

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



57(2)
Ljubljana 2023

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

ISSN 1318-2951 (tiskana izdaja), e-ISSN 2350-4595 (spletna izdaja)

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

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. **Mateja Lorber**

Urednik, izvršni urednik:

izr. prof. dr. **Mirko Prosen**

Urednica, spletna urednica:

Martina Kocbek Gajšt

Uredniški odbor:

- viš. pred. **Mateja Bahun**, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija
- asist. dr. **Leona Cilar Budler**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- doc. dr. **Mojca Dobnik**, Univerzitetni klinični center Maribor in Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- asist. **Tina Kamenšek**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- asist. **Sergej Kmetec**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **Martina Kocbek Gajšt**, Karlova univerza, Inštitut za zgodovino Karlove Univerze in Arhiv Karlove Univerze, Češka republika
- doc. dr. **Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- viš. pred. **Andreja Ljubič**, Fakulteta za zdravstvene vede v Celju in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- izr. prof. dr. **Sabina Ličen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- izr. prof. dr. **Mateja Lorber**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- izr. prof. dr. **Miha Lučovnik**, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta in Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Slovenija
- viš. pred. dr. **Marija Milavec Kapun**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- izr. prof. dr. **Melita Peršolja**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- viš. pred. **Petra Petročnik**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- izr. prof. dr. **Mirko Prosen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- doc. dr. **Tamara Štemberger Kolnik**, Fakulteta za zdravstvene vede v Celju in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- doc. dr. **Dominika Vrbnjak**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija

Mednarodni uredniški odbor:

- **Adam Davey**, Professor, University of Delaware, Newark, Združene države Amerike
- **Kathleen Markey**, Lecturer, University of Limerick, Faculty of Education and Health Sciences, Irska
- **Brendan McCormack**, Professor, University of Sydney, Faculty of Medicine and Health, Susan Wakil School of Nursing and Midwifery - Sydney Nursing School, Avstralija
- **Tanya McCance**, Mona Grey Professor, Ulster University, School of Nursing and Paramedic Science, Velika Britanija
- **Alvisa Palese**, Professor, Università degli Studi di Udine, Dipartimento di Area Medica, Italija
- **Betül Tosun**, Associate Professor, Hasan Kalyoncu University, Faculty of Health Sciences, Turčija
- **Valérie Tóthová**, Professor, University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Češka
- **Roger Watson**, Professor Southwest Medical University, School of Nursing, Kitajska

Lektorici za slovenščino:

Simona Gregorčič

Tonja Jelen

Lektorici za angleščino:

lekt. dr. **Nina Bostič Bishop**

lekt. dr. **Martina Paradiž**

Naslov uredništva: Ob železnici 30 A, SI-1000 Ljubljana, Slovenija

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

Spletna stran: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/>

Letna naročnina za tiskan izvod: 10 EUR za dijake, študente in upokojnence; 25 EUR za posameznike - fizične osebe; 70 EUR za pravne osebe.

Naklada: 490 izvodov

Prelom: Nataša Artiček – Vizuart, s. p.

Tisk: Tiskarna knjigovoznica Radovljica d. o. o.

Tiskano na brezlesnem 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 znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije.

Objavljeni prispevki izražajo stališča avtorjev in ne nujno stališča uredništva.

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

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

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2023 Letnik 57 Številka 2
Ljubljana 2023 Volume 57 Number 2

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

NAMEN IN CILJI

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

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

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

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

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

SLOVENIAN NURSING REVIEW

AIMS AND SCOPE

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

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

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

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

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

KAZALO/CONTENTS**UVODNIK/EDITORIAL**

- Rebuilding nursing post pandemic with wellbeing as the foundation
Dobro počutje kot temelj za obnovo zdravstvene nege po pandemiji
John W. Nelson 84

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Odnos zaposlenih v zdravstveni negi do predpisovanja zdravil: raziskava z rabo mešanih metod
The attitude of health care professionals towards prescribing medicines: A mixed-method study
Marko Petrović, Mirko Prosen, Sabina Ličen, Igor Karnjuš 89

- Etična občutljivost študentov zdravstvene nege: opisna raziskava
Ethical sensitivity of nursing students: A descriptive research
Jakob Renko, Deja Praprotnik, Ana Nastran, Mirko Prosen, Sabina Ličen 100

- Izkušnje študentov zdravstvene nege z izobraževanjem na daljavo v času prvega vala
epidemije covid-19: kvalitativna raziskava
Experiences of nursing students with distance education during the first wave
of the COVID-19 epidemic: A qualitative research
Špela Plesec, Marija Milavec Kapun 108

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Razlogi za zapuščanje poklica med medicinskimi sestrami v bolnišnicah: integrativni pregled literature
Reasons for nurse turnover in hospitals: An integrative literature review
Anita Prelec, Brigita Skela-Savič 117

- Skupno etično odločanje zdravstvenih delavcev: pregled literature
Shared ethical decision-making of healthcare professionals: A literature review
Darja Lasič, Sedina Kalender Smajlović 130

Editorial/Uvodnik

Rebuilding nursing post pandemic with wellbeing as the foundation

Dobro počutje kot temelj za obnovo zdravstvene nege po pandemiji

John W. Nelson^{1, *}

Decades of research by Gallup in wellbeing reveals among the five types of wellbeing, it is wellbeing at work that is the most important, and this importance is highlighted post covid (Clifton & Harter, 2021). That is because we spend so much of our time at work and wellbeing at work influences all other four types of wellbeing. The most important predictor of wellbeing at work is the interaction the worker has with their immediate manager (Clifton & Harter, 2021). This finding is also pronounced post covid (Clifton & Harter, 2021).

The Caring Science International Collaborative (CSIC), an international collaborative, is helping to examine latent constructs like caring and satisfaction in models that provide insight into more complex constructs like wellbeing at work. Understanding how different constructs relate to outcomes like turnover intent, within rigorous and collaborative research-based organization like this will help nurses move to a more self-directed position in healthcare. CSIC has been studying constructs aligned with wellbeing at work for nurses to develop and scientifically test a model of wellbeing at work that can be used globally to rebuild nursing post pandemic with wellbeing as the foundation. This model of wellbeing at work can be used to add to models that study outcomes, to specify measurement models that not only measure system and patient variables, but importantly include nurses' wellbeing at work as a central predictor of outcomes. Concepts the CSIC has been studying within this 35-item model of wellbeing at work include assessment of job satisfaction, clarity of role and system, nurse's report of caring for self, and if the nurse perceives their direct manager acts in a caring way toward them. This

brief article is about the research of a group of nurses from 18 countries and the findings they are discovering in their collaborative work about wellbeing at work, and how this relates to nurse outcomes, including intent for turnover.

Job satisfaction, according to CSIC, is based on sociotechnical systems theory (Trist & Bamforth, 1951). According to this theory, workers report job satisfaction when they have the social and technical resources to perform their work. A recent study of the CSIC reveals there are six factors of job satisfaction, including three social and three technical (Nelson et al., 2022b). Social factors include satisfaction with relationships with coworkers, communication with their direct manager, and being able to care and plan for patients throughout their stay on their respective unit of care. Technical variables include satisfaction with professional growth, autonomy to perform their work using their education and experience, and how the organization rewards them for the effort and good work put forth.

Clarity within this international study is based on the work by Felgen (Nelson & Felgen, 2021). According to this writing, clarity includes understanding not only what their tasks are but also how to manage their time in relationship to these tasks. Possibly most importantly, is clarity on how the system works so they can successfully navigate the resources within the organization so they can fully realize how to enact the role and provide continuous oversight of the patients they care for, to ensure the plan of care is followed through and carried out. This not only helps the patient speed toward recovery, but it helps build trust with the patient which ultimately adds to the

¹ Center for Nursing Advancement, Appalachian Highlands and State of Tennessee, East Tennessee State University (ETSU), Johnson City, Tennessee, United States of America

* Corresponding author/Korespondenčni avtor: NelsonJW@ETSU.edu

© 2023 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Received/Prejeto: 31.5.2023
Accepted/Sprejeto: 2.6.2023



wellbeing of the nurse by feeling their job is making a difference in a relationship that is important to them.

Caring is not only an emotion, but an action, and this model focuses on the actions of caring derived from Watson's 10 processes of caring (Watson, 2008). These processes are referred to as processes of Caritas by Watson (2008). Five of the 10 processes proposed by Watson relate to both intentional caring for self, and caring by their nurse manager (Nelson, 2022). These five behaviors include Caritas process 2 (Instill faith and hope), Caritas process 9 (meeting basic needs), Caritas process 4 (helping and trusting relationships), Caritas process 8 (creation of a healing environment), and Caritas process 5, (promote expression of all feelings). What was unique to caring for self was inclusion of caritas process 10 (support belief in miracles or what seems impossible). What was unique to caring of manager was caritas process 7 (teaching in a way to ensure learning) (Nelson, 2021).

From 2019 to 2021, the CSIC collaborated to study a model that included 19 items for job satisfaction, four items for clarity or role and system, six items for caring for self, and six items for caring of direct manager. It was found Watson's theory (2008) was not valid in Western Scotland, so they used a 7-item assessment that was derived from a 2010 National Health Service (NHS) report that included concept of caring advocated for within the NHS Scotland. This 7-item scale from the NHS was found to be psychometrically sound (Williamson, Smith, Brown, & Nelson, 2021b). Structural equation modeling was used to assess this model among 4,022 nurses from 10 countries and was found to have good model fit in all countries (Nelson et al., 2022a; Nelson et al., 2022b). Countries studied included Brazil, Canada, China, Israel, Russian Federation, Scotland, Serbia, Slovenia, Turkey, and United States of America (USA). Invariance testing was used to ensure bias did not occur between participating countries (Nelson et al., 2022b).

Follow up research to the 2019-2021 research, using the newly tested model of wellbeing at work is testing how the model relates to nurse's intent for turnover, sick days, difficulty in working during the pandemic, and if nurses report residual trauma from the pandemic. Preliminary findings of the data from the countries of Jordan, Israel, Scotland, Poland, and the USA reveals 42% of the 80% explained variance of wellbeing at work is explained by the caring of the manager. These findings are consistent with the recent research by Gallop (Clifton & Harter, 2021). It was the caring of the manager that had the highest factor loadings in every factor analysis in the countries Jordan, Israel, Poland, and Scotland. It was second in the USA. Organizational rewards was first for the USA and second for the other four countries. These preliminary findings also reveal that wellbeing at work predicts about 36% of nurses actively looking for a new job. Nurses who report wellbeing at work are likely not to leave.

Results from each of the participating hospitals/facilities descriptive statistics, such as the mean scores and standard deviations, and analyses have helped participating countries and facilities understand the strengths and challenges of the constructs and dimensions of each hospital/facility to work on improving wellbeing of nurses, post pandemic. It is helpful to know that the 35-item assessment does not represent bias between countries so the results can be discussed globally, and programs to improve wellbeing and assess it more deeply as it relates to outcomes, beginning with the outcome of retention of nurses.

Scotland and some facilities in the US have stepped forward to analyze and present the data at the unit level, gathering the staff and leaders from each unit to have a conversation about the results. Scotland has completed unit level presentations and about 30 of the facilities, from three health systems, in the state of Tennessee within the US have decided to do the same, and study and present wellbeing at work at the unit level. It is expected that what occurred in Scotland in May of 2023 will occur in the US hospitals as well. The hospital in Scotland has been integrally involved in this international research on wellbeing for about 10 years and working at the unit level to improve operations of care and associated outcomes (Williamson, Smith, Brown, & Nelson, 2021a; Williamson et al., 2021b).

In May of 2023, there were 18-unit level presentations in the participating hospital in Scotland. Each unit had the opportunity to respond to three questions presented by the nurse researcher, including 1) what in the data was surprising, 2) what in the results was most useful, and 3) based on the discussion what actions should be taken. Attendees of the session were also asked why they stay on the unit, seeking to build a model of measurement for retention that is specified for the context. Higher scores of post-pandemic residual trauma were an indicator of the intensity of the discussion before the discussion began. Most of the 18 units did not want to share about the results before they revealed the trauma they were still feeling from working through the pandemic. The results were presented for 20 minutes, and the discussion lasted for 25 minutes, with each unit being allotted 45 minutes total for a unit-level presentation and discussion. The 25 minutes of discussion were filled with, often passionately, emotional review of the difficulty working in the pandemic. These stories of trauma that nurses shared, along with the responses to the three questions and content of why they stay in their current job were used to develop meaningful action plans. Developed actions plans will be used to build nursing back after the pandemic but with wellbeing at work as the foundation.

This experience of nurses sharing these stories and subsequent action planning is not conveyed adequately with text, because the emotion of the discussion is difficult to replicate adequately in text. What did result,

and can be explained here, is the nurses were grateful to tell their story, and why they remain within their current job. The plan is to build from the richness of nurses' passion for care, and building the aspects of wellbeing that were identified in the conversation. The model of wellbeing at work used by the CSIC mirrored the spontaneous and passionate conversation with nurses and leaders at the unit level. On a psychometric level, it provided a powerful predictive validation of the instrument itself, that the measure of wellbeing behaved in a way one would expect in a conversation about wellbeing at work.

Building nursing back, from the pandemic, will not occur by measurement of the construct alone. The results must be presented in a way to provide time for the nurses to vent about their experience. If this is not done, floating to units other than their home unit will always be an emotional trigger as the trauma of floating will create another day of stress within work, not because of the work itself, but the trauma associated with the pandemic experience. Losing a coworker brings on a deeper sense of loss for those who have not addressed the trauma bond that developed for many who worked through the pandemic together. We have much to learn about healing and retaining nurses, but measurement alone is not enough. It must be the stories, told by the nurses, that are used to identify the strengths and weaknesses to do more of what the nurses now cherish, and do less of those things that created trauma. This is how we will build nursing back than ever before, with wellbeing at work being the foundation built from.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Desetletja raziskav raziskovalne agencije Gallup kažejo, da je izmed petih vrst dobrega počutja najpomembnejše prav dobro počutje na delovnem mestu, po pandemiji covid-19 pa je njegov pomen še opaznejši (Clifton & Harter, 2021). Zaradi časa, ki ga na delovnem mestu preživljamo, ta vrsta dobrega počutja pomembno vpliva tudi na ostale štiri. Zato ugotovitev, da je najpomembnejši napovedni dejavnik dobrega počutja na delovnem mestu interakcija med zaposlenim in njegovim neposrednim nadrejenim, ostaja aktualna tudi po pandemiji covid-19 (Clifton & Harter, 2021).

Mednarodno združenje *Caring Science International Collaborative* (CSIC) se posveča preučevanju latentnih konstruktov, kot sta skrb in zadovoljstvo, znotraj modelov, ki omogočajo vpogled v kompleksnejše konstrukte, kot je dobro počutje na delovnem mestu. Razumevanje povezav med različnimi konstrukti in dejanskimi izidi (npr. namero po menjavi zaposlitve), ki jih tovrstne rigorozne sodelovalne raziskave omogočajo, lahko medicinskim sestram utre pot do bolj suverenega položaja v zdravstvenem sistemu. Pri preučevanju

konstruktov, povezanih z dobrim počutjem medicinskih sester, sta poglobitni vodili združenja CSIC razvoj in znanstvena utemeljitev modela dobrega počutja na delovnem mestu, katerega osrednji namen je globalna obnova zdravstvene nege po pandemiji. Model dobrega počutja na delovnem mestu se namreč lahko uporabi za nadgradnjo modelov, ki se osredotočajo na preučevanje posameznih izidov, kakor tudi za oblikovanje modelov, ki ne bodo merili le spremenljivk, povezanih s sistemom in pacientom, ampak bodo vključevali tudi dobro počutje medicinskih sester na delovnem mestu kot osrednji napovednik teh izidov. Koncepti, ki se jim CSIC znotraj modela dobrega počutja na delovnem mestu raziskovalno posveča, so združeni v 35 postavk, ki med drugim ocenjujejo zadovoljstvo medicinskih sester pri delu, jasnost vloge in sistema, dojemanje skrbi zase in skrbi neposredno nadrejenega. Pričujoči uvodnik se posveča ugotovitvam raziskave o dobrem počutju na delovnem mestu, ki jo izvajajo medicinske sestre iz 18 držav, ter povezavam med slednjim in izidi zdravstvene nege ter namero zaposlenih po menjavi zaposlitve.

Združenje CSIC koncept zadovoljstva na delovnem mestu utemeljuje s teorijo sociotehničnih sistemov (Trist & Bamforth, 1951), v skladu s katero zaposleni poročajo o zadovoljstvu na delovnem mestu, kadar pri delu razpolagajo s potrebnimi socialnimi in tehničnimi viri. Nedavna raziskava CSIC opredeljuje šest dejavnikov zadovoljstva pri delu, med katerimi so trije socialni in trije tehnični (Nelson et al., 2022b). Socialni dejavniki vključujejo zadovoljstvo z odnosi s sodelavci, komunikacijo z neposrednim nadrejenim ter možnostjo načrtovanja in izvajanja zdravstvene nege v obdobju pacientovega bivanja na oddelku. Tehnične spremenljivke obsegajo zadovoljstvo s poklicnim razvojem, avtonomijo pri opravljanju dela z uporabo strokovnega znanja in izkušenj ter nagrajevanje vložene truda in pozitivnih delovnih rezultatov s strani delovne organizacije.

Koncept jasnosti je opredeljen po avtorici Jayne Felgen (Nelson & Felgen, 2021). Jasnost obsega razumevanje ne le lastnih delovnih nalog, temveč tudi sposobnost upravljanja s časom v povezavi s temi nalogami. Pri tem je bržkone najpomembnejše dobro razumevanje delovanja sistema, saj to zaposlenim omogoča uporabo virov, ki so jim v organizaciji na razpolago. Le tako se lahko medicinske sestre jasno zavedajo lastne vloge pri zagotavljanju stalnega nadzora nad pacienti, s čimer omogočajo dosledno upoštevanje in izvajanje načrta zdravstvene nege. To po drugi strani pripomore k hitrejšemu okrevanju pacienta ter vzpostavlja zaupanje med medicinsko sestro in pacientom, kar nenazadnje prispeva k dobremu počutju medicinske sestre, saj se ta zaveda, da njeno delo pomembno prispeva k izboljšanju zanjo pomembnega odnosa.

Skrb ni le čustvo, temveč tudi dejanje, zato se omenjeni model osredotoča na dejanja skrbi, ki temeljijo na

desetih dejavnikov skrbi po Jean Watson (2008). Ista avtorica te dejavnike imenuje karitativni procesi. Pet dejavnikov se nanaša tako na namerno skrb zase kot tudi na skrb, izkazano s strani vodje zdravstvene nege (Nelson, 2021). Teh pet vedenj obsega karitativni proces 2 (Spodbujanje vere in upanja), karitativni proces 9 (Zadovoljevanje osnovnih potreb), karitativni proces 4 (Razvijanje odnosa pomoč – zaupanje), karitativni proces 8 (Ustvarjanje zdravnega okolja) in karitativni proces 5 (Spodbujanje izražanja vseh čustev). Kar je edinstveno pri skrbi zase, je vključitev karitativnega procesa 10 (Odprtost za vero v čudeže ali tisto, kar se zdi nemogoče). Kar je edinstveno pri skrbi s strani nadrejenega, je karitativni proces 7 (Poučevanje na način, ki zagotavlja učenje) (Nelson, 2021).

Med letoma 2019 in 2021 se je združenje CSIC posvetilo preučitvi modela, sestavljenega iz 19 postavk, povezanih z zadovoljstvom na delovnem mestu, štirih postavk, povezanih z jasnostjo vloge in sistema, šestih postavk, povezanih s skrbjo zase, in šestih postavk, povezanih s skrbjo s strani neposrednega nadrejenega. Izkazalo se je, da teorija Jean Watson (2008) ni bila veljavna za zahodni del Škotske, zato je bila uporabljena lestvica s sedmimi postavkami, izpeljana iz poročila *National Health Service* (NHS) iz leta 2010, ki vključuje koncept skrbi po priporočilih NHS Škotske. Rezultati so potrdili psihometrično ustreznost 7-stopenjske lestvice NHS (Williamson, Smith, Brown, & Nelson, 2021b). Za oceno modela se je uporabilo modeliranje strukturnih enačb na vzorcu 4.022 medicinskih sester iz desetih držav, s čimer je bila potrjena veljavnost modela za vse države (Nelson et al., 2022a; Nelson et al., 2022b). Preučevane države so bile Brazilija, Kanada, Kitajska, Izrael, Ruska federacija, Škotska, Srbija, Slovenija, Turčija in Združene države Amerike (ZDA). Za preprečevanje pristranskosti med sodelujočimi državami se je uporabilo testiranje merske invariantnosti (Nelson et al., 2022b).

V nadaljevanju raziskave v letih 2019-2021 se uporablja na novo preizkušen model dobrega počutja na delovnem mestu, ki se posveča povezavam med tem modelom in namero medicinskih sester po menjavi zaposlitve, bolniško odsotnostjo, težavami pri delu med pandemijo in poročanjem medicinskih sester o travmah, ki so jih doživele med pandemijo. Preliminarni rezultati iz Jordanije, Izraela, Škotske, Poljske in ZDA kažejo, da je 42 % od 80 % pojasnjene variance dobrega počutja na delovnem mestu pojasnjeno z skrbjo, izraženo s strani nadrejenega. Te ugotovitve so skladne z nedavno raziskavo Gallopa (Clifton & Harter, 2021). Prav skrb nadrejenega kaže najvišje faktorske uteži v vseh faktorskih analizah za Jordanijo, Izrael, Poljsko in Škotsko, medtem ko je za ZDA na drugem mestu. Organizacijsko nagrajevanje je v ZDA na prvem mestu, v preostalih štirih državah pa na drugem mestu. Iz preliminarnih rezultatov je razvidno tudi, da dobro počutje na delovnem mestu napoveduje 36 % primerov aktivnega iskanja druge

zaposlitve med medicinskimi sestrami. Medicinske sestre, ki poročajo o dobrem počutju na delovnem mestu, po vsej verjetnosti ne bodo zapustile delovne organizacije.

Rezultati opisne statistike (npr. povprečnih vrednosti in standardnih odklonov) in drugih analiz sodelujočim državam in ustanovam omogočajo vpogled v prednosti in slabosti po posameznih konstruktih in dimenzijah, kar jim lahko služi za podlago pri načrtovanju ukrepov za izboljšanje počutja medicinskih sester po pandemiji. Koristen je tudi podatek, da pri merjenju s pomočjo merskega instrumenta s 35 postavkami med vključenimi državami ni tveganja za pristranskost, zato rezultati omogočajo tako razpravo na globalni ravni kakor tudi oblikovanje ustreznih programov za izboljšanje dobrega počutja. Ravno tako pa ga je mogoče bolj natančno oceniti v smislu povezav med postavkami in posameznimi izidi, prvenstveno z zadržanjem medicinskih sester v poklicu oz. organizaciji.

