: Svetovni dan kontracepcije*. Available at:
<http://www.nijz.si/sl/26-september-2014-svetovni-dan-kontracepcije> [5. 12. 2015].
- Oliveira da Silva, M., Albrecht J., Olsen J., Karro H., Temmerman M., Gissler M., et al., 2011. The reproductive health report: the state of sexual and reproductive health within the European Union. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16(Suppl. 1), pp. S1–S70.
<http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2011.607690>
PMid:21892901
- Pahor, M., 2007. Kako (in zakaj) raziskati doživljanje rojevanja: od empirije do teorije rojevanja. 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. 49–72.
- Pinter, B. & Grebenc, M., 2010. Rodnost in dovoljena splavnost mladostnic v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 79(9), pp. 609–617.
- Planned Parenthood Federation of America, 2012. *A history of birth control methods*. Available at:
https://www.plannedparenthood.org/files/2613/9611/6275/History_of_BC_Methods.pdf [27. 4. 2016].

- Prescott, H.M., 2011. *The morning after: a history of emergency contraception in the United States*. New Brunswick: Rutgers University Press, pp. 7–21.
- Riessman, C.K., 1983. Women and medicalization: a new perspective. *Social Policy*, 14(1), pp. 3–18.
PMid:10264493
- Robinson, A., 2006. Phenomenology. In: Cluet E.R. & Bluff, R. eds. *Principles and practice of research in midwifery*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 187–219.
- Scott, A., 2013. The practice nurse's role in contraception choice. *Primary Health Care*, 23(6), pp.16–22.
<http://dx.doi.org/10.7748/phc2013.07.23.6.16.e713>
- Sonfield, A., Hasstedt, K., Kavanaugh, M.L. & Anderson, R., 2013. *The social and economic benefits of women's ability to determine whether and when to have children*. New York: Guttmacher Institute. Available at:
<https://www.guttmacher.org/pubs/social-economic-benefits.pdf> [27. 4. 2016].
- Stankuniene, V. & Maslauskaitė, A., 2008. Family transformations in the post-communist countries: attitudes toward changes. In: Höhn, C., Avramov, D. & Kotowska, I. eds. *People, population change and policies*. Dordrecht: Springer, pp.113–138.
http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4020-6609-2_6
- te Velde, E.R., 2011. Is women's emancipation still compatible with motherhood in western societies? In: Beets, G., Schippers, J. & te Velde, E.R. eds. *The future of motherhood in western societies*. Dordrecht: Springer Netherlands, pp. 5–15.
<http://dx.doi.org/10.1007/978-90-481-8969-4>
- Tone, A., 2002. Making room for rubbers: gender, technology, and birth control before the pill. *History and Technology*, 18(1), pp. 51–76.
<http://dx.doi.org/10.1080/07341510290028756>
- Tone, A., 2012. Medicalizing reproduction: the pill and home pregnancy tests. *Journal of Sex Research*, 49(4), pp. 319–327.
<http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2012.688226>
PMid:22720823
- Ule, M. & Kuhar, M., 2003. *Mladi, družina, starševstvo: spremenbe življenjskih potekov v pozni moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, p. 60.
- United Nations, 2013. *World contraceptive patterns 2013*. Available at:
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf> [4. 12. 2015].
- Wigginton, B., Harris M.L., Loxton, D., Herbert, D. & Lucke, J., 2015. The feminisation of contraceptive use: Australian women's accounts of accessing contraception. *Feminism & Psychology*, 25(2), pp. 178–198.
<http://dx.doi.org/10.1177/0959353514562802>
- World Health Organization, 2016. Research policy. Available at:
http://www.who.int/rpc/research_ethics/informed_consent/en/ [17. 5. 2016].

Cite as/Citirajte kot:

Črnigoj, Š. & Prosen, M., 2016. Qualitative analysis of factors associated with the experience of contraception in rural setting. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 107–125. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.85>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Kaj študente zdravstvene nege motivira za učenje in kako ocenjujejo simulirano klinično usposabljanje

What motivates nursing students for learning and how they evaluate simulated clinical training

Manca Pajnič

Ključne besede: izobraževanje; mentorstvo; zadovoljstvo s študijem; praktične veščine; teoretično znanje; simulirano klinično okolje

Key words: education; mentorship; satisfaction with study; practical skills; theoretical knowledge; simulation lab training

Manca Pajnič, dipl. m. s., mag. posl. in ekon. ved.; Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana

Kontaktne e- naslov/
Correspondence e- mail:
manca.pajnic@zf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Uvod: Način in organiziranost študija, dostopnost do gradiv, odnos do študentov in študijska klima lahko vplivajo na zunanjo motivacijo študentov. Namen raziskave je bil ugotoviti motivacijske dejavnike za študij pri študentih zdravstvene nege in kakšen pomen pripisujejo simuliranemu kliničnemu usposabljanju.

Metode: Raziskava je potekala leta 2011 na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Uporabljena je bila opisna kvantitativna metoda dela, podatki so bili zbrani z anketiranjem študentov drugega in tretjega letnika zdravstvene nege. Pri raziskavi je sodelovalo 159 naključno izbranih študentov, uporabili smo strukturiran vprašalnik in petstopenjsko lestvico. Vprašalnik je bil razdeljen na tri sklope: motivacija, zadovoljstvo in stroški študija. Podatki so bili analizirani z opisno in bivariatno statistiko.

Rezultati: Želja po pridobivanju dodatnega znanja ($\bar{x} = 4,3$) in želja po višji izobrazbi ($\bar{x} = 4,26$) sta se najvišje uvrstila na petstopenjski lestvici motivacijskih dejavnikov. Nekaterih negovalnih intervencij študentje na kliničnem usposabljanju še niso imeli možnosti izvesti ($\bar{x} = 3,97$), menijo pa, da je bilo v simuliranem kliničnem okolju dovolj časa za izvajanje negovalnih intervencij ($\bar{x} = 1,91$).

Diskusija in zaključek: Študentje so visoko notranje motivirani za študij zdravstvene nege. Menijo, da je simulirano klinično usposabljanje pomembno za pridobivanje teoretičnih in praktičnih znanj.

ABSTRACT

Introduction: Mode and organization of the study, availability of learning material attitude towards students and study atmosphere can all have an impact on the extrinsic motivation factors. This research aims to identify the students' motivation factors for study and how they assess obligatory simulated clinical training.

Methods: The study was conducted at the Faculty of Health Sciences, University of Ljubljana, in the year 2011. The purposive sample consisted of 159 second and third-year nursing students. The data were collected through a structured questionnaire, divided into 3 blocks: motivation, satisfaction, and tuition and living costs and Five-point scale. Descriptive and bivariate statistic methods were used for the analysis of data.

Results: The items 'the desire to attain additional knowledge' ($\bar{x} = 4.3$) and 'the desire to achieve a higher educational level' ($\bar{x} = 4.26$) were rated highest among the intrinsic motivation factors on a 5-point scale. During their clinical training, the students were not given the opportunity to perform certain nursing interventions ($\bar{x} = 3.97$), and they claim that in simulated clinical training there was not sufficient time to practice nursing interventions ($\bar{x} = 1.91$).

Discussion and conclusion: The students are highly motivated for studying nursing. They recognize the positive effects of simulated clinical training on their theoretical and practical knowledge, and academic achievement.

Članek je nastal na osnovi bolonjskega magistrskega dela Mance Pajnič: *Motiviranost študentov Zdravstvene fakultete v Ljubljani za izobraževanje na področju zdravstvene nege* (2012).

Prejeto/Received: 21. 1. 2016
Sprejeto/Accepted: 13. 6. 2016

Uvod

V slovenskem prostoru sta se že v 80. letih z raziskovanjem fenomena motivacije za učenje in izobraževanje ter zadovoljstva študentov s študijem ukvarjali Krajnc (1982) in Marentič Požarnik (1980). Motivacija za učenje, pridobivanje novega znanja in študij so pri posamezniku odvisni od načina študija, podajanja novih vsebin oziroma učnih metod, starosti učečega, truda, časa in denarja, ki ga vloži v izobraževanje, ter rezultatov študija (DePasque & Tricoli, 2015). Najpogostejši dejavniki motivacije za izobraževanje so namen oziroma smisel učenja, učni uspeh in ocene, povratne informacije o napredovanju, interesi za določeno snov, pohvala in graja ter tekmovanje (Cvetek, 2015). Z motiviranimi posamezniki lahko učitelj izvaja aktivnejšo obliko pouka, ki je že sama po sebi bolj zanimiva. Najučinkoviteje v motivacijskem smislu je prilagoditi posamezne metode in pristope številu, starosti učečih in učni snovi (Negovan, et al., 2015). Če nam je to omogočeno, lahko pričakujemo zadovoljstvo učečih in dobre rezultate pomnjenja (Marentič Požarnik & Lavrič, 2011). Pri motivaciji odraslih v procesu izobraževanja običajno motivi za učenje izhajajo iz posameznikovih potreb in teženj po doseganju zastavljenih ciljev. Ti cilji so lahko boljši materialni položaj, lažja zaposljivost, uglednejši status v družbi, napredovanje v službi, osebna rast in pri nekaterih razvedrilo, želja po novem znanju ali izobraževanje kot možnost navezovanja socialnih stikov (Cvetek, 2015). Odrasli si želijo vedeti, zakaj se morajo učiti, raje imajo naloge in načine poučevanja, ki so življenjsko naravnani ali problemsko zasnovani. Na ravni visokega šolstva se izobražujejo študentje, stari od 18 do 50 let, zato so njihove življenjske izkušnje zelo različne tako po kakovosti kot po obsegu. Iz starostnih razlik in izkušenj izhajajo različni motivi (Bengtsson & Ohlsson, 2010).

Najpogostejši zunanji dejavniki so pohvala in graja, nagrada in kazni, ocene in povratna informacija, štipendiranje in sprejem v domove, tekmovanje in sodelovanje, pri odraslih tudi želja po napredovanju in boljšem zaslužku (Cvetek, 2015). Zunanji dejavniki motivacije za študij so lahko predavatelj, odnosi in tekmovalnost med študenti ali dobra organiziranost študija. Notranja motivacija oziroma intrinzični dejavnik je, ko se učimo zaradi veselja do spoznavanja novih vsebin in iz zadovoljstva do novega znanja (Bengtsson & Ohlsson, 2010). Notranjo motivacijo spodbujajo povratne informacije, pozitivni odzivi okolja, ki poudarijo trud in napor, vložen v dejavnost, možnost izbire ter zadovoljena potreba po avtonomiji (Puklek Levpušček & Zupančič, 2009). Radovednost in osebni interes sta največja notranja motiva, ki sta posebej izrazita v otroški dobi, med nekaterimi posamezniki tudi pozneje. S starostjo notranja motivacija upada, saj naraščajo zunanji pritiski

na posameznikovo vedenje. Notranji dejavniki motivacije tudi med šolanjem postopoma upadajo, saj dobijo večji vpliv na motivacijo ocene, učni uspeh ali diploma (Cvetek, 2015). Hoyer (1986) v eni od prvih raziskav o motivaciji za študij študentov zdravstvene nege ugotavlja, da negativni motivacijski cilji ali kazni pomenijo, da se izogibamo vsemu, kar bi lahko otežilo zadovoljitev potrebe. Negativni dejavniki motivacije oziroma demotivatorji so: pomanjkanje znanja in izkušenj, kljub trudu neuspešnost, zmedenost in pozabljivost na predavanjih/vajah, težje učenje, negativen učinek prevelikih lastnih pričakovanj, strah pred napakami, pomnjenje namesto učenja ter težave s komuniciranjem (Kosgeroglu, et al., 2009; Bengtsson & Ohlsson, 2010).

Simulirano klinično usposabljanje je pomemben del izobraževanja na področju zdravstvene nege, ki se izvaja v posebej opremljenih simulacijskih laboratorijih/centrih. Z računalniškimi inovacijami, telekomunikacijami in biomedicino so ustvarjeni umetni pogoji za izobraževanje na daljavo, virtualno resničnost, simulacije ter na dokazih in problemih temelječo medicino in zdravstveno nego (Blažun, et al., 2008). Simulatorji se delijo glede na zahtevnost postopkov, vsebin in nalog, ki jih uprizarjajo (Karnjuš & Pucer, 2012). Tako poznamo simulatorje delnih nalog, simulirane paciente, zaslonsko zasnovane simulatorje, navidezno resničnost in simulatorje pacienta. Namen simulacijskih laboratorijev je seznanjanje študentov z različnimi zdravstvenimi stanji ter izvajanje negovalnih in drugih intervencij pri pacientih, brez tveganja in nevarnosti, ki so jim študentje in pacienti lahko izpostavljeni v kliničnem okolju (Žvanut, et al., 2013; Liaw, et al., 2015; Kelly, et al., 2016).

Namen in cilji

Glavni namen raziskave je bil ugotoviti, kateri motivacijski dejavniki za študij so v ospredju pri študentih zdravstvene nege. Zanimalo nas je tudi, kakšen pomen študentje pripisujejo simuliranemu kliničnemu usposabljanju, v rezultatih poimenovano »kabinetne vaje«, in ali obstajajo razlike med študenti rednega in izrednega študija. Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kateri motivi so v ospredju pri študentih zdravstvene nege glede izbire študija?
- V kolikšni meri študentje prepoznajo pomen praktičnega usposabljanja?
- Kateri motivi za študij so v ospredju pri študentih rednega in izrednega študija?

Metode

Uporabljena je bila kvantitativna opisna metoda dela z uporabo strukturiranega vprašalnika.

Opis instrumenta

Uporabljen vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov, kjer so anketiranci na petstopenjski lestvici ocenjevali različne kriterije, in sicer: zadovoljstvo s študijem (20 vprašanj), motivacija (30 vprašanj) in stroški študija (22 vprašanj), skupno je torej zajemal 72 vprašanj. Splošni del, v katerem smo jih spraševali po demografskih podatkih, je imel 7 vprašanj. Na petstopenjski lestvici zadovoljstva je ocena 1 pomenila zelo nezadovoljen in ocena 5 zelo zadovoljen. Pri motivaciji smo preverjali strinjanje in pomembnost posamezne kategorije za anketirance. Tabela strinjanja je imela lestvico od 1 – sploh se ne strinjam do 5 – popolnoma se strinjam, tabela pomembnosti pa lestvico od 1 – popolnoma nepomembno do 5 – zelo pomembno. Pri vseh kategorijah so imeli anketiranci možnost odgovoriti tudi z 99 – ne morem odgovoriti. Pri zadovoljstvu smo preverjali zadovoljstvo s kabinetnimi vajami in s splošno oceno izobraževanja, pri motivaciji pa motive za študij, motivacijo pri kabinetnih vajah in pomembnost praktičnega znanja. Pri stroških študija smo jih spraševali o posrednih (hrana, prevoz, nastanitve ipd.) in neposrednih (vpisnina, študijska literatura in šolnina) stroških. Vprašalnik smo izdelali na osnovi pregleda literature (Boylston & Jackson, 2008; Clodagh Cooley, 2008; Bengtsson & Ohlsson, 2010). Vključili smo tudi spremenljivke, ki smo jih povzeli iz svojih izkušenj pri pedagoškem delu s študenti. Veljavnosti in zanesljivosti instrumenta nismo preverjali, kar je omejitev naše raziskave. Od skupaj razdeljenih 250 vprašalnikov jih je bilo v celoti izpolnjenih 159. Jasnost vprašalnika smo preverili pri desetih študentih prvega letnika. Glede na dobljene odgovore smo presodili, da je vprašalnik dovolj razumljiv. Izpolnjeni vprašalniki niso bili vključeni v analizo.

Opis vzorca

Anketiranje je potekalo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani, na Oddelku za zdravstveno nego marca 2011. Vzorec je priložnostni. Na vprašanja so odgovarjali študentje drugega in tretjega letnika, rednega in izrednega študija. V študijskem letu 2010/11 je bilo število vpisanih v drugi in tretji letnik 367 študentov. Od tega je bilo 250 aktivnih študentov, preostali so bili pavzerji, ponavljavci in občani.

Z raziskavo smo zajeli 159 študentov drugega in tretjega letnika v študijskem letu 2010/11, kar je 43,3 % vseh vpisanih v oba letnika. Vzorec je bil sestavljen iz 24 (15 %) moških in 135 (84,4 %) žensk, en anketiranec se ni opredelil. Večina anketirancev je študentov rednega študija, saj je bilo teh 107, preostalih 52 je študentov izrednega študija, en anketiranec se ni opredelil. Povprečna starost pri študentih rednega študija je 21 let, medtem ko je povprečna starost pri študentih izrednega študija 33 let. Splošne demografske podatke za vzorec anketirancev prikazuje Tabela 1.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo s privolitvijo dekana in vodje študijskega programa zdravstvene nege. Študentje so bili seznanjeni z namenom raziskave ter z zagotovitvijo anonimnosti in možnostjo odklonitve sodelovanja. Izpolnjevanje je potekalo pred predavanji, trajalo je približno 10 minut, predavatelj in anketar pa takrat nista bila v predavalnici. Izpolnjene vprašalnike so študentje oddajali v za to pripravljeno škatlo.

Odgovore smo najprej vnesli v tabelo Microsoft Office Excel ter nato uvozili in obdelali s programom SPSS, verzija 17.0. Pri obdelavi, urejanju in prikazovanju rezultatov smo uporabili opisno statistično analizo

Tabela 1: Prikaz demografskih podatkov vzorca anketirancev

Table 1: Demographic data of participants

Struktura vzorca/ Sample structure	Kategorija/ Category	Število/ Number	%
Starost	Manj kot 21	24	15,1
	21–24	88	55,3
	25–28	10	6,3
	Več kot 28 let	37	23,3
Spol	Ženski	135	85
	Moški	24	15
Letnik študija	Prvi	1	0,6
	Drugi	78	49
	Tretji	80	50,4
Način študija	Redni	107	67,3
	Izredni	52	32,7
Zaposlitev	Nezaposlen	122	76,7
	Zaposlen	37	23,3
Dokončana srednja šola	Srednja zdravstvena šola	120	75,9
	Gimnazija	21	13,3
	Srednja ekonomska šola	5	3,2
	Drugo	12	7,6

Legenda/Legend: % – odstotek/percentage

(najmanjšo in največjo vrednost, srednjo vrednost, modus in frekvenčno porazdelitev), odstotno porazdelitev, standardni odklon in t-test. S frekvenčno porazdelitvijo smo ugotavljali porazdelitev podanih odgovorov na petstopenjski lestvici, s standardnim odklonom pa razpršenost posameznih odgovorov v kategoriji. S t-testom smo primerjali dve skupini študentov (redne in izredne) in ugotavljali, ali se skupini razlikujeta pri odgovarjanju. Razlika vzorčnih aritmetičnih sredin je statistično značilna na stopnji tveganja $p < 0,05$.

Rezultati

Tabela 2 prikazuje odgovore anketirancev glede motivov za študij zdravstvene nege. Anketiranci so se strinjali, da sta za njih velika motiva pridobivanje dodatnega znanja s področja zdravstvene nege ($\bar{x} = 4,3$) in želja po višji izobrazbi ($\bar{x} = 4,26$). Zanimanje za poklic, želja po višjem osebnem dohodku, manj dela v izmenah in veliko možnosti za zaposlitev so motivi, s katerimi se anketiranci precej strinjajo. Dobre možnosti za zaposlitev vidi celo več kot 63 % ($n = 33$) študentov izrednega študija in več kot 55 % ($n = 59$) študentov rednega študija. Največje nestrinjanje glede motivacije so anketiranci izrazili pri trditvah: da je to zahteva delodajalca ($\bar{x} = 1,52$), da jim je bila v službi ponujena možnost izobraževanja ($\bar{x} = 1,61$) in da se še niso želeli zaposliti ($\bar{x} = 1,65$). Razlike med posameznimi odgovori študentov rednega in izrednega študija smo preverjali s t-testom, a nismo zaznali statistično značilnih razlik, razen pri treh trditvah, in sicer da so se odločili za študij, ker omogoča manj dela v izmenah ($p < 0,000$), ker se lahko izobražujejo

ob delu ($p = 0,005$) in ker želijo višji osebni dohodek ($p = 0,046$). Zanimivo, da se s tem razlogom glede manj izmenskega dela strinjajo predvsem študentje izrednega študija ($\bar{x} = 3,70$), medtem ko študentje rednega študija niso prepričani, da je to motiv za nadaljevanje izobraževanja ($\bar{x} = 2,83$). Možnost za izobraževanje ob delu so izpostavili predvsem zaposleni študentje izrednega študija ($\bar{x} = 2,73$).

Simulirano klinično usposabljanje oziroma kabinetne vaje so pomembna (pred)priprava na klinično okolje. Anketiranci so ocenili kabinetne vaje, kar prikazuje Tabela 3. Več kot 63 % ($n = 100$) anketirancev se ni strinjalo s trditvijo, da je na kabinetnih vajah podanih preveč vsebin oziroma poglavij. Pri trditvi, da je bilo na kabinetnih vajah podano premalo teorije, se je pokazala statistično pomembna razlika, izračunana s t-testom, med odgovori študentov rednega in izrednega študija ($t = -2,412$, $p = 0,017$). Študentje rednega študija so bolj prepričani, da je teorije zadosti, saj jih je skoraj 74 % ($n = 79$) odgovorilo, da se s trditvijo sploh ne strinjajo in da se ne strinjajo. Študentov izrednega študija, ki se s to trditvijo niso strinjali, je le 54 % ($n = 28$). Skoraj 20 % ($n = 31$) vprašanih je odgovorilo, da se s trditvijo, da so imeli anketiranci za kabinetne vaje dovolj predznanja, strinjajo ali popolnoma strinjajo. Ob pregledu rezultatov ugotovimo, da je 13 od 120 anketirancev, ki imajo končano srednjo zdravstveno šolo, odgovorilo, da se s trditvijo strinjajo. Pri tistih, ki imajo zaključeno drugo srednjo šolo, pa se je s to trditvijo strinjalo ali popolnoma strinjalo kar 45 % anketirancev. Ko so anketiranci odhajali v klinična okolja, so bili razporejeni na različne klinične baze, zato nas je zanimalo, kako jim z vsebinami iz simuliranega okolja uspe povezati teorijo in prakso. Anketiranci so

Tabela 2: *Motivi za nadaljevanje izobraževanja v zdravstveni negi*

Table 2: *Motives for continuing education in nursing*

Razlogi za nadaljevanje študija	Študentje rednega študija/ Full time students		Študentje izrednega študija/ Part time students		t-test	p
	Srednja vrednost	Standardni odklon	Srednja vrednost	Standardni odklon		
Zanima me poklic ZN	3,86	1,050	3,96	1,120	-0,539	0,591
Želim pridobiti dodatno znanje na področju ZN	4,34	0,658	4,25	0,868	0,661	0,510
Želim višji osebni dohodek	3,85	1,095	4,18	0,905	-2,010	0,046
Omogoča manj dela v izmenah	2,83	1,183	3,70	1,284	-4,111	0,000
Tako imam veliko možnosti za zaposlitev	3,46	1,140	3,69	1,140	-1,192	0,235
Ker so mi tako priporočili družinski člani/sorodniki/ prijatelji/ znanci	1,74	0,862	2,04	1,154	-1,663	0,098
Ker se nisem še želel/a zaposliti	1,70	0,964	1,55	0,808	1,029	0,305
Ker se lahko izobražujem ob delu	2,10	1,252	2,73	1,343	-2,836	0,005
Želim pridobi dodatno/višjo izobrazbo	4,25	0,963	4,29	1,010	-0,238	0,812
To je zahteva mojega delodajalca	1,48	0,789	1,61	0,953	-0,852	0,396
V službi so mi ponudili možnost izobraževanja	1,53	0,824	1,77	1,146	-1,349	0,179

Legenda/ Legend: t-test – vrednost t-testa za neodvisne vzorce/value of students' t-test; p – vrednost statistične značilnosti/significance value

se večinoma strinjali, da nekaterih vsebin v kliničnem okolju še sploh niso imeli možnosti videti ($\bar{x} = 3,82$). Statistično pomembna razlika se pokaže v odgovorih študentov rednega in izrednega študija ($t = 2,075$, $p = 0,040$). Hiter tempo podajanja oziroma obravnave vsebin učnega načrta za simulirano klinično okolje bi bila lahko težava z vidika učenja, pomnjenja in ponavljanja, vendar anketiranci menijo, da niso težko sledili hitremu tempu ($\bar{x} = 2,25$). Tudi tukaj se je pokazala statistično pomembna razlika med obema skupinama študentov ($t = -2,381$, $p = 0,018$). Anketirance smo povprašali o številu ur, razpisanih za kabinetne vaje. Kar 85 % ($n = 136$) vseh anketirancev se s trditvijo sploh ni ali ni strinjalo. Pri tej trditvi posebej izstopajo odgovori anketirancev z dokončano drugo srednjo šolo, saj je kar 95 % teh odgovorilo, da se s trditvijo sploh ne ali ne strinjajo. V tej kategoriji se je pokazala statistično pomembna razlika, izračunana s t-testom, med odgovori študentov rednega in izrednega študija ($t = -2,534$, $p = 0,012$).