V nekaterih ustanovah na Škotskem so podatke analizirali in predstavili na ravni posameznih oddelkov, pri čemer je razprava potekala med zaposlenimi in predstojniki oddelkov. Za tak način predstavitve se je odločilo še približno 30 ustanov iz treh zdravstvenih sistemov v zvezni državi Tennessee v ZDA. Pričakovati je, da se bodo dogodki, podobni tistemu na Škotskem leta 2023, odvijali tudi v bolnišnicah v ZDA. Bolnišnica na Škotskem v tej mednarodni raziskavi sodeluje že približno deset let, pri čemer na ravni posameznih oddelkov tudi uvaja ukrepe za izboljšanje zagotavljanja zdravstvene nege in z njimi povezanih izidov (Williamson, Smith, Brown, & Nelson, 2021a; Williamson et al., 2021b).

Maja 2023 so v omenjeni bolnišnici na Škotskem opravili predstavitve na 18 oddelkih. Na vsakem oddelku so zaposleni imeli priložnost odgovoriti na tri vprašanja, ki jih je predstavila medicinska sestra raziskovalka, in sicer: 1) kateri podatki so presenetljivi, 2) kateri rezultati so najbolj koristni ter 3) katere ukrepe je potrebno sprejeti (na podlagi razprave). Udeležence posveta so vprašali tudi, zakaj ostajajo na oddelku, s čimer so želeli oblikovati model merjenja za zadržanje zaposlenih, ki bi bil specifičen za posamezni kontekst. Pred pričetkom razprave so se višje ocene postpandemične travme izkazale za kazalnik intenzivnosti razprave. Na večini oddelkov se zaposleni niso želeli opredeliti do rezultatov, dokler se niso imeli možnosti pogovoriti o travmatičnih izkušnjah med delom v času pandemije. Na vsakem oddelku je bilo predstavitvi in razpravi skupaj namenjenih 45 minut, pri čemer je predstavitev rezultatov trajala 20 minut, razprava pa 25 minut. V 25 minutah razprave so medicinske sestre (pogosto zelo čustveno) opisovale težave pri delu v času pandemije. Njihove travmatične izkušnje, podani odgovori na zastavljena vprašanja in razlogi za ostajanje na trenutnem delovnem mestu zdaj predstavljajo podlago za razvoj ustreznih

akcijskih načrtov. Cilj teh akcijskih načrtov je obnova zdravstvene nege po pandemiji, ki pa bo temeljila na dobrem počutju na delovnem mestu.

Izkušnje medicinskih sester in iz njih izhajajoči akcijski načrti v prispevku niso podrobno predstavljeni, saj je izražena čustva težko ustrezno ubesediti. Rezultat, ki pa ga je na tem mestu vendarle moč izpostaviti, je hvaležnost medicinskih sester, da so imele priložnost povedati svojo zgodbo in pojasniti razloge, zakaj ostajajo na sedanjem delovnem mestu. Akcijski načrt temelji zlasti na globoki ljubezni medicinskih sester do opravljanja zdravstvene nege, prav tako pa tudi na vidikih dobrega počutja, ki jih je razkrila oddelčna razprava. Model dobrega počutja na delovnem mestu CSIC je osnovan na spontanem in intenzivnem pogovoru z medicinskimi sestrami in predstojniki oddelkov. S psihometričnega vidika ima instrument veliko napovedno moč, saj je bilo merilo dobrega počutja v skladu s siceršnjimi pričakovanji o razpravi na temo dobrega počutja na delovnem mestu.

Obnova zdravstvene nege po pandemiji vendarle ne bo možna le z merjenjem določenega konstrukta. Rezultate je potrebno predstaviti na način, ki bo medicinskim sestram omogočil, da se izpovedo o svojih izkušnjah. V nasprotnem primeru jim bo napotitev v oddelke, ki niso njihovi matični oddelki, vedno predstavljala čustveni sprožilec in pomenila dodaten stres na delovnem mestu, ne zaradi dela samega, temveč zaradi travme, povezane z izkušnjo pandemije. Podobno lahko pri tistih, ki niso predelali travmatičnih vezi, ki so se pri mnogih razvile med pandemijo, izguba sodelavca sproži še globlji občutek izgube. Še veliko se moramo naučiti o zdravljenju in zadržanju medicinskih sester, pri čemer same meritve ne bodo zadostovale. Da bi lahko medicinskim sestram ponudili več tistega, kar zdaj cenijo, in preprečili to, kar je povzročilo travmo, moramo prednosti in slabosti opredeliti na podlagi njihovih lastnih pripovedi. Le tako bomo zdravstveno nego lahko obnovili in nadgradili na najvišjo raven kakovosti, ki bo temeljila na dobrem počutju na delovnem mestu.

Conflict of interest/Nasprotje interesov

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

Literature

Clifton, J., & Harter, J. (2021). *Wellbeing at work*. New York: Gallop Press.

Nelson, J. W. (2022). Using the profile of caring: Measuring nurses' caring for self and caring by their unit manager. *Creative Nursing*, 28(1), 17–22.

<https://doi.org/10.1891/CN-2021-0073>

PMid:35173057

Nelson, J. W., & Felgen, J. (2021). Advancing a new paradigm of caring theory. In J. W. Nelson & J. Felgen (Eds.), *Using Predictive Analytics to Improve Healthcare Outcomes*. Hoboken: Wiley.

<https://doi.org/10.1002/9781119747826>

Nelson, J. W., Milutinović, D., Kasimovskaya, N., Çelik, A. S., Kiliç, D., Gözü, S., & Vrbnjak, D. (2022a). The profile of caring: An Internationally tested model to assess and support nurses during pandemic. *Creative Nursing*, 28(1), 7–16.

https://doi.org/10.1891/CN_2021_0069

PMid:35173056

Nelson, J. W., Vrbnjak, D., Thomas, P. L., Gözü, S., De Barros Leite, A. L. B., & Itzhaki, M. (2022b). The healthcare environment survey: A multicountry psychometric evaluation of nurses' job satisfaction. *International Nursing Review*, 70(1), 127–139.

<https://doi.org/10.1111/inr.12770>

PMid:35639566

Trist, E. L., & Bamforth, K. W. (1951). Some social and psychological consequences of the longwall method of coal-getting. *Human Relations*, 4(8), 3–38.

<https://doi.org/10.1177/001872675100400101>

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Denver: University Press of Colorado.

Williamson, T., Smith, S., Brown, J., & Nelson, J. W. (2021a). Measuring the effectiveness of a care delivery model in Western Scotland. In J. W. Nelson, J. Felgen, & M. A. Hozak (Eds.), *Using Predictive analytics to improve healthcare outcomes* (pp. 259–285). Hoboken: Wiley.

<https://doi.org/10.1002/9781119747826.ch18>

PMid:33419160; PMCID:PMC7825511

Williamson, T., Smith, S., Brown, J., & Nelson, J. (2021b). Developing a customized instrument to measure caring and quality in Western Scotland. In J. Nelson, J. Felgen, & M. A. Hozak (Eds.), *Using predictive analytics to improve healthcare outcomes* (pp. 237–257). Hoboken: Wiley.

<https://doi.org/10.1002/9781119747826.ch17>

Cite as/Citirajte kot:

Nelson, W. J. (2022). Rebuilding nursing post pandemic with wellbeing as the foundation. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), 84–88. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3248>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Odnos zaposlenih v zdravstveni negi do predpisovanja zdravil: raziskava z rabo mešanih metod

The attitude of health care professionals towards prescribing medicines: A mixed-method study

Marko Petrovič^{1,*}, Mirko Prosen², Sabina Ličen², Igor Karnjuš²

Ključne besede: kompetence; profesionalizacija; izobraževalni sistem; farmakologija; zdravstveni sistem

Key words: competencies; professionalization; education system; pharmacology; health care system

¹ Zdravstveni dom Izola, Reševalna služba Slovenske Istre, Industrijska cesta 8b, 6310 Izola, Slovenija

² Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstvo nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

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

IZVLEČEK

Uvod: V številnih evropskih državah so medicinske sestre pridobile kompetenco predpisovanja zdravil. Namen raziskave je bil preučiti, kakšna stališča imajo zaposleni v zdravstveni negi v Sloveniji do predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester.

Metode: Uporabili smo mešani raziskovalni pristop. Kvantitativni priložnostni vzorec je vključeval 61, kvalitativni namenski vzorec pa 10 zaposlenih v zdravstveni negi iz različnih kliničnih okolij. Kot instrument smo v kvantitativnem delu raziskave uporabili spletni vprašalnik s področja farmacevtske skrbi (*Cronbach* $\alpha = 0,954$). Rezultate kvantitativnega dela raziskave smo analizirali s pomočjo računalniškega programa SPSS. Kvalitativni del raziskave je bil izveden z delno strukturiranimi intervjuji, ki so bili analizirani z metodo analize vsebine.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da imajo zaposleni v zdravstveni negi deljeno mnenje glede predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. Anketiranci z daljšimi delovnimi izkušnjami (> 12 let) so bolj naklonjeni predpisovanju zdravil s strani medicinskih sester ($\chi^2 = 7,708, p = 0,021$). Prav tako imajo zaposleni v kliničnem okolju bolj pozitivna stališča do predpisovanja zdravil kot tisti, ki delujejo na področju raziskovanja in izobraževanja ($\chi^2 = 9,721, p = 0,008$). Kvalitativni del je pokazal, da je največja ovira za uveljavljanje večje vloge medicinske sestre na področju predpisovanja zdravil pomanjkljivo znanje s področja farmakologije in neustrezna zakonska podlaga.

Diskusija in zaključek: Zaposleni v zdravstveni negi imajo pomisleke glede prevzemanja kompetenc s področja predpisovanja zdravil, vendar so kljub temu izrazili željo po določeni stopnji avtonomije na omenjenem področju.

ABSTRACT

Introduction: In many European countries, nurses have acquired the competence of prescribing medicines. The purpose of the research was to examine the attitudes of nurses in Slovenia towards prescribing medicines by nurses.

Methods: We used a mixed research approach. The quantitative opportunity sample included 61 nursing staff, and the qualitative dedicated sample included 10 nursing staff from a variety of clinical settings. As a tool, we used online questionnaires in the field of pharmaceutical care in quantitative research (*Cronbach* $\alpha = 0.954$). The results of quantitative research were analyzed using the computer program SPSS. The qualitative part of the research was conducted through partially structured interviews that were analyzed using the content analysis method.

Results: The results showed that nursing staff have a divided opinion regarding the prescribing of medications by nurses. Respondents with longer work experience (> 12 years) are more in favor of prescribing medicines by nurses ($\chi^2 = 7,708, p = 0.021$). Employees in the clinical environment also have a more positive attitude towards prescribing than those working in research and education ($\chi^2 = 9.721, p = 0.008$). The qualitative part showed that the biggest obstacle to asserting a greater role of nurses in the field of prescribing medicine is the lack of knowledge in pharmacology and inadequate legal basis.

Discussion in conclusion: Nurses have concerns about taking over responsibilities in the field of prescribing medicines, but nevertheless expressed a desire for a certain degree of autonomy in this area.



Prejeto/Received: 23. 1. 2022
Sprejeto/Accepted: 22. 10. 2022

© 2023 Aytorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Uvod

Predpisovanje zdravil je kompetenca, ki je že vrsto let zgolj domena medicinske stroke. Sicer se ta trend zaradi pomanjkanja zdravnikov (npr. na podeželju), boljšega in kakovostnejšega izobraževanja na področju zdravstvene nege (predvsem na visokošolskem študiju), večjega medpoklicnega sodelovanja in naraščanja kroničnih obolenj spreminja, s čimer se kompetenco predpisovanja zdravil v nekaterih državah v tujini (Finska, Irska, Švedska, Velika Britanija, Združene države Amerike itd.) že uvršča v delokrog medicinskih sester (Adams, 2012; Creedon, Byrne, Kennedy, & McCarhy, 2015). Seveda je postavitve ustreznega in kakovostnega sistema izobraževanja temelj za pridobitev kompetence predpisovanja zdravil, ki pa se med omenjenimi državami razlikuje. V Veliki Britaniji, na Irskem in Finskem je izobraževanje s področja predpisovanja zdravil oblikovano kot samostojni podiplomski tečaj, ki zajema področje klinične farmakologije, znanje o kliničnem odločanju in diagnostiki, spodbujanje adherence pri zdravljenju, svetovanje, zakonodajo in znanje o etičnih vidikih predpisovanja zdravil (Kroezen, Francke, Groenewegen, & van Dijk, 2012). Tečajniki morajo poleg teoretičnega dela opraviti tudi praktično usposabljanje pod nadzorom zdravnika ali medicinske sestre, ki je že pridobila certifikat za področje predpisovanja zdravil (Banning, 2004; Adams, 2012).

Švedski nacionalni odbor za zdravje in socialo je postavil tri zakonske pogoje za pridobitev kompetence predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester (Blanck & Engstrom, 2015): i) imeti morajo najmanj eno leto dodatnega usposabljanja, ki mora vsebovati 60 kreditnih točk (ECTS) s področja farmakologije in patologije bolezni (razumevanje poteka bolezni z diagnostiko in terapijo); ii) medicinska sestra mora delovati znotraj ožjega specialističnega področja zdravstvene nege; iii) za pridobitev pravice predpisovanja zdravil in pridobitev licenčne številke predpisovalca je treba medicinsko sestro registrirati na Nacionalnem odboru za zdravje in socialno varstvo.

Poleg ustreznega visokošolskega izobraževanja pa je potrebna tudi pravna ureditev pristojnosti predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. Dvanajst evropskih držav (Velika Britanija, Švedska, Norveška, Irska, Danska, Finska, Ciper, Nizozemska, Poljska, Španija, Estonija in Francija) je leta 1992 in 2017 uredilo zakonske predpise na področju zdravstva in sprejelo t. i. zakon o predpisovanju zdravil (Maier, 2019). Znotraj zakonskih predpisov so definirali tudi pogoje, ki jih morajo medicinske sestre izpolniti, preden lahko predpisujejo zdravila – ta se med posameznimi državami razlikujejo. Med pogoji so: dosežena izobrazba, pri čemer se zahteva najmanj visokošolska izobrazba, ter dodatno usposabljanje in izobraževanje s področja farmakologije, farmakoterapije,

patologije, diagnostike, ki se med posameznimi državami razlikujeta glede na obseg (Kroezen, van Dijk, Groenewegen, & Francke, 2011; Maier, 2019).

Čeprav predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester ni uveljavljeno po celem svetu, se v vse večjem številu držav odločajo za vpeljevanje kompetence predpisovanja zdravil v delokrog medicinskih sester, saj s tem poizkušajo razbremeniti delo zdravnikov in optimizirati delovanje zdravstvenega sistema (De Baetselier et al., 2021).

Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester v tujini poleg omenjenih pogojev vključuje tudi smernice in zakonsko določene pristojnosti. Poznamo »odvisno« predpisovanje, za katerega velja, da medicinska sestra lahko predpiše zdravila, ki jih je predhodno odredil zdravnik (tj. podaljševanje stalne terapije v primeru kroničnih obolenj ali na oddelkih podaljševanje zdravil, ki so bila že predpisana s strani zdravnika), ter »neodvisno« predpisovanje, pri čemer gre za samostojno predpisovanje zdravil (De Baetselier et al., 2020).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil preučiti področje predpisovanja zdravil znotraj stroke zdravstvene nege. Cilj je pridobiti vpogled v stališča zaposlenih v zdravstveni negi do predpisovanja zdravil s strani nosilcev zdravstvene nege, tj. medicinskih sester, in identificirati sistemske spremembe, ki so po njihovem mnenju potrebne za pridobivanje dodatnih kompetenc in vpeljavo tovrstne prakse pri nas. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji:

- Kakšna so stališča zaposlenih v zdravstveni negi do predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester ter kakšne razlike so pri tem glede na demografske podatke?
- Kakšne spremembe bi bilo treba po mnenju zaposlenih v zdravstveni negi vpeljati v obstoječi visokošolski sistem izobraževanja, da bi medicinske sestre pridobile ustrezne kompetence s področja predpisovanja zdravil?

Metode

Izvedena je bila raziskava mešanih metod za zbiranje tako kvantitativnih kot kvalitativnih podatkov v obdobju od februarja 2020 do aprila 2020. V prvi fazi (kvantitativni del raziskave) smo uporabili anketni vprašalnik, s katerim smo želeli ugotoviti razlike v stališču zaposlenih v zdravstveni negi do predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. V drugi fazi (kvalitativni del raziskave) smo uporabili delno strukturiran intervju, s katerim smo želeli narediti poglobljeno analizo med zaposlenimi v zdravstveni negi glede odnosa do predpisovanja zdravil.

Opis instrumenta

Vprašalnik je bil zasnovan v okviru projekta Erasmus+ z naslovom »Razvoj modela vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi« (ang. *Development of a model for nurses role in interprofessional pharmaceutical care*) (De Baetselier et al., 2021). Vprašalnik je sestavljen iz dveh delov: prvi vključuje demografske podatke, kot so spol, starost, delovna doba, stopnja izobrazbe in področje dela, drugi pa sedem odgovornosti medicinskih sester na področju farmacevtske skrbi, med katerimi je tudi področje predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. Zanimalo nas je: »V kakšni meri bi se medicinske sestre lahko vključevale v predpisovanje zdravil?« Možni odgovori pri tem vprašanju so bili: »neodvisno predpisovanje zdravil«, »odvisno predpisovanje zdravil« in »medicinske sestre ne bi smele predpisovati zdravil«. Prav tako je bilo zastavljeno vprašanje »Kakšni bi bili pogoji predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester, če bi to kompetenco dodelili medicinskim sestram?« Anketiranci so pri tem vprašanju lahko izbrali več vnaprej pripravljenih odgovorov. Predvideni čas izpolnjevanja anketnega vprašalnika je bil ocenjen na deset minut. Vrednost koeficienta Cronbach α za ta del vprašalnika znaša 0,954, kar kaže na odlično stopnjo zanesljivosti oziroma notranjo konsistentnost vprašalnika (Field, 2013).

Vodič po intervjuju smo zasnovali na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem. Vprašanja so bila zasnovana tako, da so sledila anketnemu vprašalniku, uporabljenem v kvantitativnem delu raziskave. Vodič je bil pregledan s strani dveh strokovnjakov s področja zdravstvene nege. V Tabeli 1 predstavljamo nekaj primerov vprašanj, vključenih v intervju.

Opis vzorca

V kvantitativnem delu raziskave smo uporabili kvotno namensko vzorčenje, pri čemer smo zajeli 61 zaposlenih v zdravstveni negi, od tega 16 (26,2 %) moških in 45 (73,8 %) žensk v starosti od 20 do 55 let (\bar{x} = 33,9 let, s = 9,9). Povprečna delovna doba anketirancev je znašala 12,5 leta (s = 9,9). Skušali smo zajeti čim bolj enakomerno razporeditev vzorca glede na spol, starost, stopnjo izobrazbe, delovno mesto, raven zdravstvenega varstva, saj smo tako pridobili bolj relevantne rezultate (Goertzen, 2017). Zajeli smo vse stopnje izobrazbe (od V. do VIII.) zaposlenih na različnih področjih zdravstvene nege: v kliničnih okoljih (bolnišnica, zdravstveni dom, socialnovarstveni zavod ipd.) oziroma na področju izobraževanja in raziskovanja (visokošolski zavodi ipd.). Največ zaposlenih v zdravstveni negi ima zaključen visokošolski/višješolski strokovni študijski program (n = 30, 49,2 %). Večina anketirancev, zajetih v raziskavi,

Tabela 1: Vprašanja delno strukturiranega intervjuja

Table 1: Questions of the semi-structured interview

Št./No.	Vprašanja delno strukturiranega intervjuja/Questions of the semi-structured interview
1.	Ali menite, da bi medicinska sestra lahko pridobila kompetence predpisovanja terapije?
2.	Kakšni bi bili pogoji za pridobivanje kompetence predpisovanja terapije?
3.	Menite, da bi morali reorganizirati izobraževalni sistem, da bi lahko medicinska sestra pridobila širše kompetence s področja predpisovanja zdravil? Na kakšen način?

Legenda/Legend: Št. – zaporedna številka/consecutive number

Tabela 2: Demografski podatki kvantitativnega dela raziskave

Table 2: Demographic data of quantitative part of research

Demografski podatki/Demographic data	<i>n</i>	%	
Spol	Moški	16	26,2
	Ženske	45	73,8
Nivo izobrazbe	Srednješolska (V. stopnja)	23	37,7
	Višješolska/visokošolska strokovna – 1. bolonjska stopnja (VI. stopnja)	30	49,2
	Univerzitetna/strokovni magisterij – 2. bolonjska stopnja (VII. stopnja)	7	11,5
	Doktor znanosti – 3. bolonjska stopnja (VIII. stopnja)	1	1,6
Zaposlitev	Klinično okolje	54	88,5
	Področje izobraževanja in raziskovanja	7	11,5

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

je zaposlena v kliničnem okolju ($n = 54$, 88,5 %). Podrobnejši demografski podatki vzorca, zajetega v kvantitativni del raziskave, so predstavljeni v Tabeli 2.

Za kvalitativni del raziskave smo uporabili namenski vzorec, pri čemer so se intervjuvanci med seboj razlikovali glede na stopnjo izobrazbe, področje dela in raven zdravstvenega varstva, na kateri so zaposleni. Prednost namenskega vzorca je pridobiti ključne intervjuvance, ki lahko podajo natančne informacije in podatke o preučevanem fenomenu, saj ga dobro poznajo ali pa so vanj vključeni (Asiamah, Mensah, & Oteng Abayie, 2017). Vključili smo 10 medicinskih sester, od tega sedem žensk in tri moške s povprečno starostjo 31,2 leta ($s = 7,45$ leta); povprečna delovna doba je znašala 9,1 leta ($s = 6,62$ leta). Intervjuvanci so iz različnih delovnih okolij, pri čemer smo uporabili izraze »zdravstveni dom«, »bolnišnica« in »fakulteta«. Vključili smo manjše število medicinskih sester, saj večje število zapira krog; kvalitativne podatke zbiramo do točke, ko smo z raziskavo pridobili izčrpne podatke

o preučevani tematiki (Vasileiou, Barnett, Thorpe, & Young, 2018). V Tabeli 3 smo predstavili podrobnejše demografske podatke vzorca, zajetega v kvalitativnem delu raziskave.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila odobrena s strani Komisije za etiko Republike Slovenije (št. 0120-516/2018/6; 22. 1. 2019). V kvantitativnem delu raziskave smo uporabili spletni vprašalnik, ki smo mu dodali pojasnilo o namenu in načinu izpolnjevanja. Uporabili smo odprtokodno aplikacijo za spletno anketiranje Qualtrics. Vsem anketirancem je bila zagotovljena anonimnost. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, od raziskave so lahko odstopili v katerem koli trenutku. Za analizo smo uporabili statistični program IBM SPSS, verzija 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Uporabljene so sledeče statistične metode: deskriptivna statistika (frekvenca, delež, povprečje),

Tabela 3: Demografski podatki kvalitativnega dela raziskave

Table 3: Demographic data of qualitative part of research

Profil – šifra / Profession - Label	Spol/ Gender	Strokovni naziv/ Professional title; Nivo izobrazbe/ level of education	Starost/ Age	Institucija – oddelek/ Institution - Department	Št. let delovnih izkušenj/ Years of work experience	Št. ur rokovanja z zdravili na teden/ No. of hours working with medications
Medicinska sestra 1/ MS_1	Moški	Tzn; V.	30	Bolnišnica/kirurški oddelek	8	20
Medicinska sestra 2/ MS_2	Ženska	Sms; V.	25	Bolnišnica/kirurški oddelek	6	30
Medicinska sestra 3/ MS_3	Ženska	Sms; V.	26	Bolnišnica/enota intenzivne terapije	7	40
Medicinska sestra 4/ MS_4	Ženska	Dipl. m. s.; VI.	32	Bolnišnica/oddelek interne medicine	8	40
Medicinska sestra 5/ MS_5	Ženska	Dipl. m. s.; VI.	34	Bolnišnica/kirurški oddelek	10	20
Medicinska sestra 6/ MS_6	Moški	Dipl. zn.; VI.	26	Bolnišnica/urgentni oddelek	5	35
Medicinska sestra 7/ MS_7	Ženska	Dipl. m. s.; VI.	39	Bolnišnica/kirurški oddelek	17	20
Medicinska sestra 8/ MS_8	Ženska	Dipl. m. s.; VI.	26	Bolnišnica/enota intenzivne terapije	2	30
Medicinska sestra 9/ MS_9	Moški	Mag. zn.; VII.	26	Zdravstveni dom/ NMP	4	30
Medicinska sestra 10/ MS_10	Ženska	Dr.; VIII.	48	Fakulteta	24	0

Legenda/Legend: sms – srednja medicinska sestra/nurse technician; tzn – tehnik zdravstvene nege/nurse technician; dipl. m. s. – diplomirana medicinska sestra/registered nurse; dipl. zn. – diplomiran zdravstvenik/registered nurse; mag. zn. – magister zdravstvene nege; magistrica zdravstvene nege/master of nursing; dr. – doktorat znanosti/PhD

infernena statistika ter Hi-kvadrat test. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je $p > 0,05$.

V kvalitativnem delu raziskave smo vsakega intervjuvanca osebno povabili k sodelovanju v intervjuju in mu predstavili potek, namen in cilj raziskave. Po seznanitvi smo od intervjuvancev pridobili pisno soglasje ter jim zagotovili, da se njihova identiteta ne bo razkrila. Zato smo jih poimenovali z oznakami (MS_1, MS_2 ipd.). Če je intervjuvanec želel predčasno prekiniti sodelovanje, je to storil brez kakršnih koli posledic. 10 individualnih intervjujev smo opravili med februarjem in aprilom 2020. Intervju je v povprečju trajal 30 minut.

Vsi intervjuji so zvočno posneti in shranjeni na USB-napravi z zaščitno kodo pri avtorjih raziskave. Vsak zvočni posnetek smo dobesedno prepisali oziroma naredili transkript. Analizo podatkov smo opravili na dveh ravneh, in sicer opisni (kakšni so podatki) in interpretativni (kaj podatki pomenijo). Sprva smo prepisane intervjuje večkrat prebrali in kodirali, nato pa oblikovali seznam tem oziroma podteme in jim pripisali posamezne izjave obravnavane tematike. Vse kategorije smo nato združili v eno večjo temo (Polit & Beck, 2020).

Rezultati

Rezultate v nadaljevanju prikazujemo po posameznih fazah: v prvem delu rezultate kvantitativnega dela raziskovanja, pri čemer smo izpeljali razlike v demografskih podatkih glede na stališča zaposlenih v zdravstveni negi do predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester; v drugem delu prikazujemo rezultate kvalitativnega dela raziskave.

Rezultati kvantitativnega dela raziskave

Zaposleni v zdravstveni negi so deljenega mnenja glede predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. Med 61 zaposlenimi v zdravstveni negi jih 28 (45,9 %) podpira neodvisno predpisovanje zdravil (NP) s strani medicinskih sester, tj. samostojno predpisovanje zdravil glede na postavljene diagnoze pacienta, medtem ko jih 22 (36,1 %) zagovarja, da medicinske sestre ne bi smele predpisovati zdravil (NE). Odvisno predpisovanje zdravil (OP) (pod nadzorom zdravnika) je podprlo 11 zaposlenih v zdravstveni negi (10,0 %).

Zanimalo nas je, ali se stališča do predpisovanja zdravil razlikujejo med anketiranci glede na demografske podatke, kot so spol, starost, delovna doba, izobrazba in trenutna zaposlitev. Za preverjanje razlik pri starosti in delovni dobi smo oblikovali dve skupini, pri čemer smo kot mlajše definirali zaposlene v zdravstveni negi do starosti 34 let (≤ 34 let), starejše pa nad 34 let (> 34 let), medtem ko smo pri delovni dobi definirali zaposlene v zdravstveni negi s krajšo delovno dobo (≤ 12 let) in zaposlene v zdravstveni negi z daljšo delovno dobo (> 12 let). Izobrazbo smo prav tako razdelili v dve skupini: prvo predstavljajo zaposleni v zdravstvu s srednješolsko izobrazbo (V. stopnjo) (nižja), drugo pa zaposleni z visokošolsko/visješolsko izobrazbo in več (VI., VII. in VIII. stopnja izobrazbe) (Tabela 4).

Pri analizi rezultatov glede na spol, starost in stopnjo izobrazbe statistično pomembnih razlik med skupinami nismo ugotovili ($p > 0,05$), čeprav rezultati nakazujejo, da so ženske do predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester bolj zadržane

Tabela 4: Razlike med demografskimi podatki glede na stališča zaposlenih v zdravstveni negi do predpisovanja zdravil

Table 4: The differences between demographic data regarding health care workers attitude of prescribing by nurses

Demografski podatki/ Demographic data	NE n (%)	OP n (%)	NP n (%)	χ^2	p	
Spol	Moški	4 (6,5 %)	3 (4,9 %)	9 (14,8 %)	1,286	0,526
	Ženske	18 (29,5 %)	8 (13,1 %)	19 (31,2 %)		
Starost	≤ 34 let	16 (26,3 %)	6 (9,8 %)	11 (18,0 %)	5,693	0,058
	> 34 let	6 (9,8 %)	5 (8,2 %)	17 (27,9 %)		
Delovna doba	≤ 12 let delovne dobe	17 (27,9 %)	7 (11,5 %)	11 (18,0 %)	7,708	0,021
	> 12 let delovne dobe	5 (8,2 %)	4 (6,5 %)	17 (27,9 %)		
Stopnja izobrazbe	Srednješolska izobrazba	13 (21,3 %)	4 (6,5 %)	7 (11,5 %)	5,825	0,054
	Visokošolska izobrazba	9 (14,8 %)	8 (13,1 %)	20 (32,8 %)		
Trenutna zaposlitev	Klinično okolje	18 (29,5 %)	8 (13,1 %)	28 (46,0 %)	9,721	0,008
	Zaposleni v izobraževanju in raziskovanju	4 (6,5 %)	3 (4,9 %)	0 (0,0 %)		

Legenda/Legend: n – število/number; % – delež/percentage; p – statistična značilnost/statistical significance; χ^2 – koeficient Hi-kvadrat/Chi-Square coefficient; NE – medicinske sestre ne smejo predpisovati zdravil/nurses should not prescribe medicines; OP – odvisno predpisovanje/dependent prescribing; NP – neodvisno predpisovanje/independent prescribing

kot moški. Enako velja za mlajše osebe do starosti 34 let in zaposlene v zdravstveni negi z zaključeno srednješolsko izobrazbo (Tabela 4).

Statistično pomembne razlike v razporeditvi odgovorov so se pokazale pri delovni dobi, saj večina zaposlenih z daljšo delovno dobo (> 12 let delovne dobe) zagovarja neodvisno predpisovanje ($\chi^2 = 7,708$, $p = 0,021$). Prav tako smo ugotovili statistično pomembno razliko v stališču do predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester med skupinama glede na okolje zaposlitve ($\chi^2 = 9,721$, $p = 0,008$). Zaposleni v kliničnem okolju so naklonjeni predpisovanju zdravil oziroma določeni stopnji avtonomije na področju predpisovanja zdravil (OP = 8; NP = 28). Tisti, ki so zaposleni na področju izobraževanja in raziskovanja, so do predpisovanja zdravil zadržani, saj zgolj trije menijo, da bi medicinska sestra lahko odvisno predpisovala, medtem ko štirje menijo, da medicinska sestra zdravil ne bi smela predpisovati. Največja razlika med skupinama se je pokazala pri stališču do neodvisnega predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester (klinično okolje/zaposleni v izobraževanju in raziskovanju: NP = 28/0).

V nadaljevanju nas je zanimalo, kakšni bi bili pogoji predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester, če bi te imele omenjeno kompetenco. Pri tem so anketiranci lahko označili več vnaprej pripravljenih odgovorov. Kljub temu da so medicinske sestre izkazale željo po določeni stopnji avtonomije na področju predpisovanja zdravil (neodvisnem predpisovanju zdravil), menijo, da bi za to potrebovale določene pogoje. Med najbolj izpostavljenimi sta: »predpisovanje zdravil samo v specifičnem kontekstu« ($n = 25$) in »po opravljenem usmerjenem usposabljanju« ($n = 25$). Druge omejitve so si sledile v naslednjem vrstnem redu: »lahko bi predpisovale le določena zdravila« ($n = 22$); »lahko predpisujejo samo stalno terapijo« ($n = 18$); »samo zdravila z nizkim tveganjem« ($n = 11$); »zdravila brez recepta« ($n = 7$); »samo zdravila v okviru zdravstvene oskrbe« ($n = 6$) in »samo zdravila v nujnih primerih« ($n = 5$).

Rezultati kvalitativnega dela raziskave

Glede na zastavljene cilje smo ugotovitve združili in predstavili skozi glavno temo »predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester«, znotraj katere smo oblikovali tri podteme: (1) znanje medicinskih sester glede predpisovanja zdravil; (2) možnosti predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester in (3) potrebe po dodatnih znanjih in spremembi izobraževalnega sistema.

Intervjuvanci so podali mešane odzive glede predpisovanja zdravil (prva podtema). Predvsem intervjuvanci, zaposleni na kirurškem oddelku, menijo, da medicinske sestre nimajo dovolj znanja za predpisovanje zdravil, zato slednje ne more biti odgovornost medicinskih sester.

Spet je odvisno od terapije, to je velika stvar, za moje pojme prevelika odgovornost. Moramo gledati širše, moraš spremljati laboratorijske izvide, npr. lekadol je lahko tudi slab. Če ima pacient povišane jetrne teste, ga ne moreš dati. Nekatera zdravila imajo vpliv na celjenje ran. Nekako v prihodnosti ne vidim, da bi lahko medicinske sestre pridobile te kompetence. (MS_1)

Raje ne, malo zaradi zakonske podlage, malo zaradi strokovne podlage. Drugače mislim, da medicinska sestra ima že tako veliko nalog in vlog. (MS_3)

Ne, ker mislim, da je širok spekter bolezni, kar menim, da medicinska sestra nima dovolj znanja, da bi lahko sama predpisovala. (MS_5)

Pri analizi rezultatov intervjujev se je kot druga podtema izpostavila možnost predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. Največji zagovorniki predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester so bili zaposleni na urgentnem oddelku in na področju predbolnišnične nujne medicinske pomoči. Med zagovorniki je bil tudi intervjuvanec, zaposlen v izobraževanju, vendar je poudaril, da bi bilo treba spremeniti študijski program, da bi medicinske sestre pridobile potrebna znanja s področja predpisovanja zdravil.

Absolutno lahko medicinske sestre podpisujejo zdravila, ampak s spremembo študijskega programa. (MS_10)

Da, lahko bi predpisovala zdravila, vendar z dodatnim usposabljanjem. Covid situacija nam daje misliti, ena medicinska sestra je na oddelku v zaščitni opremi, v primeru poslabšanja stanja ona mora ukrepati, dokler ne pridejo drugi člani tima, ki potrebujejo do pet minut, da se oblečejo v varovalno opremo. (MS_6)

Sem za predpisovanje, sicer ne za vse, recimo za nekatera splošna zdravila oziroma osnovna lahko. (MS_4)

Sem za, vendar moramo dobro zastaviti, katera zdravila lahko, katerih zdravil ne smemo, recimo zdravljenje z antiparkinsoniki je težko, saj je že diagnostika težka, tu ne vidim, da bi medicinska sestra pripomogla. V primeru hude bradikardije je aplikacija atropina potrebna, tukaj vidim predvsem možnost za predpisovanje zdravil s strani medicinske sestre. (MS_2)

Predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester, to definitivno ... Dostikrat se zgodi, da zdravnik ni zraven, to se dogaja na terenu, nekje tudi na bolniških oddelkih. Gremo na reanimacijo, ni zdravnik, v tem času si primoran prekoračiti svoje kompetence. Če se od medicinske sestre zahteva, da deluje sama, potem naj ji tudi omogočijo večja pooblastila. (MS_9)

Med intervjuvanci pa zaznamo tudi nekaj neodločnosti glede predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. Zaposleni na sekundarni ravni menijo, da za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester ni veliko možnosti.

Na otroški intenzivni terapiji je vse malce drugače. Tukaj so otroci, ki potrebujejo včasih takojšnjo reakcijo in se zahteva od medicinske sestre, da ukrepa in

razreši problem, ampak po drugi strani pa ne moreš brez zdravnika nič. Pediatrija se res razlikuje od ostalih področij, res moraš poznati, koliko miligramov določenega zdravila lahko apliciraš na določene kilograme otroka. Ni enostavno, sem v dvomih, kaj sploh odgovoriti. Po eni strani, se strinjam s predpisovanjem po drugi strani pa ne.. (MS_8)

Ne bo lahko, ker zdravniki ne bojo spustili svojih kompetenc iz rok kar tako, prav tako farmacevti niso ravno naklonjeni predpisovanju zdravil s strani medicinskih sester. (MS_10)

Nismo zakonsko kriti, da bi lahko pridobili te kompetence, moramo razmišljati tudi o tem, da na vse skupaj vplivajo tudi zunanji dejavniki, ne samo naše strokovna znanja (MS_4)

Intervjuvanci so med intervjujem izpostavljali potrebo po dodatnih znanjih in spremembi izobraževalnega sistema (tretja podtema). Največkrat so izpostavili potrebo po dodatnih znanjih s področja farmakologije, poleg tega pa tudi potrebo po vzpostavitvi specializacije na področju zdravstvene nege, ki bi omogočala predpisovanje zdravil, medtem ko bi nekateri intervjuvanci podaljšali dodiplomski študij zdravstvene nege na štiri leta, kar bi omogočalo dodajanje novih predmetov in širitev znanj zaposlenih v zdravstveni negi. Medicinske sestre vseh stopenj izobrazbe so si enotne, da je treba obogatiti predvsem znanje s področja farmakologije, farmakoterapije in biologije celice.

Definitivno dodatna znanja in izpiti s področja farmakovigilance, farmakoterapije in farmakologije ter dodatna praksa. (MS_3)

Večji poudarek na farmakologiji, morda pogojevanje predpisovanja z delovno dobo in delovnim mestom, recimo, če si ti nekaj časa na določenem delovnem mestu oziroma področju v zdravstvu, na tem področju lahko predpisuješ zdravila. Treba bi bilo sestaviti seznam terapije, ki ga medicinska sestra lahko predpisuje. (MS_1)

Dodatna izobraževanja, poznavanje zdravil, delovanje in možni stranski učinki, koliko se katerega zdravila lahko aplicira, pod kakšnimi pogoji, res zelo dobro pripravljeno izobraževanje. (MS_6)

Dobro poznavanje zdravil, pravilna uporaba paralelnih zdravil, uporaba registra zdravila, to so nekako pogoji, ki bi jih uvedla za predpisovanje zdravil. (MS_7)

Oblikovala bi specializacije v zdravstveni negi, recimo področja, kot so kirurgija, interna medicina, nega žene, pediatrija ipd., in s tega področja bi lahko predpisovali zdravila. (MS_2)

Podaljšal bi dodiplomski študij na štiri leta, s tem bi lahko dodali predmete s področja farmakologije v večjem obsegu. (MS_6)

Uvedla bi specializacijo z določenih področij, recimo kirurgije in interne medicine, da traja specializacija nekje dve do tri leta, znotraj tega bi dodali predmete, ki bi omogočali predpisovanje zdravil na svojem specialističnem področju. (MS_4)

Dodiplomski študij je dobro organiziran, pridobiš res vpogled v vse veje zdravstvene nege. Medtem ko magistrski študij ni dobro organiziran, res je, da dobimo dobro znanje, ampak sem mnenja, da bi moral biti bolj specialistično usmerjen. Skladno s stopnjo izobrazbe moraš znati tudi raziskovati, to bi pustil prvi letnik, v drugem letniku pa bi šel specialistično usmerjen, bodisi NMP, intenzivna terapija ipd. Znotraj tega akreditiraš predmete s področja farmakologije in omogočiš osnovno predpisovanje zdravil, z zakonsko podporo, seveda. (MS_9)

Diskusija

Namen raziskave je bil ugotoviti stališča zaposlenih v zdravstveni negi do predpisovanja zdravil. Dejstvo je, da Slovenije ne moremo primerjati z drugimi evropskimi državami na področju predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester, saj je pristojnost predpisovanja domena zdravnikov in kliničnih farmacevtov, ki so za to kompetentni in izobraženi (Petrović, Osmančević, Ličen, Karnjuš, & Prosen, 2021). Predlog predpisovanja zdravil ni omenjen v okviru kritike dosedanje zdravstvene oskrbe pacienta, temveč v možnosti boljše razporeditve oskrbe in posameznih kompetenc v medpoklicnem sodelovanju, kjer bi imel vsak član definirano natančno vlogo in svoje kompetence. To bi privedlo do boljše izrabe potenciala posamezne stroke ter posledično boljše obravnave pacienta (Nascimento et al., 2018). Prav raziskava, ki so jo opravili De Baetselier et al. (2020), pravi, da so medicinske sestre, ki bi zaključile dodatno izobraževanje s področja predpisovanja zdravil, pripravljene prevzeti pristojnosti znotraj tega področja. Tega ne podpirajo zdravniki in farmacevti, ki menijo, da medicinske sestre nimajo dovolj znanja s področja farmakologije in poznavanja zdravil, da bi lahko prevzemale kompetenco predpisovanja (Osmančević, Karnjuš, Ličen, & Prosen, 2021; Petrović et al., 2021; Lillo-Crespo, Riquelme-Galindo, De Baetselier, Van Ropaey, & Dilles, 2022).

V zadnjih desetih letih je v Evropi moč zaznati povečanje širitev nabora kompetenc medicinskih sester predvsem na področju predpisovanja zdravil. V tem obdobju so bile zakonsko sprejete prilagoditve za predpisovanje zdravil v osmih evropskih državah (Finska, Nizozemska, Ciper, Estonija, Poljska, Španija in regija Vaud v Švici) (Maier, 2019). V vseh državah, z izjemo Nizozemske in Poljske, so uvedli odvisno predpisovanje terapije s strani medicinskih sester, kar pomeni, da medicinska sestra predpiše stalno terapijo, ki jo pacient že prejema. Na Nizozemskem pa so omogočili neodvisno predpisovanje na ožjem specialističnem področju, za katerega se je medicinska sestra izobraževala. Kompetenca predpisovanja terapije s strani medicinskih sester pa še vedno ni splošno priznana za celotno Evropo predvsem zaradi raznolikosti zdravstvenega sistema, zakonskih podlag

in izobrazbe, značilne za posamezno državo (Kroezen et al., 2011).

Deljene odzive do predpisovanja zdravil smo pridobili tudi v naši raziskavi. Anketiranci so v neki meri izkazali željo po določeni stopnji avtonomije za neodvisno predpisovanje zdravil, vendar pa se moramo zavedati, da je tretjina anketirancev menila, da medicinske sestre ne bi smele samostojno predpisovati zdravil. Podobno so razmišljali intervjuvanci, zaposleni predvsem v urgentnih službah (urgentni oddelek in nujna medicinska pomoč), ki zagovarjajo predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester. Seveda moramo pri tem upoštevati naravo njihovega dela, saj nujna stanja zahtevajo takojšnje ukrepanje, pri čemer širši nabor kompetenc skrajša odzivni čas ukrepanja in omogoča boljše rezultate zdravljenja pacienta. Prav slednje dokazuje raziskava, ki so jo opravili Bowskill, Timmons, & James (2013). Navajajo, da predpisovanje zdravil v nujnih primerih s strani medicinskih sester vpliva na kakovost obravnave pacienta na kraju nesreče in daje boljše izhodišče za nadaljnje zdravljenje. Slednje sta dodatno podkrepili tudi Heczkova & Dilles (2020), saj pravita, da bi optimizacija formalnih kompetenc medicinskih sester na področju predpisovanja zdravil omogočila hitrejšo in kakovostnejšo obravnavo pacienta.

Zanimivo je, da v naši raziskavi anketiranci, starejši od 34 let, zagovarjajo predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester, mlajši pa ne. Delovne izkušnje vsekakor vplivajo tudi na znanje zaposlenih s področja poznavanja zdravil, njihovega delovanja in možnih stranskih učinkov. Delovanje v kliničnem okolju zaposlenim v zdravstveni negi omogoča nabiranje izkušenj ob praktičnih primerih obravnave, s katerimi se dnevno srečujejo na svojih deloviščih. Benner (2001) pravi, da medicinska sestra razvija kompetence na podlagi delovnih izkušenj, iz ponavljajočih se situacij, s katerimi se srečuje v svojem delovnem okolju. Kvalitativni del raziskave je sicer pokazal, da tudi okolje, v katerem delujejo medicinske sestre, močno vpliva na oblikovanje stališča do predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. Predstavnika mlajše populacije, zaposlena na področju nujne medicinske pomoči, sta prav tako zavzeta zagovornika predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester.

Vpeljevanje predpisovanja zdravil med naloge medicinske sestre se mora izvesti sistematično in postopoma. Za vzor lahko vzamemo Veliko Britanijo, ki je razvoj tovrstne vloge medicinske sestre razvijala dvajset let (Ling, Lyu, Liu, Xiao, & Yu, 2018). Možnosti za postopni razvoj predpisovanja zdravil je veliko. Na samem začetku bi medicinske sestre lahko predpisovale zdravila brez recepta. To bi pomenilo, da bi bila medicinska sestra v zdravstvenih ustanovah pristojna za predpisovanje nekaterih zdravil proti bolečini po lastni presoji (Fong, Buckley, & Cashin, 2015). Intervjuvanci so izpostavili prav predpisovanje protibolečinskih zdravil z majhnim tveganjem, s

čimer se do neke mere strinjajo tudi anketiranci naše raziskave. Druga možnost postopne vpeljave predpisovanja zdravil med naloge medicinskih sester bi lahko bilo odvisno predpisovanje, kar pomeni, da zdravnik vnaprej določi zdravilo, njegov odmerek in okoliščine, v katerih bi lahko medicinska sestra sama predpisala zdravila brez posveta z zdravnikom (Maier, 2019). Temu načinu predpisovanja niso bili naklonjeni anketiranci, ki so zagovarjali neodvisno predpisovanje. Intervjuvanci so bili bolj naklonjeni odvisnemu kot neodvisnemu predpisovanju.