Zanimalo nas je, kako študentje ocenjujejo pomembnost teoretičnega in praktičnega znanja med kliničnim usposabljanjem. Vse kategorije so anketiranci zelo visoko ocenili, saj so bile vse skupne povprečne ocene med 4 – pomembno in 5 – zelo pomembno (Tabela 4). Najnižja srednja vrednost izbranih odgovorov je pri obeh skupinah študentov

pri trditvi »da imam na voljo standarde negovalnih postopkov, kjer sem na kliničnem usposabljanju« ($\bar{x} = 4,26$), najvišja ($\bar{x} = 4,92$) pa pri trditvi »da sem seznanjen s praktično izvedbo negovalnih postopkov« študentov rednega študija.

Študentom izrednega študija se zdi najpomembnejše, da negovalne postopke poskušajo narediti pod vodstvom mentorja ($\bar{x} = 4,71$). Anketiranci so prepoznali pomembnost teoretičnega ($\bar{x} = 4,51$) in praktičnega znanja negovalnih postopkov ($\bar{x} = 4,80$), pomembnost nadzora mentorja pri izvedbi ($\bar{x} = 4,69$), samostojnosti izvedbe ($\bar{x} = 4,58$), zaupanja v samostojnost izvedbe na kliničnem usposabljanju ($\bar{x} = 4,58$), pomen dodatnega učenja negovalnih postopkov ($\bar{x} = 4,59$) in dostopnosti do standardov na kliničnem usposabljanju ($\bar{x} = 4,28$). Vsi pregledovani vidiki zavedanja pomembnosti praktičnega in teoretičnega znanja vplivajo na kakovost dela in delovno uspešnost, ki sta pomembna dejavnika tako pri motivaciji kot zadovoljstvu. Statistično pomembna razlika med skupinama študentov rednega in izrednega študija, izračunana s t-testom, se je pokazala pri seznanjenosti s teoretičnim znanjem ($t = 6,613$, $p = 0,000$) ter pri seznanjenosti s praktično izvedbo negovalnih postopkov ($t = 4,757$, $p = 0,000$). Pri drugih trditvah ni zaznani statistično pomembne razlike med skupinama.

Tabela 3: Mnenje anketirancev o vsebinskem delu simuliranega kliničnega usposabljanja

Table 3: Participants' opinion about the content of simulated clinical training

Mnenje o vsebinskem delu kabinetnih vaj	Študentje rednega študija/ Full time students		Študentje izrednega študija/ Part time students		t-test	p
	Srednja vrednost	Standardni odklon	Srednja vrednost	Standardni odklon		
Na kabinetnih vajah je bilo podanih preveč vsebin oz. poglavij	2,27	0,811	2,59	1,117	-1,843	0,067
Na kabinetnih vajah je bilo podane premalo teorije	2,16	0,892	2,60	1,159	-2,412	0,017
Imel/a sem premalo predznanja	2,50	1,026	2,39	1,185	0,573	0,567
Preveč časa je bilo posvečenega praktični izvedbi	1,88	0,821	1,98	0,828	-0,716	0,475
Nekaterih vsebin na kliničnem usposabljanju še nisem imel/a možnost videti	3,97	1,056	3,53	1,340	2,075	0,040
Nekaterih vsebin na kliničnem usposabljanju še nisem imel/a možnost izvesti	4,08	1,012	3,73	1,319	1,678	0,094
Težko sem sledil hitremu tempu	2,10	0,861	2,55	1,222	-2,381	0,018
Pogrešal/a sem možnost ponavljanja praktične izvedbe po koncu kabinetnih vaj	2,97	1,335	3,17	1,339	-0,884	0,378
Na kabinetnih vajah sem pogrešal timsko delo	2,65	1,134	2,55	1,137	0,521	0,603
Menim, da je bilo za kabinetne vaje preveč predpisanih ur	2,06	0,964	2,55	1,222	-2,534	0,012

Legenda/Legend: t-test – vrednost t-testa za neodvisne vzorce/value of students' t-test; p – vrednost statistične značilnosti/significance value

Tabela 4: Ocena pomembnosti teoretičnega in praktičnega znanja anketirancev med kliničnim usposabljanjem
 Table 4: Participants evaluation of importance of theoretical and practical knowledge during clinical training

Ocena pomembnosti praktičnega in teoretičnega znanja	Študentje rednega študija/ Full time students		Študentje izrednega študija/ Part time students		t-test	p
	Srednja vrednost	Standardni odklon	Srednja vrednost	Standardni odklon		
... da sem seznanjen s teoretičnim znanjem negovalnih postopkov.	4,61	0,491	4,28	0,111	6,613	0,000
... da sem seznanjen s praktično izvedbo negovalnih postopkov.	4,92	0,280	4,54	0,542	4,757	0,000
... da negovalne postopke poskušam izvesti pod vodstvom mentorja.	4,68	0,528	4,71	0,456	-0,369	0,713
... da negovalne postopke izvajam samostojno.	4,62	0,526	4,52	0,544	1,099	0,273
... da mi na kliničnem usposabljanju zaupajo samostojno izvajanje.	4,54	0,606	4,34	0,939	1,401	0,163
... da mi omogočijo dodatno učenje negovalnih postopkov.	4,64	0,557	4,49	0,649	1,428	0,155
... da imam na voljo standarde negovalnih postopkov, kjer sem na kliničnem usposabljanju.	4,26	0,740	4,26	0,853	0,000	1,000

Legenda/Legend: t-test – vrednost t-testa za neodvisne vzorce/value of students' t-test; p – vrednost statistične značilnosti/significance value

Diskusija

Večina anketirancev se odloči za nadaljevanje izobraževanja takoj po zaključku srednješolskega izobraževanja, kar se kaže v starostni strukturi vzorca. Med študenti izrednega študija, za katerega se odloča več starejših, že zaposlenih oseb, je povprečna starost v vzorcu za več kot 10 let višja kot pri študentih rednega študija. Ugotovimo, da več kot polovica anketirancev v izobraževanju vidi boljše možnosti za zaposlitev, pa vendarle anketiranci tega razloga glede nadaljevanja študija ne postavijo na prvo mesto. To stanje morebiti odseva vsesplošna kriza zaposlovanja v zdravstvu, ki se kaže v upadanju števila razpisanih delovnih mest v zdravstveni negi v zadnjih letih in povečevanju razpisanih mest za študij (Skela-Savič, 2015). Razlogi, zakaj se zaposleni študentje izrednega študija odločajo za nadaljevanje izobraževanja, so različni (zahteve v službi, napredovanje, višja plača ipd.), do študija imajo velika pričakovanja, med študijem morajo usklajevati službeno in zasebno življenje ter študijske obveznosti (Boylston & Jackson, 2008; Clodagh Cooley, 2008; Buček & Čagran, 2011), kar je za nekatere ovira pri študiju (Harris & Burman, 2016). Karabulut in sodelavci (2015) menijo, da se motivacija študentov za študij poveča ob izboljšani kakovosti usposabljanja v kliničnem okolju, Hassankhani in sodelavci (2015) pa ugotavljajo tudi statistično pomembno povezavo med motivacijo in samoučinkovitostjo. Hoyer (1986) je ugotovila, da so bili najmočnejši motivi pri študentih izrednega študija pridobitev novega znanja, veselje do poklica ter strokovno se izpopolniti za kakovostnejše opravljeno delo. Še več raziskav po svetu je pokazalo, da se študentje za študij zdravstvene nege odločajo zaradi dobre možnosti za zaposlitve (Buerhaus, et al., 2005; Dal, et al., 2009; Cho, et al., 2010).

Danes naj bi imeli študijske programe, s katerimi se pridobivajo kompetence, in ne le teoretično in praktično znanje. V dokumentu Competence-based learning je zato jasno opredeljeno, kako kompetenco notranja motivacija (self-motivation) preverjati oziroma ocenjevati na vseh treh ravneh visokega šolstva/univerzitetnega izobraževanja (Villa Sanchez & Poblete Ruiz, 2008). Ta je pomembna tudi z vidika vseživljenjskega učenja. Kompetence se sicer spreminjajo skladno s potrebami, zato naj bo v ospredju sposobnost povezovanja znanja in spretnosti (Trobec, et al., 2014).

Večina anketirancev v raziskavi prepozna pomen praktičnega usposabljanja v kabinetih in treniranja večšin v simuliranih okoljih. Vprašani menijo, da vsebin ni preveč, da za kabinetne vaje ni predpisanih preveč ur, da je teorije dovolj, da nekateri pri sebi občutijo pomanjkanje določenih specialnih predznanj ter da ni preveč časa posvečenega praktičnemu učenju in treniranju večšin. Večina jih tempu na kabinetnih vajah uspe slediti, razen nezaposlenih študentov izrednega študija. Simulacije oziroma simulirano klinično usposabljanje je pomemben vidik v izobraževanju zdravstvenega kadra, vendar če ni dobre povezave in prenosa pridobljenih znanj v prakso, izgubijo vrednost (McCallum, 2007; Moule, et al., 2008; Murray, et al., 2008). Klinično usposabljanje je za študenta lahko vir stresa, anksioznosti in psihičnih težav, ki so posledica pomanjkanja znanja in izkušenj, nesoglasij z mentorjem, težav pri komuniciranju s pacienti in člani tima, stresnega delovnega okolja, smrti pacienta in strahu pred napakami (Melo, et al., 2010). Z organizacijo študijskega programa, ki predvideva učenje s simulacijami ter na z dokazi podprto teorijo in prakso, lahko močno vplivamo na tovrstne težave pri študentih (McCallum, 2007; Meehan-Andrews, 2009; Brown,

et al., 2010; Danbjørg & Birkelund, 2011). Simulacije v zdravstvu povečujejo zavedanje o pomenu krepitve varnostne kulture in zmanjšujejo tveganja za neželene dogodke (Birk, et al., 2015).

Odgovori študentov rednega in izrednega študija se razlikujejo, kar pripisujemo njihovim poklicnim in življenjskim izkušnjam. Študente izrednega študija je motila izvedba kabinetnih vaj, kar je razumljivo za vse anketirance, ki so zaposleni. Zaposleni študentje precej težje usklajujejo študijske, službene in družinske obveznosti kot nezaposleni. Boylston in Jackson (2008) navedeta, da so za študente izrednega študija najpomembnejši učinkovitost akademskega svetovanja, odličnost storitev, študijska klima in učinkovitost poučevanja.

Izpostaviti velja, da ugotovitve raziskave veljajo le za preiskovani vzorec, torej za študente Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani, ti pa ne pomenijo celotne populacije študentov, zato rezultatov ni možno posploševati. Bili smo negativno presenečeni, da študentje težko prenesejo znanja v prakso, saj jih je večina odgovorila, da nekaterih vsebin iz simuliranega okolja niso imeli možnosti videti niti izvesti v kliničnem okolju. Tukaj se je pokazala omejitev vprašalnika, saj nismo natančno preverjali, v kateri klinični okolja so študentje odhajali. Omejitev je tudi to, da nismo preverili veljavnosti in zanesljivosti instrumenta. Glede na čas anketiranja, marec 2011, je vsekakor nova priložnost, da se raziskava spet opravi, saj so se v tem času zgodile nekatere vsebinske in organizacijske spremembe pri izvajanju študijskega programa. Motivacijskih dejavnikov in zadovoljstva ni preprosto preverjati. Različnim ljudem lahko besede: premalo, veliko, dovolj, zadosti pomenijo zelo različno, zato je treba razmisliti, da se za nadaljnje raziskave vprašanja in odgovori bolj jasno oblikujejo. V prihodnje bi bilo smiselno razmisliti o raziskavi, ki bi ugotavljala pomen motivacijskih dejavnikov na učne dosežke/uspehe.

Zaključek

Motivacija in zadovoljstvo s študijem sta pomembna vidika kakovosti izobraževanja. Študentje izrednega študija imajo drugačno prioriteto motivacijskih dejavnikov, saj običajno poleg notranje motivacije usklajujejo še družinske in službene obveznosti. Študentje se zavedajo pomena simuliranega kliničnega usposabljanja, kjer pridobijo predvsem praktično znanje, ki sloni na povezovanju znanj, kritičnem mišljenju in reševanju težav. Zavedati se je treba, da simulacije vseeno ne morejo nadomeščati kliničnega okolja.

Literatura

Bengtsson, M. & Ohlsson, B., 2010. The nursing and medical students motivation to attain knowledge. *Nurse Education Today*, 30(2), pp. 150–156.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.07.005>
 PMid:19692152

Birk, K., Pađen, L. & Markič, M., 2015. Adverse event reporting in Slovenia – the influence of safety culture, supervisors and communication. *Vojnosanitetski Pregled OnLine-First*, p. 137.
<http://dx.doi.org/10.2298/VSP141231137B>

Blažun, H., Križmarič, M. & Kokol, P., 2008. Simulacijski centri – inovativni izobraževalni pristop pri zagotavljanju k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe. *Isis*, 17(2), pp. 77–78.

Boylston, M.T. & Jackson, C., 2008. Adult student satisfaction in an accelerated RN-to-BSN program: a follow-up study. *Journal of Professional Nursing*, 24(5), pp. 285–295.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.10.006>
 PMid:18804082

Brown, C.E., Kim, S.C., Stichler, J.F. & Fields W., 2010. Predictors of knowledge, attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. *Nurse Education Today*, 30(6), pp. 521–527.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.021>
 PMid:19948369

Buček, O. & Čagran, B., 2011. Motivacija rednih in izrednih študentov. *Šolsko polje*, 22(1–2), pp. 115–127.

Buerhaus, P.I., Donelan, K., Norman, L. & Dittus, R., 2005. Nursing students' perception of a career in nursing and impact of a national campaign designed to attract people into the nursing profession. *Journal of Professional Nursing*, 21(2), pp. 75–83.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.02.001>
 PMid:15806504

Cho, S-H., Jung, S.Y. & Jang, S., 2010. Who enters nursing schools and why do they choose nursing? A comparison with female non-nursing students using longitudinal data. *Nurse Education Today*, 30(2), pp. 180–186.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.07.009>
 PMid:19682773

Clodagh Cooley, M.C., 2008. Nurses' motivation for studying third level post-registration nursing programmes and the effects of studying on their personal and work lives. *Nurse Education Today*, 28(5), pp. 588–594.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2007.11.002>
 PMid:18313177

Cvetek, S., 2015. *Učenje in poučevanje v visokošolskem izobraževanju: teorija in praksa*. Ljubljana: Buča, pp. 21–35.

Dal, U., Arifoglu, B.C. & Razi, G.S., 2009. What factors influence students in their choice of nursing in North Cyprus? *Procedia*, 1(1), pp. 1924–1930.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2009.01.338>

Danbjørg, D.B. & Birkelund, R., 2011. The practical skill of newly qualified nurse. *Nurse Education Today*, 31(2), pp. 168–172.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.05.013>
 PMid:20591541

- DePasque, S. & Tricomi, E., 2015. Effects of intrinsic motivation on feedback processing during learning. *NeuroImage*, 119, pp. 175–186.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.06.046>
- Harris, P.W. & Burman, M.E., 2016. Nurses returning to school: motivators, inhibitors and job satisfaction. *Journal of Professional Nursing*, 32(2), pp. 85–93.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.10.008>
PMid:27000192
- Hassankhani, H., Mohajjel Aghdam, A., Rahmani, A. & Mohammadpoorfard, Z., 2015. The relationship between learning motivation and self-efficacy among nursing students. *Research & Development in Medical Education*, 4(1), pp. 97–101.
- Hoyer, S., 1986. *Motivacija za vključitev v študij ob delu na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani v šolskem letu 1986/87: diplomska naloga*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, pp. 27, 40.
- Karabulut, N., Yaman Aktas, Y. & Küçük Alemdar, D., 2015. The relationship of clinical environment to nursing students' academic motivation. *Kontakt*, 17(1), pp. e6–e12.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.01.003>
- Karnjuš, I. & Pucer, P., 2012. Simulacije – sodobna metoda učenja in poučevanja v zdravstveni negi in babištvo. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 57–66.
- Kelly, M.A., Berragan, E., Eikeland Husebø, S. & Orr, F., 2016. Simulation in nursing education – international perspectives and contemporary scope of practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(3), pp. 312–321.
<http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12208>
- Kosgeroglu, N., Acat, M.B., Ayranci, U., Ozabaci, N. & Erkal, S., 2009. An investigation on nursing, midwifery and health care students' learning motivation in Turkey. *Nurse Education in Practice*, 9(5), pp. 331–339.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2008.07.003>
PMid:18768371
- Krajnc, A., 1982. *Motivacija za izobraževanje*. Ljubljana: Delavska enotnost, pp. 116, 181.
- Liaw, S.Y., Pelham, S., Chan, S.W., Wong, L.F. & Lim, F.P., 2015. Using simulation learning through academic-practice partnership to promote transition to clinical practice: a qualitative evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), pp. 1044–1054.
<http://dx.doi.org/10.1111/jan.12585>
PMid:25482494
- Marentič Požarnik, B., 1980. *Dejavniki in metode uspešnega učenja*. Ljubljana: Dopisna delavska univerza Univerzum, pp. 83–98.
- Marentič Požarnik, B. & Lavrič, A., 2011. *Predavanja kot komunikacija: kako motivirati in aktivirati študente*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, p. 13.
- McCallum, J., 2007. The debate in favour of using simulation education in pre-registration adult nursing. *Nurse Education Today*, 27(8), pp. 825–831.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2006.10.014>
PMid:17150284
- Meehan-Andrews, T.A., 2009. Teaching mode efficiency and learning preferences of first year nursing students. *Nurse Education Today*, 29(1), pp. 24–32.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.06.007>
PMid:18757118
- Melo, K., Williams, B. & Ross, C., 2010. The impact of nursing curricula on clinical practice anxiety. *Nurse Education Today*, 30(8), pp. 773–778.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.02.006>
PMid:20381219
- Moule, P., Wilford, A., Sales, R. & Lockyer, L., 2008. Student experiences and mentor views of the use of simulation for learning. *Nurse Education Today*, 28(7), pp. 790–797.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.03.007>
PMid:18479785
- Murray, C., Grant, M.J., Howarth M.L. & Leigh, J., 2008. The use of simulation as a teaching and learning approach to support practice learning. *Nurse Education in Practice*, 8(1), pp. 5–8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2007.08.001>
PMid:17951111
- Negovan, V., Sterian, M. & Colesniuc, G-M., 2015. Conceptions of learning and intrinsic motivation in different learning environments. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 187, pp. 642–646.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.119>
- Puklek Levpušček, M. & Zupančič, M., 2009. *Osebnostni, motivacijski in socialni dejavniki učne uspešnosti*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, pp. 25–29.
- Skela-Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvene nege (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 320–333.
<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.79>
- Trobec, I., Čuk, V. & Istenič Starčič, A., 2014. Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 310–322.
<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.4.38>

Villa Sanchez, A. & Poblete Ruiz, M. eds., 2008. *Competence-based learning: a proposal for the assessment of generic competences*. Bilbao: University of Deusto, pp. 203–209.

Žvanut, B., Jurgec, S. & Karnjuš, I., 2013. Analiza potreb po uporabi simulacij v procesu vseživljenjskega učenja medicinskih sester. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(1), pp. 28–37.

Citirajte kot/Cite as:

Pajnič, M., 2016. Kaj študente zdravstvene nege motivira za učenje in kako ocenjujejo simulirano klinično usposabljanje. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 126–134. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.86>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Izkušnje žensk ob nenačrtovanem porodu zunaj porodnišnice Women's experience of unplanned out-of-hospital birth

Ksenija Kragelj, Mirko Prosen

Ključne besede: Zgornje Posočje; oddaljenost; babica; medosebni odnos; opolnomočenje

Key words: Upper Soča region; distance; midwife; interpersonal relationship; empowerment

Ksenija Kragelj, dipl. m. s.;
Zdravstveni dom Tolmin,
Prešernova ul. 6, 5220 Tolmin

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

viš. pred. mag. Mirko Prosen,
dipl. zn., univ. dipl. org.;
Univerza na Primorskem,
Fakulteta za vede o zdravju,
Polje 42, 6310 Izola

IZVLEČEK

Uvod: Porodi zunaj porodnišnice so v Sloveniji redkost. Nekaj teh porodov se zgodi tudi v Zgornjem Posočju, ki je posebno zaradi svojega geografskega položaja in časovne oddaljenosti do najbližje porodnišnice. Cilj raziskave je bil pridobiti poglobljen vpogled v doživljajski svet porodnic, ki so nenačrtovan porod zunaj porodnišnice izkusile, in zaznati oceno kakovosti ponujene obporodne skrbi skozi občuteno zadovoljstvo.

Metode: Raziskava je temeljila na kvalitativni metodologiji. V namenski vzorec je bilo vključenih 10 porodnic, ki so rodile med letoma 2004 in 2014. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo delno strukturiranih intervjujev v juniju 2014 in analizirani z metodo analize besedila.

Rezultati: Z metodo analize besedila je bilo identificiranih pet tem, in sicer (1) proces rojevanja – rituali, prakse in doživljanja, (2) podoživljanje poroda, (3) v žensko osredotočena skrb, (4) zaznana stopnja zadovoljstva v institucionalno obravnavo in (5) zaznavanje poroda med nosečnostjo – želje in pričakovanja.

Diskusija in zaključek: Ugotovitve nakazujejo, da so med porodom v ospredju ljudje, ki so ob porodnici, in njihov odnos do nje. Čeprav se porodnice takrat morda res ne zavedajo vseh morebitnih tveganj, se tega zavedajo zdravstveni delavci ob njej. Vključene v raziskavo so svojo porodno izkušnjo izkusile kot pozitivno in obenem izrazile zadovoljstvo do obporodne zdravstvene oskrbe. Nadaljnje raziskovanje bi moralo vključevati vidik zdravstvenih delavcev.

ABSTRACT

Introduction: Out-of-hospital births are rare in Slovenia. Some of these births occur also in the Upper Soča region, mainly due to its geographical location and the travel time to the nearest hospital, specifically. The aim of this study was to obtain a deeper insight into childbearing women's experience of unplanned out-of-hospital birth, and to evaluate the satisfaction with the quality of perinatal care provided.

Methods: The study was based on a qualitative methodology. The purposive sample included 10 pregnant women who gave birth between 2004 and 2014. The data were obtained through semi-structured interviews in June 2014 and were analysed by using the method of content analysis.

Results: The analysis yields five thematic clusters, namely (1) birth process – rituals, practices and experiences, (2) re-experiencing birth, (3) woman-centred care, (4) perceived level of satisfaction with institutional treatment, and (5) feelings, desires and perceptions of women during pregnancy which are related to birth.

Discussion and conclusion: The findings suggest that during unplanned out-of-hospital birth, the most important is the active and passive support of persons present and their attitude towards the woman in labour. Although women are not fully aware of all potential risks, the health professional present should be prepared and take all the preventive measures. The study participants perceived home birth as a positive experience and also expressed high level of satisfaction with perinatal health care. Further research should be undertaken to investigate into the attitudes of health care professionals' assisting in home birth.

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Ksenije
Kragelj: *Porodi izven bolnišnice:
kvalitativna analiza doživljanja
žensk v Zgornjem Posočju
(2014).*

Prejeto/Received: 8. 2. 2016
Sprejeto/Accepted: 31. 5. 2016

Uvod

Nosečnost in porod sta naravna in enostavna dogodka v življenju ženske, a se hkrati lahko spremenita v zelo zapletena (Njenjić & Skela Savič, 2011; Spaich, et al., 2013), še posebej je to v takšnih primerih določujoče v okolju, ko zaradi oddaljenosti do najbližje porodnišnice ni mogoče v celoti zagotoviti takšne zdravstvene oskrbe, kot bi jo v porodnišnici. Med letoma 2002 in 2011 je bilo v Sloveniji 234 porodov zunaj porodnišnice. Gre za redke dogodke (0,12 % vseh porodov oziroma dva na mesec), pri čemer so lahko letna nihanja naključna (Zupan, 2013). Del teh se zgodi tudi na enem od najbolj obsežnih terenov v severozahodni Sloveniji, to je v Zgornjem Posočju, ki obsega Bovško, Kobariško in Tolminsko. Vsi tisti, ki ne poznajo razgibanega hribovskega terena Zgornjega Posočja, si težje predstavljajo čas, ki ga potrebujejo porodnice s tega območja, da varno pridejo do najbližje porodnišnice. Zaradi omenjenega so na tem območju vsako leto od dva do štirje porodi zunaj porodnišnice (Kragelj, 2014), kar vpliva na organizacijo ponujene zdravstvene oskrbe (Kragelj & Prosen, 2015). Ob tem nikakor ni nezanemarljivo doživljanje poroda pri porodnici. Ugotovitve namreč kažejo, da lahko ženske, ki rodijo nenačrtovano zunaj porodnišnice in pričakujejo porod v institucionalnem okolju, izkusijo občutke ranljivosti in stresa (Scott & Esen, 2005; Spaich, et al., 2013; Erlandsson, et al., 2015).