Širitev nabora kompetenc medicinskih sester zahteva širši pristop. Intervjuvanci so izpostavili, da vpeljava predpisovanja zdravil med naloge medicinske sestre zahteva tudi zakonsko in strokovno podlago ter sodelovanje drugih strok. Prav zakonsko podlago, ki bi podpirala predpisovanje zdravil s strani ustrezno izobrazbenega kadra zdravstvene nege, so slabo ovrednotili tudi naši anketiranci. Noblet, Marriott, Graham-Clarke, & Rushton (2017) pravijo, da moramo pred urejanjem pristojnosti medicinskih sester najprej urediti zakonsko podlago in jasno opredeliti obseg pristojnosti glede na poklicne kvalifikacije. Poleg zakonske podlage intervjuvanci poudarjajo tudi nezadostno znanje za sprejemanje kompetenc predpisovanja zdravil po končanem dodiplomskem študiju. Menijo, da trenutni visokošolski izobraževalni sistem medicinskih sester ne pripravi ustrezno za samostojno predpisovanje zdravil.

Morda bi bila rešitev v vseživljenjskem učenju, pri čemer bi s pomočjo dodatnih tečajev, kot so ATCN (ang. *Advanced trauma care for nurses*), PALS (ang. *Pediatric advanced life support*), ITLS (ang. *International trauma life support*) ipd., razvijali svoja znanja na ožjem področju zdravstvene nege. Z navedenim se strinjajo tudi anketiranci, ki pravijo, da bi bilo treba za predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester opraviti usmerjeno usposabljanje. Kot drugo možnost so tako intervjuvanci kot anketiranci izpostavili oblikovanje specializacij v zdravstveni negi znotraj formalnega izobraževanja. S tem bi medicinske sestre pridobile več znanja na ožjem kliničnem področju (internistična zdravstvena nega, ginekološka zdravstvena nega, urgentna medicina, anestezija ipd.), na katerem bi pridobile poglobljene kompetence, med drugim tudi predpisovanje zdravil.

Sever & Bregar (2015) prav tako ugotavljata, da si medicinske sestre in študenti zdravstvene nege želijo specializacij v zdravstveni negi; med izpostavljenimi so nujna medicinska pomoč, anestezija, intenzivna terapija in kirurška zdravstvena nega. Debout (2014) pravi, da so specializacije v zdravstveni negi eden izmed vidikov prihodnjega razvoja profesije. Podobno razmišljata tudi Brown & Jennifer (2011), da sta vzpostavitev dobrega študijskega programa zdravstvene nege in vlaganje v izobraževanje priložnost za razvoj profesije. To lahko povezujemo tudi s stališči intervjuvancev in anketirancev, da

so specializacije na področju zdravstvene nege priložnost za vidnejšo vlogo medicinske sestre na področju farmacevtske skrbi. Intervjuvanci so izpostavili tudi možnost oblikovanja podiplomskega enoletnega študija predpisovanja zdravil, nadgradnjo predmeta farmakologije na dodiplomskem študiju zdravstvene nege in širitev študija na štiri leta, kar bi omogočilo prostor za dodajanje predmetov s področja farmakologije, farmakoterapije ipd.

Navedeno je seveda predmet nadaljnjih razprav o tem, kako doseči povečanje določenih kompetenc medicinskih sester na področju predpisovanja zdravil, vendar smo v raziskavi zaznali, da bi bilo treba razširiti znanje medicinskih sester s področja farmakologije in farmakoterapije ter posledično prenoviti obstoječi visokošolski sistem. Poleg tega medicinske sestre zagotovo potrebujejo tudi večjo mero kolektivne profesionalne samozavesti, ki jo soustvarjata izobraževanje in socializacija s profesijo (Petrović et al., 2021).

Raziskava je razkrila, da zaposleni v zdravstveni negi želijo vidnejšo vlogo v kliničnem okolju, hkrati pa se zavedajo, da jo morajo podkrepiti s formalno pridobljenimi znanji in natančno zakonsko opredelitvijo. Kljub temu ne moremo zanemariti, da je naša raziskava, še posebej v kvantitativnem delu, zajela majhen vzorec, zato rezultatov ne moremo posploševati. Izpostaviti velja, da so se v času pandemije covida-19 obremenitve zaposlenih v zdravstveni negi bistveno povečale, kar pomeni, da so vprašalniki izpolnjevali le najbolj motivirani strokovnjaki. Poleg tega je bil vprašalnik na voljo v spletnem okolju, zato je zajel le del zaposlenih v zdravstveni negi.

Zaključek

Raziskava je pomagala osvetliti stališča zaposlenih v zdravstveni negi do pristojnosti predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester. Zaposleni v zdravstveni negi so izrazili zadržke do predpisovanja zdravil, hkrati pa tudi željo po določeni stopnji avtonomije na tem področju. Poleg tega ugotovitve kažejo, da trenutni visokošolski izobraževalni sistem in zakonodaja ne podpirata širitve kompetenc medicinskih sester na področje predpisovanja zdravil.

Raziskava je vsekakor podala nekatere iztočnice za nadaljnje raziskovanje na področju pristojnosti medicinskih sester za predpisovanje zdravil tako z vidika prakse kot izobraževanja. O predpisovanju zdravil s strani medicinskih sester se v zadnjih letih govori tudi v slovenskem prostoru, zato bo treba omenjeno področje v prihodnosti dodatno raziskati.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

Raziskava je bila sofinancirana v okviru ERASMUS+ KA2 projekta »Razvoj modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester v okviru farmacevtske skrbi« (ID 2018-1-BE02-KA203-046861)./The study was co-funded as part of an ERASMUS+ KA2 project *Development of a model for nurses' role in interprofessional pharmaceutical care* (ID 2018-1-BE02-KA203-046861).

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je dobila soglasje Komisije Republike Slovenije, Komisije za medicinsko etiko, številka 0120-516/2018/6./The research received consensus from the Republic of Slovenia, National Medical Ethics Committee, decision Nr. 0120-516/2018/6.

Prispevek avtorjev/Author contributions

Vsi avtorji so sodelovali pri zasnovi članka v vseh fazah njegovega nastanka. Prvi avtor je pripravil prvi osnutek članka statistične analize podatkov; vsi avtorji pa so prispevali h končni verziji članka./All authors contributed to this article in all stages of this process. The first author wrote the first draft of the article, while other authors contributed to the preparation of the final version of the article.

Literatura

Adams, E. (2012). Nurse and midwife medicinal product prescribing in Ireland. In A. Kvas, G. Lokajner, P. Požun, & Đ. Sima (Eds.), *Predpisovanje zdravil: izziv medicinskim sestram za prihodnost* (pp. 21–38). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Asiamah, N., Mensha, H. K., & Oteng-Abayie, E. F. (2017). General target and accessible population: Denystifying the concepts for effective sampling. *College of Arts, Humanities and Social Sciences journal*, 22(6), 1607–1621. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2674>

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Blanck, S., & Engstrom, M. (2015). District nurses prescribing practice and its link to structural conditions. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(10), 568–575. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12234> PMID:25728919

Banning, M. (2004). Nurse prescribing, nurse education and related research in the United Kingdom: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 24(6), 420–427. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.05.002> PMID:15312950

- Bowskill, D., Timmons, S., & James, V. (2013). How do nurse prescribers integrate prescribing in practice: Case studies in primary and secondary care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13/14), 2077–2086.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04338.x>
PMid:23186080
- Brown, T. M., & Jennifer, K. (2011). Medication adherence: Who cares. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), 304–314.
<https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0575>
PMid:21389250; PMCID:PMC3068890
- Creedon, R., Byrne, S., Kennedy, J., & McCarhy, S. (2015). The impact of nurse prescribing on the clinical setting. *British Journal of Nursing*, 24(17), 878–885.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.17.878>
PMid:26419715
- De Baetselier, E., Van Rompaey, B., Batalha, I. M., Bergqvist, M., Czarkowska-Paczek, B., De Santis, A., & Dilles, A. (2020). EUPRON: Nurses practice in interprofessional pharmaceutical care in Europe. A cross-sectional survey in 17 countries. *British Medical Journal Open*, 10(6), 1–12.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036269>
PMid:32499269; PMCID:PMC7282395
- De Baetselier, E., Van Rompaey, B., Dijkstra, E. N., Sino, G. C., Akerman, K., Batalha, M. L., Fernandez, D. I. M. ... Dilles, T. (2021). The NUPHAC-EU Framework for nurses role in interprofessional pharmaceutical care: Cross-sectional evaluation in Europe. *Environmental Research and Public Health*, 18(15), 1–26.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18157862>
PMid:34360162; PMCID:PMC8345454
- Debout, C. (2004). Which education for which nursing competences in the future? *La Revue de References Infirmiere*, 684(1), 54–57.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.06.005>
PMid:24999074
- Field, A. (2013). *Discovering Statistic Using IBM SPSS Statistics*, (pp. 62–80). Los Angeles: Sage.
- Fong, J., Buckley, T., & Cashin, A. (2015). Nurse practitioner prescribing: An international perspective. *Dovepress*, 15(5), 99–108.
<https://doi.org/10.2147/NRR.S56188>
- Goertzen, M. J. (2017). Introduction to quantitative research and data. *Library Technology Reports*, 53(4), 12–18.
- Heczko, J., & Dilles, T. (2020). Advanced nurses' practices related to pharmaceutical care in the Czech Republic. *Nursing in 21st Century*, 19(3), 155–162.
<https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2020-0021>
- Kroezen, M., Francke, A. L., Groenewegen, P. P., & van Dijk, L. (2012). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nurses Studies*, 49(5), 1002–1012.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.002>
PMid:22369921
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 127(11), 2–17.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-127>
PMid:21619565; PMCID:PMC3141384
- Lillo-Crespo, M., Riquelme-Galindo, J., De Baetselier, E., Van Rompaey, B., & Dilles, T. (2022). Understanding pharmaceutical care and nurse prescribing in Spain: A grounded theory approach through healthcare professionals views and expectations. *PLoS ONE*, 17(1), 1–19.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260445>
PMid:35073326; PMCID:PMC8786147
- Ling, D. L., Lyu, C. M., Liu, H., Xiao, X., & Yu, H. J. (2018). The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: An international perspective. *International Journal of Nursing Science*, 5(1), 72–80.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.011>
PMid:31406805; PMCID:PMC6626201
- Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources of Health*, 17(95), 2–10.
<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>
PMid:31815622; PMCID:PMC6902591
- Noblet, T., Marriott, J., Graham-Clarke, E., & Rushton, A. (2017). Barriers to and facilitators of independent non-medical prescribing in clinical practice: A mixed-methods systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 63(4), 221–234.
<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.09.001>
PMid:28986140
- Nascimento, W. G., da Costa Uchoa, S. A., Coelho, A. A., de Sales Clementino, F., Beserra Cosme, M. V., Bastos Rosa, R. ... Santos Martiniano, C. (2018). Medication and test prescription by nurses: Contributions to advanced practice and transformation of care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 2–10.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2423-3062>
- Osmančević, B., Karnjuš, I., Ličen, S., & Prosen, M. (2021). Perspektiva medicinskih sestara o njihovoj ulozi u farmaceutskoj skrbi: Usporedba između Slovenije i Hrvatske. *Sestrinski glasnik*, 26(2), 115–119.
<https://doi.org/10.11608/sgnj.26.2.5>
- Petrović, M., Osmančević, B., Ličen, S., Karnjuš, I., & Prosen, M. (2021). Oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmaceutske skrbi: Kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), 92–101.
<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.3034>

-
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research*. Philadelphia: Wolter Kluwer Health.
- Sever, M., & Bregar, B. (2015). Specializacije v zdravstveni negi: Pogled študentov. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), 26–43. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.1.49>
- Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S., & Young, T. (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: Systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *Medical research methodology*, 18, Article 148, 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0594-7>
- Yin, K. R. (2010). *Qualitative research from start to finish*. New York: The Guilford Press.

Citirajte kot/Cite as:

Petrović, M., Prosen, M., Ličen, S., & Karnjuš, I. (2023). Odnos zaposlenih v zdravstveni negi do predpisovanja zdravil: raziskava z rabo mešanih metod. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), 89–99. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3163>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Etična občutljivost študentov zdravstvene nege: opisna raziskava Ethical sensitivity of nursing students: A descriptive research

Jakob Renko^{1, *}, Deja Praprotnik, Ana Nastran, Mirko Prosen¹, Sabina Ličen¹

Ključne besede: etične dileme; zdravstvena nega; dodiplomski študij; sekundarna socializacija; profesionalne vrednote

Key words: ethical dilemmas; nursing; undergraduate studies; secondary socialization; professional values

¹ Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
jakob.renko@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Etična občutljivost je pomemben dejavnik pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe. Namen raziskave je bil preučiti etično občutljivost študentov zdravstvene nege.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna metodologija raziskovanja z metodo anketiranja. Anketiranje je potekalo na priložnostnem vzorcu 126 dodiplomskih študentov zdravstvene nege. Podatki so bili zbrani na podlagi prevedenega in prilagojenega »Vprašalnika za merjenje etične občutljivosti med študenti zdravstvene nege« (ang. *Ethical Sensitivity Questionnaire for Nursing Students*). Za statistično analizo so bile uporabljene naslednje metode: osnovna deskriptivna statistika ter neparametrični Mann-Whitneyjev U-test in Kruskal-Wallisov H-test.

Rezultati: Rezultat notranje konsistentnosti za celoten vprašalnik je pokazal dobro stopnjo zanesljivosti (Cronbach $\alpha = 0,711$). Anketirani študenti zdravstvene nege na dodiplomskem študiju so prikazali zmerno stopnjo etične občutljivosti ($\bar{x} = 33,50$, $s = 5,615$). Rezultati so pokazali statistično značilne razlike v stopnji etične občutljivosti med rednimi študenti dodiplomskega študija zdravstvene nege in študenti izrednega študija ($p = 0,025$).

Diskusija in zaključek: Ugotovljeno je bilo, da obstajajo možnosti za izboljšanje etične občutljivosti študentov zdravstvene nege. Na podlagi ugotovitev so potrebne nadaljnje raziskave o etični občutljivosti v povezavi z delovno otopenostjo v zdravstvenem sistemu. Smiselno bi bilo raziskati tudi dejavnike, ki vplivajo na etično občutljivost in primerjati etično občutljivost med študenti zdravstvene nege in zaposlenimi medicinskimi sestrami.

ABSTRACT

Introduction: Ethical sensitivity is an important factor in providing quality health care. The aim of this study was to measure ethical sensitivity of undergraduate nursing students.

Methods: A quantitative research methodology with surveying was used. The survey was administered to a convenience sample of 126 undergraduate nursing students. Data were collected using a translated and adapted Ethical Sensitivity Questionnaire for Nursing Students. The following methods were used for statistical analysis: basic descriptive statistics, non-parametric Mann-Whitney U-test and the Kruskal-Wallis H-test.

Results: The internal consistency value for the entire questionnaire showed a good level of reliability (Cronbach $\alpha = 0.711$). The undergraduate nursing students showed a moderate level of ethical sensitivity ($\bar{x} = 33.50$, $p = 5.615$). The results showed statistically significant differences in the level of ethical sensitivity of full-time undergraduate nursing students compared to part-time students ($p = 0.025$).

Discussion and conclusion: It was concluded that there are opportunities to improve ethical sensitivity of nursing students. Based on the results, further research on ethical sensitivity related to work-related indifference in the health care system is needed. It would also be useful to compare ethical sensitivity of nursing students and registered nurses to explore the factors that influence ethical sensitivity.



Prejeto/Received: 5. 3. 2022
Sprejeto/Accepted: 2. 1. 2023

© 2023 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Uvod

Zdravstveni sistem predstavlja posebno kulturno okolje, v katerem se izvajalci vsakodnevno soočajo s specifičnimi etičnimi problemi ter nasprotujočimi se vrednotami (Muramatsu, Nakamura, Okada, Katayama, & Ojima, 2019). Napredek tehnologije v zdravstvu, težave z zagotavljanjem zasebnosti, spremembe sistemov oskrbe pacientov in vse večje finančne omejitve lahko povzročijo, da je etično primerno obravnavo težje zagotoviti (Tanaka & Tezuka, 2021). Zaposleni v zdravstveni negi so odgovorni za iskanje rešitev v njihovem profesionalnem okolju v skladu z obstoječimi etičnimi načeli (Hakbilen, İnce, & Ozgonul, 2021; Ovijač, 2012). Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) obvezuje vse medicinske sestre in tiste, ki se izobražujejo na področju zdravstvene nege, k etičnemu ravnanju. Poleg tega jim zapisana etična načela in pravila predstavljajo vodilo za oblikovanje profesionalnih etičnih in moralnih stališč pri njihovem delu. Na podlagi teh se v danih situacijah lahko argumentirano odločajo ter analizirajo etični vidik svojega dela.

Sposobnost kompetentnega etičnega presojanja omogoča nudenje kakovostne zdravstvene oskrbe (Tanaka & Tezuka, 2021). Eden izmed pomembnih dejavnikov pri izvajanju zdravstvene nege je tudi etična občutljivost, ki je definirana kot sposobnost prepoznavanja etičnih problemov, izkazovanje razumevanja ranljivega položaja pacienta in razumevanje posledic sprejetih odločitev (Muramatsu et al., 2019; Hakbilen et al., 2021). Etična občutljivost je odvisna od različnih dejavnikov, kot so kultura, vera, stopnja izobrazbe, starost, spol, izkušnje in vzgoja posameznika (Salar, Zare, & Sharifzadeh, 2016). Tako kot moralna občutljivost se razvija vse življenje z izpostavljenostjo različnim vsakodnevnim etičnim dilemam in tudi v času usmerjenega izobraževanja. Ohranja se z vzdrževanjem profesionalnih kompetenc in vedenjem, ki je v skladu z etičnimi kodeksi poklica (Macale et al., 2016; Hakbilen et al., 2021).

Etično izobraževanje je del procesa usposabljanja že zaposlenih medicinskih sester in tudi študentov zdravstvene nege ter ima ključno vlogo pri razvoju etične občutljivosti (Hakbilen et al., 2021; Tanaka & Tezuka, 2021). Eden izmed glavnih razlogov za izobraževanje študentov na področju etike je razvoj etične občutljivosti. Tako se jih bolje opremi za sprejemanje moralno korektnih odločitev (Muramatsu et al., 2019; Hakbilen et al., 2021). Študenti zdravstvene nege pogosto izražajo težave pri obvladovanju situacij, ki se jim zdijo etično sporne oziroma težavne. Pomanjkanje izkušenj, samozavesti in občutek nemoči pri študentih so lahko pomembni dejavniki, ki negativno vplivajo na reševanje dilem, s katerimi se soočajo pri kliničnem usposabljanju. Zahtevna realnost današnjega zdravstvenega okolja povzroča konflikt med naučenimi ideali zdravstvene nege in praktičnim vidikom poklica, v katerega vstopajo (Tuveesson & Lützén, 2017).

Čeprav je vsebina etike v zdravstvu vključena v učne načrte študijskih programov zdravstvene nege, obstaja mnogo dejavnikov, ki vplivajo na kakovost prenosa informacij in znanja na študente. Za učinkovito metodo prenosa informacij in znanja se je izkazala analiza primerov, ki omogoča aktivno sodelovanje, izboljšuje analitično mišljenje in razumevanje etičnih konfliktov, razširi perspektivo temeljnih konceptov in razvija veščine etičnega odločanja (Kucukkelepce, Dinc, & Elcin, 2020).

Namen in cilji

Področje etične občutljivosti je med študenti zdravstvene nege slabo raziskano. Treba je zapolniti raziskovalno vrzel na tem področju in skladno z raziskavami pripraviti ustrezna priporočila ter smernice, na podlagi katerih bi lahko prilagodili učne načrte in metode poučevanja v slovenskem okolju. Namen raziskave je bil preučiti etično občutljivost dodiplomskih študentov zdravstvene nege. Cilj raziskave je bil prevesti in prilagoditi vprašalnik *Ethical Sensitivity Questionnaire for Nursing Students* (ang. ESQ-NS) slovenskemu kulturnemu okolju ter ugotoviti, kolikšna je sposobnost študentov zdravstvene nege za prepoznavanje etičnih vprašanj v klinični praksi (Muramatsu et al., 2019).

Zastavljeno raziskovalno vprašanje je bilo: »V kolikšni meri so študenti zdravstvene nege sposobni prepoznati pojav etičnih vprašanj v klinični praksi?«

Metode

V raziskavi je bila uporabljena opisna neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja.

Opis instrumenta

Izvirna različica vprašalnika ESQ-NS je prestala natančen proces validacije in je bila razvita na podlagi pregleda literature in intervjujev s študenti zdravstvene nege ter na podlagi raziskave, v kateri je sodelovalo deset japonskih univerz. Skupno obsega 13 trditev, ki obravnavajo etične dileme, na podlagi katerih se ocenjuje etično občutljivost študentov zdravstvene nege. Izvirni vprašalnik in dovoljenje za njegovo uporabo smo pridobili pri glavnem avtorju (Muramatsu et al., 2019). Celoten vprašalnik je sestavljen iz štirih delov: (i) demografski in drugi podatki udeležencev; (ii) spoštovanje posameznikov (osem trditev); (iii) pravičnost, dobrodelnost in neškodljivost (tri trditve) in (iv) ohranjanje zaupnosti pacientov (dve trditvi). Vrednost koeficienta Cronbach alfa izvirnega vprašalnika je znašala 0,82 (Muramatsu et al., 2019).

Prevajanje in adaptacija instrumenta

Pri prevajanju in prilagajanju lestvice ESQ-NS smo upoštevali priporočila Svetovne zdravstvene organizacije

za prevajanje in prilagajanje instrumentov (Muramatsu et al., 2019; World Health Organization, 2020). Prevod vprašalnika je slovnično in vsebinsko pregledala strokovnjakinja za prevajanje iz angleškega jezika v slovenski jezik. Zatem so sledili vzratni prevod iz slovenščine v angleščino, pregled obeh verzij vprašalnika na podlagi zdravorazumske veljavnosti (ang. *face validity*) ter umestitev nekaterih popravkov, ki so odražali kulturni kontekst slovenskega okolja, v slovensko različico vprašalnika. Vprašalnik smo v tem delu poimenovali »Vprašalnik za merjenje etične občutljivosti med študenti zdravstvene nege« (VEM-ZN).