Pri porodih zunaj porodnišnice ali porodih na domu ločimo nenačrtovane in načrtovane porode na domu, te pa lahko razdelimo na tiste, pri katerih je prisoten spremljevalec ali pa ne (Serdinšek & Takač, 2016). Čeprav so nenačrtovani porodi zunaj porodnišnice naključni, niso nepredvidljivi in zagotovo se jih vsako leto nekaj tudi zgodi (McLelland, et al., 2013). McLelland in sodelavci (2013) ob pregledu literature ugotavljajo, da je definicija nenačrtovanega poroda zunaj porodnišnice težavna, saj si različni avtorji pomen nenačrtovanega poroda razlagajo drugače. Tako nekateri ta pojem opisujejo kot nepričakovan porod novorojenca pred prihodom babice ob načrtovanem porodu na domu, spet drugi pa kot porod na neprimerni lokaciji brez strokovne pomoči. Najpogosteje uporabljeno definicijo nenačrtovanega poroda zunaj porodnišnice navajata Scott in Esen (2005), ki pravita, da je nenačrtovan porod zunaj porodnišnice porod, ki je bil načrtovan, da bo potekal v porodnišnici, vendar se je zgodil pred prihodom v porodnišnico. Takšni porodi se zgodijo nepričakovano, zato lahko potekajo tudi brez strokovne pomoči, pogosto tudi na poti v porodnišnico. Erlandsson in sodelavci (2015) opredeljujejo porod zunaj porodnišnice kot tisti porod, ki se zgodi zunaj porodnišnice ne glede na kraj zaključka tretje porodne dobe.

Coxon in sodelavci (2015) pravijo, da na načrtovan porod zunaj porodnišnice vplivajo dejavniki, kot so

razumevanje tveganj, povezanih s takšnim porodom, in vprašanj o varnosti, kulturno normativna pričakovanja, osebna prepričanja, predhodne porodne izkušnje ter vidik pomembnih drugih in zdravstvenega osebja, pa nenačrtovan porod izven porodnišnice opredeljujejo druge značilnosti. Nenačrtovan porod zunaj porodnišnice je mogoče pričakovati pri ženskah, ki zanemarijo začetek poroda oziroma ga ne prepoznajo dovolj hitro, in v primerih hitrega poteka poroda; pri mnogorodnicah; pri veliki oddaljenosti do najbližje porodnišnice; pri prisotnih psihičnih težavah ali jezikovnih ovirah (Blondel, et al., 2011; Erlandsson, et al., 2015). Nenačrtovani porodi zunaj porodnišnice so pogostejši pri porodnicah iz nižjih družbenih slojev, medtem ko so načrtovani porodi pogostejši pri porodnicah iz višjih družbenih razredov (Blondel, et al., 2011), kavkaške rase, nekadilkah, starejših in iz socialno bolj privilegiranih okolij ter tudi mnogorodnicah (Serdinšek & Takač, 2016). Kot še ugotavljajo Blondel in sodelavci (2011), je v številnih državah opaziti dolgoročni trend zapiranja manjših porodnišnic, zlasti na tistih predelih, kjer se čas potovanja do naslednje porodnišnice zaradi zaprtja ni drastično povečal. Kljub temu avtorji izpostavljajo, da se bo delež nenačrtovanih porodov zunaj porodnišnice v prihodnje povečeval tudi zaradi tega razloga, še posebej v najbolj odročnih krajih.

Namen in cilji

Porod je za vsako žensko zelo osebna in čustvena življenjska izkušnja, ki simbolizira prehod v materinstvo. Mnenja o tem, ali porod sodi v porodnišnico ali v drugo okolje zunaj porodnišnice po izbiri porodnice, so med profesionalci in laično javnostjo deljena. Namen članka ni posegati v tovrstne polemike, temveč predstaviti doživljanje rojevanja v okolju, ki je zaradi svojih reliefnih in podnebnih značilnosti lahko povsem nedostopno za bolnišnično oskrbo tudi v primerih, ko je resno ogroženo zdravje matere in ploda oziroma novorojenca. Boljše razumevanje porodnic, ki nenačrtovano rodijo zunaj porodnišnice, omogoča prilagajanje ukrepov, ki v okolju, kjer takšni porodi niso redkost, prispevajo k zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe in posledično k ustvarjanju pozitivne porodne izkušnje. S tem namenom in ob dejstvu, da pregled literature kaže na pomanjkanje tovrstnih raziskav, je bil cilj raziskave pridobiti poglobljen vpogled v doživljanje porodnic, ki nenačrtovano rodijo zunaj porodnišnice. Oblikovani sta bili naslednji raziskovalni vprašanji:

- Kako porodnice doživljajo nenačrtovan porod (ob prisotnem zdravstvenem osebju) zunaj porodnišnice?
- Kateri vidiki doživljajskega sveta (osebni, družbeni, zdravstveni ipd.) porodnic so v ospredju pri nenačrtovanem porodu (ob prisotnem zdravstvenem osebju) zunaj porodnišnice?

Metode

Za doseg zastavljenih ciljev, kjer je bil v ospredju proučevanja doživljajski svet porodnic, ki so nenačrtovano rodile zunaj porodnišnice in je bilo prisotno zdravstveno osebje, je bila izbrana kvalitativna paradigma, ki sledi interpretativnemu modelu. Kvalitativno raziskovanje namreč analizira konkretne primere v njihovi časovni in krajevni specifičnosti, pri čemer upošteva izkušnje in doživljanja ljudi v teh okoliščinah (Flick, 2002).

Opis instrumenta

Podatki so bili pridobljeni s pomočjo delno strukturiranih intervjujev. Pri tej obliki si raziskovalec pred intervjujem pripravi glavna vprašanja, ki jih zastavlja vsakemu intervjuvancu posebej. Podvprašanja, če so potrebna, pa oblikuje in postavlja med intervjujem (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Pred začetkom intervjuja so intervjuvanke povedale nekaj osnovnih demografskih podatkov (starost ob porodu, dosežena stopnja izobrazbe, oddaljenost do najbližje bolnišnice, zaporedni porod). Osrednji del intervjuja so bila vprašanja, povezana z izkušnjo začetka poroda (npr. kako se je porod začel, ste odlašali z odhodom v porodnišnico, ste razmišljali o porodu zunaj porodnišnice), porodom (npr. kako ste doživeli in sprejeli dejstvo, da porod v porodnišnici ne bo mogoč, koliko ste zaupali zdravstvenemu osebju) in časom po porodu (npr. kako ste doživljali trenutke po rojstvu, kako ste bili sprejeti v porodnišnici).

Opis vzorca

V namenski vzorec so bile vključene porodnice, ki so nenačrtovano rodile zunaj bolnišnice in kjer je bilo prisotno zdravstveno osebje. Za sodelovanje v raziskavi se je odločilo 10 porodnic, kar je z vidika velikosti vzorca, če upoštevamo izbrani raziskovalni dizajn, zadostno (Steen & Roberts, 2011). Kljub temu smo sledili kriteriju nasičenosti podatkov (Fusch & Ness, 2015).

Dve intervjuvanki sta rodili leta 2004, ena leta 2005, po dve leta 2008, 2010 in 2011 ter ena leta 2013. Za eno od intervjuvank je bil to četrti zaporedni porod, za tri tretji, za pet drugi porod, ena pa je bila prvorodnica. Z vidika izobrazbene strukture sta imeli dve intervjuvanki končano osnovno šolo, dve poklicno, tri srednjo šolo, ena visoko šolo in dve univerzitetni študijski program. V osmih primerih je bil porod spontan, v dveh pa je bila zaradi zapletov potrebna epiziotomija. Povprečna starost intervjuvank je bila v času poroda 30,5 leta. Najmlajša intervjuvanka je takrat dopolnila 22 let, najstarejša pa 37 let. Glede na oddaljenost intervjuvank od najbližje bolnišnice je v povprečju najbližja porodnišnica oddaljena 40 kilometrov, najbolj oddaljena pa je 57 kilometrov stran.

Ob ugodnih vremenskih razmerah bi do prihoda v porodnišnico dve intervjuvanki potrebovali 45 minut, pet 60 minut in tri 90 minut.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Z uporabo principa snežne kepe je bilo povabilo za sodelovanje v raziskavi posredovano nekaterim ženskam, ki so rodile med letoma 2004 in 2014 v Zgornjem Posočju ter ohranile stik s prvo avtorico, ki je bila v nekaterih primerih zaradi svojih izkušenj kot medicinska sestra – babica prisotna ob porodu. Ta jih je obvestila o raziskovalni nameri in jih prosila, naj o tem obvestijo tudi druge, ki jih poznajo. Potencialne intervjuvanke, ki so se odzvale povabilu za sodelovanje, so bile seznanjene z namenom, cilji in potekom raziskave. S tistimi, ki so potrdile sodelovanje, smo se dogovorili za termin in kraj srečanja po njihovem izboru, ob pogoju, da bosta omogočeni zasebnost in intimnost. Intervjuji so potekali junija 2014, pri čemer smo sledili etičnim smernicam družboslovnega raziskovanja, ki jih povzema Bulmer (2008), kar je zaradi vpletenosti prve avtorice med drugim pomenilo tudi ohranjati receptivno držo in načela Helsinško-Tokijske deklaracije. Pridobili smo dovoljenje za opravljanje raziskave od delovne organizacije (Zdravstveni dom Tolmin). Pred začetkom intervjuja so bile intervjuvanke ponovno seznanjene z namenom in cilji raziskave, ukrepi za zagotavljanje anonimnosti, zaupnosti oziroma varovanjem osebnih podatkov in možnostjo, da se na njihovo željo kadarkoli prekine intervju. Omenjeni elementi so sestavljali informirano soglasje, ki so ga morale intervjuvanke, ki so se odločile za prostovoljno sodelovanje, podpisati. Intervjuji so bili zvočno snemani. Posamezni intervju je v povprečju trajal 40 minut. Ob koncu vseh intervjujev so bili narejeni njihovi transkripti. Z namenom varovanja anonimnosti so bila imena sodelujočih nadomeščena z namišljenimi imeni. Imena drugih oseb ali krajev so bila v besedilu izpuščena in izpust ustrezno označen. Nasičenost podatkov (Fusch & Ness, 2015) se je nakazovala pri devetem intervjuju, ko med povedanim ni bilo zaznani nobenih novih dejstev, in je bila pozneje potrjena v fazi kodiranja.

Podatki so bili analizirani z metodo analize besedila. Uporabljena je bila tematska analiza besedila, pri kateri gre za proces analize podatkov v skladu s podobnostmi, povezavami in razlikami med podatki (Gibson & Brown, 2009). Tematska analiza je potekala tako, da so bila besedila večkrat prebrana, kodirana in kode kategorizirane, ter na podlagi kategorij oblikovane teme (Steen & Roberts, 2011). Zaradi prisotnosti prve avtorice ob nekaterih nenačrtovanih porodih zunaj porodnišnice sta z namenom zagotavljanja zanesljivosti in kredibilnosti rezultatov analizo besedila avtorja opravljala ločeno. Analizo je najprej opravila prva avtorica, nato drugi avtor (Fusch & Ness, 2015), sledilo je usklajevanje diskrepanc obeh analiz, ki pa

Tabela 1: *Identificirane teme*
Table 1: *Identified themes*

<i>Tema/Theme</i>	<i>Kategorija/Category</i>	<i>Frekvenca kod/ Frequency code</i>
Proces rojevanja: rituali, prakse in doživljanja	Nepričakovan začetek poroda Rituali pred odhodom v porodnišnico Nezavedanje o zapletih pri porodu Odsotnost strahu pred porodom zunaj bolnišnice Doživljanje poroda (pozitivno) Prvi stik matere z novorojencem Vpliv kulturnega okolja – partner Spremljajoča birokracija	108
Podoživljanje poroda	Zadovoljstvo ob porodu zunaj bolnišnice Refleksija (podoživljanje poroda)	49
V žensko osredotočena skrb	Medsebojno zaupanje Avtonomija	24
Zaznana stopnja zadovoljstva z institucionalno obravnavo	Institucionalna obravnavna med nosečnostjo in po porodu Medikalizacija	23
Zaznavanje poroda med nosečnostjo: želje in pričakovanja	Želja po naravnem porodu Psihofizična pripravljenost na porod	11

so se v glavnini nanašale na ustrezno poimenovanje identificiranih tem. Pri predstavitvi rezultatov je bila upoštevana tudi frekvenca posameznih kod.

Rezultati

Identificiranih je bilo pet tem, ki opredeljujejo doživljajski svet porodnic, ki so izkusile porod zunaj porodnišnice, in sicer: (1) proces rojevanja: rituali, prakse in doživljanja, (2) podoživljanje poroda, (3) v žensko osredotočena skrb, (4) zaznana stopnja zadovoljstva z institucionalno obravnavo, (5) zaznavanje poroda med nosečnostjo: želje in pričakovanja (Tabela 1).

Proces rojevanja: rituali, prakse in doživljanja

Za večino intervjuvank je bil začetek poroda nepričakovan – bodisi zaradi njegovega hitrega stopnjevanja, oddaljenosti do pričakovanega datuma poroda ali lastne predstave o tem, kako naj bi se porod začel. Ob ugotovitvi intervjuvank, da se je porod začel, je mnoge od njih bremenilo dejstvo, da morajo kljub hitremu napredovanju poroda še pred odhodom od doma med drugim najprej poskrbeti za osebno higieno. Ko se je izkazalo, da porod v porodnišnici ne bo mogoč, se pri intervjuvankah niso pojavljali strahovi glede možnih zapletov, povezanih s porodom zunaj porodnišnice, ali dejstva, da pogoji na primarni ravni morda niso enaki tistim na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvenega varstva, npr. v primeru oskrbe nedonošenega otroka. Tovrstni strahovi so se pojavili šele po porodu, ko so se skozi refleksijo ozirale nazaj. Mnogo bolj kot to je bilo med rojevanjem v ospredju medsebojno zaupanje med zdravstvenim osebjem in porodnico, zato jih dejstvo, da porod ne

bo potekal v porodnišnici, ni prestrašilo ali omajalo njihovega zaupanja v zdravstveno osebje. Bolj kot kraj rojevanja pa k ustvarjanju pozitivne porodne izkušnje pomembno prispeva zaupanje porodnice v zdravstveno osebje.

»V tistem trenutku mislim, da se nisem zavedala tveganja, ki ga tak porod prinaša. Ne, o nobenih komplikacijah med porodom nisem razmišljala, niti to, da ne meni ali mojemu novorojenčku zdravstveno osebje ne bo moglo pomagati. Jaz sem se počutila tako v varnih rokah in nisem nič razmišljala v povezavi s tem. Res ne.« (Tanja, 34 let)

»Ko sem prišla enkrat v zdravstveni dom, sem vedela, da je tam usposobljeno osebje. Zaupala sem babici in ostalim, ki so bili okrog mene. Takrat mene ni bilo nič več strah, celo odleglo mi je, zato so se popadki celo malo ustavili, potem pa so se zopet stopnjevali.« (Lucija, 37 let)

»Čisto umirjena sem bila po vaginalnem pregledu, ko mi je babica povedala, da ne bomo rodili v porodnišnici, ker sem jaz popolnoma zaupala babici. Čisto nič me ni bilo strah.« (Sara, 28 let)

Vse porodnice, ki so rodile zunaj porodnišnice, so porod opredelile kot pozitivno porodno izkušnjo.

»Moje doživljanje poroda je zelo lepo. Takoj, ko so me pripeljali skozi vrata v urgentno ambulanto, sem opazila, da se na radiatorju grejejo oblekice za dojenčka. Potem smo predihali popadke. Celotna popoldanska ekipa je ostala z mano in me bodrila. Močno sem zajela sapo in nato še enkrat in novorojenček je bil zunaj. Ja, ti popadki so bili zelo močni, veliko bolj kot cunami! V tistem trenutku je bilo vse super. Edino, kar mi je ostalo v spominu in mi gre na smeh še danes, je to, da babica ni imela v urgentni ambulanti CTG-ja in je poslušala utripe s tisto slušalko (Pinnardova slušalka, op. a.) in takrat smo morali biti tihi. To, da smo morali biti tihi,

to je bilo težko. Moje doživljanje poroda je zelo lepo. Tu sem imela stalno enega ob sebi, zato nisi imel časa razmišljati o strahu ali pa o bolečini.« (Sara, 28 let)

»Zelo lepo sem doživela ta porod. Bil je enkratno, že zaradi tega, ker je bil mož ves čas ob meni. Tu ste se pa vsi ves čas z mano pogovarjali in to je bilo tako krasno. Jaz sem to tako lepo doživljala [...] In smo rodili. To je bilo krasno. Najbolj lepo od vsega pa mi je bilo, ko sem po porodu dobila na trebuh ogreto bombažno plenico. To je bilo tako lepo, da bi bilo dobro, če bi to še kje prakticali. To je bilo tako, kot če bi položili eno zelo nežno stvar na obolelo mesto. To zelo dobro dene. Jaz sem se počutila zelo dobro, pa še porod ni bil naporen.« (Lucija, 37 let)

Kot je razvidno, je k pozitivni izkušnji dodatno prispevala prisotnost zdravstvenega osebja in partnerja, čeprav ta v vseh primerih ni bil prisoten. Pozitivno izkušnjo je sooblikoval prvi stik matere z novorojencem.

»Ja, takoj po porodu sem dobila novorojenčka na trebuh. To je tako dober občutek. To je tako lepo. Več časa sem ga imela pri sebi kot prvič v porodnišnici. Res je bilo lepo, ko smo bili skupaj. Meni je bilo vse super. Ne vem, vse se mi je zdelo strokovno, istočasno pa tako domače. Res nisem nič pogrešala. [...] Tako kot sem vam že povedala, je bilo meni tako lepo, ničesar ni bilo, kar bi lahko rekla, da je manjkalo.« (Hana, 32 let)

»Takoj po porodu so mi novorojenčka položili na trebuh. Obrisali so ga, pokrili s toplo plenico in mi ga položili na trebuh. Ja, kar nekaj časa sem ga imela na trebuhu, potem smo se še dojili. Nič ni manjkalo, nič ni bilo manj. Krasno.« (Lucija, 37 let)

»Prvega novorojenčka so takoj po rojstvu položili očetu v naročje, saj so se pripravljali še za rojstvo drugega. Vse je bilo hitro, vse je bilo lepo.« (Mateja, 29 let)

Tudi birokratizacija, ki spremlja porod zunaj porodnišnice, ni bistveno prispevala k zmanjšanju pozitivne porodne izkušnje, čeprav Mojca (27 let) omenja poznejše težave pri prijavi rojstva.

»[...] ni me motilo izpolnjevanje predpisanih obrazcev, saj sem že od prvega poroda vedela, da bom morala podpisati tista dva papirja. Vem, da se je zapletlo pri prijavi rojstva.«

Podoživljanje poroda

Tema »podoživljanje poroda« je tesno povezana s prvo identificirano temo. Intervjuvanke priznavajo, da se velikokrat ozrejo nazaj in razmišljajo o porodu oziroma porodih. Analizirajo vsako podrobnost in jo poskušajo osvetliti z vseh strani. Pri tem največkrat uporabijo besedo »lepo je bilo«. Še posebej izstopajo v primerjavah poroda tiste intervjuvanke, ki so ga izkusile v porodnišnici in zunaj nje.

»Ja, spontano roditi izven porodnišnice je čisto drugače. Lepo je bilo. Na koncu je bilo okrog mene samo poznano zdravstveno osebje, vsi so me spodbujali, božali, držali za roko.« (Nina, 37 let)

»Tu je bilo vse bolj sproščeno. To mi je bil tako dober občutek, tu je bilo vse bolj domače.« (Tanja, 34 let)

Devet intervjuvank, ko pogovor nanese na stvari, ki bi jih spremenile ob rojevanju, ugotavlja, da ne bi spremenilo ničesar.

»[...] Čutila sem, da je porod že zelo, zelo pri koncu. V bistvu sem si takrat želela, da ostane vse tako, kot je. Rodila sem zelo hitro, v bistvu dva močna popadka in je bil moj novorojenček zunaj. Tudi danes bi ravnala popolnoma enako, če bi se znašla v taki situaciji. Za nazaj ne bi nič spreminjala. Vse je bilo super.« (Julija, 32 let)

»Mož je bil malo živčen in nestrpen. Moje doživljanje tega poroda je malce drugačno. Tisti čas sem bolj razmišljala o mojih dveh otrocih, ki sta bila doma. Zavedala sem se, da je na poti še eden, in sem mislila, kako bomo vse to izpeljali. Na sam porod sploh nisem mislila. Moje misli so bile prav drugje. Babici sem rekla, da ne morem več in da bo dojenček prišel ven. Babica se je pripravila za porod in sem rodila. Vse je potekalo tako, kot je moralo. Za nazaj ne bi nič spreminjala. Lepo je bilo in nič drugače ne bi ravnala, tudi če bi se danes znašla v taki situaciji.« (Ivana, 27 let)

V primerjavi z drugimi intervjuvankami je Nina (37 let), ki ima za sabo več porodov, v svojem doživljanju poroda zunaj porodnišnice bolj pragmatična.

»Če bi se danes ponovno znašla v taki situaciji, jaz sedaj težko razmišljam, kaj bi naredila, ker sem se znašla v taki situaciji, da sem potrebovala intenzivno nego po petem porodu kar nekaj časa in prav zaradi te izkušnje priporočam vsem, da rodijo v porodnišnici. Pri mojem četrtem porodu pa ne bi nič spreminjala (zunaj porodnišnice, op. a.).« (Nina, 37 let)

V žensko osredotočena skrb

Morda najpomembnejši del porodne izkušnje je za ženske individualizirana zdravstvena oskrba, ki upošteva njihove potrebe in želje. Pri njenem zagotavljanju izstopata medsebojno zaupanje, za katerega vse intervjuvanke pravijo, da so si ga zdravstveni delavci prislužili s profesionalnim pristopom, in avtonomija ženske, da samostojno odloča o svojem telesu, načinu in tudi kraju poroda.

»Zaupala sem babici in ostalim, ki so bili okrog mene. Popolnoma sem zaupala osebju, najbolj pa babici, zato ker je bila ona tista oseba, ki je bila najbolj v stiku z mano v tistem trenutku.« (Lucija, 37 let)

»[...] Jaz ne morem komu reči, da mora roditi v porodnišnici, lahko se zgodi, da bo porod doma ali na poti v porodnišnico. To je njena odločitev.« (Ivana, 27 let)

Zaznana stopnja zadovoljstva z institucionalno obravnavo

Slika poroda pri večini intervjuvank sooblikuje tudi institucionalna obravnava med nosečnostjo in pozneje

po porodu, po premestitvi v porodnišnico. Temo opredeljujeta dve kategoriji, in sicer »institucionalna obravnava v času nosečnosti in po porodu« ter »medikalizacija«, ki se nanaša na prvo kategorijo, pri čemer nekatere to doživljajo pozitivno, nekatere pa negativno. Večina intervjuvank pozitivno opisuje institucionalno obravnavo v nosečnosti, medtem ko Mojca (27 let), ki je na dan predvidenega datuma poroda obiskala porodnišnico, v kateri je želela roditi, o tem pravi:

»Na termin poroda sem bila na pregledu v porodnišnici. Tam sem čakala za tista dva pregleda, ultrazvok in vaginalni pregled, cele štiri ure, skupaj z dveletnim sinčkom [...] Res je bilo grozno, ker smo bile v čakalnici samo štiri nosečnice in smo tako dolgo čakale. Po vaginalnem pregledu so mi ponudili, da lahko ostanem v porodnišnici, ker sem že malo odprta. Odklonila sem. Šla sem domov.«

Negativna doživljanja o institucionalni obravnavi po porodu je opisovalo šest intervjuvank, ki v ospredje postavljajo zlasti obsojajoči odnos nekaterih zdravstvenih delavcev.

»A ja, vi ste pa tista, ki ste v hribih rodila, vi ne rabite tega, tako so mi večkrat rekli. Na trenutke se je čutilo, da nisva bila njihova.« (Hana, 32 let)

»Zelo pogosto so me spraševali, kako to, da nisem prišla roditi v porodnišnico. To je bilo najbolj moteče, saj smo prve dni po porodu porodnice ne vem, kako naj rečem, bolj smo občutljive, bolj slabotne in nismo tako pri moči. [...] Šele kasneje, ko sem se jaz toliko zbrala, da sem jim razložila, da smo bili tisti dan že na pregledu v porodnišnici in da so nas poslali nazaj domov, šele takrat so odnehali s temi vprašanji. To je bilo moteče, to ni bilo prijetno.« (Lucija, 37 let)

Zaznavanje poroda med nosečnostjo: želje in pričakovanja

Tako kot mnoge druge porodnice so se tudi pri intervjuvankah med nosečnostjo oblikovale želje in pričakovanja glede poroda. Sedem od njih neposredno pove, da del tega nikoli ni bila želja po načrtovanem porodu zunaj porodnišnice. Mateja (29 let) na primer pravi:

»V nosečnosti nikoli nisem razmišljala o tem, da ne bi rodila v porodnišnici.«

V primerjavi z njimi dve priznavata, da sta razmišljali tudi o tem. Mojca (27 let) pripoveduje:

»Zdaj, pred tem porodom, nisem razmišljala, da ne bi rodila v porodnišnici. V prvi nosečnosti, po pravici povedano, pa sem o tem razmišljala. Porod je nekaj naravnega, spontanega, le mi smo ga preveč zakomplicirali. Poglejte živali, pa krave, vse rodijo same.«

Podobno kot Mojca (27 let) tudi Hana (32 let) poudarja:

»Namenoma nisem razmišljala, da ne bi rodila v porodnišnici. Sem pa razmišljala, kako bi vse skupaj potekalo, če bi se to res zgodilo. Zavestno pa se zato

nisem odločila. Ne, to pa ne.« (Hana, 32 let)

Psihofizična priprava na porod je redko omenjena, še posebej pri prvorodnicah, kar da slutiti, da so v primerjavi z mnogorodnicami lahko slabše pripravljene na porod. Mojca (27 let), ki je že izkusila materinstvo, v tem pogledu izpostavlja zlasti psihično pripravo:

»Vse je v glavi, če se ti telesno in fizično pripraviš na tak porod, se ti ne more nič hudega zgoditi. Tudi doma lahko rodiš, samo pripravljen moraš biti na to.« (Mojca, 27 let)

Diskusija

V Zgornjem Posočju je časovna oddaljenost do najbližje porodnišnice velika težava, še posebej za tiste porodnice, ki z odhodom odlašajo. Raziskava kaže, da se nekatere intervjuvanke, veliko bolj prvorodnice, ki so nenačrtovano rodile zunaj porodnišnice, niso zavedale pomembnosti časovne oddaljenosti in/ali prepoznale znakov začetka poroda. Ugotovitve drugih raziskav kažejo, da je časovna oddaljenost do najbližje porodnišnice pomembno povezana z večjo pogostnostjo nenačrtovanega poroda (McLelland, et al., 2013) ter večjim deležem neonatalne mortalitete in morbiditete, ko govorimo o nenačrtovanem porodu (Scott & Esen, 2005; Blondel, et al., 2011; McLelland, et al., 2013; Gunnarsson, et al., 2014; Nguyen, et al., 2016). Čeprav je porod zunaj porodnišnice redkejši pojav tako pri nas kot v razvitem svetu (Blondel, et al., 2011; McLelland, et al., 2013; Gunnarsson, et al., 2014; Erlandsson, et al., 2015), je pomembno razumeti, kako ženske doživljajo takšen porod in kateri vidiki njenega doživljajskega sveta so v ospredju. Porod je univerzalen dogodek, vendar pa je njegovo doživljanje zelo individualno (Lindgren & Erlandsson, 2010), kar potrjuje tudi raziskava, in se spreminja s sociopolitičnim kontekstom, v katerega je umeščen (Records & Wilson, 2011), zato je analiziranje vsakdanjega življenja in porodnih pričevanj žensk nujna in legitimna sestavina vrednosti, ki pomeni izziv »tradicionalni« vednosti, kot to imenuje Drglin (2007, p. 111).

Porodne zgodbe ostajajo trajen spomin. Tako sogovornice priznavajo, da se s spomini pogosto vračajo v čas poroda, ga v mislih podoživijo in vrednostno opredelijo. Tako slike poroda postanejo bolj jasne. Ugotovitve nekaterih raziskav (Coxon, et al., 2015; Erlandsson, et al., 2015) kažejo na to, da porodnice realno ocenijo nekatera svoja porodna pričakovanja, ki so jih razvile v nosečnosti šele pozneje, v poporodnem obdobju. V skladu s tem lahko sprejmemo tudi nekatere odločitve, ki so povezane z rojevanjem v prihodnje (Erlandsson, et al., 2015). Vse intervjuvanke v raziskavi so porod zunaj porodnišnice izkusile prvič in priznale, da se kljub upoštevanju časovne oddaljenosti do porodnišnice niso zavedale vseh morebitnih tveganj takšnega poroda. To potrjujejo tudi druge raziskave (Lee, et al.,

2012), ki kažejo na to, da se zaznava dojevanja tveganj pri porodnici in zdravstvenem osebju (pri čemer so lahko razlike med različnimi profili, ki sodelujejo v obporodni oskrbi) zelo razlikuje, kar lahko vpliva na zagotavljanje zdravstvene oskrbe in celo izide poroda.

Ugotovitve raziskave kažejo, da proces rojevanja zunaj porodnišnice zaznamujejo rituali, ki vključujejo pripravo pred odhodom od doma, porodne prakse, ki se morda razlikujejo od tistih v porodnišnici, in doživljanje rojevanja, na katerega pomembno vpliva stopnja zaupanja v zdravstveno osebje in prvi stik z novorojencem. Vzpostavljeno zaupanje v zdravstveno osebje in nenehna podpora sta veliko bolj krojila doživljanje poroda kot kraj rojevanja. S tem je povezana tudi avtonomija, ki so jo porodnice občutile, oziroma občutek nadzora nad dogajanjem. Lindgren in Erlandsson (2010) navajata, da prisotnost tega pomembno prispeva k celovitemu doživljanju poroda, kar pa ni nujno povezano s krajem rojevanja, temveč sposobnostjo porodnice, da nadzoruje svoje lastno vedenje in dejanja ljudi okrog sebe. Porodnice v raziskavi, ki so izkusile nenačrtovan porod zunaj porodnišnice ob prisotnem zdravstvenem osebju, izkušnjo poroda opisujejo kot pozitivno in opolnomočeno. Občutek nadzora nad dogajanjem in opolnomočenje se hitreje razvijeta, če imata porodnica in babica že pred porodom vzpostavljen pristen medsebojni odnos (Lindgren & Erlandsson, 2010; Hadjigeorgiou, et al., 2012), kot je bilo v večini primerov, ki so bili vključeni v raziskavo. To govori v prid kontinuirani babiški skrbi, ki se začne že v predporodnem obdobju z vzpostavitvijo partnerskega odnosa, ki temelji na sodelovanju in medsebojnem spoštovanju (Stanek Zidarič, et al., 2011) ter pozitivno vpliva na doživljanje poroda in na njegov izid (Sjöblom, et al., 2006). Ob nenačrtovanem porodu zunaj porodnišnice je kontinuirana babiška skrb, če jo izpostavimo v kontekstu raziskave, prej naključna kot namenska. Poleg znanja in odgovornosti, ki jo kontinuirana babiška skrb prinaša za izvajalce, namreč uresničevanje takšnega načina dela zahteva predvsem sistemske spremembe znotraj zdravstvenega varstva (Njenjić & Skela Savič, 2011; Stanek Zidarič, et al., 2011; Prelec, et al., 2014).

Ob tem se iz pripovedovanja intervjuvank zdi, da sta vzpostavljeno medsebojno zaupanje med porodnico in babico ter kontinuirana babiška skrb precej pomembnejša za ustvarjanje pozitivne porodne izkušnje kot kraj poroda, kar navajajo tudi Spaich in sodelavci (2013). Ne glede na to pa lahko sklepamo, da je zadovoljstvo s porodno izkušnjo vsaj posredno povezano tudi s krajem rojevanja, zlasti zaradi navajanja nekaterih intervjuvank o odsotnosti teh dveh faktorjev (medsebojno zaupanje in kontinuirana babiška skrb) v institucionalni (bolnišnični) obravnavi med nosečnostjo. Podobno intervjuvanke navajajo tudi za zgodnje poporodno obdobje, ko pripovedujejo o negativno usmerjenem odnosu nekaterih zdravstvenih delavcev, ker so rodile zunaj porodnišnice. Nekatere med

njimi so zaradi tega čutile ponižanost in občutke krivde, kar ugotavljajo tudi v drugih raziskavah (Sjöblom, et al., 2012; Erlandsson, et al., 2015). Tovrstno ravnanje pa ima lahko trajne škodljive učinke na psihično, socialno in fizično počutje ženske (Davison, et al., 2015).

V okviru omejitev raziskave je treba omeniti, da so bile v raziskavo vključene porodnice, ki so nenačrtovano rodile zunaj porodnišnice med letoma 2004 in 2013. Dve od njih sta rodili leta 2004, zaradi česar bi lahko trdili, da je spomin na porod zbledel in da so podrobnosti pozabljene, a ugotovitve drugih avtorjev kažejo, da so spomini, vezani na porod, skozi leta konstantni (Sjöblom, et al., 2006), kar je najbrž tudi povezano z dejstvom, da se porodne izkušnje velikokrat podajo drugim v obliki pripovedi in se tako ohranjajo v njihovem spominu. Poleg tega je raziskava, opravljena na geografsko omejenem območju, v katerem je morda družbena zaznava nenačrtovanega poroda zunaj porodnišnice, ki na tem območju ni tako redek, drugačna v primerjavi z drugimi okolji, kar vpliva na posploševanje rezultatov. Med dejavniki, ki bi lahko vplivali na rezultate, je tudi vključenost prve avtorice, ki je sodelovala pri nekaterih porodih vključenih porodnic, zaradi česar se je poskušalo izpeljati nekatere ukrepe (receptivnost, neodvisna analiza besedila).

Raziskovanje področja lahko v nadaljevanju še vedno vključuje kvalitativni metodološki pristop, ki bi proučeval izkušnje zdravstvenih delavcev, ki so prisotni ob nenačrtovanem porodu zunaj porodnišnice. Pomembno je tudi proučevanje organizacijskega vidika vodenja tovrstnih porodov oziroma organiziranja nujne medicinske pomoči, še posebej v tistih primerih, ko je življenje matere in/ali ploda/novorojenca ogroženo in zdravstveno oskrbo krojijo časovna oddaljenost do najbližje porodnišnice, pomanjkljiva medicinsko-tehnična oprema (npr. inkubator) in drugi dejavniki.

Zaključek

Porod ni le biološki dogodek, temveč tudi edinstvena prelomnica v življenju ženske, zato je doživljanje porodne izkušnje mnogokrat določujoče. Mogoče še bolj intenzivno, če jo porod prehitijo in je neizogiben, ne glede na kraj. Lahko je to sodobno opremljena porodna soba v porodnišnici, skromna urgentna ambulanta v zdravstvenem domu, daleč stran od porodnišnice, reševalno vozilo ali domača hiša. Ugotovitve nakazujejo, da v trenutku poroda in s tem njegovega doživljanja vstopajo v ospredje ljudje, ki so ob porodnici, in njihov odnos do nje. Čeprav se takrat morda res ne zavedajo vseh morebitnih tveganj, ki jih še dodatno povečujejo oddaljenost do najbližje porodnišnice in drugi dejavniki, se tega zavedajo zdravstveni delavci ob njej. Ne glede na vse vključene v raziskavo svojo porodno izkušnjo doživljajo kot pozitivno in zadovoljujočo.

Literatura

- Blondel, B., Drewniak, N., Pilkington, H. & Zeitlin, J., 2011. Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France. *Health Place*, 17(5), pp. 1170–1173.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.06.002>
PMid:21727022
- Bulmer, M., 2008. The ethics of social research. In: Gilbert, N. ed. *Researching social life*. 3rd ed. London: Sage, pp. 145–162.
- Coxon, K., Sandall, J. & Fulop, N.J., 2015. How do pregnancy and birth experiences influence planned place of birth in future pregnancies? Findings from a longitudinal, narrative study. *Birth*, 42(2), pp. 141–148.
<http://dx.doi.org/10.1111/birt.12149>
PMid:25676885
- Davison, C., Hauck, Y.L., Bayes, S.J., Kuliukas, L.J. & Wood, J., 2015. The relationship is everything: women's reasons for choosing a privately practising midwife in Western Australia. *Midwifery*, 31(8), pp. 772–778.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.012>
PMid:26001949
- DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B.F., 2006. The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), pp. 314–321.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
PMid:16573666
- Drglin, Z., 2007. Vse najboljše za rojstni dan! Ranljivost in moč žensk v sodobnih porodnih praksah. In: Drglin, Z. ed. *Rojstna mašinerija: sodobne porodne vednosti in prakse na slovenskem*. Koper: Založba Annales, pp. 105–156.
- Erlandsson, K., Lustig, H. & Lindgren, H., 2015. Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden - a phenomenological description. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(4), pp. 226–229.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.06.002>
PMid:26614605
- Flick, U., 2002. *An introduction to qualitative research*. 2nd ed. London: Sage, pp. 1–13.
- Fusch, P.I. & Ness, L.R., 2015. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), pp. 1408–1416.
- Gibson, W.J. & Brown, A., 2009. *Working with qualitative data*. London: Sage, p. 127.
- Gunnarsson, B., Smarason, A.K., Skogvoll, E. & Fasting, S., 2014. Characteristics and outcome of unplanned out-of-institution births in Norway from 1999 to 2013: a cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(10), pp. 1003–1010.
<http://dx.doi.org/10.1111/aogs.12450>
- Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I. & Martensson, 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
- Kragelj, K. & Prosen, M. Organizacijski vidik poroda izven porodnišnice: vodenje poroda na primarni zdravstveni ravni. In: Zadnik, V., Štemberger Kolnik, T., Babnik, K., Bulič, M. & Kocbek Gajšt, M. eds. *Sodobni koncepti cepljenj in preventivne v osnovnem zdravstvenem varstvu: tretja znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo: zbornik prispevkov, Izola, 19. junij 2015*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 131–137.
- Kragelj, K., 2014. *Porodi izven bolnišnice: kvalitativna analiza doživljanja žensk v Zgornjem Posočju: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, pp. 25–33.
- Lee, S., Ayers, S. & Holden, D., 2012. Risk perception of women during high risk pregnancy: a systematic review. *Risk and Society*, 14(6), pp. 511–531.
<http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2012.701277>
- Lindgren, H. & Erlandsson, K., 2010. Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a Swedish population-based study. *Birth*, 37(4), pp. 309–317.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x>
PMid:21083723
- McLelland, G., McKenna, L. & Archer, F., 2013. No fixed place of birth: unplanned BBAs in Victoria, Australia. *Midwifery*, 29(2), pp. e19–e25.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.002>
PMid:22726572
- Nguyen, M.L., Lefèvre, P. & Dreyfus, M., 2016. Conséquences maternelles et néonatales des accouchements inopinés extrahospitaliers. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(1), pp. 86–91.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.02.002>
- Njenjić, G. & Skela Savič, B., 2011. Koncept kontinuirane babiške skrbi: percepcija in vedenje nosečnic. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(2), pp. 83–91.
- Prelec, A., Verdenik, I. & Poat, A., 2014. A comparison of frequency of medical interventions and birth outcomes between the midwife led unit and the 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>
- Records, K. & Wilson, B.L., 2011. Reflections on meeting women's childbirth expectations. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(4), pp. 394–398.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01269.x>

- Scott, T. & Esen, U.I., 2005. Unplanned out of hospital births – who delivers the babies? *Irish Medical Journal*, 98(3), pp. 70–72.
PMid:15869061
- Serdinšek, T. & Takač, I., 2016. Načrtovan porod na domu: pregledni članek. *Zdravniški vestnik*, 85(3), pp. 213–222.
- Sjöblom, I., Idvall, E. & Lindgren, H., 2012. Changing attitudes - women's experiences of negative reactions to their decision for home birth: a population-based study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(1), pp. 55–56.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2011.11.002>
- Sjöblom, I., Nordström, B. & Edberg, A.K., 2006. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22(4), pp. 348–355.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2005.11.004>
- Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sutterlin, M., et al., 2013. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170(2), pp. 401–406.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.040>
- Stanež, T., Mivšek, A.P., Skubic, M. & Zakšek, T., 2011. Kontinuirana babiška skrb: predstavitev projekta Oddelka za babištvo Zdravstvene fakultete Ljubljana in Mestne občine Ljubljana. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(2), pp. 141–145.
- Steen, M. & Roberts, T., 2011. *The Handbook of midwifery research*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp. 73–101.
- Zupan, J., 2013. Vitalna in zdravstvena statistika. In: Verdenik, I., Antolič Novak, Ž. & Zupan, J. eds. *Perinatologia Slovenica II: pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002-11*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, Klinični oddelek za perinatologijo, pp. 14–18.

Citirajte kot/Cite as:

Kragelj, K. & Prosen, M., 2016. Izkušnje žensk ob nenačrtovanem porodu zunaj porodnišnice. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 135–143. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.93>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Varna tehnika dolgotrajne intermitentne samokatetrizacije Safe long-term intermittent self-catheterisation technique

Melita Peršolja

Ključne besede: intermitentna samokatetrizacija; optimalna tehnika; z dokazi podprta zdravstvena nega; izobraževanje; kakovost; domače okolje

Key words: self-catheterisation; optimal technique; evidence-based nursing; education; quality; home care services

doc. dr. Melita Peršolja,
viš. med. ses., prof. zdr. vzg.;
Univerza na Primorskem,
Fakulteta za vede o zdravju,
Dislocirana enota Nova Gorica,
Delpinova 18/b,
5000 Nova Gorica

*Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:*
melita.persolja@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Intermitentna samokatetrizacija je prednostna metoda praznjenja sečnega mehurja pri pacientih z zastojem urina. Medicinska sestra običajno pacienta nauči čiste ali aseptične tehnike samokatetrizacije. Namen prispevka je s pregledom literature ugotoviti, ali obstaja optimalna tehnika intermitentne samokatetrizacije, ki bi jo medicinske sestre priporočale pacientom.

Metode: Uporabljen je bil sistematični pregled literature v bazah podatkov: CINAHL, Medline, ProQuest, COBIB.SI in Cochrane Library. Vključena je bila literatura od prve omembe samokatetrizacije leta 1972 do leta 2016. S selekcijo prvotnih 350 virov smo glede na njihovo skladnost z namenom raziskave izbrali 67 enot literature.

Rezultati: Osemnajst referenc, izbranih z orodjem CASP, je bilo objavljenih med letoma 1992 in 2015: šest randomiziranih kliničnih in pet kohortnih raziskav ter šest sistematičnih pregledov literature in ena kritika. Ključne spremenljivke analize zbranih podatkov so bile sterilnost katetra, vrsta vlažilnega gela in higiena periuretralnega področja.

Diskusija in zaključek: Nobena tehnika intermitentne samokatetrizacije se ne izkaže kot optimalna. Ob upoštevanju značilnosti in sposobnosti pacienta je za slovenske razmere najboljša uporaba sterilnega materiala za enkratno uporabo (katetra in vlažilnega gela), higiena periuretralnega področja s sterilno solucijo in tamponi ter tehnika nedotikanja.

ABSTRACT

Introduction: Intermittent self-catheterisation is a safe and effective way of managing patients with urinary retention. It provides periodical drainage of urine from the bladder when normal bladder function is impaired or absent. The nurses usually provide patients with adequate information about clean or aseptic self-catheterisation techniques. The research aims to determine whether there is evidence for recommending an optimal intermittent self-catheterisation technique.

Methods: A systematic literature review of current procedures undertaken was employed. The search was conducted in data bases of CINAHL, Medline, ProQuest, COBIB.SI and the Cochrane Library. The time frame covered in the search was from 1972, when the technique was first described, to 2016. Sixty-seven sources filtered by the research purpose were selected from the initial 350 identified.

Results: Using CASP quality appraisal tools, eighteen references were selected. Six randomized clinical trials, five cohort studies, six systematic reviews and one critical review were published between 1992 and 2015. The analysis of the data gathered focuses on three self-catheterisation procedure details: catheter sterility, lubricant type and periurethral area hygiene.

Discussion and conclusion: As none of the techniques proved to be optimal for all patients, it is important that the health care professional enables the patient to make an informed choice when choosing the best method and product for their individual needs. Due to the lack of evidence and in accordance with the Slovenian chronic patients' rights, the recommended technique should include sterile disposable material (catheter and lubricant), periurethral area hygiene with sterile swabs and solution, and a no-touch technique.

Uvod

Ob težavah z zastajanjem urina ali pri nepopolnem praznjenju mehurja se za ustrezno izločanje urina pogosto uporablja katetrizacijo (Sheldon, 2013). Intermitentna katetrizacija je predstavljena kot prednostna metoda praznjenja mehurja pri pacientih z retenco urina (Addison, et al., 2012). Samokatetrizacijo izvaja v domačem okolju pacient sam ali njegov bližnji (Vahr, et al., 2013). Intermitentna katetrizacija velja za učinkovito tehniko praznjenja mehurja, ki je ob pravilnem, rednem in popolnem izvajanju varna in primerna za dolgotrajno uporabo (Booth & Clarkson, 2012; Bermingham, et al., 2013). Primerna je za paciente z nevrološkimi obolenji (zaradi poškodbe hrbtenjače, spine bifide, multiple skleroze ipd.) in paciente z nenevrološkimi obolenji ob obstrukciji znotraj mehurja (zaradi povečanja prostate, strikture sečnice ali pooperativnega zastajanja urina) (Denys, et al., 2012; Le Breton, et al., 2012; Rantell, 2012). Prednosti intermitentne samokatetrizacije pred stalnim urinskim katetrom so predvsem neodvisnost pacienta, zmanjšano tveganje za zaplete, povezane s stalnim urinskim katetrom, manjša poraba materiala in manjše ovire pri spolni aktivnosti. Katetrizacijo je treba izvajati od štiri- do šestkrat dnevno, da se ohrani prostornina urina pod 400 ml, s čimer se preprečuje razširjenost in zmanjša pritisk znotraj mehurja (Newman & Willson, 2011). Postopek so v zgodnjih sedemdesetih letih izvajali zgolj s čisto tehniko in z večkratno uporabo katetrov. Danes literatura opisuje različne tehnike intermitentne samokatetrizacije, ki pa jih avtorji različno poimenujejo (Tabela 1) (Vahr, et al., 2013).

Intermitentna samokatetrizacija je invaziven in neobičajen način praznjenja sečnega mehurja, zato je treba pacientu najprej dobro razložiti prednosti te tehnike pred drugimi možnostmi. Samokatetrizacija od pacienta zahteva motorične, senzorične in vizualne sposobnosti, koordinacijo, učinkovito gibanje in skrb za čistočo. Strukturirano učenje z mnogo vaje iz atravmatske tehnike, brez tveganja za okužbo, učenje, ki je usmerjeno v razumevanje, uspešnost ter nenehno spremljanje in prilagajanje možnostim samooskrbe zagotavljajo dolgotrajno uspešno izvajanje samokatetrizacije (Le Breton, et al., 2012; Wyndaele, et al., 2012). Tudi izbira materiala in pripomočkov za samokatetrizacijo ni odvisna zgolj od pacientovih značilnosti, temveč predvsem od njegovih fizičnih in mentalnih sposobnosti (Wyndaele, et al., 2012).

Izvajanja intermitentne samokatetrizacije v domačem okolju pacienta poučujemo z uporabo dveh tehnik: aseptične in čiste (Le Breton, et al., 2012). Pri aseptični tehniki intermitentne samokatetrizacije v domačem okolju pacient uporablja sterilni kateter za enkratno uporabo, zaščitne rokavice, spolovilo razkuži z antiseptično raztopino in se konice katetra ne dotika (Newman & Willson, 2011; Sheldon, 2013). Na klinikah se izvedba samokatetrizacije z aseptično tehniko razlikuje v tem, da dovoljuje umivanje spolovila z vodo in milom, obenem pa zahteva sterilne rokavice (ali prijemalko) in sterilni vlažilni gel (velja za navaden kateter brez premaza) (Vahr, et al., 2013). Newman (2008) pravi, da je v domačem okolju (kjer je tveganje za okužbo sečil z bakterijami manjše kot v bolnišnici oz. drugih zdravstvenih ustanovah) bolje uporabiti čisto tehniko dela. Pacient vsaj enkrat dnevno

Tabela 1: Terminologija tehnik samokatetrizacije z vidika asepse (prirejeno po Vahr, et al., 2013, str. 14).

Table1: Variation in self-catheterisation technique terminology (adopted from Vahr, et al., 2013, p. 14)

<i>Tehnika, značilnosti/ Technique, characteristics</i>	<i>Sterilna/ Sterile</i>	<i>Aseptična (definicija EAUN)/ Aseptic (EAUN definition)</i>	<i>Aseptična/Aseptic</i>	<i>Čista/Clean</i>
okolje	sterilno	nesterilno	nesterilno	nesterilno
kateter	sterilen	sterilen	sterilen, za enkratno uporabo	sterilen za večkratno uporabo
vlažilni gel	sterilen	antiseptik ali sterilen	sterilen	sterilen, antiseptik, čisti ali brez
rokavice	sterilne	sterilne	sterilne	brez
higiena rok	sterilne rokavice	sterilne rokavice	rokavice	voda in milo
higiena spolovila	dezinfekcijsko milo	dezinfekcijsko milo ali voda in milo	dezinfekcijsko milo	voda ali voda in milo
dotik	dotik z rokavicami	z rokavicami	z rokavicami	nedotikanje konice katetra
			nedotikanje katetra, spolovila z rokavicami	nedotikanje konice katetra

Legenda/Legend: EAUN = European Association of Urology Nurses

umije spolovilo z vodo in milom za intimno nego, pred vsako katetrizacijo umije roke z vodo in milom, ne potrebuje sterilnih in niti ne zaščitnih rokavic, uporablja pa lahko kateter za enkratno ali večkratno uporabo ter pazi, da se pred uvajanjem in ob uvajanju konice katetra ne dotika (Newman & Willson, 2011). V slovenskem prostoru je zadnja objavljena strokovna priporočila podala Klemenc (1995), kjer pacient uporablja kateter za enkratno uporabo, vendar ga po spiranju s tekočo vodo uporabi večkrat v enem dnevu. Kateter vsak dan (oz. najmanj vsak teden) zamenja z novim, sterilnim. Uporabo sterilnega gela se priporoča pri samokatetrizaciji moškega, pri ženski zgolj med učenjem postopka.