VEM-ZN vprašalnik smo nadalje uporabili v pilotni študiji na vzorcu desetih strokovnjakov zdravstvene nege z namenom preverjanja razumljivosti oblikovanega vprašalnika (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009). Anketiranci so navedli nekaj manjših vsebinskih opomb in pravopisnih napak, ki smo jih upoštevali pri oblikovanju končne različice slovenskega vprašalnika VEM-ZN. Tako kot izvirnik je končno obsegal 13 trditvev. Anketiranci so v prvem sklopu vprašalnika najprej opredelili svoj spol, starost, letnik dodiplomskega študija zdravstvene nege in način študija. V drugem sklopu smo anketirance vprašali, ali spodaj navedene trditve po njihovem mnenju predstavljajo etični problem. Trditve so ocenjevali na podlagi štiristopenjske Likertove lestvice, pri čemer izbor 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, izbor 4 pa »povsem se strinjam«. Ocene anketirancev smo pretvorili v točke. Višje točke dosežene na podlagi anketnega vprašalnika pomenijo visoko stopnjo etične občutljivosti (40–52 točk), nižje pa nizko stopnjo etične občutljivosti (13–25 točk), vmesni dosežek točk pomeni zmerno etično občutljivost (26–39 točk).

Opis vzorca

Anketiranje je potekalo na priložnostnem vzorcu študentov programa Zdravstvena nega ($n = 126$ oziroma 17,87 % celotnega vzorca študentov), rednega

Tabela 1: Demografske in druge značilnosti vzorca

Table 1: Demographic and other characteristics of the sample

Spremenljivka/Variable	n	%
Spol		
Moški	25	19,8
Ženski	100	79,4
Drugo	1	0,8
Letnik študija		
1. letnik dodiplomskega študija	69	54,8
2. letnik dodiplomskega študija	29	23,0
3. letnik dodiplomskega študija	28	22,2
Način študija		
Redni	104	82,5
Izredni	22	17,5

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

in izrednega študija, ki so v študijskem letu 2021/2022 obiskovali eno izmed dveh izbranih zdravstvenih fakultet v Sloveniji. Na študijski program Zdravstvena nega je bilo v letu 2021/2022 na obeh fakultetah skupaj vpisanih 705 študentov. Od tega je le 126 študentov popolno izpolnilo celoten vprašalnik. Te rezultate smo uporabili za končno analizo podatkov. Povprečna starost študentov, ki so sodelovali v raziskavi, je 21,74 ($s = 5,06$) leta. Ostale demografske in druge značilnosti vzorca so prikazane v Tabeli 1.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnik smo med študente na prvi sodelujoči fakulteti razposlali s pomočjo njihovih univerzitetnih e-naslovov po službi za študentske zadeve, na drugi fakulteti pa v obliki snežne kepe. Študenti so na svoje e-naslove prejeli enolični krajevnik vira (ang. *Uniform Resource Locator* – URL) do spletnega vprašalnika. V spletnem vprašalniku so bili dodatno pojasnjeni namen raziskave, anonimnost in prostovoljno sodelovanje. S klikom na vprašalnik so se anketiranci strinjali s sodelovanjem v raziskavi. Vprašalnik je bilo mogoče izpolniti v odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje 1KA od 29. novembra 2021 do 7. decembra 2021. Podatki in odgovori, ki so jih anketiranci zabeležili z izpolnjevanjem, so se zbrali v bazi podatkov na spletnem strežniku. V procesu zbiranja podatkov se je oblikovala anonimna podatkovna baza brez imen in priimkov, do katere je bil omogočen dostop zgolj glavnim raziskovalcem z uporabniškim imenom in geslom.

V podatkovni bazi so bili zbrani samo podatki popolno izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Podatke smo za namen statistične analize izvozili v program IBM SPSS, različica 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Za ugotavljanje notranje konsistentnosti vprašalnika smo uporabili Cronbachov koeficient alfa. Za nadaljnjo statistično analizo zbranih podatkov so bile uporabljene naslednje metode: osnovna deskriptivna statistika (frekvenca, minimum, maksimum, povprečje in standardni odklon), linearna regresija ter zaradi nenormalne porazdelitve podatkov (Shapiro-Wilk test, $p < 0,001$) neparametrični Mann-Whitneyjev U-test in Kruskal-Wallisov H-test. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila 0,05.

Rezultati

Rezultat notranje konsistentnosti za celoten vprašalnik je pokazal dobro stopnjo zanesljivosti (Cronbach $\alpha = 0,711$). V Tabeli 2 je prikazana deskriptivna statistika vprašalnika.

Študenti so se najbolj strinjali s prvo ($\bar{x} = 3,02$, $s = 1,156$) in deveto trditvijo ($\bar{x} = 2,87$, $s = 0,966$), najmanj pa s trinajsto ($\bar{x} = 2,02$, $s = 1,047$) in šesto trditvijo ($\bar{x} = 2,24$, $s = 0,883$).

V Tabeli 3 prikazujemo rezultate po posameznih podskupinah vprašalnika, kjer smo ocene anketirancev

Tabela 2: Vprašalnik za merjenje etične občutljivosti med študenti zdravstvene nege (VEM-ZN) s prikazanim povprečjem doseženih točk za posamezno trditev**Table 2:** Ethical Sensitivity Questionnaire for Nursing Students (ESQ-NS) with average score for individual statement

Št.	Trditve/Statements	\bar{x}	s
1.	Varovalna ograja je na posteljo nameščena z razlogom, da prepreči padec pacienta.	3,02	1,156
2.	Kljub temu da pacient po operativnem posegu zaradi bolečin zavrne spremembo lege v postelji, se ga zaradi preprečevanja pooperativnih zapletov vseeno ustrezno obrne.	2,67	0,738
3.	Kljub temu da je pacient v terminalni fazi zaradi nelagodja pri dihanju zavrnil terapevtsko spreminjanje lege v postelji, se izvaja obračanje na dve uri.	2,33	0,788
4.	Starejši pacient, ki si je želel vrnitve domov, je bil nameščen v socialnovarstveno ustanovo, ker ni imel sorodnikov, ki bi lahko skrbeli zanj doma.	2,76	0,753
5.	Ob postelji pacienta, ki je že padel, so nameščeni senzori, ki zaznajo njegovo vstajanje.	2,62	0,945
6.	Pacientu z demenco ste dovolili, da ostane v prostoru za medicinske sestre, medtem ko sedi na invalidskem vozičku s pripetimi varnostnimi pasovi.	2,24	0,871
7.	Kljub temu da vam pacient nasprotnega spola, za katerega skrbite, ni dovolil, da bi ga pazili, medtem ko se tušira, ste to vseeno storili, potem ko ste ga prepričali, da je to zanj dobro.	2,51	0,883
8.	Pacientu z demenco, ki zavrača zdravila, ta zmešamo v pijačo brez njegove vednosti.	2,69	0,871
9.	Terminalno oboleli pacient je želel v kopalnico na veliko potrebo, zato sta ga medicinski sestri odpeljali v kopalnico in mu pri tem pomagali.	2,87	0,966
10.	Nepomični pacient je vedno deležen posteljne kopeli. Sedaj prosi, če bi mu pomagali pri običajni kopeli v kopalnici, za kar so potrebne tri medicinske sestre.	2,79	0,932
11.	Da prilagodimo hitrost prehranjevanja pacientov z disfagijo, jim nudimo pomoč pri hranjenju, ki vključuje neprekinjen nadzor vsaj eno uro.	2,63	0,787
12.	Predaja pacientovega stanja odgovorni medicinski sestri poteka v večposteljni bolniški sobi.	2,36	1,023
13.	Predaja pacientovega stanja vodi zdravstvene nege poteka na hodniku.	2,02	1,047

Legenda/Legend: št. – številka/number; \bar{x} – povprečje/average

Tabela 3: Opisne značilnosti in rezultati točkovanja po posameznih podskupinah in celotnega vprašalnika**Table 3:** Descriptive characteristics and scoring results of the subgroups and the entire questionnaire

Podskupina/Subgroup	n	Min/Min	Maks/Max	\bar{x}	s	Cronbach α
Spoštovanje posameznikov	8	10	29	20,83	3,834	0,656
Pravičnost, dobrotelost in neškodljivost	3	3	12	8,29	2,363	0,849
Ohranjanje zaupnosti pacientov	2	2	8	4,38	1,850	0,747
Celoten vprašalnik	13	18	49	33,50	5,615	0,711

Legenda/Legend: n – število/number; Min/Min – minimum/minimum; Maks/Max – maksimum/maximum; \bar{x} – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation; Cronbach α – Cronbachov koeficient alfa/Cronbach's alpha

na podlagi štiristopenjske Likertove lestvice pretvorili v točke.

Rezultati so pokazali, da imajo študenti zdravstvene nege na dodiplomskem študiju zmerno stopnjo etične občutljivosti ($\bar{x} = 33,50$, $s = 5,615$). Najnižje povprečje točk so dosegli pri podskupini »ohranjanje zaupnosti pacientov« ($\bar{x} = 4,38$, $s = 1,850$), najvišje pa pri »pravičnosti, dobrotelosti in neškodljivosti« ($\bar{x} = 8,29$, $s = 2,363$).

V Tabeli 4 smo s pomočjo Mann-Whitneyjevega U-testa ugotavljali statistično pomembne razlike v stopnji etične občutljivosti med spoloma anketirancev in načinom študija.

Ženske so v povprečju dosegle več točk kot moški. Kljub razliki v povprečjih, ki kaže na višjo stopnjo etične občutljivosti pri ženskah, rezultat ne prikazuje statistično pomembnih razlik med spoloma ($p = 0,426$). Rezultati kažejo na statistično značilne razlike

v stopnji etične občutljivosti med rednimi študenti dodiplomskega študija zdravstvene nege in študenti izrednega študija ($p = 0,025$). Obe skupini sicer točkovno dosejata zmerno stopnjo etične občutljivosti, a je povprečje rednih študentov nekoliko višje.

Rezultati v Tabeli 5 prikazujejo minimalne razlike v povprečno doseženih točkah za posamezni letnik.

Najvišjo povprečno vrednost dosegajo študenti prvega letnika, najnižjo pa študenti tretjega letnika. Minimalne razlike sicer nakazujejo, da je stopnja etične občutljivosti pogojena z letnikom. V našem primeru je ta v povprečju vsak letnik nižja, a rezultati Kruskal-Wallisovega H-testa ne ugotavljajo statistično značilne pomembne razlike med letniki ($p = 0,524$). Tudi regresijski koeficient ni pokazal statistično značilnega vpliva letnika na doseženo stopnjo etične občutljivosti, s čimer bi bilo možno letnik študija izpostaviti kot dejavnik ($p = 0,749$).

Tabela 4: Etična občutljivost študentov zdravstvene nege glede na spol in njihov način študija: Mann-Whitneyjev U-test**Table 4:** Ethical sensitivity of nursing students according to their gender and type of studies: Mann-Whitney U test

Spremenljivka/Variable	\bar{x}	s	U	p
Spol				
Moški	31,44	9,125	1121,500	0,426
Ženski	33,99	4,272		
Način študija				
Redni	34,28	4,076	795,500	0,025
Izredni	29,82	9,435		

Legenda/Legend: \bar{x} – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation; U – U-vrednost/U value; p – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 5: Etična občutljivost študentov zdravstvene nege glede na njihov letnik študija: Kruskal-Wallisov test**Table 5:** Ethical sensitivity of nursing students according to their year of study: Kruskal-Wallis test

Spremenljivka/Variable	\bar{x}	s	H	p
Letnik študija				
1. letnik dodiplomskega študija	33,65	5,280	1,294	0,524
2. letnik dodiplomskega študija	33,34	6,014		
3. letnik dodiplomskega študija	33,29	6,176		

Legenda/Legend: \bar{x} – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation; H – H vrednost/H value; p – statistična značilnost/statistical significance

Diskusija

V raziskavi smo vprašalnik ESQ-NS prevedli in ga prilagodili za slovensko kulturno okolje. V primerjavi z izvirnikom je notranja konsistentnost vprašalnika nižja, a še vedno v sprejemljivih okvirih (Taber, 2018; Muramatsu et al., 2019). Naši rezultati so pokazali, da študenti dodiplomskega študija zdravstvene nege na dveh slovenskih fakultetah dosegajo zmerno stopnjo etične občutljivosti. Do podobnih zaključkov z drugačnim instrumentom za merjenje etične občutljivosti so prišli Salar, Zare, & Sharifzadeh (2016) ter Hakbilen et al. (2021). V obeh raziskavah so izmerili etično občutljivost zmerne stopnje. V raziskavi, ki je imela v vzorcu že zaposlene medicinske sestre, je bil nivo izmerjene etične občutljivosti primerljiv študentom – izmerjena je bila zmerena stopnja (Baghaei, Moradi, Aminolshareh, & Zareh, 2014). To hkrati nakazuje potrebo in ponuja priložnost za izboljšanje trenutnih praks izobraževanja študentov na področju etike in vzdrževanje etične občutljivosti na višjem nivoju pri že zaposlenih medicinskih sestrah (Borhani, Alhani, Mohammadi, & Abbaszadeh, 2010; Borhani, Abbaszadeh, & Mohsenpour, 2013; Salar et al., 2016; Shayestehfard, Torabizadeh, Gholamzadeh, & Ebadi, 2020; Hakbilen et al., 2021). Pomembno vlogo v procesu izobraževanja imajo tudi klinični mentorji, s katerimi se študenti srečujejo v okviru kliničnega usposabljanja. Ti s svojim delovanjem v praksi postavljajo vzor za vse, ki se uvajajo v zdravstveni sistem na področju zdravstvene nege (Borhani et al., 2010).

Na podlagi naše raziskave smo ugotovili, da se

rezultati glede etične občutljivosti statistično značilno ne razlikujejo glede na spol. Ugotovitve Salar et al. (2016) kažejo, da so moški dosegali višjo stopnjo etične občutljivosti. Macale et al. (2016) so ugotovili nasprotno: ženske izkazujejo večjo etično občutljivost kot moški. Tako kot v našem primeru je tudi v njihovem vzorcu prevladoval ženski spol, kar bi potencialno lahko vplivalo na rezultate. Boljše rezultate pri ženskah lahko pojasnimo s predpostavko, da imajo moški in ženske različne načine socializacije in kažejo razlike na področju etičnega razvoja. Višjo etično občutljivost lahko pripišemo tudi materinskemu čutu medicinskih sester ženskega spola (Tas Arslan & Calpbincici, 2018).

V raziskavi smo ugotovili, da ni statistično značilnih razlik med povprečji rezultatov študentov po letnikih študija. Načeloma bi pričakovali, da se bo etična občutljivost z letnikom višala, kar so v preteklih raziskavah prikazali tudi drugi avtorji (Muramatsu et al., 2019; Al-Kateeb, Raqqad, Shamayleh, Zainelabdin, & Masri, 2021; Hakbilen et al., 2021;). V literaturi (Cho & Hwang, 2019; Choi, 2019) smo zasledili tudi, da ima moralna občutljivost z letnikom študija negativno korelacijo, kar bi bilo lahko povezano tudi z etično občutljivostjo. Študenti so med študijem vse bolj izpostavljeni kliničnemu okolju, kar lahko na njihov napredek v stroki vpliva pozitivno ali negativno. Neprimerna socializacija v zdravstveni sistem lahko vodi v demoralizacijo, slabšo produktivnost in manj kakovostno oskrbo pacientov (Dinmohammadi, Peyrovi, & Mehrdad, 2013; Webster, Bowron, Maich, & Patterson, 2016).

Do statistično značilnih rezultatov smo prišli pri primerjavi rednih študentov z izrednimi. Rezultati

kažejo, da imajo redni študenti statistično značilno višje povprečne vrednosti rezultatov pri doseganju stopnje etične občutljivosti. V podobni raziskavi (Macale et al., 2016) so sicer ugotovili, da izredni študenti v povprečju izkazujejo boljšo stopnjo etične občutljivosti kot redni. A njihovi rezultati vseeno kažejo, da v določenih izpostavljenih etičnih dilemah redni študenti odgovarjajo bolje kot izredni. Rezultati naše raziskave kažejo boljše povprečje rednih študentov, kar bi lahko povezali s pojavom padanja etične občutljivosti po stiku študentov s kliničnim okoljem. Izredni študenti so pogosto že redno zaposleni v zdravstvu ali pa na tem področju opravljajo študentsko delo. Več časa so prisotni v kliničnem okolju, kar lahko zaradi različnih dejavnikov vpliva na otopelost pri prepoznavanju etičnih dilem. Ti dejavniki so lahko različni: od preobremenjenosti na delu, pomanjkanja kadra in rutinskega dela do usmerjenosti zgolj na ročne spretnosti (Hakbilen et al., 2021).

Na podlagi ugotovitev naše raziskave bi bile potrebne izboljšave na področju izobraževanja, tako institucionalnega kot tudi kontinuiranega strokovnega izpopolnjevanja kadra. Izkazalo se je, da več kot je ur, namenjenih obravnavi tematike etičnih dilem med študijem, višja je stopnja etične občutljivosti (Çetinkaya, 2020). Ugotovljeno je bilo tudi, da zagotavljanje kontinuitete izobraževanja študentov zdravstvene nege o etiki učinkovito povečuje ozaveščenost študentov o tej temi. Zato je priporočljivo, da se tematiko etike vključi v vse predmete pri strukturiranju izobraževalnih programov zdravstvene nege (Hakbilen et al., 2021). Za razumevanje etičnih dilem v zdravstveni negi so potrebni inovativni načini poučevanja, ki vsebujejo praktične primere, s katerimi bi študenti lažje povezali teorijo s prakso (Kucukkelepce et al., 2020; Abdu Alnajjar, & Aly Abou Hashish, 2021). Na podlagi ugotovitev bi bilo smiselno dopolniti obstoječe učne načrte in implementirati teme o etičnih vsebinah v vsa leta študija in različne predmete dodiplomskega študija programa Zdravstvena nega. Trenutno so študijski programi na prvi stopnji zastavljeni tako, da se študenti, vključeni v raziskavo, s tematiko etike srečajo le v prvem letniku. Potrebno bi se bilo osredotočiti tudi na že zaposlene izvajalce zdravstvene nege ter jim nuditi možnosti ohranjanja in nadgradnje znanja s področja etične občutljivosti in prepoznavanja etičnih dilem.

Predlagamo dodatne raziskave, pri katerih bi v vzorec vključili študente drugih fakultet ter sam vzorec povečali in s tem zagotovili boljšo reprezentativnost. Tako bi lahko rezultate posplošili na širšo populacijo, česar na podlagi velikosti našega vzorca v tej raziskavi ne moremo narediti. Potrebna bi bila tudi dodatna psihometrična validacija slovenske različice vprašalnika.

Zaključek

Etična občutljivost je pomembna za zagotavljanje kakovostne in kompetentne zdravstvene oskrbe, prilagojene posamezniku in njegovim potrebam. Medicinske sestre so kot nosilke stroke zdravstvene nege soodgovorne za prepoznavanje etičnih dilem v svojem delovnem okolju. Temelj za usposobljen in kompetenten kader je izobraževanje študentov, ki krojijo prihodnost zdravstvenega sistema. Raziskava je pokazala, da imajo študenti dodiplomskega študija zdravstvene nege zmerno stopnjo etične občutljivosti, kar ponuja priložnost za izboljšave izobraževanja tako na predavanjih in vajah na fakulteti kot tudi pri kliničnem usposabljanju.

Rezultati nakazujejo možnosti dodatnih in poglobljenih raziskav na področju zdravstvene nege. V prihodnjih raziskavah bi bilo smiselno primerjati etično občutljivost študentov zdravstvene nege in zaposlenih medicinskih sester. Podrobneje bi bilo treba raziskati faktorje, ki pozitivno oziroma negativno vplivajo na etično občutljivost. Smiselno bi bilo raziskati tudi etično občutljivost v povezavi z delovno otopelostjo na področju zdravstvene nege.

Zahvala/Acknowledgements

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

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013).

Prispevek avtorjev/Author contributions

Prvi trije avtorji so sodelovali v vseh delih poteka raziskave: tako pri zasnovi, pridobivanju podatkov, analizi dela in interpretaciji podatkov kot tudi pri pripravi, kritičnem pregledu in končni odobritvi prispevka. Pri interpretaciji podatkov je sodeloval

tudi peti avtor. Zadnja dva avtorja sta z drugimi avtorji sodelovala pri raziskovalni zasnovi in oblikovanju dela ter kritičnem pregledu in končni odobritvi prispevka./The first three authors were involved in all parts of the research: in the conception, acquisition of data, analysis of the work and interpretation of the data, as well as in the drafting, critical revision and final approval of the paper. The fifth author was also involved in the interpretation of the data. The last two authors collaborated with the other authors in the conception and design of the work as well as in the critical review and final approval of the paper.

Literatura

- Al-Kateeb, B. A., Raqqad, F., Shamayleh, N., Zainelabdin, F. A., & Masri, A. A. (2021). The level of ethical sensitivity among jordanian university students according to their educational level & specialization. *Journal of Education and E-Learning Research*, 8(4), 385–394.
<https://doi.org/10.20448/journal.509.2021.84.385.394>
- Abdu Alnajjar, H., & Aly Abou Hashish, E., (2021). Academic ethical awareness and moral sensitivity of undergraduate nursing students: Assessment and influencing factors. *SAGE Open Nursing*, 2021, Article 7, 1–9.
<https://doi.org/10.1177/23779608211026715>
PMid:34263030; PMCID:PMC8243134
- Baghaei, R., Moradi, Y., Aminolshareh, S., & Zareh, H. (2014). The ethical sensitivity of nurses in decision making in Ayatollah Taleghani hospital. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*, (11), 1–7.
- Borhani, F., Abbaszadeh, A., & Mohsenpour, M. (2013). Nursing students' understanding of factors influencing ethical sensitivity: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(4), 310–315.
- Borhani, F., Alhani, F., Mohammadi, E., & Abbaszadeh, A. (2010). Professional ethical competence in nursing: The role of nursing instructors. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 3, Article 3, 1–8.
- Çetinkaya, B. (2020). Ethics in the curriculum of undergraduate nursing programs in Turkey. *International Archives of Nursing and Health Care*, 6(1), 1–8.
<https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510141>
- Cho, O.-H., & Hwang, K.-H. (2019). Academic ethical awareness among undergraduate nursing students. *Nursing Ethics*, 26(3), 833–844.
<https://doi.org/10.1177/0969733017727155>
PMid:28893158
- Choi, J. (2019). Cheating behaviors and related factors at a Korean dental school. *Korean Journal of Medical Education*, 31(3), 239–249.
<https://doi.org/10.3946/kjme.2019.134>
PMid:31455053; PMCID:PMC6715897
- Dinmohammadi, M., Peyrovi, H., & Mehrdad, N. (2013). Concept analysis of professional socialization in nursing. *Nursing Forum*, 48(1), 26–34.
<https://doi.org/10.1111/nuf.12006>
PMid:23379393
- Hakbilen, H., İnce, S., & Ozgonul, M. L. (2021). Ethical sensitivity of nursing students during a 4-year nursing curriculum in Turkey. *Journal of Academic Ethics*, 21, 41–51.
<https://doi.org/10.1007/s10805-021-09432-2>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*. (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
- Kucukkelepce, G. E., Dinc, L., & Elcin, M. (2020). Effects of using standardized patients on nursing students' moral skills. *Nursing Ethics*, 27(7), 1587–1602.
<https://doi.org/10.1177/0969733020935954>
PMid:32729761
- Macale, L., Scialò, G., Masi, P., Rocco, G., Stievano, A., Vellone, E., & Alvaro, R. (2016). Development of the ethical sensitivity scale in undergraduate nursing students. *Professioni Infermieristiche*, 68, 244–250.
- Muramatsu, T., Nakamura, M., Okada, E., Katayama, H., & Ojima, T. (2019). The development and validation of the ethical sensitivity questionnaire for nursing students. *BMC Medical Education*, 19(1), Article 215, 1–8.
<https://doi.org/10.1186/s12909-019-1625-8>
PMid:31208409; PMCID:PMC6580574
- Ovijač, D. (2012). Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(4), 297–301. Retrieved December 3, 2021 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2896>
- Salar, A. R., Zare, S., & Sharifzadeh, E. (2016). The survey of nursing students ethical sensitivity. *Biology and Medicine*, 8, Article 1–4.
<https://doi.org/10.4172/0974-8369.1000311>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students*. Pearson Education.
- Shayestehfard, M., Torabizadeh, C., Gholamzadeh, S., & Ebadi, A. (2020). Ethical sensitivity in nursing students: Developing a context-based education. *Electronic Journal of General Medicine*, 17(2), Article em195, 1–12.
<https://doi.org/10.29333/ejgm/7812>
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296.
<https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>

Tanaka, M., & Tezuka, S. (2021). A scoping review of alternative methods of delivering ethics education in nursing. *Nursing Open*, 9(6), 2572–2585.