Ko se pacient še privaja na samokatetrizacijo, se pogosto pojavljata hematurija in bolečina. Razlogi so v uporabi slabo premazanega katetra, grobi vstavitvi katetra v sečnico ali nepravilnem položaju sečnice pri moških. Bolečino še poslabšata napetost in tesnoba, saj nastaneta krč in lokalna poškodba. Ponavljajoče travme sprožijo vnetne odzive, kot posledica vnetij pa nastanejo zožitve (strikture). Pri moških z dolgotrajno strikturo sečnice ali pri tistih, ki imajo povečano prostato, se lahko na mestu zunanega sfinktra, distalno od prostate, izoblikuje lažni prehod. Sčasoma, ko se pacient izuri, naj bi se bolečina in nelagodje med postopkom zmanjšala, pacient pa ugotovi tudi pomembnost spolzkosti katetra, kakšen je pravilen položaj sečnice (moški) in kako skrbeti za higieno (Newman & Willson, 2011; Booth & Clarkson, 2012; Birmingham, et al., 2013). Le Brenton s sodelavci (2012) kot prvo fazo terapevtskega izobraževanja priporoča postavitvev izobraževalne diagnoze, kjer se oceni potrebe in učne zmogljivosti pacienta, ter na podlagi pacientovih ekonomskih, družbenokulturnih in biomedicinskih pogojev zastavi shemo učnega programa. Pri ugotavljanju pogojev okolja je pomembno ugotoviti: dostopnost do stranišča in kopalnice; sposobnost pacienta na invalidskem vozičku, da se sam prestavi; dostop do vira vode; možnost namestitve pripomočkov, ki jih pacient potrebuje (npr. koš za smeti, vodoravna površina, stol, vir svetlobe, umivalnik); možnost vključitve strokovne pomoči, ki prilagodi okolje ali vzpostavi tehnično pomoč za gibanje. Sledi ocenitev pacientovega znanja o anatomiji, tehniki samokatetrizacije in boleznih, ki obsega: razumevanje prednosti samokatetrizacije; znanje o anatomiji perineja; prepoznavanje disfunkcije sfinktra mehurja in njegove posledice v primeru nevrološkega poslabšanja bolezni; prepoznavanje zapletov samokatetrizacije in ukrepanja. Pacienti z nevrološkimi obolenji morajo poznati tudi znake napihnjene mehurja, ki lahko ustrezajo znakom avtonomne hiperrefleksije (glavoboli, znojenje, drgetanje in kožna rdečina). V postopku učenja se svetuje uporabo kombinacije različnih pedagoških pristopov, od tri do pet tednov po končanem terapevtskem izobraževanju pa ocenitev pridobljenih

veščin in izkušenj (gibanje, pravilnost izvedbe samokatetrizacije), razumevanje prednosti tehnike, upravljanje težav in možnih zapletov ter funkcionalni vpliv na kakovost življenja (Le Brenton, et al., 2012).

Namen in cilji

Namen raziskave je s pregledom pisnih virov ugotoviti, ali obstaja optimalna tehnika izvedbe intermitentne samokatetrizacije z vidika tehnike postopka ter sterilnosti materiala in pripomočkov.

Cilj raziskave je prispevati znanstvene dokaze, ki jih bodo edukatorji intermitentne samokatetrizacije lahko uporabili v praksi.

Metode

Metoda pregleda

Leta 2015 smo s sistematično iskalno strategijo literaturo pregledali v bazah podatkov CINAHL, Medline, ProQuest, COBIB.SI in Cochrane Library. Uporabili smo naslednje iskalne pojme: samokatet(e) rizacija, intermitentna, samooskrba, metode; in iskalne pojme v angleškem jeziku: intermittent urethral catheteriz(s)ation, self-care, methods. Iskanja nismo omejili na randomizirane klinične raziskave, kontrolirane klinične eksperimente, metaanalize ali sistematični pregled literature. V vseh podatkovnih bazah smo se omejili na raziskave o človeku, objave od prve omembe postopka leta 1972 dalje ter na angleški, slovenski in italijanski jezik. Dodatna iskanja nismo omejevali. V prvem pregledu povzetkov smo izločili prispevke, ki niso bili skladni z namenom raziskave ali so se osredotočali na izbiro, material in vrste katetrov.

Rezultati pregleda

S strategijo iskanja v podatkovnih bazah smo v knjižnici Fakultete za vede o zdravju, Univerze na Primorskem, našli 350 zadetkov. Začetna merila za vključitev v raziskavo je izpolnjevalo 67 zadetkov. Od teh je 17 člankov v angleškem in en v italijanskem jeziku ustrezalo našemu namenu (Slika 1).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

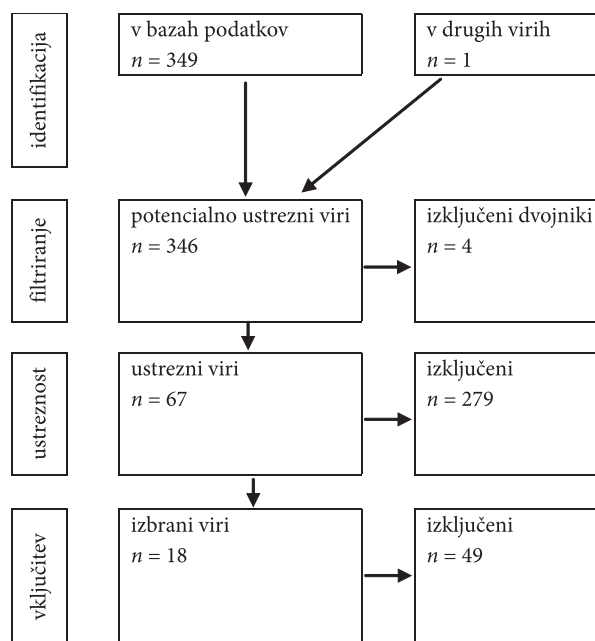
Izbor literature je temeljil na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. Osemnajst izbranih prispevkov je bilo objavljenih med letoma 1992 in 2015 (Tabela 2). Šest raziskav je bilo randomiziranih kliničnih, pet kohortnih, šest sistematičnih pregledov literature ter ena analiza z diskusijo.

Izbrane prispevke smo kritično ovrednotili z orodji CASP (Critical Appraisal Skills Programme): CASP Systematic Reviews Checklist, CASP Randomised Controlled Trials Checklist, CASP Cohort Studies Checklist, CASP Case Control Studies Checklist,

CASP Qualitative studies Checklist (CASP, 2014). Sintezo rezultatov smo opravili z analizo strokovnih in znanstvenih vsebin, upoštevali smo dimenzije in stopnje zanesljivosti dokazov po Evans (2003).

Rezultati

Našli smo 350 zadetkov, ki smo jih analizirali po fazah, prikazanih na Sliki 1. Od potencialno ustreznih virov smo izključili dvojnike, zaradi vsebinskega odmika od teme raziskave in njenega namena pa v naslednjem koraku še skoraj 300 virov. Kot kakovostno in vsebinsko ustreznih smo izbrali 18 virov, ki jih prikazujemo v Tabeli 2. Identificirali smo 58 kod, ki smo jih glede na varnost pacienta v povezavi s tehniko dela in materialom združili v pet vsebinskih kategorij: tehnike intermitentne samokatetrizacije, izbira materiala, tveganja, pacient in strokovne smernice (Tabela 3). V diskusiji podajamo ugotovitve iz prvih dveh kategorij.



Slika 1: Diagram poteka raziskave
Figure 1: Research process flowchart

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav
Table 2: Characteristics of included studies

<i>Avtor, letnica, država/ Author, year, country</i>	<i>Tipologija raziskave, trajanje/ Research typology, duration</i>	<i>Cilj/ Research objective</i>	<i>Material, vzorec/ Material, sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve/ Conclusions</i>
Afsar et al., 2013, Turčija	Retrospektivna kohortna raziskava s pregledom pisnih virov, 1 leto	Ugotoviti izbiro tehnike praznjenja sečnega mehurja in povezavo s pogostostjo uroinfektov.	Pregled zdravstvene dokumentacije 164 pacientov s poškodbo hrbtenjače po odpustu iz rehabilitacijskega centra. Paciente so ob kontrolnem pregledu vprašali, ali nadaljujejo začetno tehniko praznjenja mehurja, razlog za morebitno prekinitvev in ugotavljali pogostost uroinfektov iz dokumentacije.	Najpogosteje so pacienti uporabljali čisto intermitentno katetrizacijo, petina jih je prešla na stalni urinski kateter. V enem letu so se okužbe sečil pojavile pri 38,8 % pacienta, največkrat pri tistih, ki so uporabljali stalni urinski kateter. Izobraževanje pacientov o tehnikah katetrizacije in njihovo redno strokovno spremljanje sta potrebna, da se ohrani ustrezna kakovost postopka.
Chai, et al., 1995, ZDA	Retrospektivna kohortna raziskava s pregledom pisnih virov, 5,9 leta	Ugotoviti pogostost zapletov, povezanih z dolgotrajno intermitentno samokatetrizacijo.	Pregled zdravstvene dokumentacije 89 pacientov po poškodbi hrbtenjače.	Tehnika čiste intermitentne samokatetrizacije od pacienta zahteva odlično disciplino ter miselne in fizične sposobnosti. Priporočajo protokole za zagotovitev dolgotrajne kakovosti izvedbe postopka. Samokatetrizacijo glede na pogostost zapletov priporočajo kot boljšo izbiro v primerjavi z aletrnativnimi načini praznjenja mehurja.

Se nadaljuje/Continues

<i>Avtor, letnica, država/ Author, year, country</i>	<i>Tipologija raziskave, trajanje/ Research typology, duration</i>	<i>Cilj/ Research objective</i>	<i>Material, vzorec/ Material, sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve/ Conclusions</i>
Cheung, 2008, Hongkong	Randomizirana klinična raziskava, 2 tedna	Ugotoviti povezavo med načinom higijene periuretralnega področja pred katetrizacijo (sterilna voda ali 0,05% klorheksidin) in bakteriurijo.	Dvajset oseb v domači oskrbi, ki izvajajo intermitentno samokatetrizacijo. Naključno so bili razdeljeni v dve skupini: ena je priuretralno področje pred katetrizacijo očistila s sterilno vodo, druga s klorheksidinom. Vsaki osebi so odvzeli 4 vzorce urina.	Med skupinama ni bilo značilnih razlik v pogostosti bakteriurije.
Duffy, et al., 1995, ZDA	Randomizirana klinična raziskava, 3 mesece	Ugotoviti razliko v varnosti in ceni med tehniko intermitentne samokatetrizacije (čista, aseptična).	Osemdeset pacientov enote za dolgotrajno oskrbo z motenim izločanjem urina. Razdelili so jih v dve skupini glede na tehniko katetrizacije. Aseptična tehnika: kateter za enkratno uporabo, sterilni material, razkuževanje z betadinom. Čista tehnika: silikonski kateter, uporabljen en teden, čiščenje z vodo in milom.	Med skupinama ni bilo značilnih razlik v številu zdravljenih uroinfektov, času pojava prvega uroinfekta, tipu koloniziranih mikroorganizmov in ne v stroških antibiotičnega zdravljenja. Aseptična tehnika katetrizacije je dražja.
Getliffe, et al., 2007	Sistematični pregled literature	Ugotoviti povezavo med sterilnostjo katetra in pogostostjo uroinfektov, povezanih z intermitentno samokatetrizacijo.	Pregled podatkov 13 randomiziranih kliničnih raziskav iz baz The Cochrane Incontinence Group trials register, Medline, EMBASE, CINAHL in ERIC.	Raziskave so nenatančne in težko primerljive, zaključnih ugotovitev ni mogoče podati.
Kannankeril, et al., 2011,	Kohortna retrospektivna raziskava, 5 let	Ugotoviti povezavo med pogostostjo zdravljenih uroinfektov in večkratno (enotedensko) uporabo katetra.	Pregledali so zdravstveno dokumentacijo 159 odraslih moških, ki so izvajali samokatetrizacijo vsaj tri mesece in so en kateter uporabljali en teden.	59,7 % preiskovanca v opazovanem obdobju ni imelo uroinfektov, 40,3 % je vsaj enkrat prejelo antibiotike zaradi suma oz. simptomov uroinfekta. Ugotovljajo pomanjkljivo beleženje vsebine edukacije pacientov.
King, et al., 1992	Randomizirana klinična raziskava	Ugotoviti učinkovitost izbrane tehnike in sterilnosti pripomočkov na pogostost bakteriurije kot posledice intermitentne samokatetrizacije.	Šestinštirideset pacientov s poškodbo hrbtnjače, obravnavanih v rehabilitacijskem centru. Razdelili so jih v dve skupini glede na tehniko katetrizacije. Aseptična tehnika: set sterilnega materiala za enkratno uporabo. Čista: vsak dan sterilni kateter.	Med skupinama ni bilo značilnih razlik v pogostosti bakteriurije.
Kovindha, et al., 2004, Tajska	Kohortna retrospektivna raziskava, 6 let	Preveriti varnost večkratne uporabe silikonskega katetra z vidika pojava uroinfektov, morfoloških značilnosti, gladkosti površine in togosti katetra.	Vključenih 28 moških po poškodbi hrbtnjače, ki so vsaj eno leto izvajali čisto intermitentno samokatetrizacijo z večkratno uporabo silikonskega katetra. Podatki so bili zbrani pri zdravniških pregledih, uretrografiji, ultrazvoku, meritvah serumskega Cr in CCr ter pregledu katetrov pod elektronskim mikroskopom.	Pacienti so v povprečju en kateter uporabljali tri leta. Večkratna uporaba katetra ni povezana s poškodbami uretre ali zgornjih sečil, večje pa je tveganje za pojav uroinfektov. Pri višji frekvenci dnevni katetrizacij se značilno zmanjšajo patološki pojavi (abnormalnosti) uretre. Priporočajo izvajanje katetrizacije 4- ali večkrat na dan. Po dveh letih uporabe se na površini katetra opazijo obloge, prehodnost lumna ostane dobra, kateter je bolj tog. Potrebno so dodatne raziskave, s katerimi bi določili ustrezen čas uporabe enega katetra.

<i>Avtor, letnica, država/ Author, year, country</i>	<i>Tipologija raziskave, trajanje/ Research typology, duration</i>	<i>Cilj/ Research objective</i>	<i>Material, vzorec/ Material, sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve/ Conclusions</i>
Krassioukov, et al., 2015, Kanada	Kohortna kvantitativna raziskava	Raziskati načine izvajanja intermitentne samokatetrizacije in proučiti tveganja za pojav uroinfektov pri atletih invalidih.	Enainšestdeset paraolimpijcev iz 15 držav, ki so vsaj eno leto izvajali intermitentno katetrizacijo, je izpolnilo anketni vprašalnik.	Tretjina atletov je isti kateter uporabljala večkrat (od 2- do 200-krat), bili so iz razvijajočih se držav (npr. Brazilija, Kolumbija). Atleti, ki so kateter uporabljali večkrat, so imeli v povprečju uroinfekt štirikrat letno, tisti, ki so ga uporabili zgolj enkrat, pa v povprečju enkrat letno. Razlika med skupinama je statistično značilna, posamezniki, ki večkrat uporabijo isti kateter, tvegajo pogostejše uroinfekte ($p < 0,001$). Katetrizacijo so izvajali v povprečju šestkrat dnevno, število dnevni katetrizacij ni bilo povezano s pojavom uroinfektov.
Lemke, et al., 2005	Sistematični pregled literature (Evidence based practice)	Poiskati znanstvene dokaze za izbiro najboljših metode intermitentne katetrizacije za pacienta v domačem okolju.	Analiza 15 raziskav iz baze Ovid Medline, objavljenih od leta 1971 do 1997.	Čista intermitentna katetrizacija je učinkovita metoda praznjenja sečnega mehurja, ki statistično ne poveča tveganja za okužbe. Potrebne so eksperimentalne raziskave, ki bi trditev ovrednotile. Posebna težava za paciente je sprememba tehnike iz čiste v aseptično, ki se zgodi ob hospitalizaciji.
Liotta & Tarantino, 2012, Italija	Randomizirana klinična raziskava, 4 mesece	Primerjava učinkovitosti gentamicyna (0,1 %) in lidokaina (2 %) na pogostost bakteriurije in uroinfekta kot posledice intermitentne samokatetrizacije.	Šestnajst pacientov so razdelili v dve skupini: prva je ob samokatetrizaciji uporabljala gentamicin, druga lidokain. V štirih mesecih so pacientom vsake tri tedne odvzeli vzorec urina.	Med skupinama ni bilo značilnih razlik v pogostosti bakteriurije, simptomatskega ali asimptomatskega uroinfekta.
Moore et al., 2006, Kanada	Randomizirana klinična raziskava	Ugotoviti povezavo med okužbo sečil pri posameznikih po poškodbi hrbtenjače med rehabilitacijo glede na čisto ali sterilno tehniko intermitentne katetrizacije.	Šestintrideset pacientov rehabilitacijskega centra po poškodbi vratne hrbtenjače, ki potrebujejo intermitentno katetrizacijo. Naključno so jih razdelili v dve skupini glede na tehniko katetrizacije: 16 v aseptično in 20 v skupino za čisto samokatetrizacijo. Aseptična – uporabljali so paket sterilnega materiala za enkratno uporabo. Čista metoda: kateter za enkratno uporabo, tehnika nedotikanja, čiščenje vstopa v sečnico s klorheksidinom.	Povprečni čas pojava okužbe sečil je bil za skupino s čisto katetrizacijo tri tedne, z aseptično pa 3,6 tedna. Najpogostejši povzročitelji simptomatske okužbe sečil so bili enterokoki. Ugotavljajo, da čista intermitentna katetrizacija tudi znotraj rehabilitacijskega centra ne poveča tveganja za okužbo sečil in je precej cenejša v primerjavi z aseptično tehniko.
Moore, et al., 2007	Sistematični pregled literature, (Cochrane review)	Primerjati različne tehnike samokatetrizacije, izbiro katetrov in druge značilnosti postopka, povezane s pogostostjo uroinfektov.	Analiza podatkov v bazi Cochrane RCT, izbrali so 14 raziskav.	Raziskave so šibke, dokazov, ki bi uroinfekte povezovali z izbiro tehnike ali vrste katetra, ni. Nujne so klinične raziskave.

<i>Avtor, letnica, država/ Author, year, country</i>	<i>Tipologija raziskave, trajanje/ Research typology, duration</i>	<i>Cilj/ Research objective</i>	<i>Material, vzorec/ Material, sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve/ Conclusions</i>
Prieto, et al., 2014	Sistematični pregled literature (Cochrane review)	Ugotoviti, ali so oblika in material katetra, tehnika katetrizacije ali druge značilnosti postopka povezani s pogostostjo uroinfektov, z zapleti, zadovoljstvom in učinkovitostjo intermitentne katetrizacije.	Od 599 najdenih so analizirali 31 raziskav (13 RCTs in 18 presečnih raziskav) s skupno 1737 preiskovanci.	Ni zanesljivega dokaza, da bi se pogostost uroinfektov povezovala s čisto ali aseptično tehniko samokatetrizacije, z izbiro katetra (premazani, nepremazani), s katetri za enkratno ali večkratno uporabo, samokatetrizacijo ali izvedbo postopka s strani druge osebe. Podatki iz raziskav so variabilni in neprepričljivi.
Prieto-Fingerhut, et al., 1997, ZDA	Randomizirana klinična raziskava, 3 mesece	Ugotoviti povezavo načina katetrizacije s pogostostjo uroinfektov.	Vključili so 29 pacientov, obravnavanih v rehabilitacijskem centru, ki so potrebovali intermitentno katetrizacijo. Naključno so jih razdelili v dve skupini, in sicer glede na tehniko katetrizacije: aseptično in čisto.	Najpogostejši povzročitelj uroinfektov je <i>Escherichia coli</i> . Cena materiala aseptične tehnike samokatetrizacije je 277 % cene materiala za čisto tehniko. Pogostost uroinfektov je bila v skupini pacientov, ki so izvajali čisto tehniko, večja (42,4 % v primerjavi z 28,6 % pri aseptični), vendar razlika ni bila statistično značilna.
Tzortzis, et al., 2009	Pregled literature	Ugotoviti potrebne značilnosti vlažilnega gela, njihovo učinkovitost in podati na dokazih temelječe smernice za prakso.	Analiza 27 člankov, med katerimi se jih je 13 nanašalo na cistoskopijo, štirje na katetrizacijo in deset na učinkovitost lokalne anestezije.	Zaradi šibkih znanstvenih dokazov je uporaba intrauretralnih gelov prepuščena strokovni izbiri. Opozarja na nevarnost dolgotrajne in pogoste uporabe lidokaina v večjih količinah, ki bi se pri poškodbah sluznice uretre absorbiral in posledično vplival na centralni živčni sistem.
Wyndaele, 2002	Pregled literature	Ugotoviti, ali obstaja najboljša tehnika intermitentne katetrizacije in intermitentne samokatetrizacije.	Pregled 64 prispevkov.	Ne obstaja najboljši material in ne najboljša tehnika intermitentne katetrizacije. Pogostost zožitve sečnice in lažni prehodi naraščajo s časom izvajanja intermitentne samokatetrizacije. Najpomembnejši preventivni ukrepi so: dobra poučenost, spretnost pacienta, uporaba ustreznega materiala in katetrizacijske tehnike, pogoste katetrizacije in izogibanje prepolnemu mehurju. Optimalna izbira je v največji meri odvisna od anatomskih, socialnih in ekonomskih zmožnosti pacienta.
Wyndaele, 2012	Analiza in diskusija	Ugotoviti, kaj vse je pomembno za uspešno izvedbo intermitentne samokatetrizacije.	Pregled 20 prispevkov.	Za ustrezno izvedbo sta potrebna zadostna gibljivost in moč rok, možnost ustrezne namestitve, zadovoljivo občutenje, sposobnost učenja in izbira optimalnega materiala. Čista intermitentna samokatetrizacija zahteva izrazito dobro usposabljanje in dolgoročno spremljanje.

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

Table 3: Codes sorted by categories

Code/Codes (n = 58)	Avtorji/Authors
<i>Kategorija 1 – tehnike intermitentne samokatetrizacije čista – aseptična – sterilna – čiščenje periuretralnega področja – voda – antiseptik – postopek – tehnika nedotikanja – večkratna uporaba katetra – z dokazi podprta praksa</i>	King, et al., 1992; Klemenc, 1995; Lavallée, et al., 1995; Prieto-Fingerhut, et al., 1997; Webster, et al., 2001; Kovindha, et al., 2004; Tanabe, et al., 2004; Hudson & Murahata, 2005; Lemke, et al., 2005; Moore, et al., 2006; Getliffe, et al., 2007; Moore et al., 2007; Cheung, et al., 2008; Kannankeril, et al., 2011; Newman & Willson, 2011; Booth & Clarkson, 2012; Denys, et al., 2012; Liotta & Tarantino, 2012; Le Brenton, et al., 2012; Wyndaele, et al., 2012; Afsar, et al., 2013; Bermingham, et al., 2013; Sheldon, 2013; Nnabugwu, et al., 2014; Krassioukov, et al., 2015
<i>Kategorija 2 – izbira materiala</i> hidrofilni kateter – rezervoar z gelom – nepremazni katetri – kateter VaPro– sterilni kateter – kateter iz poli(vinil-klorida) za večkratno uporabo – silikonski kateter – lidokain gel – lokalni anestetik – bakteriostatiki – gentamicin – vlažilni gel – gel aloje vera – voda – razkužilo	Prieto-Fingerhut, et al., 1997; Pachler & Fridmodt-Moller, 1999; Webster, et al., 2001; Ho, et al., 2003; Kovindha, et al., 2004; Siderias, et al., 2004; Tanabe, et al., 2004; Taweesangsukulul, et al., 2005; Getliffe, et al., 2007; Moore, et al., 2007; Johnson, et al., 2008; Newman, 2008; Tzortzis, et al., 2009; Denys, et al., 2012; Le Brenton, et al., 2012; Liotta & Tarantino, 2012; Bermingham, et al., 2013; Nnabugwu, et al., 2014; Kiddoo, et al., 2015; Prieto, et al., 2015; Clark, et al., 2016
<i>Kategorija 3 – tveganja</i> varnost – ekonomska učinkovitost – pogostost uroinfektov – diagnostika uroinfektov – preventiva uroinfektov – uretralna bolečina – vstopanje bakterij v sečni mehur – večkratna uporaba katetra – čiščenje katetra – komplikacije	Chai, et al., 1995; Duffy, et al., 1995; Kurtz, et al., 1995; Lavallée, et al., 1995; Pachler & Fridmodt-Moller, 1999; Ho, et al., 2003; Kovindha, et al., 2004; Tanabe, et al., 2004; Hudson & Murahata, 2005; Getliffe, et al., 2007; Moore et al., 2007; Hooton, et al., 2010; Kannankeril, et al., 2011; Wyndaele, et al., 2012; Bermingham, et al., 2013; Nnabugwu, et al., 2014; Kiddoo, et al., 2015; Clark, et al., 2016
<i>Kategorija 4 – pacient</i> hospitaliziran pacient – domače okolje – rehabilitacijski center – izobraževanje – program izobraževanja – spina bifida – nevrogeni mehur – multipla skleroza – mnenje – izkušnje – starostnik – odrasli – svojci – vodič – priporočila	King, et al., 1992; Chai, et al., 1995; Prieto-Fingerhut, et al., 1997; Skelly, et al., 1998; Lemke, et al., 2005; Moore, et al., 2006; Moore, et al., 2007; Cheung, et al., 2008; Tzortzis, et al., 2009; Denys, et al., 2012; Le Brenton, et al., 2012; Afsar, et al., 2013; Sheldon, 2013; Nnabugwu, et al., 2014; Clark, et al., 2016
<i>Kategorija 5 – strokovne smernice</i> terminologija – standardi – klinične smernice – principi – katetrizacija – samokatetrizacija – dolgotrajna – klinična praksa – optimalna tehnika	Skelly, et al., 1998; Abrams, et al., 2002; Wyndaele, 2002; Moore, et al., 2007; Newman, 2008; Ivanuša & Železnik, 2008; Hooton, et al., 2010; Booth & Clarkson, 2012; Rantell, 2012; Prieto, et al., 2015

Diskusija

Iz pregleda literature ugotavljamo, da za nobeno tehniko intermitentne samokatetrizacije ne moremo trditi, da je optimalna. Stroki lahko podamo zgolj smernice, poleg katerih je treba upoštevati klinično sliko, pogoje, zmožnosti in želje pacienta ter z ozirom na celovite informacije izbrati najboljšo tehniko. Zaradi omejenih empiričnih virov smo za oblikovanje zaključkov upoštevali tudi strokovno literaturo.