<https://doi.org/10.1002/nop2.987>

PMid:34255926

Tas Arslan, F., & Calpbiniçi, P. (2018). Moral sensitivity, ethical experiences and related factors of pediatric nurses: A cross-sectional, correlational study. *Acta Bioethica*, 24(1), 9–18.

<https://doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100009>

Turesson, H., & Lützn, K. (2017). Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nursing Ethics*, 24(7), 847–855.

<https://doi.org/10.1177/0969733015626602>

PMid:26826120

Webster, A., Bowron, C., Maich, N., & Patterson, P. (2016). The effect of nursing staff on student learning in the clinical setting. *Nursing Standard*, 30, 40–47.

<https://doi.org/10.7748/ns.30.40.40.s44>

PMid:27275914

World Health Organization (WHO). (2020). *Process of translation and adaptation of instruments*. Retrieved December 3, 2021 from https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

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

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

PMid:24141714

Citirajte kot/Cite as:

Renko, J., Praprotnik, D., Nastran, A., Prosen, M., & Ličen, S. (2023). Etična občutljivost študentov zdravstvene nege: opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), 100–107. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3171>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Izkušnje študentov zdravstvene nege z izobraževanjem na daljavo v času prvega vala epidemije covid-19: kvalitativna raziskava

Experiences of nursing students with distance education during the first wave of the COVID-19 epidemic: A qualitative research

Špela Plesec¹*, Marija Milavec Kapun¹

Ključne besede: koronavirus; spletno izobraževanje; doživljanje; tematska analiza

Key words: coronavirus, online education, experiences, thematic analysis

¹ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Corresponding author/
Korespondenčni avtor:
spela.plesec@zf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Uvod: Razglasitev epidemije covid-19 je vodila do urgentnih sprememb tudi v procesu izobraževanja. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšne so bile izkušnje študentov in študentk zdravstvene nege s prilagojenim procesom izobraževanja v prvem valu epidemije.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna metoda. Podatki so bili zbrani s poglobljenimi delno strukturiranimi intervjuji v juniju in juliju leta 2020. V namenski vzorec je bilo vključenih trinajst študentov zdravstvene nege. Besedilo je bilo analizirano z uporabo induktivne tematske analize.

Rezultati: Identificirali smo naslednje teme in podteme: prednosti izobraževanja na daljavo (boljši pogoji za študij, časovna prilagodljivost, psihološki dejavniki, metode poučevanja, podpora in bolj osebni odnos z visokošolskimi učitelji, stroškovna učinkovitost ter več časa za študij in prostočasne dejavnosti), slabosti izobraževanja na daljavo (spremenjene metode poučevanja, psihološki dejavniki, nedosegljivost študijskih gradiv, neustrezna infrastruktura in pogoji za študij, pomanjkanje osebnega stika in socialne opore, slaba digitalna pismenost visokošolskih učiteljev ter težave pri organizaciji, komunikaciji in informiranju), metode poučevanja in uporabljena digitalna orodja ter predlogi za izboljšavo.

Diskusija in zaključek: Študenti in študentke zdravstvene nege so navajali tako pozitivne kot negativne izkušnje s prilagojenim procesom izobraževanja. Za bolj celotno sliko problematike izobraževanja v času epidemije bi bilo treba preučiti še izkušnje visokošolskih učiteljev. Izsledki raziskave so lahko spodbuda pri izbiri metod poučevanja in digitalnih orodij ter vodilo visokošolskim učiteljem in vodstvom pri načrtovanju sodobnih in inovativnih oblik izobraževanja na področju zdravstvene nege.

ABSTRACT

Introduction: The declaration of the COVID-19 epidemic also resulted in urgent changes in the education process. The objective of this study was to identify the experiences of nursing students with the adapted educational process during the first wave of the epidemic.

Methods: A qualitative method was used. Data were collected through in-depth semi-structured interviews in June and July 2020. Thirteen nursing students were included in the convenient sample. The text was analyzed using inductive thematic analysis.

Results: We identified the following themes and subthemes: advantages of distance education (better conditions for studying, time flexibility, psychological factors, teaching methods, support and a more personal relationship with lecturers, cost-effectiveness, and more time for studying and leisure activities), weaknesses of distance education (changed teaching methods, psychological factors, inaccessibility of study literature, inadequate infrastructure and poor study conditions, lack of personal contact and social support, poor digital literacy of lecturers and difficulties with organization, communication and information), applied teaching methods and digital tools, and suggestions for improvement.

Discussion and conclusion: Nursing students stated both positive and negative experiences with the adapted education process. For a holistic picture of the education process during the epidemic, the experience of lecturers should be examined also. The results of the study may serve as incentive in the choice of teaching methods and digital tools and as a guideline for lecturers and the management in the planning of modern and innovative forms of education in the field of nursing.



Prejeto/Received: 23. 1. 2022
Sprejeto/Accepted: 15. 4. 2023

© 2023 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Uvod

V začetku marca 2020 se je novi koronavirus razširil po vsem svetu in razglašena je bila pandemija (World Health Organization, 2020). Temu je sledila tudi Slovenija in vlada je na podlagi 7. člena Zakona o nalezljivih boleznih 12. marca 2020 razglasila epidemijo (Odredba, 2020). Radikalni ukrepi, ki so posegli v družbeno življenje, so vplivali tudi na delovanje izobraževalnih institucij. Ti ukrepi so imeli cilj preprečiti širjenje virusa med mlajšim prebivalstvom, saj sta njihova varnost in zdravje visoka prioriteta družbe (Sahu, 2020). Zaprtje izobraževalnih institucij 28. marca 2020 v 184-ih državah sveta je spremenilo način izobraževanja za kar 90 % svetovne študentske populacije (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2020). V Sloveniji se je izobraževalne ustanove zaprlo deset dni prej in takrat se je začelo nepredvidljivo obdobje. Fakultete so morale v izjemno kratkem času preiti na izobraževanje na daljavo. Visokošolski učitelji so bili naprošeni, da čim več aktivnosti, povezanih z izobraževalnim procesom, izvedejo na daljavo. Za priprave na spremenjen način poučevanja ni bilo dovolj časa, možnosti in tudi ustreznih virov. Način izvedbe je bil prepuščen iznajdljivosti, spretnosti in opremljenosti posameznega visokošolskega učitelja in tudi študenta. Za oboje, ki so bili predhodno vajeni le izobraževanja v neposrednem stiku, je prilagojen proces izobraževanja pomenil veliko spremembo. Raziskovalec opozarja, da je v teh primerih ključna hitra odzivnost različnih podpornih dejavnosti v izobraževalnih institucijah, in sicer tako za učitelje kot za študente (Sahu, 2020).

Izjemno hiter prehod na izobraževanje na daljavo v času epidemije ni klasično izobraževanje na daljavo. To je urgentno izobraževanje na daljavo, ki ima svoje karakteristike (Hodges, Moore, Lockee, Trust, & Bond, 2020). Son et al. (2020) ga opredeljujejo kot začasno spremembo prvotnega izobraževanja v alternativni model zaradi kriznih razmer, da se zagotovi nemoteno nadaljevanje izobraževanja. Namen ni ustvariti novega načina izobraževanja, vendar je treba proučevati učinke na študente. Nenadno spremembo v izobraževanju s prenosom v virtualno okolje so kot negativno zaznali tako visokošolski učitelji kot tudi študenti (Hanafy, Jumaa, & Arafa, 2021) tudi na področju zdravstvene nege (Rasmussen et al., 2022).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšne so bile izkušnje študentov zdravstvene nege (v nadaljevanju študenti) s prilagojenim procesom izobraževanja v prvem valu epidemije covid-19. Cilj raziskave je bil ugotoviti doživljanje študentov s spremenjenim procesom izobraževanja, s katerimi izzivi so se soočali in katere prednosti prilagojenega izobraževanja so opazili.

Zastavili smo si raziskovalno vprašanje: Kakšne so bile izkušnje in mnenja študentov v povezavi z izvedbo izobraževanja v prvem valu epidemije covid-19?

Metode

Raziskava je gradila na uporabi kvalitativne paradigme, izvedeni so bili poglobljeni delno strukturirani intervjuji.

Opis instrumenta

Oblikovali smo protokol intervjuja, ki je vključeval petnajst vprašanj in je bil razdeljen na pet sestavnih delov: splošne izkušnje z izobraževanjem na daljavo (npr. Kaj pogrešate pri izobraževanju na daljavo?), interakcija s pedagoškim osebjem (npr. Kolikšno podporo imate od visokošolskih učiteljev, ko naletite na težave pri razumevanju snovi, ali potrebujete povratne informacije o svojem delu?), metode poučevanja (npr. Katere oblike izobraževanja na daljavo so se po vašem mnenju pokazale za najboljše?), preverjanje znanja na daljavo (npr. Na kakšne težave ste naleteli pri že izvedenem preverjanju znanja na daljavo?), organizacija in motivacija za izobraževanje na daljavo (npr. Kolikšen je nivo vaše motivacije za izobraževanje na daljavo?) ter mnenje o izobraževanju na daljavo v prihodnje (npr. Kakšno je vaše mnenje o izobraževanju na daljavo po preklicu ukrepov za zavezitev epidemije?). Vprašanja smo oblikovali na podlagi pregleda literature o izkušnjah študentov z izobraževanjem na daljavo (Gillett-Swan, 2017; Dumford & Miller, 2018; McCutcheon, O'Halloran, & Lohan, 2018; Shafiei Sarvestani, Mohammadi, Afshin, & Raeisy, 2019) in jih prilagodili glede na izvedbo izobraževanja v času epidemije. Protokol intervjuja smo predhodno testirali in s tem preverili razumljivost vprašanj.

Opis vzorca

K sodelovanju v raziskavi smo povabili študente, ki so bili v študijskem letu 2019/2020 vpisani v dodiplomski študijski program Zdravstvena nege v slovenski javni visokošolski izobraževalni instituciji. Uporabljen je bil namenski vzorec. Vključili smo prvih trinajst študentov, ki so se odzvali povabilu in so v celoti odgovorili na vsa vprašanja v času intervjuja. Z intervjuji smo končali, ko je bila dosežena saturacija podatkov. Sodelovalo je deset študentov 1. in trije študenti 3. letnika. Enajst (85 %) jih je bilo ženskega in dva (15 %) moškega spola.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Podatke smo pridobili z izvedbo poglobljenih delno strukturiranih intervjujev. Za izvedbo raziskave smo pridobili dovoljenje visokošolske izobraževalne

Tabela 1: Prikaz razvoja kod
Table 1: Coding development

<i>Pomenska enota/ Meaning unit</i>	<i>Zgoščena pomenska enota/ Condensed meaning unit</i>	<i>Koda/ Code</i>
»Ja, da si lažje razporediš svoj čas ...«	boljše razporejanje časa	časovna prilagodljivost
»... dostikrat ne delujejo kakšne povezave ...«	nedelujoče spletne povezave	neustrezna infrastruktura

institucije. Študenti so bili predhodno seznanjeni z namenom, potekom raziskave, prostovoljnostjo in anonimnostjo ter da lahko kadar koli prekinejo sodelovanje, ne da bi to negativno vplivalo na študij ali študijski uspeh. Privolitev za sodelovanje je bila podana pisno. Intervjuji so bili izvedeni v juliju in juliju 2020 in so trajali od 8 minut do 35 minut. Žvočne posnetke smo po dobesednem prepisu ponovno poslušali in po potrebi zapise dopolnili. Navedena imena študentov in visokošolskih učiteljev smo v procesu transkripcije anonimizirali.

Opravljena je bila induktivna tematska analiza (Maguire & Delahunt, 2017), ki je potekala v šestih fazah: seznanitev s podatki, oblikovanje začetnih kod, iskanje tem, pregled tem, opredelitev in poimenovanje tem ter priprava poročila (Kiger & Varpio, 2020). Proces razvoja kod prikazuje Tabela 1. Z namenom zagotavljanja objektivnosti rezultatov sta

bili v kodiranje vključeni dve raziskovalki različnih disciplinarnih predznanj (zdravstvena nega in izobraževanje) in raziskovalnih izkušenj.

Rezultati

Med kodiranjem zapisov intervjujev smo oblikovali štiri teme: prednosti izobraževanja na daljavo, slabosti izobraževanja na daljavo, metode poučevanja in uporabljena digitalna orodja ter predlogi za izboljšavo, ki smo jih oblikovali na podlagi 31-ih podtem, prikazanih v Tabeli 2.

Prednosti izobraževanja na daljavo

Študij na daljavo, ki je v času epidemije potekal v bivalnem okolju, je po mnenju nekaterih intervjuvanih študentov omogočal boljše pogoje za študij: »... veliko

Tabela 2: Prikaz podtem in tem
Table 2: Overview of subthemes and themes

<i>Teme/Themes</i>	<i>Podteme/Subthemes</i>
Prednosti izobraževanja na daljavo	boljši pogoji za študij pozitivni psihološki dejavniki učenja prednosti novih metod poučevanja ustrezna podpora visokošolskih učiteljev bolj osebni odnos z visokošolskimi učitelji stroškovna učinkovitost časovna učinkovitost
Slabosti izobraževanja na daljavo	spremenjene metode poučevanja negativni psihološki dejavniki učenja slabša dostopnost do študijskih gradiv neustrezna infrastruktura neustrezni pogoji za študij pomanjkanje osebnega stika in socialne podpore slaba digitalna pismenost visokošolskih učiteljev organizacijske težave težave pri komunikaciji in informiranju prilagoditev na spremembo v izvedbi
Metode poučevanja in digitalna orodja	družbena omrežja elektronska pošta orodja za preverjanje znanja platforme za učenje sodelovalna okolja videokonferenčni sistemi individualna ali skupinska priprava pisnega izdelka individualne ali skupinske konzultacije videorazlaga samostojen študij gradiv
Predlogi za izboljšavo	dvig digitalnih kompetenc visokošolskih učiteljev izboljšanje komunikacije in informiranja nadgradnja organiziranosti tehnična nadgradnja in podpora

lažje mi je, da delam sama, brez motečih faktorjev okoli sebe ...» (študent (v nadaljevanju Š) 9) Z vidika psiholoških dejavnikov, ki vplivajo na uspešnost učenja, so intervjuvanci navajali, da je doma manj stresno in se lažje skoncentrirajo: »... v domačem okolju ni tako stresno, lahko si vstal, kdaj si hotel ...« (Š2) Prav tako so nekateri opazili, da je bila doma raven njihove motivacije višja: »... zdelo se mi je kot, da sem imela malo več motivacije, ker vseeno nismo imeli celi dan vaj ...« (Š2) Intervjuvani študenti so prepoznali prednosti aktivnih metod poučevanja, navedli so, da jih je ta način izobraževanja spodbudil k samostojnemu učenju in iskanju informacij: »... študenti smo morali stvari naštudirati sami, tako da smo bili nekako prisiljeni v to, da se učimo ...« (Š3) Po njihovem mnenju je bila podpora visokošolskih učiteljev v tem času ustrezna: »... dali so vedeti, da, če so kakršna koli vprašanja, se lahko obrnemo na njih ...« (Š9) Navedli so, da je bil odnos z visokošolskimi učitelji bolj oseben: »Pa tudi bolj dostopni so delovali, bolj človeški.« (Š12) Prepoznali so tudi, da je tak način izobraževanja stroškovno bolj učinkovit: »... lahko se pridružiš webinarjem ... ne rabiš denarja, da greš v Anglijo, Ameriko, na Švedsko ...« (Š11) Kot prednost so prepoznali tudi časovno učinkovitost z vidika časovne prilagodljivosti študija: »... čas si razporediš sam ... narediš si urnik in delaš po njem ter nisi odvisen od šole ...« (Š8) in več časa za študijske obveznosti, zato so se jim lahko bolj posvetili: »... nismo mogli delati praktičnih stvari, tako, da je bil zdaj večji poudarek na teoriji ...« (Š2) Večina je kot prednost navedla tudi prihranek časa, ki ga drugače porabijo za prevoz do fakultete: »... več imaš časa, ker jaz izgubim že uro in pol s tem, da se pripeljem do Ljubljane in nazaj ...« (Š5) Tako so imeli tudi več prostega časa: »... imela sem veliko več časa za sebe ... zjutraj vstaneš, popiješ kavico, potem se učiš, potem imaš spet čas ...« (Š8)

Slabosti izobraževanja na daljavo

Izobraževanje na daljavo v času epidemije je imelo po mnenju intervjuvancev pomanjkljivosti, kot so spremenjene metode poučevanja, pogrešali so demonstracijo pri praktičnih vsebinah in imeli težave pri samostojnem študiju gradiv: »... ne vidiš tako v praktičnem smislu, ali pa, na primer, nekateri so bolj slušni tipi ...« (Š4)

Z vidika psiholoških dejavnikov, ki negativno vplivajo na uspešnost študija, so poudarili potrebo po samoorganiziranosti pri študiju, navedli so, da je bila raven njihove motivacije za študij nižja kakor sicer: »... doma se moraš organizirati sam, tu pa v bistvu moraš priti na faks, in se že s samo prisotnostjo motiviraš.« (Š3)

Poudarili so tudi slabšo dostopnost do študijskih gradiv: »... nismo mi krivi, da ne moremo dostopati do knjižnice, moral bi si urediti dostop.« (Š12) Opozorili so tudi na neustrezno infrastrukturo za študij na daljavo.

Vsi študenti niso imeli ustrezne računalniške opreme, navajali so tudi slabe oziroma nedelujoče internetne povezave: »... če je bila internetna povezava slaba in je prekinjalo, je to motilo sam učni proces ...« (Š3) Doma niso imeli pripomočkov za učenje postopkov zdravstvene nege na daljavo, zato niso mogli vaditi: »... nihče nima [modela] roke doma, da bi lahko vadil, na svojcih pa tudi ne gre.« (Š2)

Nekaj študentov je poudarilo, da jim domače okolje nudi slabše pogoje za študij in se lažje učijo na fakulteti oziroma v študentskih sobah: »... jaz mam dve majhni sestrici in to ni bilo nobenega miru ...« (Š1)

Občutili so pomanjkanje osebnega stika in socialne opore vrstnikov: »... pogrešaš družbo in študentsko okolje ...« (Š6), poudarili so pomanjkanje medsebojne pomoči in pogovorov z drugimi študenti o različnih težavah, tudi v zvezi s študijem.