Smernice EAUN-The European Association of Urology Nurses (Vahr, et al., 2013) v domačem okolju podpirajo samokatetrizacijo s tehniko nedotikanja, ko ta ni mogoča, pa se uporabi čista tehnika. Tehnika nedotikanja zmanjša kontaminacijo katetra (Hudson & Murahata, 2005), ni pa dokazano, da bi bila učinkovitejša od aseptične. Aseptična tehnika ni učinkovitejša niti v primerjavi s čisto tehniko samokatetrizacije (Hooton, et al., 2010). Čista tehnika vključuje zaščitne rokavice (oz. delo brez rokavic), nesterilno solucijo za čiščenje spolovila in kateter za enkratno ali večkratno uporabo (Prieto, et al., 2014). Glede na ekonomski položaj pacienta (in države, v kateri živi) se še vedno oz. vse bolj izvaja samokatetrizacijo s silikonskim oz. PVC-

katetrom, ki ga je mogoče večkrat uporabiti. Prieto in sodelavci (2014) so v sistematičnem pregledu literature analizirali podatke šestih raziskav, da bi ugotovili vpliv tehnike samokatetrizacije na pogostost uroinfektov oz. bakteriurije, vendar povezave med spremenljivkami niso znanstveno potrdili. Ob primerjanju čiste s sterilno tehniko samokatetrizacije glede na pogostost uroinfektov več avtorjev sicer ob večkratni uporabi katetra ugotavlja povečano pogostost okužb, vendar razlika za uporabo sterilnega katetra ni statistično značilna (King, et al., 1992; Duffy, et al., 1995; Prieto-Fingerhut, et al., 1997; Lemke, et al., 2005; Moore, et al., 2006; Getliffe, et al., 2007; Moore, et al., 2007; Prieto, et al., 2014; Kiddoo, et al., 2015). Kljub statistični neznačilnosti je razlika nedvomno pomembna za paciente, zaradi večjih stroškov zdravljenja uroinfektov in zapletov (Prieto-Fingerhut, et al., 1997) pa je pomembna tudi za zavarovalnico (plačnika). Značilno večje tveganje za uroinfekte ob večkratni uporabi katetra ugotavljajo Kovindha in sodelavci (2004) ter Krassioukov in sodelavci (2015). Prav nasprotno – manj uroinfektov pri pacientih, katetriziranih s čisto tehniko, kot pri tistih, ki so bili katetrizirani sterilno – pa ugotavljajo Moore in sodelavci (2006) ter Pachler

in Fridodt - Moller (1999). Rezultati teh raziskav niso dovolj za zanesljiv prenos v prakso, saj so zaradi izbire populacije, velikosti vzorca in šibkosti znanstvenega aparata manj zanesljive. Potrdimo lahko, da je aseptična tehnika katetrizacije z vidika varnosti potrebna le v bolnišnici, za domače okolje pa je primernejša čista tehnika (Prieto, et al., 2014).

Intermitentna katetrizacija na splošno velja za najprimernejšo metodo praznjenja mehurja pri pacientih z nevrogenim mehurjem in je sestavni del zdravstvene nege pacienta na urološkem poročju (Newman & Willson, 2011). Tudi za paciente, ki le kratek čas potrebujejo drenažo sečnega mehurja, npr. po kirurških posegih, se namesto stalnega urinskega katetra priporoča intermitentna katetrizacija. Tveganje za pojav uroinfekta je pri pacientih s stalnim urinskim katetrom namreč značilno večje v primerjavi s pacienti, pri katerih se izvaja intermitentna katetrizacija (Chai, et al., 1995; Hooton, et al., 2010; Afsar, et al., 2013). Kot ugotavljajo Nnabugvu in sodelavci (2014), bi se tudi večina (70,8 %) pacientov s stalnim urinskim katetrom, mlajših od 60 let, ki imajo vstavljen urinski kateter manj kot tri mesece, želela naučiti samokatetrizacije.

Če torej v domačem okolju lahko zagovarjamo samokatetrizacijo s čisto tehniko, potrebujemo tudi informacijo o tem, ali lahko isti kateter varno uporabimo večkrat, in če ga lahko, kolikokrat. Zanesljivih znanstvenih dokazov o varni večkratni uporabi katetra v literaturi še ni (Prieto, et al., 2014), mogoče pa je zaslediti klinične smernice in navodila za paciente, kjer je opisana menjava pripomočka na 24 ur (King, et al., 1992; Pachler & Fridodt-Moller, 1999), na en teden (Duffy, et al., 1995), na dva do štiri tedne ali celo več (Prieto, et al., 2014). Kovindha s sodelavci (2004) piše, da pacienti na Tajskem en kateter uporabljajo v povprečju 35 mesecev (od 8 do 84). Pomen standarda življenja v državi nakažejo tudi Krassioukov in sodelavci (2015), ki ugotavljajo dolgotrajnejšo uporabo katetrov pri paraolimpijcih iz manj razvitih držav, kot sta Brazilija in Kolumbija. Tretjina od 61 invalidov atletov, vključenih v raziskavo, je kateter uporabljala vsaj dvakrat (od 2-200-krat). Dolgotrajna uporaba istega katetra ni bila pomembno povezana s poškodbami uretre, zgornjih sečil in ne s strikturami, nakazana pa je bila povezava s pogostostjo uroinfektov. Avtorji zato priporočajo krajši čas uporabe enega katetra in poudarjajo pomen tehnike izvedbe, znanja, spretnosti pacienta, discipline in dnevne frekvence samokatetrizacij (Wyndaele, 2002; Kannankeril, et al., 2011).

Zaradi večkratnega uporabljanja katetra je za njegovo vzdrževanje in varnost odgovoren predvsem pacient (oz. oseba, ki katetrizira). Kakovostnih raziskav, iz katerih bi priporočili način čiščenja katetra, še ni, raziskujejo pa se učinkovitost spiranja katetra z vodo in milom, kemična dezinfekcija in uporaba mikrovalov (Prieto, et al., 2014). Po navodilih Nacionalnega inštituta iz Združenih držav Amerike

(Clinical, 2007) se kateter takoj po uporabi splakne pod hitro tekočo hladno vodo, nato opere s tekočim detergentom in toplo vodo ter osuši na zraku. Priporočajo enkrat tedensko namakanje v belem vinskem kisu in občasno 20-minutno prekuhanje katetra v vreli vodi. Za občasno dezinfekcijo katetra strokovna literatura opisuje uporabo natrijevega hipoklorida, varikine, razredčene z vodo v razmerju 1 : 4, hidrogen peroksid 0,6%, betadine, razredčen z vodo v razmerju 1 : 2, in benzetonijev klorid (0,02–0,05%) s sterilnim glicerinom (Kurtz, et al., 1995). Lavalée in sodelavci (1995) so v primerjavi treh načinov čiščenja katetra (voda, voda in tekoče milo, detergent za pomivanje posode) ugotovili, da ni toliko pomembno, s čim se kateter čisti, temveč je bistveno, da se ga takoj po uporabi splakne in posuši. Nasprotno pa Kurtz s sodelavci (1995) navaja, da so betadine, varikina in hidrogen peroksid učinkovitejši od vode pri zmanjševanju števila bakterij na površini katetra. Kovindha in sodelavci (2004) tako priporočajo dezinfekcijo silikonskega katetra z namakanjem v 1 : 100 soluciji savlon (klorheksidin 1,5 % in cetrimid 15 %). Pacienti morajo zelo pazljivo splakniti lumen katetra pod močnim curkom vode, da preprečijo nastanek oblog. Odsvetuje se dezinfekcijo katetra z mikrovalovi, s čistim klorheksidinom ali z jodom in tudi prekuhanje katetra, saj se lahko poškoduje konica in poveča togost katetra.

Čista tehnika samokatetrizacije zahteva tudi večjo preudarnost pri čiščenju periuretralnega področja, čeprav še ni randomiziranih kliničnih raziskav, v katerih bi testirali različne načine čiščenja spolovila pred intermitentno (samo)katetrizacijo v povezavi z uroinfekti (Prieto, et al., 2014). Uroinfekte, povezane s samokatetrizacijo, najpogosteje povzročajo mikroorganizmi iz normalne mikrobne flore sečil, rodil, prebavil in kože, kot so *Escherichia coli* in enterokoki (Prieto-Fingerhut, et al., 1997; Moore, et al., 2006). Kljub temu agresivna higiena spolovila z antiseptičnimi raztopinami pred vsako intermitentno katetrizacijo ni potrebna (Webster, et al., 2001). Cheung in sodelavci (2008) so pri vzorcu 20 pacientov, ki so potrebovali kateter, ugotavljali povezavo izbranega periuretralnega čistilnega sredstva in bakteriurije. Pacienti so bili razporejeni v dve skupini, kjer so za higieno periuretralnega področja pred katetrizacijo uporabljali sterilno vodo ali 0,05% klorheksidin. Po dveh tednih opazovanj in analiz urina avtorji niso našli značilnih razlik v pogostosti bakteriurije med raziskovanima skupinama in sklenili, da umivanje s sterilno vodo namesto blagega razkužila pred katetrizacijo ne poveča tveganja za uroinfekt. Kot kaže strokovna literatura, naj bi bilo tudi za paciente, ki se samokatetrizirajo, za ohranitev ustrezne čistoče telesa (in spolovila) dovolj dnevno kopanje ali prhanje (Booth & Clarkson, 2012), pri čemer naj se uporablja nevtralno milo (Newman & Willson, 2011). Priporočajo, da si pred vsako uvedbo katetra pacient z vodo in milom

dobro umije roke ter spolovilo (Skelly, et al., 1998). Znanstvenih dokazov, s katerimi bi za podana navodila lahko trdili, da so varna, še ni, zato povzamemo klinične smernice zdravstvene nege, ki pred uvedbo katetra zahtevajo umivanje periuretralnega področja s sterilno tekočino in sterilnimi tamponi (Ivanuša & Železnik, 2008).

Namen vlažilnega gela, ki ga pacient nanese na navaden (nehidrofilni) kateter, je večja drsnost, s katero se zmanjšujejo trenje, poškodbe sluznice sečnice, bolečine, krvavitve in nelagodje ob uvajanju pripomočka. Razpoložljivi intrauretralni geli lahko vsebujejo lidokain, konzervanse, stabilizatorje in klorheksidin (Tzortzis, et al., 2009). Lubrikanti so za potrebe samokatetrizacije odsvetovani, saj vsebujejo spermicide, ki na sluznico delujejo dražilno (Newman & Willson, 2011). Zaradi sinergično vlažilnega in anestetičnega učinka se pri samokatetrizaciji pogosto uporablja lidokain (npr. Xylocain), ki se v majhni količini nanese na konico katetra. Vendar Tzortzis in sodelavci (2009) svarijo pred pretirano in pre pogosto uporabo lidokaina, ki se ob prekinjeni integriteti sluznice lahko absorbira in vpliva na centralni živčni sistem. Avtor, ki je meril oceno bolečine med uvajanjem katetra ob cistoskopiji, priporoča uporabo anestetičnega gela pri katetrizaciji moških in otrok, ki so starejši od štirih let. Pri katetrizaciji ženske naj bi zadostovali vlažilni geli, saj je sečnica kratka, bolečina šibka in uporaba lidokaina nepotrebna (Tanabe, et al., 2004).

Lidokain inhibira živčne impulze in potrebuje vsaj pet minut, da deluje (Siderias, et al., 2004), zato naj bi se ga pred postopkom (samo)katetrizacije z nastavkom vbrizgalo v uretro in ne nanašalo na kateter. Vbrizganje gela v uretro je neprijetno in lahko bolj boleče, ko se uporablja gel lidokain-klorheksidin (Ho, et al., 2003). Stranski učinek anestetičnega gela, njegova baktericidnost (Johnson, et al., 2008), je za paciente, ki se samokatetrizirajo, še dodatna prednost. Pogostost uroinfektov, povezanih z vlažilnim gelom, so v štirimesečni raziskavi s 16 pacienti raziskovali v Italiji. Liotta in Tarantino (2012) sta ugotavljali povezavo gela gentamicin (0,1%) in lidokain (2%) s pogostostjo bakteriurije kot posledice čiste intermitentne samokatetrizacije. Značilnih razlik med skupinama pacientov (ki sta uporabljali različna vlažilna gela) glede na pogostost uroinfektov in glede na pojav asimptomatske bakteriurije niso našli.

Večkrat dnevna redna uporaba anestetičnega gela je ob privajanju na postopek samokatetrizacije gotovo upravičena, tega pa ne moremo trditi za dolgotrajno uporabo. Nekaterim pacientom škodi celo vlažilni gel, zato se jim priporoča uporaba hidrofilnega premazanega katetra, pri katerem se ob stiku s tekočino (destilirana, fiziološka ali navadna voda) na površini aktivira hidrofilni sloj in tako postane sluzast (Clark, et al., 2016). Kot kaže raziskava z desetimi pacienti (Taweessangsukulal, et al., 2005), bi bilo mogoče tudi vlažilni gel zamenjati z naravno učinkovino – alojo. V

raziskavi, v kateri so primerjali zadovoljstvo pacientov v povezavi z uporabo aloje ali običajnega gela na vodni osnovi ob samokatetrizaciji, razlik niso ugotovili. Tudi pri tem vprašanju nimamo dovolj empiričnih dokazov, zato smo se oprijeli strokovnih smernic: anestetik mora biti apliciran v zadostni količini, od 6 ml (pri ženski) do 11 ml (pri moškem); počasi (v 3–10 sekundah) in potrebuje vsaj pet minut, da začne delovati (Siderias, et al., 2004; Tanabe, et al., 2004; Tzortzis, et al., 2009). Sedanja praksa z vsakokratnim in večkrat dnevnim nanašanjem lidokaina na konico katetra s takojšnjo katetrizacijo je zato vprašljiva, nedvomno pa je z vidika varnosti pred okužbami tvegana uporaba gela, ki ni pakiran v odmerkih za enkratno uporabo.

Analizirane raziskave so težko primerljive zaradi različnosti izbranega okolja (rehabilitacijski centri, domače okolje, centri za dolgotrajno oskrbo, bolnišnice), skupin pacientov (glede na spol, stopnjo invalidnosti, trajanje intermitentne katetrizacije, antibiotično preventivo), izvajalca samokatetrizacije (zdravstveno osebje, svojci, pacient) in zmožnosti pacienta (senzorične, motorične, edukacijske, materialne). Primerljivost rezultatov med raziskavami je zato že z vidika opredelitve populacije zelo težka. Oblikovanje smernic za prakso dodatno omejuje nedorečena terminologija, ki vnaša nejasnosti predvsem pri izbiri materiala in pripomočkov izbrane tehnike dela. Zaradi neuskajane terminologije, različnega standarda življenja in s tem dostopnosti do različnega materiala in pripomočkov, intimnosti vsebine raziskav, majhne populacije in zato zahtevne metodologije znanstveni dokazi ne zmanjšujejo negotovosti v praksi. Treba je definirati podrobnosti atravmatskega uvajanja katetra: dolgoročen in celovit pomen izbire sterilnega ali nesterilnega katetra, časovni okvir večkratne uporabe katetra, podati smernice za oskrbo katetra, utemeljiti izbiro vlažilnega gela, njegovo količino, način (v/na) nosa in sterilnost, morebitna tveganja ob večkrat dnevni dolgoročni uporabi lidokaina, izbiro sredstva in materiala za higieno periuretralnega področja.

Zaključek

V prispevku je predstavljen pregled literature o intermitentni (samo)katetrizaciji, razložen njen pomen in indikacije ter opisane značilnosti pacientov, pri katerih je tak način praznjenja mehurja mogoč. Opisani so morebitni zapleti in podana priporočila za učenje iz vidika tehnike samokatetrizacije, uporabo vlažilnega gela in skrb za higieno. Rezultati pregleda literature pokažejo, da dokler na podlagi znanstvenih dokazov ni mogoče oblikovati smernic za intermitentno samokatetrizacijo v domačem okolju, je za pacienta varna le uporaba sterilnih katetrov, sterilne solucije in tamponov za čiščenje periuretralnega področja ter tehnika nedotikanja. Dokazov, s katerimi bi lahko priporočili optimalno tehniko intermitentne samokatetrizacije, z našo raziskavo nismo našli.

Literatura

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., et al., 2002. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics Journal*, 21(2), pp. 167–178. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.10052> PMID:11857671
- Addison, R., Foxley, S., Mould, C., Naish, W., Oliver, H., Sullivan, J., et al., 2012. *Catheter care. RCN guidance for nurses*. Available at: https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0018/157410/003237.pdf [21. 1. 2016].
- Afsar, S.I., Yemisci, O.U., Cosar, S.N. & Cetin, N., 2013. Compliance with clean intermittent catheterization in spinal cord injury patients: a long-term follow-up study. *Spinal Cord*, 51(8), pp. 645–649. <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2013.46> PMID:23752262
- Birmingham, S.L., Hodgkinson, S., Wright, S., Hayter, E., Spinks, J. & Pellowe, C., 2013. Intermittent self catheterisation with hydrophilic, gel reservoir, and non-coated catheters: a systematic review and cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 346, p. e8639. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e8639> PMID:23303886; PMCID:PMC3541473
- Booth, F. & Clarkson, M., 2012. Principles of urinary catheterisation. *Journal of Community Nursing*, 26(3), p. 5.
- CASP, Critical appraisal skills programme, 2014. *CASP Checklists*. Available at: <http://www.casp-uk.net/#!/checklists/cb36> [22. 2. 2016].
- Clinical Center National Institutes of Health, 2007. *Clean intermittent self-catheterization (CISC): procedure for women*. Available at: http://www.cc.nih.gov/ccc/patient_education/pepubs/bladder/ciscwomen5_22.pdf [1. 10. 2015]
- Chai, T., Chung, A.K., Belville, W.D. & Faerber, G.J., 1995. Compliance and complications of clean intermittent catheterization in the spinal cord injured patient. *Paraplegia*, 33(3), pp. 161–163. <http://dx.doi.org/10.1038/sc.1995.35> PMID:7784120
- Cheung, K., Leung, P., Wong, Y.C., To, O.K., Yeung, Y.F., Chan, M.W., et al., 2008. Water versus antiseptic periurethral cleansing before catheterization among home care patients: a randomized controlled trial. *American Journal of Infection Control*, 36(5), pp. 375–380. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2007.03.004> PMID:18538705
- Clark, J.F., Mealing, S.J., Scott, D.A., Vogel, L.C., Krassioukov, A., Spinelli, M., et al. 2016. A cost-effectiveness analysis of long-term intermittent catheterisation with hydrophilic and uncoated catheters. *Spinal Cord*, 54(1), pp. 73–77. <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2015.117> PMID:26193812
- Denys, P., Previnaire, J.G., Aegerter, P., de Seze, M., Karsenty, G. & Amarenco, G., 2012. Intermittent self-catheterization habits and opinion on aseptic VaPro catheter in French neurogenic bladder population. *Spinal Cord*, 50(11), pp. 853–858. <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2012.68> PMID:22710946
- Duffy, L.M., Cleary, J., Ahern, S., Kuskowski, M.A., West, M., Wheeler, L., et al., 1995. Clean intermittent catheterization. Safe, cost-effective bladder management for male residents of VA nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(8), pp. 865–870. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb05528.x> PMID:7636093
- Evans, D., 2003. Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), pp. 77–84. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00662.x> PMID:12519253
- Getliffe, K., Fader, M., Allen, C., Pinar, K. & Moore, K.N., 2007. Current evidence on intermittent catheterization: sterile single-use catheters or clean reused catheters and the incidence of UTI. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 34(3), pp. 289–296. <http://dx.doi.org/10.1097/01.WON.0000270824.37436.f6> PMID:17505249
- Ho, K.J., Thompson, T.J., O'Brien, A., Young, M.R. & McClean, G., 2003. Lignocaine gel: does it cause urethral pain rather than prevent it? *European Urology*, 43(2), pp. 194–196. [http://dx.doi.org/10.1016/S0302-2838\(02\)00549-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0302-2838(02)00549-3) PMID: 2565779
- Hooton, T.M., Bradley, S.F., Cardenas, D.D., Colgan, R., Geerlings, S.E., Rice, J.C., et al., 2010. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 50(5), pp. 625–663. <http://dx.doi.org/10.1086/650482> PMID:20175247
- Hudson, E. & Murahata, R.I. 2005. The 'no-touch' method of intermittent urinary catheter insertion: can it reduce the risk of bacteria entering the bladder? *Spinal Cord*, 43(10), pp. 611–614. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.sc.3101760> PMID:15852058