Intervjuvani študenti so opazili slabo digitalno pismenost visokošolskih učiteljev: »... večina jih je bila tako v zagovor, ne znamo delati s tehnologijo ...« (Š9) Z organizacijskega vidika študija na daljavo v času epidemije so poudarili problem časovnega zamika med predelavo teoretičnih vsebin in izvedbo praktičnih vaj na fakulteti. Več jih je omenilo, da je bilo zato naporno, ko so se vrnili nazaj na fakulteto: »... veliko izpitov smo imeli premaknjenih oziroma jih zdaj opravljamo z zamudo ...« (Š3) Menili so, da je bilo informiranje o študijskih obveznostih slabo in je zato prihajalo do težav v komunikaciji z visokošolskimi učitelji, ki se je v celoti preselila na splet: »... težave v komunikaciji, ker nismo znali neke prave komunikacije s profesorji razviti ...« (Š8) Navajali so tudi težave s prilagajanjem na spremembo v izvedbi študijskega procesa: »... letos je situacija drugačna. Raje pišem v živo: papir in kuli, je bolj ziher.« (Š13)

Metode poučevanja in uporaba digitalnih orodij

Študenti, ki so sodelovali v raziskavi, so izrazili navdušenje nad uporabo družbenega omrežja Facebook za opravljanje študijskih obveznosti v obliki razprav: »Nisem si predstavljala, da bomo kdaj za faks delali preko Facebooka ...« (Š9) Navedli so, da se je za komunikacijo z visokošolski učitelji največkrat uporabljala elektronska pošta: »... profesorji so dali svoj mail, da si jih lahko kontaktiral, če si kaj potreboval ...« (Š4) Za preverjanje znanja sta se uporabljali dve spletni orodji: Exam.net in platforma Moodle, včasih v kombinaciji z videokonferenčnimi sistemi. Intervjuvanci so menili, da je spletno orodje Exam.net bolj primerno: »Exam.net ni imel nobenih pomanjkljivosti ...« (Š2), pri uporabi Moodla pa so navajali številne tehnične težave: »... smo pa imeli en izpit preko spletne učilnice, kar pa je bil kar malo polom.« (Š2) Za podporo študiju se je najpogosteje uporabljala platforma Moodle: »...z nalaganjem gradiva v spletno učilnico, in da je profesor napisal naloge, ki jih moramo narediti.« (Š6) Povedali so,

da so se zaradi prilagojenega načina izobraževanja naučili delati v sodelovalnem okolju: »... imeli smo te skupne dokumente, recimo za seminarske naloge.« (Š6), »... OneNote, nek oblak ...« (Š12) in »... Microsoft Teams...« (Š13) Za medsebojno komunikacijo so se pogosto uporabljali tudi videokonferenčni sistemi, kot sta Zoom in Webex:

»... pri veliko profesorjih je bilo tako, da smo bili na kamerah, tako profesorji kot mi, in smo se na ta način sporazumevali, pri kakšnih je bilo tako, da nisi rabil kamere ...« (Š3)

Opravljanje študijskih obveznosti je večkrat potekalo s pripravo individualnega ali skupinskega pisnega izdelka: »... pri vseh predmetih smo imeli kake seminarske naloge za pisat ali pa neko drugo delo preko spletne učilnice ...« (Š10) Individualne in skupinske konzultacije so potekale na daljavo: »... za te seminarske pa to so pa itak tudi profesorji sami hoteli, da imamo nek Webex-sestanek ...« (Š10) Največkrat uporabljena metoda poučevanja je bila razlaga po videokonferenčnem sistemu: »Zoom, torej predavanja v živo ...« (Š1) Nekateri visokošolski učitelji so spodbujali samostojni študij, zato so študentom posredovali študijsko gradivo, nato pa pridobljeno znanje preverjali po spletu: »Najprej sem si prebral vso literaturo, ki smo jo dobili, potem pa sem rešil kviz v spletni učilnici ...« (Š5) Interaktivno so reševali različne naloge: »... vseč mi je bila informatika, ker smo veliko delali na računalnikih, in nisi rabil biti pri miru in samo poslušati ...« (Š3)

Predlogi za izboljšavo izobraževanja na daljavo

Na koncu intervjuja so bili študenti povabljeni, da navedejo možnosti za izboljšanje študija zdravstvene nege na daljavo. Poudarili so, da je treba nadgraditi digitalne kompetence visokošolskih učiteljev. Želijo si interaktivnih predavanj in aktivnih oblik poučevanja: »... mogoče da smo tudi študenti sami bolj vključeni v to, da ne samo sedimo pred računalniki in poslušamo ...« (Š3) Predlagajo, da bi se predavanja lahko posnela, kar bi omogočilo ogled s časovnim zamikom in večkratno predvajanje. Pomembno se jim zdi, da se kljub uporabi različnih spletnih orodij ohranja medsebojni stik z visokošolskimi učitelji: »... komunikacija je še zmeraj potrebna, stik študent-predavatelj se mi zdi, da bi mogel ostati.« (Š8) Intervjuvanci menijo, da je treba izboljšati organiziranost študijskega procesa, da se pravočasno načrtuje študijske obveznosti, jih enakomerno razporedi in se uporabljajo enotna spletna orodja za komunikacijo in posredovanje študijskih gradiv: »... da bi bila organiziranost vseh profesorjev skladna, da bi vsi delali na enak način ...« (Š9) Za izvajanje študija zdravstvene nege na daljavo je treba po mnenju intervjuvancev temu prilagoditi tudi kurikulum. Študenti zdravstvene nege, ki so sodelovali v raziskavi, vidijo priložnost v hibridni izvedbi izobraževanja in menijo, da bi se tudi v prihodnje

na daljavo lahko izvedla predavanja, seminarske in laboratorijske vaje. Večina jih je menilo, da je mogoče v obliki izobraževanja na daljavo uspešno predelati vse teoretične vsebine: »... predavanja so ena izmed tistih, ki bi jih lahko imeli preko spleta, lahko tudi kakšne vaje, kjer ni potrebna interakcija...« (Š8) in »splošne predmete, ki niso toliko vezani na naš poklic ...« (Š4) Hkrati pa menijo, da na daljavo ni mogoče predelati in preveriti praktičnih vsebin, ki so posredovane v okviru kabinetnih in praktičnih vaj:

»... praktične, kjer je potrebno nekaj pokazati, pač svoje ročne spretnosti ali pa postopke, ki jih še ne poznamo, recimo vstavev intravenozne kanile ...« (Š5)

Klasične izvedbe si želijo tudi pri obsežnih in temeljnih študijskih predmetih:

»... ostali, kjer pa potrebuješ malo več razlage, tudi kakšno pisanje na tablo pa bi bilo boljše mogoče, da se naredijo v živo.« (Š2)

O izvedbi preverjanja znanja v prihodnje niso imeli enotnega mnenja. Nekateri menijo, da se izpiti lahko izvajajo na daljavo: »Po mojem mnenju bi lahko bilo več izpitov na daljavo.« (Š7), medtem ko drugi menijo, da jih je treba izvajati na fakulteti: »... imam rajši izpite v živo, večji pritisk je, če se ga izvaja doma, predvsem iz razloga teh tehničnih težav.« (Š5) Poudarili so potrebo po odpravi tehničnih pomanjkljivosti in težav med predavanji ter izvedbo preverjanja znanja. Po njihovem mnenju je ključna zagotovitev ustrezne infrastrukture, in sicer tako za visokošolske učitelje kot študente:

»... osebno nisem imela nobenih težav, bi jih pa lahko, če ne bi imela zmogljivega računalnika ali pa zadosti dobre internetne povezave ...« (Š2)

Diskusija

Z raziskavo smo ugotovili, da so imeli študenti zdravstvene nege zaradi epidemije covid-19 tako pozitivne kot negativne izkušnje s spremenjenim načinom izvedbe študija zdravstvene nege. Navajali so, da so prednosti izobraževanja na daljavo naslednje: boljši pogoji za študij, pozitivni psihološki dejavniki in nekatere metode poučevanja. Rezultati raziskave, izvedene na Poljskem v času epidemije covid-19, kažejo, da so študenti medicine opisovali podobne prednosti, in sicer možnost, da bivajo doma, da je okolje bolj udobno, da imajo stalen dostop do spletnih gradiv in si tempo učenja lahko prilagodijo (Bączek, Zagańczyk-Bączek, Szpringer, Jaroszyński, & Wożakowska-Kapłon, 2020). V slovenski raziskavi (Prosen, Karnjuš, & Ličen, 2022) so ugotovili, da so tudi študenti zdravstvene nege prepoznali e-poučevanje/učenje kot učinkovito, pri čimer imajo pomembno vlogo učitelji, njihovo znanje in odnos do uporabe tehnologije in e-poučevanja.

V našo raziskavo vključeni študenti so poudarili boljšo časovno prilagodljivost, več časa za študijske obveznosti in tudi več prostega časa. Raziskovalci

(Niebuhr, Niebuhr, Trumble, & Urbani, 2014) opozarjajo, da lahko prednosti, kot je časovna prilagodljivost, hkrati predstavljajo omejitve, zlasti pri študentih s slabšo samodisciplino. Dosedanje raziskave ne kažejo, da bi uporaba digitalnih tehnologij vplivala na slabše znanje študentov, kažejo pa se izrazite prednosti pri razvoju bolj avtonomnega študija (Hatlevik, Thronsdén, Loi, & Gudmundsdóttir, 2018; Gökbulut, 2020). To je v skladu z našimi ugotovitvami, saj so študenti zdravstvene nege menili, da jih je spremenjen način izobraževanja spodbudil k večji samostojnosti pri študiju.

Premik iz učilnic na študij na daljavo je predstavljal stres in težave tako za visokošolske učitelje kot študente (Drašler et al., 2021). Z našo raziskavo smo ugotovili tudi nekatere slabosti prilagojenega načina izobraževanja, ki se nanašajo na tehnične težave, neustrezno infrastrukturo in neustrezne digitalne spretnosti visokošolskih učiteljev za poučevanje v digitalnem okolju, kar so opazili tudi drugi raziskovalci (Tejedor, Cervi, Pérez-Escoda, & Jumbo, 2020). Digitalna pismenost vseh, vključenih v proces izobraževanja, pa je ključna v času digitalne preobrazbe družbe. Težave z organizacijo izvedbe izobraževanja, komunikacijo in informiranjem lahko delno pripišemo dejstvu, da je bilo treba spremembo v izvedbi uvesti nemudoma.

Študenti so pogrešali osebni stik in socialno oporo sošolcev in visokošolskih učiteljev. Na osnovi rezultatov podobne raziskave v Avstraliji Rasmussen et al. (2022) poudarjajo pomen podpore študentom od učiteljev s pravočasnimi in jasnimi informacijami, kar lahko zmanjša stres in tesnobo med študenti. Tudi drugi raziskovalci (Váraljai & Nagy, 2019) so ugotovili, da virtualna komunikacija z avdio- in videokonferencami ne more v celoti nadomestiti osebnega stika z učitelji ali sošolci. Študenti medicine na Poljskem so kot najpogostejšo slabost izobraževanja na daljavo prepoznali pomanjkanje interakcije s pacienti (Bączek et al., 2020), kar študenti v naši raziskavi niso izrazili neposredno, so pa navedli, da so s tem načinom izobraževanja pridobili samo teoretična znanja. Pozneje so bili vključeni v klinično okolje, v katerem so bili v stiku s pacienti. Učenje v stiku s pacienti je ključnega pomena pri izobraževanju za poklice v zdravstvu in ga ni mogoče v celoti nadomestiti z učenjem na daljavo.

Pridobljena spoznanja v času pandemije so lahko izhodišče za preoblikovanje praktičnega dela izobraževanja študentov zdravstvene nege (Carolan, Davies, Crookes, McGhee, & Roxburgh, 2020). Zavedati se moramo, da so bile medicinske sestre v kliničnem okolju tudi same preobremenjene (Višić & Sočan, 2022) in niso zmogle zagotavljati ustreznega mentorstva za študente na kliničnem usposabljanju. Deloma se bi to lahko nadomestilo z virtualnimi simulacijami ali virtualnimi pacienti (Kamenšek, 2022).

Študenti zdravstvene nege, ki niso imeli ustrezne infrastrukture (dostop do interneta, računalniške opreme), so se soočali s številnimi tehničnimi težavami. Izobraževanja po spletu zahtevajo dobro digitalno infrastrukturo, udeleženci morajo imeti ustrezno znanje in kontinuirano tehnično podporo (Bączek et al., 2020; Tejedor et al., 2020). Poljski študenti medicine so ocenili, da so bili med izobraževanjem na daljavo manj dejavni v primerjavi s tradicionalnim načinom izobraževanja (Bączek et al., 2020). Tudi študenti, vključeni v našo raziskavo, menijo, da jih prisotnost na fakulteti motivira za študij, medtem ko pri izobraževanju po spletu »lažje ugasnejo računalnik«. Tudi drugi raziskovalci poudarjajo pomen nudenja podpore in motiviranja za študij, ko ta poteka na daljavo (Rasmussen et al., 2022).

V času epidemije covid-19 študijski proces ni potekal vedno brezhibno in uspešno, saj so imele izobraževalne institucije omejene izkušnje na tem področju in visokošolski učitelji niso razumeli načinov poučevanja na daljavo, kar je enako z ugotovitvami drugih raziskovalcev (Mailizar, Almanthari, Maulina, & Bruce, 2020; Tejedor et al., 2020). Študenti zdravstvene nege so izrazili željo, da se uporabijo različne (aktivne) metode poučevanja in digitalna orodja. Posebej všeč so jim bili netradicionalni načini, kot je uporaba družbenih omrežij, ki so jim blizu zaradi vsakodnevnne uporabe v prostem času, tokrat pa so jih lahko uporabljali tudi za študij. Za obdobje po koronačasu predlagajo hibridno izvedbo izobraževanja, da se praktične vsebine še vedno izvajajo na fakulteti, medtem ko bi se lahko (nekateri) teoretične vsebine tudi v prihodnje podale na daljavo. Modeli izobraževanja študentov zdravstvene nege na daljavo ne podajajo odgovora na ključno vprašanje: Kako se na ta način zagotovi pridobivanje kliničnih spretnosti in odnos do same stroke? (Costa et al., 2020). Omenjeno poteka večinoma v procesu profesionalne socializacije v kliničnem okolju.

Na prvi pogled uničujoči učinki epidemije so priložnost za preobrazbo izobraževanja bodočih medicinskih sester v smeri hitrega širjenja inovacij in spoznanj, kar zahteva od različnih akterjev transformacijo in premik naprej (Carolan et al., 2020). Neprecenljive izkušnje, ki so jih tako študenti in visokošolski učitelji kot tudi izobraževalne institucije pridobili v prvem valu epidemije, so olajšale spopadanje z izzivi izvedbe izobraževanja v študijskem letu 2020/21. Ob zaključevanju petega vala epidemije in ob negotovosti zaradi pojava novih sevov koronavirusa, ki bodo lahko krojili izvedbo izobraževanja v prihodnje, vznikajo novi načini v izobraževanju študentov zdravstvene nege. Izkušnje z izobraževanjem v času epidemije covid-19 pomembno vplivajo na izobraževalni proces tudi po njenem preklicu (Ličen, 2021). Skrbno načrtovana hibridna oblika izobraževanja, ki vključuje elemente spletne oblike v kombinaciji s klasičnim načinom, lahko

zagotavlja uspešnost in prilagodljivost izobraževanja. Tudi študenti, vključeni v raziskavo, menijo, da bi bila taka oblika izobraževanja uspešna. Hibridna oblika izobraževanja je v slovenskem prostoru na področju zdravstvene nege novost. Epidemiološka spodbuda je bil dobrodošel opomnik razvijalcem, raziskovalcem in izvajalcem izobraževanja na področju zdravstvene nege za razvoj ter tudi implementacijo sodobnih in aktivnih oblik študija zdravstvene nege v slovenskem okolju.

V raziskavo smo vključili študente zdravstvene nege samo ene izobraževalne institucije. Za celotno sliko o preučevanem problemu bi bilo treba preučiti tudi izkušnje študentov 2. letnika in drugih visokošolskih izobraževalnih zavodov, kjer so mogoče drugače pristopili k izvedbi izobraževanja v času epidemije. Prav tako raziskava vključuje le izkušnje študentov v prvem valu epidemije. Izkušnje in doživljanja posameznega študenta pa so odvisna tudi od osebnosti in življenjskih pogojev posameznika. Glede na navedene omejitve raziskave izsledkov ni mogoče posplošiti na celotno populacijo. Smiselno bi bilo raziskovanje doživljanja urgentnega izobraževanja na daljavo tudi pri visokošolskih učiteljih. Prav tako ne moremo ugotovitev raziskave posploševati na izobraževanje na daljavo na drugih področjih, lahko pa predstavljajo izhodišča za oblikovanje in dolgoročno spremljanje učinkov take izvedbe na področju zdravstvene nege.

Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili tako pozitivne kot negativne izkušnje študentov zdravstvene nege, povezane s spremenjenim načinom izvedbe izobraževanja v času epidemije, kar so ugotovili tudi v raziskavah o izobraževanju na daljavo v običajnih razmerah. Zaradi urgentnega izobraževanja na daljavo je to lahko vplivalo na večjo stopnjo zaznave negativnih vidikov poteka izobraževanja na daljavo s strani vključenih študentov. Kljub urgentni izvedbi smo ugotovili, da študenti zdravstvene nege opažajo tudi prednosti izobraževanja na daljavo. V izobraževanje na področju zdravstvene nege bi bilo smiselno vključiti razpoložljivo digitalno tehnologijo in uporabljati aktivne metode poučevanja. Ugotovitve predstavljajo pomembno izhodišče in spodbudo za načrtovanje izobraževanja na daljavo oziroma hibridno obliko izvedbe izobraževanja na področju zdravstvene nege.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je bila izvedena s pisnim soglasjem vodstva visokošolske izobraževalne institucije. Raziskavo je odobrila Komisija za etiko Filozofske fakultete, Univerze v Ljubljani, dne 06. 7. 2020 (št. vloge: 192-2020)./The research was conducted with the written consent of the management of the higher educational institution. The study was approved by the Ethics Commission on 6 July 2020 (reference number 192-2020).

Prispevek avtorjev/Author contributions

Obe avtorici sta sodelovali pri idejnem načrtovanju, pisanju in pregledu uvoda, metodologije, rezultatov, interpretacije, diskusije in zaključka raziskave./Both authors participated in the conceptual planning and in writing and reviewing the introduction, methodology, results, interpretation, discussion and conclusion of the research.

Literatura

Bączek, M., Zagańczyk-Bączek, M., Szpringer, M., Jaroszyński, A., & Wożakowska-Kapłon, B. (2020). Students' perception of online learning during the COVID-19 pandemic: A survey study of Polish medical students. *Medicine*, 100(7), Article e24821, 1–6.

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024821>

Carolan, C., Davies, C. L., Crookes, P., McGhee, S., & Roxburgh, M. (2020). COVID 19: Disruptive impacts and transformative opportunities in undergraduate nurse education. *Nurse Education in Practice*, 46, Article 102807, 1–2.

<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102807>

PMid:32502757; PMCID:PMC7255089

Costa, R., Lino, M. M., Souza, A. I. J. de, Lorenzini, E., Fernandes, G. C. M., Brehmer, L. C. de F. ... Gonçalves, N. (2020). Nursing teaching in Covid-19 times: How to reinvent it in this context? *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29, Article e20200202, 1–3.

<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0002-0002>

Drašler, V., Bertonecelj, J., Korošec, M., Žontar, T. P., Ulrih, N. P., & Cigić, B. (2021). Difference in the attitude of students and employees of the University of Ljubljana towards work from home and online education: Lessons from covid-19 pandemic. *Sustainability*, 13(9), Article 5118, 1–24.

<https://doi.org/10.3390/su13095118>

Dumford, A. D., & Miller, A. L. (2018). Online learning in higher education: Exploring advantages and disadvantages for engagement. *Journal of Computing in Higher Education*, 30(3), 452–465.

<https://doi.org/10.1007/s12528-018-9179-z>

- Gillett-Swan, J. (2017). The challenges of online learning: Supporting and engaging the isolated learner. *Journal of Learning Design*, 10(1), (1), 20–30.
<https://doi.org/10.5204/jld.v9i3.293>
- Gökbulut, B. (2020). Distance education students' opinions on distance education. In M. Durnali & I. Limon (Eds.), *Enriching teaching and learning environments with contemporary technologies* (pp. 138–152). IGI Global.
<https://doi.org/10.4018/978-1-7998-3383-3.ch008>
- Hanafy, S. M., Jumaa, M. I., & Arafa, M. A. (2021). A comparative study of online learning in response to the coronavirus disease 2019 pandemic versus conventional learning. *Saudi Medical Journal*, 42(3), 324–331.
<https://doi.org/10.15537/smj.2021.42.3.20200741>
PMid:33632912; PMCID:PMC798925
- Hatlevik, O. E., Throndsen, I., Loi, M., & Gudmundsdottir, G. B. (2018). Students' ICT self-efficacy and computer and information literacy: Determinants and relationships. *Computers and Education*, 118, 107–119.
<https://doi.org/10.1016/j.compedu.2017.11.011>
- Hodges, C., Moore, S., Lockee, B., Trust, T., & Bond, A. (2020). The difference between emergency remote teaching and online learning. *Educause*, 1–15. Retrieved May 23, 2021 from <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>
- Kamenšek, T. (2022). Uporaba virtualnih simulacij ali virtualnih pacientov pri izobraževanju študentov v zdravstveni negi: Integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), 31–48.
<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.1.3136>
- Kiger, M. E., & Varpio, L. (2020). Thematic analysis of qualitative data: AMEE guide No. 131. *Medical Teacher*, 42(8), 846–854.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1755030>
PMid:32356468
- Ličen, S. (2021). Nursing education in the time of COVID-19: What has it taught us? *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 4–6.
<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3082>
- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 9(3), 3351–3365.
<https://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>
- Mailizar, Almanthari, A., Maulina, S., & Bruce, S. (2020). Secondary school mathematics teachers' views on e-learning implementation barriers during the COVID-19 pandemic: The case of Indonesia. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 16(7), Article em1860, 1–9.
<https://doi.org/10.29333/EJMSTE/8240>
- McCutcheon, K., O'Halloran, P., & Lohan, M. (2018). Online learning versus blended learning of clinical supervisee skills with pre-registration nursing students: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 30–39.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.005>
PMid:29574394
- Niebuhr, V., Niebuhr, B., Trumble, J., & Urbani, M. J. (2014). Online faculty development for creating E-learning materials. *Education for Health*, 27(3), 255–261.
<https://doi.org/10.4103/1357-6283.152186>
PMid:25758389
- Odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) na območju Republike Slovenije* (2020). Uradni list RS, 19 (12. 3. 2020). Retrieved July 23, 2021 from <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2550>
- Prosen, M., Karnjuš, I., & Ličen, S. (2022). Evaluation of e-learning experience among health and allied health professions students during the COVID-19 pandemic in Slovenia: An instrument development and validation study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), Article 4777, 1–12.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19084777>
- Rasmussen, B., Hutchinson, A., Lowe, G., Wynter, K., Redley, B., Holton, S., Manias, E. ... Kerr, D. (2022). The impact of covid-19 on psychosocial well-being and learning for Australian nursing and midwifery undergraduate students: A cross-sectional survey. *Nurse Education in Practice*, 58, Article 103275, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103275>
PMid:34922092; PMCID:PMC8662551
- Sahu, P. (2020). Closure of universities due to coronavirus disease 2019 (COVID-19): Impact on education and mental health of students and academic staff. *Cureus*, 12(4), Article e7541, 1–12.
<https://doi.org/10.7759/cureus.7541>
- Shafiei Sarvestani, M., Mohammadi, M., Afshin, J., & Raeisy, L. (2019). Students' experiences of e-learning challenges: A phenomenological study. *Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences*, 10(3), 1–10.
<https://doi.org/10.30476/ijvlms.2019.45841>
- Son, N. T., Anh, B. N., Tuan, K. Q., Son, N. B., Son, N. H., & Jaafar, J. (2020). An analysis of the effectiveness of emergency distance learning under COVID-19. In *2020 International Conference on Control, Robotics and Intelligent System (CCRIS 2020)*. Association for Computing Machinery, New York (CCRIS, 2020) (pp. 136–143). Association for Computing Machinery, New York.
<https://doi.org/10.1145/3437802.3437826>
- Tejedor, S., Cervi, L., Pérez-Escoda, A., & Jumbo, F. T. (2020). Digital literacy and higher education during COVID-19 lockdown: Spain, Italy, and Ecuador. *Publications*, 8(4), Article 48, 1–17.
<https://doi.org/10.3390/publications8040048>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2020). *Education: From disruption to recovery*. Retrieved July 23, 2021 from <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>

Váraljai, M., & Nagy, B. (2019). A Survey in issues of disruptive technologies to broaden learning for the future students. In *2019 10th IEEE International Conference on Cognitive Infocommunications (CogInfoCom) 23-25 Oktober 2019, Neapel* (pp. 391–396).
<https://doi.org/10.1109/CogInfoCom47531.2019.9089926>

Višič, U., & Sočan, M. (2022). Pomen pandemije covid-19 za duševno zdravje medicinskih sester in zdravnikov: Pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(4), 301–310.
<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.4.3113>

World Health Organization. (2020). *WHO Timeline: COVID-19*. Retrieved August 19, 2020 from <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Citirajte kot/Cite as:

Plesec, Š., & Milavec Kapun, M. (2023). Izkušnje študentov zdravstvene nege z izobraževanjem na daljavo v času prvega vala epidemije covid-19: kvalitativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), 108–116. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3117>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Razlogi za zapuščanje poklica med medicinskimi sestrami v bolnišnicah: integrativni pregled literature

Reasons for nurse turnover in hospitals: An integrative literature review

Anita Prelec^{1, 2, *}, Brigita Skela-Savič³

Ključne besede: zdravstvena nega; zadržanje medicinskih sester; izgorelost; zadovoljstvo na delovnem mestu

Key words: nursing; retention of nurses; burnout; job satisfaction

¹ Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ob železnici 30 A, 1000 Ljubljana, Slovenija

² Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Katedra za babištvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

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

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
izvr.sna.direktorica@zbornica-zveza.si

IZVLEČEK

Uvod: Pomanjkanje medicinskih sester je odraz starajoče se družbe in večjih potreb uporabnikov zdravstvenih storitev. Nezadovoljstvo medicinskih sester vodi v izgorelost, ki je najpogostejši vzrok za zapuščanje poklica. Namen integrativnega pregleda literature je bil preučiti razloge za odločitve medicinskih sester v bolnišnicah, da zapustijo poklic.