- Ivanuša, A. & Železnik, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. 2. dopolnjena izd. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 293.
- Johnson, S.M., Saint John, B.E. & Dine, A.P., 2008. Local anesthetics as antimicrobial agents: a review. *Journal of the Surgical Infection Society*, 9(2), pp. 205–213.
- Kannankeril, A.J., Lam, H.T., Reyes, E.B. & McCartney, J., 2011. Urinary tract infection rates associated with re-use of catheters in clean intermittent catheterization of male veterans. *Urologic Nursing Journal*, 31(1), pp. 41–48.
PMid:21542443
- Kiddoo, D., Sawatzky, B., Bascu, C.D., Dharamsi, N., Afshar, K. & Moore, K.N., 2015. Randomized crossover trial of single use hydrophilic coated vs multiple use polyvinylchloride catheters for intermittent catheterization to determine incidence of urinary infection. *The Journal of Urology*, 194(1), pp. 174–179.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2014.12.096>
PMid:25584995
- King, R.B., Carlson, C.E., Mervine, J., Wu, Y. & Yarkony, G.M., 1992. Clean and sterile intermittent catheterization methods in hospitalized patients with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73(9), pp. 798–802.
PMid:1514886
- Klemenc, D., 1995. Urinska inkontinenca. *Obzornik zdravstvene nege*, 29(1/2), pp. 27–45.
- Kovindha, A., Mai, W.N.C. & Madersbacher, H., 2004. Reused silicone catheter for clean intermittent catheterization (CIC): is it safe for spinal cord-injured (SCI) men? *Spinal Cord*, 42(11), pp. 638–642.
<http://dx.doi.org/10.1038/sj.sc.3101646>
PMid:15289806
- Krassioukov, A., Cragg, J.J., West, C., Voss, C. & Krassioukov-Enns, D., 2015. The good, the bad and the ugly of catheterization practices among elite athletes with spinal cord injury: a global perspective. *Spinal Cord*, 53(1), pp. 78–82.
<http://dx.doi.org/10.1038/sc.2014.208>
PMid:25420496
- Kurtz, M.J., Van Zandt, K. & Burns, J.L., 1995. Comparison study of home catheter cleaning methods. *Rehabilitation Nursing*, 20(4), pp. 212–214, 217.
PMid:7617966
- Lavallée, D.J., Lapierre, N.M., Henwood, P.K., Pivik, J.R., Best, M., Springthorpe, V.S., et al., 1995. Catheter cleaning for re-use in intermittent catheterization: new light on an old problem. *SCI Nursing: a publication of the American Association of Spinal Cord Injury Nurses*, 12(1), pp. 10–12.
PMid:7792576
- Le Breton, F., Guinet, A., Verollet, D., Jousse, M. & Amarenco, G., 2012. Therapeutic education and intermittent self-catheterization: recommendations for an educational program and a literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(3), pp. 201–212.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.01.006>
PMid:22424733
- Lemke, J.R., Kasprowicz, K. & Worral, P.S., 2005. Intermittent catheterization for patients with a neurogenic bladder: sterile versus clean: using evidence-based practice at the staff nurse level. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(4), pp. 302–306.
<http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200510000-00004>
PMid:16177580
- Liotta, R.F. & Tarantino, M.L., 2012. Cateterismo vescicale intermittente pulito: catetere vescicale lubrificato con lidocaina o con gentamicina? *Urologia Journal*, 79(1), pp. 49–53.
- Moore, K.N., Burt, J. & Voaklander, D.C., 2006. Intermittent catheterization in the rehabilitation setting: a comparison of clean and sterile technique. *Clinical Rehabilitation*, 20(6), pp. 461–468.
<http://dx.doi.org/10.1191/0269215506cr9750a>
PMid:16892928
- Moore, K.N., Fader, M. & Getliffe, C., 2007. Long-term bladder management by intermittent catheterisation in adults and children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), p. CD006008.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd006008.pub2>
PMid:17943874
- Newman, D.K., 2008. Internal and external urinary catheters: a primer for clinical practice. *Ostomy Wound Management*, 54(12), pp. 18–35.
PMid:19104121
- Newman, D.K. & Willson, M.M., 2011. Review of intermittent catheterization and current best practices. *Urologic Nursing Journal*, 31(1), pp. 12–28, 48; quiz p. 29.
- Nnabugwu, I.I., Udeh, E.I., Enivwenae, O.A., Ugwumba, F.O. & Ozoemena, O.F., 2014. Reducing the burden of regular indwelling urinary catheter changes in the catheter clinics: the opinion of patients and relatives on the practice of self-catheterization. *Patient Preference and Adherence*, 8, pp. 1179–1183.
<http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S66520>
PMid:25214771; PMCID:PMC4159498
- Pachler, J. & Frimodt-Moller, C., 1999. A comparison of prelubricated hydrophilic and non-hydrophilic polyvinyl chloride catheters for urethral catheterization. *British Journal of Urology International*, 83(7), pp. 767–769.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1464-410x.1999.00013.x>

- Prieto, J., Murphy, C.L., Moore, K.N. & Fader, M.J., 2014. Intermittent catheterisation for long-term bladder management. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), p. CD006008. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd006008.pub3>
PMid:25208303
- Prieto-Fingerhut, T., Banovac, K. & Lynne, C.M., 1997. A study comparing sterile and nonsterile urethral catheterization in patients with spinal cord injury. *Rehabilitation Nursing*, 22(6), pp. 299–302. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2048-7940.1997.tb02122.x>
PMid:9416190
- Rantell, A., 2012. Intermittent self-catheterisation in women. *Nursing Standard*, 26(42), pp. 61–62, 64, 66–68. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2012.06.26.42.61.c9164>
PMid:22908766
- Sheldon, P., 2013. Successful intermittent self-catheterization teaching: one nurse's strategy of how and what to teach. *Urologic Nursing Journal*, 33(3), pp. 113–7.
- Siderias, J., Gaudio, F. & Singer, A.J., 2004. Comparison of topical anesthetics and lubricants prior to urethral catheterization in males: a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 11(6), pp. 703–706.
PMid:15175214
- Skelly, J., Eyles, P., Hilt, L., Worrall, J., Campbell, L. & North, J., 1998. Intermittent self-catheterization : a guide for men and women, Hamilton, ON: St. Joseph's Hospital, St. Joseph's Community Health Centre.
- Tanabe, P., Steinmann, R., Anderson, J., Johnson, D., Metcalf, S. & Ring-Hurn, E., 2004. Factors affecting pain scores during female urethral catheterization. *Academic Emergency Medicine*, 11(6), pp. 699–702.
PMid:15175213
- Taweessangsukul, R., Tamnanthong, N., Hanpanich, K., Chobchuen, R. & Kirdpon, W., 2005. Effect of aloe vera for lubrication on urethral catheterisation. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*, 15(2), pp. 113–118.
- Tzortzis, V., Gravas, S., Melekos, M.M. & de la Rosette, J.J., 2009. Intraurethral lubricants: a critical literature review and recommendations. *Journal of Endourology*, 23(5), pp. 821–826. <http://dx.doi.org/10.1089/end.2008.0650>
PMid:19397430
- Vahr, S., Cobussen-Boekhorst, H., Eikenboom, J., Geng, V., Holroyd, S., Lester, M., et al., 2013. *Catheterisation, urethral intermittent in adults. Evidence-based guidelines for best practice in urological health care*. Arnheim: European Association of Urology Nurses. Available at: http://nurses.uroweb.org/wp-content/uploads/2013_EAUN_Guideline_Milan_2013-Lr_DEF.pdf [20. 1. 2016].
- Webster, J., Hood, R.H., Burrige, C.A., Doidge, M.L., Phillips, K.M. & George, N., 2001. Water or antiseptic for periurethral cleaning before urinary catheterization: a randomized controlled trial. *American Journal of Infection Control*, 29(6), pp. 389–394. <http://dx.doi.org/10.1067/mic.2001.117447>
PMid:11743486
- Wyndaele, J.J., 2002. Intermittent catheterization: which is the optimal technique? *Spinal Cord*, 40(9), pp. 432–437. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.sc.3101312>
PMid:12185603
- Wyndaele, J.J., Brauner, A., Geerlings, S.E., Bela, K., Peter, T. & Bjerklund-Johanson, T.E., 2012. Clean intermittent catheterization and urinary tract infection: review and guide for future research. *British Journal of Urology International*, 110(11 Pt C), pp. E910–E917. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11549.x>
PMid:23035877

Citirajte kot/Cite as:

Peršolja, M., 2016. Varna tehnika dolgotrajne intermitentne samokatetrizacije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 144–156. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.91>

Strokovni članek/Professional article

Referenčne ambulante: izkušnje diplomiranih medicinskih sester Reference outpatient clinics: graduated nurses' experiences

Saša Pečelin, Maja Sočan

Ključne besede: zdravstvena nega; izobraževanje; vodenje pacientov; kronične bolezni; zdravstvena vzgoja; promocija zdravja

Key words: nursing; education; patient management; chronic diseases; health education; health promotion

Saša Pečelin, dipl. m. s.;
Fakulteta za zdravstvo Jesenice,
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice

*Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:*
saska.pecelin@siol.net

doc. dr. Maja Sočan, dr. med.;
Fakulteta za zdravstvo Jesenice,
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice
in Nacionalni inštitut za
javno zdravje, Zaloška cesta 29,
1000 Ljubljana

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Saše Pečelin:
*Vloga diplomirane medicinske
sestre v referenčni ambulanti*
(2015).

Prejeto/Received: 11. 12. 2015
Sprejeto/Accepted: 25. 5. 2016

IZVLEČEK

Uvod: Referenčna ambulanta je ambulanta z razširjenim timom, katere članica je diplomirana medicinska sestra, ki je opolnomočena s podiplomskim znanjem. Raziskava prikazuje izkušnje diplomiranih medicinskih sester z referenčnimi ambulantami, dosedanje izobraževanje, zadovoljstvo z delom v referenčni ambulanti ter potrebe po dodatnih veščinah, znanju, dopolnitvah in spremembah.

Metode: V raziskavi so sodelovale diplomirane medicinske sestre ($n = 88$) v referenčnih ambulantah iz 18 zdravstvenih domov. Strukturiran vprašalnik je vključeval demografska vprašanja in vprašanja, ki so se nanašala na zadovoljstvo diplomiranih medicinskih sester z delom in potrebo po izobraževanju. Zanesljivost instrumenta (Cronbach alfa) je bila 0,734. Uporabljeni so bili opisna statistika, hi-kvadrat test (χ^2) in Fisherjev test.

Rezultati: Anketiranci so se strinjali, da z izobraževanjem pridobijo dodatna znanja (81,8 %), ki so koristna (73,9 %) in uporabna pri delu v referenčni ambulanti (72,7 %). Najbolj so se strinjali, da si izkušnje izmenjujejo s sodelavci ($\bar{x} = 4,2$) in da so bolniki zadovoljni z njihovim delom ($\bar{x} = 4,2$). Pri znanju anketirancev ($\chi^2 = 20,734$, $p = 0,016$) in predlogih izboljšav delovnega procesa ($\chi^2 = 9,905$, $p = 0,007$) so statistično pomembne razlike v povezavi s starostjo.

Diskusija in zaključek: Raziskava pokaže, da so anketiranci delno zadovoljni na delovnem mestu. Treba bi bilo omogočiti napredovanje na delovnem mestu, dodatna izobraževanja, izboljšati informacijsko podporo in spodbujati podiplomsko izobraževanje.

ABSTRACT

Introduction: A recently introduced reference outpatient clinic is administratively associated with a health center and includes specific provision for care management of primarily chronic diseases within the primary healthcare system. Findings reported in this paper relate to the position of registered nurses as part of an interprofessional team, the required knowledge, skills and competences of nurses, their further education and work satisfaction.

Methods: A survey method was selected which, according to instrumentation, included a structured questionnaire. The latter asked about demographics, the nurses' workplace satisfaction and the perceived need for further education. The research sample consisted of registered nurses ($n = 88$) working in reference clinics within eighteen health centers. Reliability of the instrument (Cronbach alfa) was set at 0.734. Descriptive statistics, chi-square and Fisher's exact test were used.

Results: The respondents stated that additional education provided new knowledge (81.8 %) which was helpful (73.9 %) and useful for daily routine (72.7 %). The highest level of agreement was achieved in the item stating that work experiences could be exchanged among the nurses themselves ($\bar{x} = 4.2$) and that patients were satisfied with services provided ($\bar{x} = 4.2$). The level of knowledge of respondents ($\chi^2 = 20.734$, $p = 0.016$) and the suggestions for work process improvement ($\chi^2 = 9.905$, $p = 0.007$) were statistically significantly different in regard to the respondents' age.

Discussion and conclusion: The survey results show that the nurses are reasonably satisfied with their work in reference outpatient clinics. The nurses should, however, be provided the possibility of promotion and additional education. There is a need to better information support and to encourage postgraduate education of nurses.

Uvod

Usmeritve zdravstvenih sistemov temeljijo na krepitvi primarnega zdravstva, predvsem pri ohranjanju in krepitvi zdravja državljanov (Referenčne ambulante družinske medicine, n. d.). V Sloveniji narašča delež starejših, vedno več je pacientov s kroničnimi, nenalezljivimi boleznimi, neugodni socialno-ekonomski dejavniki pa vplivajo predvsem na ranljiv del populacije. Prenos številnih zdravstvenih obravnav s sekundarne ravni na primarno in uvedba različnih preventivnih programov, ki zahtevajo dodatne administrativne postopke, sta obremenila ambulante družinske medicine. Z namenom, da se zadosti potrebam prebivalstva, so se leta 2011 začele uvajati referenčne ambulante na primarni ravni zdravstvenega varstva (Panikvar Žlahtič & Klemenc, 2011).

Kadrovski normativ in spremenjen način dela sta zahtevala okrepitev tima družinske ambulante z diplomirano medicinsko sestro. Zaposlovanje diplomiranih medicinskih sester, ki do zdaj niso bile del tima osnovnega zdravstvenega varstva, prispeva k zmanjševanju obremenjenosti zdravnikov in povečevanju učinkovitosti osnovnega zdravstva (Poplas Susič & Marušič, 2011). Diplomirana medicinska sestra, ki dela v referenčni ambulanti, se zavzema in podpira zdrav življenjski slog (zdravstvena vzgoja in promocija zdravja), spremlja in vodi paciente s kronično boleznijo ter opravlja preventivne preglede (presejanje) ciljne populacije za zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja in preventivne programe. Uvedba referenčnih ambulant se je izkazala za enega od najpomembnejših vsebinskih projektov na področju osnovnega zdravstvenega varstva (Referenčne ambulante družinske medicine, n. d.).

Tretjina ambulant družinske medicine se je že preoblikovala v referenčno ambulanto. V teh ambulantah je za polovični delovni čas na novo zaposlena diplomirana medicinska sestra (Demšar, 2013), ki sodeluje pri obravnavi pacientov v smislu zgodnjega odkrivanja kroničnih bolezni, izvaja zdravstveno vzgojo in sodeluje z drugimi strokovnimi sodelavci v skrbi za paciente s kronično boleznijo tako z urejeno kot z napredujočo boleznijo (Eder, 2012). Pacienti so referenčne ambulante odlično sprejeli in so navdušeni nad takšnim pristopom. Diplomirana medicinska sestra ima več časa zanje in jih lahko seznanjajo z ukrepi, kako izboljšati zdravstveno stanje (Poplas Susič, et al., 2013).

Namen in cilji

Raziskali smo izkušnje diplomiranih medicinskih sester z referenčnimi ambulantami, doseganje izobraževanja, zadovoljstvo z delom v referenčni ambulanti ter potrebe po dodatnih veščinah, znanju, dopolnitvah in spremembah. V okviru raziskovalnih vprašanj nas je zanimalo:

- kaj menijo o znanju diplomiranih medicinskih sester, ki ga potrebujejo za vodenje referenčne ambulante;
- kakšne izboljšave delovnega procesa predlagajo diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti;
- katere lastnosti potrebuje diplomirana medicinska sestra za delo v referenčni ambulanti;
- kaj menijo o izobraževanju za diplomirane medicinske sestre za delo v referenčni ambulanti;
- kako (osebno) zadovoljstvo diplomirane medicinske sestre na delovnem mestu vpliva na delo v referenčni ambulanti.

Metode

Uporabili smo neeksperimentalno kvantitativno opisno raziskovalno metodo. Za zbiranje podatkov smo uporabili tehniko anketiranja v obliki anonimnega strukturiranega vprašalnika.

Opis instrumenta

Kot raziskovalni inštrument za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi rezultatov Ankete o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2012 (Anketa o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2012, n. d.). Vprašalnik je bil sestavljen iz 13 vprašanj, urejenih v tri vsebinske sklope. Prvi sklop je zajemal sociodemografske podatke in je vseboval vprašanja o spolu, starosti, lokaciji referenčne ambulante, delovni dobi v referenčni ambulanti, celokupni delovni dobi na področju zdravstvene nege, stopnji izobrazbe in dodatnem izobraževanju. Drugi sklop je zajemal vprašanja, vezana na razumevanje vloge diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti, in je vseboval dve vprašanji s tremi trditvami, ki so jih anketiranci ocenili po petstopenjski Likertovi lestvici, pri kateri je pomenilo 1 – se ne strinjam, 2 – malo se strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – zelo se strinjam, ter štiri vprašanja zaprtega tipa z enim ali več možnih odgovorov. Tretji sklop je bil namenjen razumevanju percepcije diplomiranih medicinskih sester na delovnem mestu in je vseboval tabelo s 16 trditvami, ki so jih anketiranci tudi ocenili po petstopenjski Likertovi lestvici, kot je navedeno zgoraj. Pri treh sklopih vprašanj (sociodemografski podatki, razumevanje vloge diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti in percepcija diplomiranih medicinskih sester praks na delovnem mestu) smo testirali zanesljivost pridobljenih podatkov z razvitim instrumentom na vzorcu s koeficientom Cronbach alfa, ki je v povprečju dosegel vrednost 0,734, kar se v literaturi omenja kot prag za zmerno zanesljivost instrumenta (Cencič, et al., 2009).

Opis vzorca

Raziskavo smo opravili v 190 referenčnih ambulantah po Sloveniji, ki so začele delovati po 1. aprilu 2011. Seznam referenčnih ambulant smo pridobili na spletni strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, namenjeni referenčnim ambulantam (Referenčne ambulante, 2015). Uporabili smo namenski vzorec anketiranja. Razdeljenih je bilo 122 vprašalnikov, od tega jih je bilo vrnjenih 88, kar pomeni 72% realizacijo načrtovanega vzorca. V raziskavi je sodelovalo 88 anketirancev, med njimi je bilo 84 žensk (95,5 %) in štirje moški (4,5 %). Največji del anketirancev ($n = 42$) je bilo starih več kot 41 let (47,7 %) in zaposlenih ($n = 76$) v okviru zdravstvenega doma (86,4 %), 12 (13,6 %) anketirancev je bilo zaposlenih v dislociranih enotah. Od vseh vključenih jih je bilo 41 (46,6 %) zaposlenih v referenčni ambulanti več kot 25 mesecev. Več kot 20 let delovne dobe na področju zdravstvene nege je imelo 43 (48,9 %) anketiranih. V raziskavi je sodelovalo 85 diplomiranih medicinskih sester (96,6 %) in tri (3,4 %) višje medicinske sestre.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred začetkom izvedbe raziskave smo od vodstva vseh 18 zdravstvenih domov pridobili pisna soglasja zavoda za raziskovanje v okviru diplomskega dela po navodilih Fakultete za zdravstvo Jesenice. Raziskava je bila opravljena skladno z etičnimi standardi, ki jih predpisuje Helsinško - Tokijska deklaracija. Sodelovanje v raziskavi

je bilo prostovoljno in anonimno. Vprašalniki so bili poslani glavnim medicinskim sestram zdravstvenih domov oziroma vodjem zdravstvenih domov po pošti. Anketiranje je potekalo od 1. 2. 2015 do 1. 5. 2015.

Podatke, ki smo jih pridobili z vprašalnikom, smo najprej obdelali z računalniškim programom Microsoft Windows Excel in nato s statističnim programskim orodjem SPSS ver. 20 (SPSS Inc., Chicago, IL). Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki smo jih obdelali z opisnimi statistikami, smo poskušali najti povezave med pridobljenimi podatki. V ta namen smo uporabili test hi-kvadrat (χ^2) in Fisherjev test, s katerima smo preverili povezanost med starostjo, delovno dobo in mestom zaposlitve ter mnenjem diplomiranih medicinskih sester glede znanja, predlogov izboljšav, potrebnih lastnosti, izobraževanja in zadovoljstva na delovnem mestu pri delu v referenčni ambulanti.

Rezultati

Zanimalo nas je razumevanje vloge diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti. Najprej smo jih spraševali, kako so se anketiranci odločili za delo v referenčni ambulanti. Več kot polovica anketirancev se je strinjala s trditvijo, da so se sami odločili za delo v referenčni ambulanti (56,8 %). Največ jih tudi meni, da imajo dovolj znanja za opravljanje svojih obveznosti (83 %). V Tabeli 1 predstavljamo rezultate drugega sklopa vprašalnika glede stališč diplomiranih medicinskih sester o odločitvi in znanju za delo v referenčni ambulanti.

Tabela 1: Stališča diplomiranih medicinskih sester o odločitvi in znanju za delo v referenčni ambulanti
Table 1: The reasons why to work in a reference outpatient clinic and the competences of graduate nurses

Trditve/Arguments	n	Min	Maks	\bar{X}	s
Popolnoma sama sem se odločila za delo v referenčni ambulanti.	88	1	5	3,6	1,4
Nadrejeni so se odločili zame in me motivirali za delo.	88	1	5	3,4	1,6
Nadrejeni so me izbrali za določen čas, dokler ne najdejo druge diplomirane medicinske sestre.	88	1	5	1,4	0,9
Menim, da imam dovolj znanja za opravljanje svojih obveznosti.	88	1	5	4,0	0,9
Primanjkuje mi splošnega znanja, ki bi ga morala pridobiti med dodiplomskim študijem.	88	1	5	2,1	1,2
Primanjkuje mi ozkega strokovnega znanja, ki bi ga lahko pridobila z dodatnimi podiplomskimi izobraževanji.	88	1	5	2,8	1,3

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

Anketiranci (69,3 %) so kot izboljšavo delovnega procesa predlagali boljšo informacijsko podporo, nekaj več kot polovica (52,3 %) je predlagala več možnosti dodatnega izobraževanja, slaba polovica (45,5 %) je predlagala večji osebni dohodek in samo petina (21,6 %) je menila, da potrebujejo več časa za obravnavo pacientov. Anketiranci so se strinjali, da z izobraževanjem pridobijo dodatna znanja (81,8 %), ki

so koristna (73,9 %) in uporabna pri delu v referenčni ambulanti (72,7 %), le slaba polovica (45,5 %) je izobraževanja ocenila kot zanimiva in zgolj tretjina (37,5 %) je menila, da je izobraževanje premalo.

V Tabeli 2 so predstavljeni rezultati tretjega sklopa vprašalnika o percepciji diplomiranih medicinskih sester na delovnem mestu. Najvišjo povprečno vrednost odgovorov po Likertovi lestvici sta dosegli

Tabela 2: Percepcija diplomiranih medicinskih sester na delovnem mestu v referenčni ambulanti
 Table 2: Graduate nurses' job perception in reference outpatient clinic

Trditve/Arguments	n	Min	Mak.	\bar{x}	s
Zadovoljna sem z možnostjo napredovanja na delovnem mestu.	88	1	5	2,5	1,2
Nimam težav z odhodom na dopust, vedno me lahko nadomestijo.	88	1	5	3,5	1,6
Imam možnost, da si izkušnje izmenjujem s sodelavci.	88	1	5	4,2	0,9
Pri izražanju predlogov in izboljšav sem dobro sprejeta.	88	1	5	3,4	1,0
Za svoje kakovostno delo imam na voljo skoraj dovolj časa.	88	1	5	3,3	1,1
Običajno ni dvoma, kaj so moje delovne obveznosti.	88	1	5	3,6	1,1
Nejasnosti in nesporazume rešujemo sproti in skupaj v timu.	88	1	5	3,8	1,0
S sodelavci se lahko sproti pogovorim o problemih.	88	1	5	4,1	0,9
Zaupanje med zaposlenimi v referenčni ambulanti je veliko.	88	1	5	3,9	0,9
Zadovoljna sem s kakovostjo dela vseh zaposlenih v referenčni ambulanti.	88	1	5	3,9	1,0
Z organizacijo poteka dela ni posebnih težav.	88	1	5	3,6	1,0
Sproti in pravočasno dobim informacije, ki so povezane s kakovostno opravljenim delom.	88	1	5	3,4	1,0
Delovno mesto mi omogoča dobre možnosti za stalno usposabljanje in nadgrajevanje svojega znanja.	88	1	5	3,6	1,0
Menim, da bi za boljše delo potrebovala ustrežnejšo opremo.	88	1	5	3,3	1,4
Sodelavci me občasno pohvalijo.	88	1	5	3,4	1,0
Čutim, da so bolniki zadovoljni z mojim delom.	88	1	5	4,2	0,7

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

trditvi »Imam možnost, da si izkušnje izmenjujem s sodelavci.« ($\bar{x} = 4,2$) in »Čutim, da so bolniki zadovoljni z mojim delom.« ($\bar{x} = 4,2$). Anketiranci so se najmanj strinjali s trditvijo »Zadovoljna sem z možnostjo napredovanja na delovnem mestu.« ($\bar{x} = 2,5$).

V raziskavi smo poskušali poiskati povezave med spremenljivkami – preverili smo povezanost med starostjo, delovno dobo, mestom zaposlitve ter mnenjem diplomiranih medicinskih sester glede znanja, predlogov izboljšav, potrebnih lastnosti in zadovoljstva na delovnem mestu.

Med starostjo in mnenjem glede strokovnega znanja anketirancev smo ugotovili statistično značilno povezanost ($p < 0,005$). Anketiranci v starostni skupini do 29 let so statistično značilno pogosteje menili, da jim primanjkuje ozkega strokovnega znanja ($\chi^2 = 20,734$, $p = 0,016$) in so si pogosteje želeli manjše obremenjenosti pri delu v referenčni ambulanti ($\chi^2 = 9,905$, $p = 0,007$).

Anketiranci, stari od 30 do 40 let, so se najbolj strinjali s trditvama »Izobraževanja so uporabna.« ($\chi^2 = 8,478$, $p = 0,014$) in »Z izobraževanjem pridobim dodatna znanja, ki mi koristijo pri delu v referenčni ambulanti.« ($\chi^2 = 5,767$, $p = 0,056$). Anketiranci, starejši od 41 let, so z odhodom na dopust navedli najmanj težav ($\chi^2 = 15,542$, $p = 0,049$) in so se najbolj strinjali s trditvijo »Običajno ni dvoma, kaj so moje delovne obveznosti.« ($\chi^2 = 21,520$, $p = 0,006$).

Daljša delovna doba je povezana z mnenjem, da imajo anketiranci dovolj znanja za opravljanje svojih obveznosti ($\chi^2 = 23,362$, $p = 0,025$). Anketiranci, ki so imeli celokupno delovno dobo na področju

zdravstvene nege od 5 do 9 let, so si najbolj želeli višjega osebnega dohodka ($\chi^2 = 8,296$, $p = 0,040$) in manjše obremenjenosti pri delu v referenčni ambulanti ($\chi^2 = 12,685$, $p = 0,005$). Anketiranci, ki so imeli celokupno delovno dobo na področju zdravstvene nege od 10 do 19 let, so se najbolj strinjali s trditvijo, da imajo za svoje kakovostno opravljeno delo na voljo skoraj vedno dovolj časa ($\chi^2 = 18,679$, $p = 0,028$).

Diskusija

Osnovno zdravstvo je izpostavljeno velikim obremenitvam, ki so posledica demografskih sprememb, ozaveščenosti ljudi in tudi organizacijskih sprememb v zdravstvu. Ob pomanjkanju zdravnikov je bilo treba najti rešitev, ki bo prerazporedila obremenitev zdravnikov in ohranila visoko kakovost obravnave pacientov. Aprila 2011 je začelo delovati 60 referenčnih ambulant, ki so bile regijsko enakomerno razporejene (Poplas Susič & Marušič, 2011). Ključna sprememba v timu referenčne ambulante so bile predvsem diplomirane medicinske sestre, kar ugotavljamo tudi z našo raziskavo.

Diplomirane medicinske sestre morajo imeti za delo v referenčni ambulanti podiplomsko znanje. Naša raziskava je pokazala, da anketiranci menijo, da imajo dovolj znanja za opravljanje svojih obveznosti. Strinjali so se, da jim ne primanjkuje splošnega znanja, ki bi ga lahko pridobili med dodiplomskim študijem, niti ne čutijo pomanjkanja ozkega strokovnega znanja, ki bi ga lahko pridobili z dodatnim podiplomskim izobraževanjem. Obstajale pa so določene statistično

značilne razlike glede na starostno skupino in delovne izkušnje anketirancev. Anketa o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2012 (Anketa o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2012, n. d.) je pokazala, da je anketirancem primanjkovalo ozkega strokovnega znanja (42,5 %).

Z uvedbo referenčnih ambulant se v osnovno zdravstvo uvaja nov koncept dela na področju kadrovskega normativov, vsebine in organizacije dela (Poplas Susič & Marušič, 2011). Vsak nov koncept dela zahteva skrbno oceno in izboljšave, zato smo se v naši raziskavi osredotočili na predloge diplomiranih medicinskih sester glede delovnega procesa v referenčni ambulanti. Ugotovili smo, da so si anketiranci najbolj želeli boljše informacijske podpore in več možnosti dodatnega izobraževanja, kar je precej zanimiva trditev, saj je v prejšnjem sklopu vprašanj večina trdila, da ima dovolj znanja za delo v referenčni ambulanti.

Mlajši anketiranci so izrazili potrebo po manjši obremenjenosti z delom, starejši pa si želijo večji osebni dohodek. Predvidevamo, da sta slabša izkušnost in prepričanost o pravilnosti odločitev bolj obremenjujoča za mlajše, neizkušene zdravstvene delavce in jim dajeta občutek preobremenjenosti. Z naraščanjem let dela se občutek obremenjenosti zmanjšuje, delo postaja manj stresno, saj je izpostavljenost novim, nepričakovanim situacijam manjša. Zanimivo je, da mlajši anketiranci niso izrazili potrebe po večjem osebnem dohodku. Raziskava o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2012 je pokazala, da so si anketiranci najbolj želeli spremembe v organizaciji dela in izobraževanju ter boljše prostorske ureditve, sledili so odgovori o manjši preobremenjenosti pri delu, boljši informacijski podpori in večjem osebnem dohodku (Anketa o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2012, n. d.). Bistvenih odstopanj med našo raziskavo in raziskavo iz leta 2012 nismo ugotovili. Wild in sodelavci (2006) navajajo, da delovni urnik, napredovanje na delovnem mestu, plača ter ravnovesje med delovnimi in družinskimi obveznostmi vplivajo na posameznikovo zadovoljstvo pri delu. Rezultati raziskave istih avtorjev so še pokazali, da so bile diplomirane medicinske sestre najbolj zadovoljne z odnosi z nadrejenimi, s plačo in odgovornostjo, delno zadovoljne z delovnim urnikom in najmanj zadovoljne z delovnimi razmerami.

Raziskava je pokazala, da anketiranci menijo, da pri delu v referenčni ambulanti potrebujejo znanja: komunikacije, sposobnosti svetovanja glede zdravega načina življenja, strokovnost in znanje o medicini, odgovornost, motiviranost za nenehno izobraževanje, prijaznost, veselje do dela, prilagodljivost, zanesljivost, sposobnost empatije in natančnost. Raziskava je tudi pokazala, da so se anketiranci, starejši od 41 let, najbolj strinjali s trditvijo, da diplomirana medicinska sestra pri delu v referenčni ambulanti potrebuje strokovnost

in znanje o medicini. Naša raziskava je pokazala, da anketiranci menijo, da so izobraževanja uporabna in da z njimi pridobijo dodatna znanja, ki jim koristijo pri delu v referenčni ambulanti. Podobno sta ugotavljala Petek - Šter & Šter (2015) v raziskavi zadovoljstva z izobraževanjem diplomiranih medicinskih sester, ki delajo v referenčnih ambulantah, o arterijski hipertenziji.

Anketiranci v referenčnih ambulantah, ki smo jih zajeli v raziskavo, so delno zadovoljni na delovnem mestu, s sodelavci si lahko izmenjujejo izkušnje in se lahko o težavah sproti pogovorijo, lahko gredo na dopust, ko ga potrebujejo, vendar je še veliko možnosti izboljšanja napredovanja na delovnem mestu, dodatnega izobraževanja in informacijske podpore. Raziskava o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2012 je pokazala, da so bili anketiranci zadovoljni na delovnem mestu, saj jim je bila omogočena osebna rast, a so imeli težave z nadomeščanjem odsotnosti, nadrejeni pa so z diplomiranimi medicinskimi sestrami komunicirali korektno, s sodelavci so dobro sodelovali in njihove zadolžitve so bile delno jasne (Anketa o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2012, n. d.).

Pridobljeni rezultati raziskave dajejo vpogled v izkušnje diplomiranih medicinskih sester z delom v referenčnih ambulantah. Upoštevati je treba omejitve raziskave, da so v njej sodelovale samo diplomirane medicinske sestre, zaposlene v referenčnih ambulantah v zdravstvenih domovih, ne pa diplomirane medicinske sestre, zaposlene v zasebnih referenčnih ambulantah, zato rezultatov ne moremo posplošiti na vse diplomirane medicinske sestre, zaposlene v referenčnih ambulantah.

Zaključek

Zdravje je ena od najpomembnejših vrednot v življenju ljudi in njihova osnovna pravica. Kronične nenalezljive bolezni so bolezni, ki so velik javnozdravstveni problem. Številni ljudje s kroničnimi boleznimi potrebujejo vseživljenjsko zdravstveno oskrbo. Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti ima ključno vlogo pri zdravstveno-vzgojnem delu. Raziskava kaže, da diplomirana medicinska sestra potrebuje izkušnje in podiplomska znanja za delo v referenčni ambulanti. Potrebni so razvoj referenčnih ambulant, nadgradnja znanja in vlaganje v raziskovalno delo, predvsem pa spodbujanje podiplomskega izobraževanja za diplomirane medicinske sestre.

Literatura

Anketa o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2012, n. d. Referenčne ambulante družinske medicine – Projekt Ministrstva za zdravje. Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Analiza-zadovoljstvo-zaposlenih-v-RA-2012.pdf> [8. 11. 2014].

- Cencič, M., Čagran, B. & Ivanuš Grmek, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Demšar, M., 2013. Družinska medicina danes. *ISIS*, 22(6), pp. 3–4. Available at: [http://www.zdravniskazbornica.si/admin/categories/magazines/pdf/Isis 2013-06_brezoglasov.pdf](http://www.zdravniskazbornica.si/admin/categories/magazines/pdf/Isis%202013-06_brezoglasov.pdf) [10. 11. 2014].
- Eder, J., 2012. Organizacija dela diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti. In: Istenič, B. ed. *Referenčne ambulante po prvem letu delovanja: strokovni seminar, Ljubljana, 12. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, pp. 5–11.
- Panikvar Žlahtič, K. & Klemenc, D., 2011. Kako so nastajale referenčne ambulante – pogled zdravstvene nege. In: Bobnar, A. ed. *Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti – izziv za prihodnost: zbornik predavanj. Ljubljana, 2. december 2011*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 18–30.
- Petek Šter, M. & Šter, B., 2015. Pomen izobraževanja diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah: primer arterijske hipertenzije. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), pp. 52–59. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.1.46>
- Poplas Susič, T. & Marušič, D., 2011. Referenčne ambulante. *Bilten – ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*, 27(1), pp. 9–17.
- Poplas Susič, T., Švab, I. & Kersnik, J., 2013. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 82(10), pp. 635–647.
- Referenčne ambulante družinske medicine, n. d. Ministrstvo za zdravje. Available at: <http://www.scribd.com/doc/59465490/Referen%C4%8Dne-ambulante-plo%C5%A1no-gradivo> [3. 6. 2014].
- Referenčne ambulante, 2015. Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/referencne_ambulante/ [17. 8. 2015].
- Wild, P., Parsons, V. & Dietz, E., 2006. Nurse practitioner's characteristics and job satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(11), pp. 544–549. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00173.x> [23. 3. 2016].

Citirajte kot/Cite as:

Pečelin, S. & Sočan, M., 2015. Referenčne ambulante: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 157–162. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.82>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna načela

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem knjižnem jeziku, razumljivo in jedrnato, dolg naj bo največ 5000 besed za kvantitativno in do 7000 besed za kvalitativno zasnovane raziskave. Število besed se nanaša na besedilo članka in ne vključuje naslova, izvlečka, tabel, slik in seznama literature. Avtorji naj uporabijo 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. Če je članek napisan v angleškem jeziku, morajo biti v angleškem jeziku zapisani tudi strokovni naslovi in akademski nazivi. Avtor mora pri oddaji članka dosledno upoštevati navodila glede standardizirane znanstvene opreme, videza in tipologije dokumentov ter navodil v zvezi z oddajo članka. Članek bo uvrščen v nadaljnjo obravnavo, ko bo pripravljen v skladu z navodili uredništva.

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

Naslov članka, izvleček, ključne besede, tabele (opisni naslov in legenda, ter slike (opisni podnaslov 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. Za prikaz rezultatov v tabelah, slikah in besedilu je potrebno uporabljati statistične simbole, ki jih avtor najde na spletni strani revije, poglavje Navodila. Na vsako tabelo in sliko se mora avtor v besedilu sklicevati. Uporaba sprotnih opomb pod črto ni dovoljena.

Opredelitev tipologije

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

Metodološka struktura članka

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

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

Uvod (Introduction): Navesti je treba ključna spoznanja dosedanjih raziskav, opis raziskovalnega problema, namen raziskave, v katerem so opredeljene 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 in namen raziskave. Pri kvantitativnih raziskavah je treba navesti vrednost rezultata in raven statistične značilnosti.

Diskusija in zaključek (Discussion and conclusion): Razpravljati je treba o ugotovitvah raziskave, navesti se smejo le zaključki, ki izhajajo iz podatkov, pridobljenih pri raziskavi. Navesti je treba tudi uporabnost ugotovitev in izpostaviti pomen nadaljnjih raziskav za boljše razumevanje raziskovalnega problema. Enakovredno je treba navesti tako pozitivne kot 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 namena in ciljev raziskave, raziskovalnih vprašanj oz. hipotez in izbranega dizajna raziskave. Uporabimo znanstvena spoznanja in koncepte aktualnih mednarodnih in domačih raziskav, ki so objavljena kot primarni vir in niso starejša od deset 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 v legendi pod tabelo ali sliko. Rezultate prikažemo po postavljenih spremenljivkah, odgovorimo na raziskovalna vprašanja oz. hipoteze. Pri kvalitativnih raziskavah prikažemo potek oblikovanja kod in kategorij, za vsako kodo predstavimo eno do dve reprezentativni izjavi vključenih v raziskavo, ki 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 raziskave.

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

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

Pregledni znanstveni članek je pregled najnovejših raziskav o določenem predmetnem področju z namenom povzemati, analizirati, evalvirati ali sintetizirati informacije, ki so že bile publicirane. 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 iskanja 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 (tabelarni 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 morebiten prepad v znanju in razumevanju, izpostavimo pomen bodočih raziskav, uporabnost pridobljenih spoznanj in priporočila za prakso/raziskovanje/izobraževanje/management, 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 izvornih 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.

Navajanje literature

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

Kadar navajamo sekundarne vire, uporabimo »cited in« (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). Če pisec članka ni bil imenovan oz. je delo anonimno, v besedilu navedemo *naslov* 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 otroke.

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 navajanja literature v seznamu

Citiranje knjige:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pillay, R., 2010. Towards a competency-based framework

for nursing management education. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), pp. 545–554.

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

Citiranje anonimnega dela (avtor ni naveden):

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

Citiranje dela korporativnega avtorja:

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

Citiranje članka iz suplementa revije in suplementa številke revije:

Halevey, 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.

Citiranje prispevka iz zbornika referatov:

Skela-Savič B., 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: Skela-Savič, B., Kaučič, B.M. & Ramšak Pajk, J. 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., Kaučič, B.M. & Železnik, U. 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.

Citiranje diplomskega in magistrskega dela, ter doktorske disertacije:

Ajlec, A., 2010. *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege: diplomsko delo*

univerzitetnega študija. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 15–20.

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

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

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov:

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

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

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

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

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

Citiranje zgoščenk (CD-ROM):

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

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

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

– **Naslovna stran**, ki vključuje: naslov članka, avtorje v vrstnem redu, kot morajo biti navedeni v članku, popolne podatke o vseh avtorjih (ime, priimek, dosežena stopnja izobrazbe, habilitacijski naziv, zaposlitev, e-naslov) in pri oddaji označiti, kdo je korespondenčni avtor. Če je članek napisan v angleščini, morajo biti tako zapisani tudi vsi podatki o avtorjih. Navedi je potrebno prispevek vsakega soavtorja pri pisanju članka. Vsak soavtor članka

mora sodelovati vsaj v dveh strukturalnih delih članka (IMRAD). Vsak soavtor bo ob oddaji članka prejel elektronsko sporočilo na svoj e-naslov, da je članek oddan, in če ni soavtor članka, bo pozvan, da uredništvu odgovori na poslano elektronsko pošto. V sistem je vključena e-izjava o avtorstvu. Navedeno naj bo morebitno financiranje raziskave in raziskovalna skupina, v kolikor niso vsi člani skupine avtorji članka. Navedi je treba, ali članek vključuje del rezultatov večje raziskave, ali je nastal v okviru diplomskega, magistrskega ali doktorskega dela (v tem primeru je prvi avtor vedno študent) in morebitne zahvale. Dokument se pošlje v enem izmed formatov, ki jih prepozna urejevalnik besedil MS Word, in en izvod v formatu PDF (portable document format).

– **Glavni dokument**, ki je anonimiziran in vključuje naslov članka (obvezno brez avtorjev in kontaktnih podatkov), izvleček, ključne besede, besedilo članka, tabele, slike in literaturo.

Obseg članka: članek naj vsebuje največ 5000 besed za kvantitativno in do 7000 besed za kvalitativno zasnovane raziskave. V ta obseg se ne štejejo izvleček, tabele, slike in seznam literature. Število besed članka je potrebno navesti v dokumentu »Naslovna stran«.

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

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

Slike naj bodo oštevilčene z arabskimi zaporednimi številkami. Podpisi k slikam (*pod sliko*) in legende naj bodo v slovenščini in angleščini, pisava Times New Roman. 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 in oddan prek spletne strani revije na <http://obzornik.zbornica-zveza.si/>, to je pogoj, da se članek uvrsti v uredniški postopek. Če uredništvo presodi, da članek izpolnjuje kriterije za objavo v Obzorniku zdravstvene nege, bo poslan v zunanjo strokovno (anonimno) recenzijo. Recenzenti prejmejo besedilo članka brez avtorjevih osebnih podatkov, članek pregledajo glede na postavljene kazalnike in predlagajo izboljšave. Avtor je dolžan izboljšave pregledati in jih v največji meri upoštevati ter članek dopolniti v roku, ki ga določi uredništvo. V kolikor avtor članka ne vrne v roku, se članek zavrne. V kolikor avtor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora to pisno pojasniti. Po zaključenem recenzijskem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in pripravi čistopis. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

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

NAVODILA RECENZENTOM

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

opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jase, ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvo članka; ali avtor citira (naj)novejšo literaturo in ali citira znanstvene raziskave avtorjev, ki so pisali o isti temi v domačih revijah; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali je citiranje literature ustrezno, ali se v besedilu navedena literatura ujema s seznamom literature na koncu članka. Dostopno literaturo je 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.

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

Posodobljeno: 15. 3. 2016

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege: navodila avtorjem in recenzentom, 2016. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [15. 3. 2016].

MANUSCRIPT SUBMISSION GUIDELINES

General policies

The manuscript should be written clearly and succinctly in a standard Slovene or English language and conform to acceptable language usage. Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 7000 for qualitative research articles, excluding 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. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper components, the format and typology of documents, and submission guidelines. The manuscript must be accompanied by the authorship statement, a copy of which is available on the journal website. The statement must be undersigned by the author and all co-authors in the order in which each is listed in the authorship of the article. The manuscript will not be submitted to editing process before the statement has been received by the editorial office. The latter should also be notified of the designated corresponding author (with their complete home and e-mailing address, telephone number), who is responsible for communicating with the editorial office and other authors about revisions and final approval of the proofs. The title page should include the manuscript title and the full names of the authors, their highest earned academic degrees, and their institutional affiliations and status. The manuscript is eligible for editorial and reviewing process if it is prepared according to the uniform requirements set forth by the editorial committee of the Slovenian Nursing Review.

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

The title of the article, abstract and key words, tables (descriptive subtitle and legend), illustrations (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 results presented in tables and other data supplements should be presented in symbols as required by the journal, available at the journal website, chapter Guidelines. The authors should refer to each of these supplements in the text. The use of footnotes and endnotes is not allowed.

Typology of articles

The editors reserve the right 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 managing editor.

Methodological structure of an article

The title, the abstract and the key words should be written in the Slovene and English language. A concise but informative title should convey the nature, content and research design of the paper. It must not exceed 120 characters. If the title is followed by a subtitle, a semicolon should be placed in between. Up to six key words separated by a semicolon and not included in the title, define the article content and reflect the article's core topic or message. Articles must be accompanied by an abstract of no more than 150-250 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 and purpose of the study. In quantitative studies it is necessary to state the statistical validity and statistical significance of the results.

Discussion and conclusion: This section states the conclusions and discusses the research findings drawn from the results obtained. Presented in this section are

also limitations of the study and the implications of the results for practice and relevant further research. Both, the positive and the negative research findings should be adequately presented.

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

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

Introduction: In the introductory part the research problem is defined within the context of knowledge and 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 and aims for a study, research questions or hypotheses as well as the method of investigation (a research design, sample size and characteristics of the proposed sample, data collection and data analysis procedures). The research should be based on the primary sources of the recent national and international research which are not older than ten or five years respectively, if the topic 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 in the legend below the table or figure. The results are presented according to the variables, answering all the research questions or hypotheses. In qualitative research, the development of codes and categories should also be presented, including one or two representative statements of participants. A schematic presentation of the codes and ensuing categories are given.

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

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

- 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 an "&": (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. *G. Basic geriatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby, pp. 350–356.

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

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

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

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

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 a book edited by one or multiple authors:

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

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

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

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

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

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

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

Citing anonymous works (author is not given):

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

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

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

Citing an article from a journal supplement or issue supplement:

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., Kaučič, B.M. & Ramšak Pajk, J. 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., Kaučič, B.M. & Železnik, U. 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 electronically using the Open Journal System (OJS) available at: <http://obzornik.zbornicazveza.si/>. The authors should adhere to the accepted guidelines and fill in all the sections given. Prior to submission the authors should prepare the manuscript in the following separate documents.

– **The title page** which includes the title of the article, the full names of the author/s in the sequence as that in the article, the data about the authors (name, surname, their highest academic degree, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status, their mailing address), and the name of the corresponding author. If the article is written in the English language, the data about the authors should also be given in English. In multi-authored publications the contribution of each author should be listed. Each author must contribute to at least two parts of the article (IMRAD). Each coauthor will receive a notice on their e-mail address that the article has been submitted. If he/she is not a co-author, they will be requested to answer the mail received. The authorship statement is included in the system. The title page includes the acknowledgement of any financial assistance and the research group if its members were not all coauthors. It is necessary to specify whether the article includes the results of some other larger research or whether the article is based on a diploma, master or doctoral thesis (in which case the first author is always the student) and the acknowledgements. The electronic version of the manuscript must be in a Microsoft Word-compatible format and one copy in the PDF (Portable Document Format).

– **The main document** should be anonymized and includes the title (obligatorily without the authors and contact data), the abstract, the keywords, the text, the tables, the figures, pictures and literature.

Length of the manuscript: Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 7000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The number of words should be given in the document "The title page".

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

The tables contain information organised into discrete rows and columns. They are sequentially numbered with Arabic numerals throughout the document according to the order in which they appear in the text. They should include at least two columns,

a descriptive, but succinct title (*above the table*), the title row, optional row totals and column totals summarizing the data in respective rows and columns, and, if necessary, the notes and legends. There are no empty cells left in a table and the table size should not exceed 57 lines. Tables must conform to the following type: all tabular material should be 11pt font, Times New Roman font, single spacing, 0.5 pt spacing, left alignment in the first column and in all columns with the text, centre alignment in the columns with statistical data, with no intersecting vertical lines. The editors, in agreement with the author/s, reserve the right to reduce the size of tables.

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

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

The editorial board – author/s relationship

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

the PDF. Any other changes to the manuscript are not possible at this stage of publication process. If authors do not reply in three days, the first printed version is accepted.

GUIDE TO REVIEWERS

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

conclusions, failure to include quotations or give the appropriate citation). All available sources need to be verified. The figures and tables must not duplicate the material in the text. They are assessed in view of their relevance, presentation and reference to the text. Special attention is to be paid to the use of abbreviations and acronyms. One of the functions of reviewers is to prevent any form of plagiarism and theft of another's intellectual property.

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

Updated on March 15, 2016

Cite as:

Slovenian Nursing Review: author/reviewer guidelines, manuscript submission guidelines 2016. Available at: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/eng/Information_for_authors.aspx [15. 3. 2016].

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIAN NURSING REVIEW

NAROČILNICA

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

Ime: _____

Priimek: _____

Ulica: _____

Pošta: _____

Obkrožite vaš status: študent/ka, zaposlen/a, upokojen/a.

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

Kraj in datum: _____ Podpis: _____



OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIAN NURSING REVIEW

NAROČILNICA

Smo pravna oseba in naročamo __ izvod/ov **OBZORNIKa ZDRAVSTVENE NEGE** na naslov:

Ime / Naziv: _____

Ulica: _____

Pošta: _____

Naročnino bomo poravnali v osmih dneh po prejemu računa. Davčna številka: _____

Kraj in datum: _____ Podpis in žig: _____

SLOVENIAN NURSING REVIEW

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

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

Founded and published by:

The Nurses and Midwives Association of Slovenia

Editor in Chief and Managing Editor:

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

Editor, Executive Editor:

Andreja Mihelič Zajec, BSc, RN, Lecturer

Editor, Web Editor:

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

Editorial Board:

- **Branko Regar, 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, Assistant Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mateja Lorber, PhD, 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:

Špela Komac, BA

Reader for English:

Tina Levec, BA

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

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

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

Annual subscription fee (2016): 10 EUR for students and the retired; 25 EUR for individuals; 70 EUR for institutions.

Print run: 950 copies

Designed and printed by: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Printed on acid-free paper.

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

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

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

Kazalo/Contents

UVODNIK/LEADING ARTICLE

Profesionalna revija kot eden od pomembnih dosežkov nacionalne strokovne organizacije:
ob 50. obletnici izhajanja Obzornika zdravstvene nege
A journal of professional nursing as one among many accomplishments of the national professional
organisation: the 50th anniversary of the Slovenian Nursing Review

Monika Ažman

104

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

Qualitative analysis of factors associated with the experience of contraception in rural setting
Kvalitativna analiza dejavnikov, povezanih z doživljanjem kontracepcije v ruralnem okolju

Špela Črnigoj, Mirko Prosen

107

Kaj študente zdravstvene nege motivira za učenje in kako ocenjujejo simulirano klinično usposabljanje
What motivates nursing students for learning and how they evaluate simulated clinical training

Manca Pajnič

126

Izkušnje žensk ob nenačrtovanem porodu zunaj porodnišnice
Women's experience of unplanned out-of-hospital birth

Ksenija Kragelj, Mirko Prosen

135

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

Varna tehnika dolgotrajne intermitentne samokatetrizacije
Safe long-term intermittent self-catheterisation technique

Melita Peršolja

144

STROKOVNI ČLANEK/PROFESSIONAL ARTICLE

Referenčne ambulante: izkušnje diplomiranih medicinskih sester
Reference outpatient clinics: graduated nurses' experiences

Saša Pečelin, Maja Sočan

157