Metode: Uporabili smo integrativni pregled literature. Z uporabo ključnih besed zdravstvena nega, zapuščanje poklica, dejavniki tveganja, izgorelost, zadovoljstvo na delovnem mestu smo pregledali podatkovne baze CINAHL, PubMed in ProQuest Dissertations & Theses Global. Vključili smo raziskave v angleškem jeziku, objavljene med letoma 2011 in 2021. Identificirali smo 1.328 zadetkov, za končno analizo pa uporabili osem virov v polnem besedilu: šest virov iz šestega nivoja in dva vira iz sedmega nivoja izbrane hierarhije dokazov. Za pregled poteka raziskave smo uporabili diagram PRISMA. Zbrane podatke smo obdelali s tematsko integrativno analizo.

Rezultati: S tematsko integrativno analizo smo identificirali 25 kod, ki smo jih združili v štiri podteme in dve temi: (1) družbeno-ekonomski in organizacijski dejavniki, povezani z zapuščanjem poklica; (2) neustrezni delovni pogoji in pomanjkljiva podpora managementa.

Diskusija in zaključek: Kljub aktualnosti teme so raziskave večinoma presečne, intervencijskih raziskav v našem integrativnem pregledu ni. Vedenje o zadržanju medicinskih sester v našem kulturnem okolju lahko okrepiamo z nacionalnimi retrospektivnimi in prospektivnimi raziskavami, kar nam bo dalo dobra izhodišča tudi za intervencijske raziskave.

ABSTRACT

Introduction: The global shortage of nurses is a reflection of an ageing society and increased needs of health service users. Nurses' dissatisfaction leads to burnout, which is the leading cause for leaving the profession. The aim of the integrative literature review was to examine the reasons why nurses in hospitals leave the profession.

Methods: An integrative literature review was used. The following keywords were used to search the CINAHL, PubMed and ProQuest Dissertations & Theses Global databases: 'nursing', 'turnover', 'risk factors', 'burnout', 'job satisfaction'. Research papers in English published between 2011 and 2021 were included. We identified 1,328 hits and used 8 full-text sources for the final analysis: six sources from level six and two sources from level seven of the selected evidence hierarchy. The PRISMA diagram was used to depict the research process. A thematic integrative analysis was conducted to process the data collected.

Results: Integrative thematic analysis was used to identify 25 codes that were grouped into four sub-themes and two themes: (1) socio-economic and organizational factors related to leaving the profession; (2) inadequate working conditions and lack of management support.

Discussion and conclusion: Despite the current relevance of the topic, research conducted is mostly intersectional and intervention research was not identified in this integrative review. The knowledge of nurse retention in our cultural environment should be upgraded by national retrospective and prospective research that would also provide sound starting points for intervention research.



Prejeto/Received: 20. 9. 2022
Sprejeto/Accepted: 19. 2. 2023

© 2023 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Uvod

Z dolgoživo družbo naraščajo potrebe po zdravstveni obravnavi (Feeg & Mancino, 2014) in s tem tudi potrebe po povečanju števila zdravstvenega kadra (Saudi Patient Safety Center, 2019). Prisotno je tudi družbeno zavedanje, da je za doseganje globalnih ciljev univerzalnega zdravstvenega varstva in njegovo učinkovito izvajanje treba zagotoviti geografsko enakomerno porazdelitev trajnostnih kadrov v zdravstveni negi (Buchan, Shaffer, & Catton, 2018). Večje delovne obremenitve zaposlenih v zdravstveni negi in zmanjšan interes za študij zdravstvene nege (Skela Savič, Klemenčič Mirazchiyski, & Lobe, 2021) so povzročili nove pojave, s katerimi se v tujini srečujejo že vsaj deset let: namero medicinskih sester, da odidejo (ang. *intention to leave*); odhodi na lažja delovna mesta (ang. *staff turnover*) ali celo zapuščanje poklica (ang. *turnover*). Zato so ti pojavi postali pomembno vprašanje številnih raziskovalcev, managementa, nacionalnih in mednarodnih (strokovnih) organizacij ter političnih odločevalcev.

Ključnega pomena so neustrezne strategije za zadržanje kadrov v zdravstveni negi na globalni ravni. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je potencialni primanjkljaj zdravstvenega osebja do leta 2030 18 milijonov zdravstvenih delavcev, od tega devet milijonov medicinskih sester in milijon babic (World Health Organization, 2021). Obstoječi dokazi podpirajo dialog o zadržanju medicinskih sester po državah, zato so globalni pozivi namenjeni zavezi nacionalne politike in odločevalcev, da z vso resnostjo pristopijo k oblikovanju nacionalnih strategij (World Health Organization & International Council of Nurses, 2020; UNPFA, WHO & ICM, 2021; World Health Organization, 2021).

Po podatkih angleškega regulatornega telesa *Nursing and Midwifery Council* (2017) je med letoma 2016 in 2017 prvič zaznati za 20 % večje število izpisov iz registra zdravstvenih delavcev, kot je število novih vpisov; večinoma gre za prebivalce Združenega kraljestva. Narašča delež izpisanih medicinskih sester in babic, starih med 51 in 55 let, očitno pa je povečan izpis v starostni skupini do 40 let. Mnoge med njimi se zaposlujejo v tujini. 32 % jih kot vzrok izpisa iz registra navaja izstop Združenega kraljestva iz Evropske unije (Nursing and Midwifery Council, 2017).

Najpogosteje zapuščajo poklic medicinske sestre, zaposlene na najbolj kritičnih oddelkih bolnišnic. Raziskava bolnišničnih oddelkov v desetih evropskih državah je pokazala, da 33 % medicinskih sester razmišlja o tem, da bodo v naslednjem letu zamenjale delovno okolje, 9 % pa bo svoj poklic zapustilo (Heinen et al., 2013). Breme stresnega delovnega okolja v kliničnih okoljih in izgorelost vplivata tudi na medicinske sestre s skrajšanim delovnim časom. Po podatkih Goodara (2017) jih 70 % izraža namero, da bodo zapustile poklic. Chen et al., (2019) ter

Sandler (2020) trdijo, da je pojav zapuščanja poklica prisoten tudi med mladimi medicinskimi sestrami z manj kot dvema letoma delovnih izkušenj. Goodare (2017) poudarja, da 60 % mladih medicinskih sester v Avstraliji zapusti prvo zaposlitev v prvem letu službe.

Glavni razlogi, ki vplivajo na pomanjkanje kadra zdravstvene nege, so manjše število vpisanih študentov (Wray et al., 2017), starajoča se kadrovska struktura v zdravstveni negi (Kwok, Bates, & Ng, 2016), slabši delovni pogoji ter fizični in psihični stres (Barrientos-Trigo, Vega-Vázquez, De Diego-Cordero, Badanta-Romero, & Porcel-Gálvez, 2018), kar posebej velja za bolnišnice. V slovenski raziskavi poklic medicinske sestre – kljub visoki stopnji zaupanja javnosti vanj – za mlade generacije ni atraktiven (Skela Savič et al., 2021). Medtem so nekatere evropske države (npr. Nemčija) že oblikovale zaposlitveno politiko za zmanjšanje kadrovskega primanjkljaja. Zaposlujejo tuje, usposobljene medicinske sestre, vendar je uspešna integracija na delovnem mestu zapletena, pričakovanja teh medicinskih sester pa pogosto povezana z boljšimi delovnimi in življenjskimi pogoji, možnostjo strokovnega izpopolnjevanja in ekonomskim statusom (Roth, Berger, Krug, Mahler, & Wensing, 2021). Namera o menjavi trenutnega delovnega mesta je najpomembnejši napovedovalec končne odločitve medicinskih sester, da poklic tudi zapustijo (Moloney, Boxall, Parsons, & Cheung, 2018). Mnoge medicinske sestre, ki zapustijo poklic, o tem razmišljajo že šest mesecev pred dejansko odpovedjo (Flinkman, Isopahkala-Bouret, & Salanterä Flinkman, 2013). Največ medicinskih sester zapušča najbolj obremenjena delovna mesta bolnišnic (enote intenzivne nege in terapije, delo s kritično bolnimi), kjer je stalno visoka stopnja odsotnosti z dela in izgorelosti (Jamal, 2014). Pojav zapuščanja poklica je prisoten tudi med zaposlenimi v ruralnem okolju (Bragg & Bonner, 2015), v domovih za ostarele (Rahnfeld, Wendsche, Ihle, Müller, & Kliegel, 2016) in med zaposlenimi v zasebnih bolnišnicah (Jacobs, Van Wyk, & Chrysler-Fox, 2020). Čeprav je pomanjkanje medicinskih sester na vseh nivojih zdravstvenega varstva veliko, smo se v tem integrativnem pregledu omejili le na raziskave, izvedene v bolnišnicah.

Namen in cilji

Namen raziskave je prepoznati razloge medicinskih sester, zaposlenih v bolnišnicah, za zapuščanje poklica. Cilj integrativnega pregleda literature je preučiti kompleksnost dejavnikov, ki so povezani z zapuščanjem poklica medicinskih sester, zaposlenih v bolnišnicah.

Raziskovalno vprašanje je: Kateri dejavniki in katera področja dela v bolnišnicah so povezani z zapuščanjem poklica medicinske sestre?

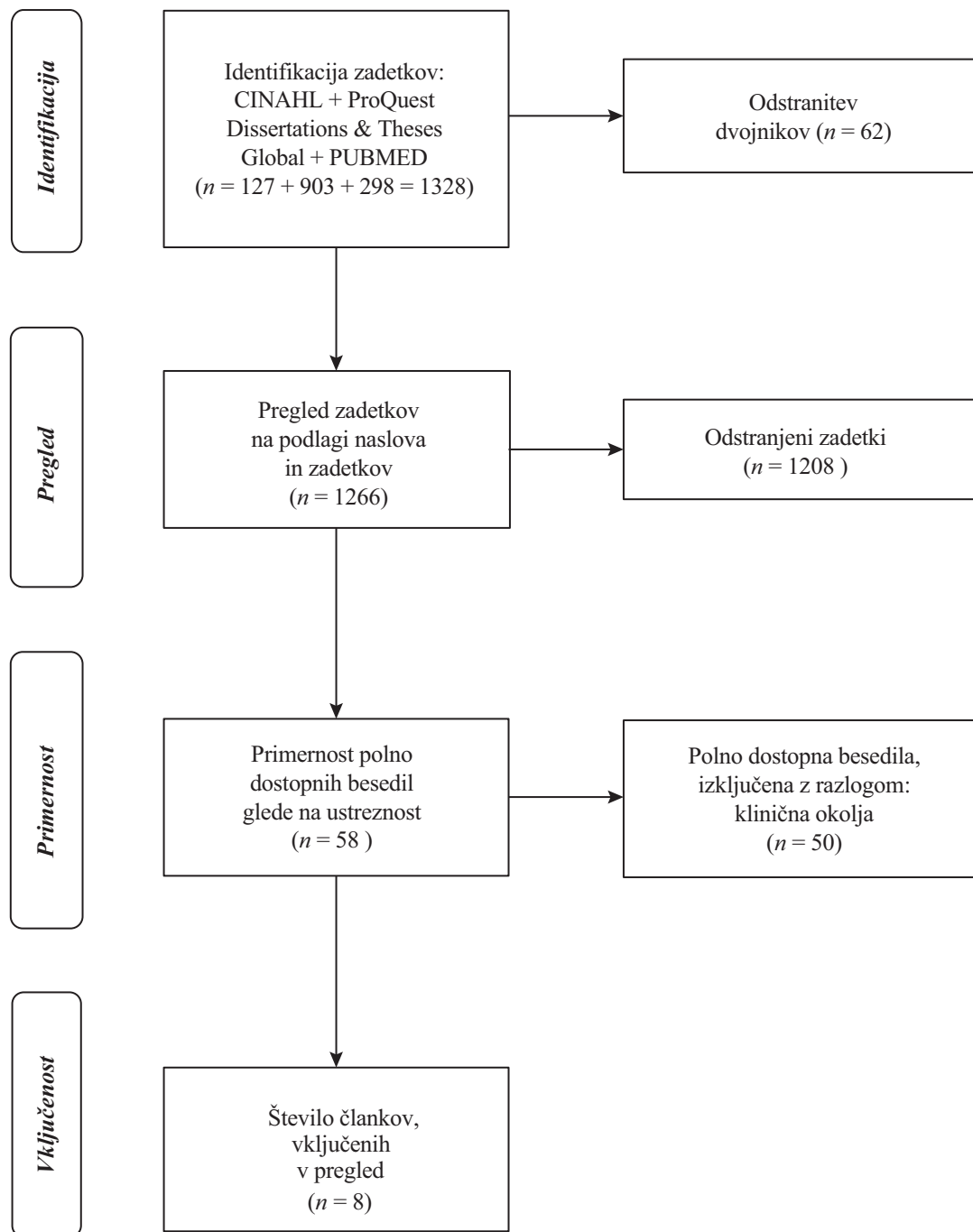
Metode

Izvedli smo integrativni pregled literature.

Metode pregleda

Oblikovali smo protokol integrativnega pregleda literature, povzetega po Booth, Sutton, & Papaioannou (2012). Iskali smo v elektronskih mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global in PubMed. S pomočjo odgovorov na vprašanje PIO (P – medicinske sestre; I – zapuščenje

poklica; vzrok; O – vzroki za zapuščenje poklica) smo tvorili ključne besede: »zapuščenje poklica/namera o zamenjavi delovnega mesta« (ang. *turnover/intention to leave*), »zadovoljstvo na delovnem mestu« (ang. *job satisfaction*), »medicinske sestre/zdravstvena nega« (ang. *nurses/nursing*), »izgorelost« (ang. *burnout*), »dejavniki tveganja/dejavniki tveganja in zapuščenje poklica« (ang. *risk factors/turnover risk factors*).



Slika 1: Diagram PRISMA poteka raziskave
Figure 1: PRISMA research process flowchart

Na podlagi ključnih besed in z uporabo Boolovih operatorjev AND in OR smo smiselno združevali iskalne nize v različnih mednarodnih podatkovnih bazah, pri čemer smo uporabili tudi orodje MeSH.

Z namenom oženja zadetkov so bili uporabljeni vključitveni kriteriji: obdobje objave od 2011 do 2021, angleški jezik, dostopnost do celotnega besedila, znanstvene revije, doktorska in magistrska dela. Odločili smo se za desetletni časovni okvir, saj je bilo področje raziskovanja vzrokov za zapuščenje poklicev v zdravstveni negi v tem obdobju najbolj aktualno, s tem pa je bila največja tudi uporabnost rezultatov raziskav. Kot izključitvene kriterije smo upoštevali pisma uredniku, protokole, strokovne članke, članke v jezikih, ki niso angleški, in članke, objavljene pred letom 2011.

Rezultati pregleda

Za pregled poteka raziskave, identifikacije virov, vključenih in izključenih virov ter števila virov, vključenih v končno analizo in sintezo, smo uporabili mednarodni standard za prikaz rezultatov pregleda literature PRISMA (ang. *Preferred Reporting Items for Systemic Review and Meta-Analysis*) (Page et al., 2020) (Slika 1).

Skupno smo v podatkovnih bazah identificirali 1.328 zadetkov, od tega v PubMed 298, v CINAHL 127 in v ProQuest Dissertations & Theses Global 903 zadetke. Podvojenih člankov, ki smo jih izločili, je bilo 62. Skupno smo tako v hitri pregled naslovov in izvlečkov vključili 1.266 zadetkov. Zaradi neustreznosti naslova in vsebine izvlečka smo izločili 1.208 zadetkov in v nadaljnji, polni pregled besedila vključili 58 zadetkov. Ker je bilo zadetkov še vedno veliko, smo vključili dodatni kriterij: raziskave, v katere so bili vključeni zaposleni v javnih bolnišnicah (ang. *public/state hospitals*). Končni pregled literature tako vsebuje osem raziskav, ki so se smiselno ujemale z obravnavano tematiko in so ustrezale vsem kriterijem.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

V integrativni pregled literature smo vključili kvalitativne in kvantitativne raziskave. Za oceno moči dokazov smo uporabili hierarhično piramido dokazov, kot sta to opredelila tudi Polit & Beck (2018). Izbor literature je temeljil na aktualnosti, vsebinski ustreznosti in dostopnosti virov. V integrativni pregled literature je vključenih največ presečnih raziskav ($n = 6$) (Yang & Kim, 2016; Sasso et al., 2018; Stone et al., 2019; Senek et al., 2020; Kelly, 2021; Phuekphan, Aunguroch, & Yunibhand, 2021), ki po Polit & Beck (2018) sodijo v šesti nivo kakovosti kvantitativnih dokazov, ter dve kvalitativni raziskavi, ki sodita v sedmi nivo kakovosti raziskav (Hung & Lam, 2020; Tamata, Mohammadnezhad, & Tamani, 2021).

Za izbrane vire smo za kvantitativne raziskave uporabili standard poročanja STROBE (ang. *Strengthening the Reporting of observational studies in epidemiology*), za kvalitativne raziskave pa merila COREQ (ang. *Consolidated criteria for reporting qualitative research*).

Analiza podatkov je bila narejena po metodi tematske integrativne analize. Gre za princip kvalitativne vsebinske analize rezultatov kvalitativnih in kvantitativnih raziskav. Uporabili smo metodo integrativno (združeno) raziskovanje, pri kateri gre za združitev rezultatov raziskav, zbranih s kvalitativnimi in kvantitativnimi metodami zbiranja podatkov. Uporabimo jo, kadar je o določeni temi malo izvedenih raziskav (Silverman, 2020). Booth et al., (2012) ocenjujejo tak pristop k analizi kot inovativen, a ključen za razumevanje raziskovalnega problema.

Tematsko analizo znanstvenih virov smo izvedli s kodiranjem spoznanj vključenih raziskav. Pri tem smo uporabili odprto kodiranje, kar pomeni, da smo vsebini spoznanj, ki je pomembna za naše raziskovalno vprašanje, dodeljevali kode. Pomensko podobne kode smo združili v nadpomenke podteme in iz njih razvili teme (Tabela 2) (Aveyard, 2019).

Rezultati

V Tabeli 1 so podrobneje prikazane značilnosti vključenih raziskav, ki so nam pomagale odgovoriti na raziskovalna vprašanja. S tematsko analizo smo določili dve temi, štiri podteme in 25 kod, ki so prikazane v Tabeli 2.

Hung & Lam (2020) sta v kvantitativni raziskavi z opisnim dizajnom ob uporabi polstrukturiranih, poglobljenih intervjujev identificirala predhodne in kontekstualne dejavnike, ki so prispevali k odločitvi medicinskih sester, da zapustijo poklic. Uporabljeno je bilo priložnostno vzorčenje (snežna kepa), ki je zajelo 18 medicinskih sester, ki so zapustile službo v javni bolnišnici v zadnjih mesecih in ne delajo več v zdravstvu. Dejavniki, razvrščeni v tri obsežne kategorije, so: nezadovoljstvo zaradi stresnega delovnega okolja, nizka motivacija zaradi omejenih kariernih priložnosti in neustrezna komunikacija zaradi neučinkovitega vodenja.

Namen kvantitativne, prospektivne raziskave Kellyja et al. (2021) je bil opredeliti ključne elemente zdravega delovnega okolja, povezanega z izgorelostjo, sekundarno travmo in sočutjem, ter učinek izgorelosti in delovnega okolja na namero menjave delovnega mesta. Uporabljen je bil anketni vprašalnik *Professional Quality of Life*, verzija 5 (ProQOL), za oceno delovnega mesta pa 18-stopenjsko orodje *Healthy Work Environment Assessment* (HWEA). V raziskavo je bilo povabljenih 1.206 medicinskih sester (zaposlene za polni ali skrajšani delovni čas), za končno analizo pa uporabljenih 779 anket (64,6 % odzivnost). Raziskava je pokazala, da je dve tretjini medicinskih sester zmerno izgorelih.

Tabela 1: Temeljne ugotovitve analiziranih raziskav
Table 1: Key findings from the analyzed sources

<i>Avtor, država/ Author, country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i>	<i>Cilj raziskave/ Research objective</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve/ Main findings</i>
Hung & Lam, 2020 Hong Kong	Kvantitativna opisna raziskava.	Identificirati predhodne in kontekstualne dejavnike, ki prispevajo k odločitvi medicinskih sester za zapuščanje poklica.	18 medicinskih sester; priložnostno vzorčenje (snežna kopa).	Identificirani dejavniki so bili razvrščeni v tri obsežne kategorije: nezadovoljstvo zaradi stresnega delovnega okolja, nizka motivacija zaradi omejenih kariernih priložnosti in neustrezna komunikacija zaradi neučinkovitega vodenja.
Kelly et al., 2021 ZDA	Kvantitativna, prospektivna raziskava.	Kakovost delovnega okolja in vpliv na izogorelost medicinskih sester.	779 polno zaposlenih medicinskih sester iz 24 enot intenzivne nege in terapije, 13 bolnišnic; namensko vzorčenje	Dve tretjini medicinskih sester je zmerno izgoorelih. Identificirani so ključni osebni dejavniki za izogorelost: starost, stopnja izobrazbe in poklicno priznavanje; v kontekstu delovnega okolja pa: kadri, pomembno priznanje (angl. <i>meaningful recognition</i>) in učinkovito odločanje.
Phuekphan et al., 2021 Tajska	Kvantitativna presečna raziskava.	Preučiti porazdelitve demografskih in drugih večjih spremenljivk (namera o zapuščanju poklica, zadovoljstvo na delovnem mestu, zavezanost poklicu in izogorelost).	405 medicinskih sester iz devetih državnih bolnišnic, ki izvajajo neposredno zdravstveno nego; večstopenjsko vzorčenje.	Spremenjeni model ustreza empiričnim podatkom in pojasnjuje namero 45 % medicinskih sester v raziskavi, ki razmišljajo o odhodu iz poklica. Izogorelost je bila najmočnejši dejavnik vpliva pri namenu odhoda. Konflikt med družino in službo ter delovnim okoljem je vplival na namero, da zapustijo poklic; posredno v povezavi z izogorelostjo, zadovoljstvom z delovnim mestom in zavezo poklicu. Konflikt med družino in službo je neposredno vplival tudi na namero odhoda, vendar pa klinično ni imel neposrednega učinka. Zadovoljstvo na delovnem mestu je samo posredno vplivalo na namero o menjavi delovnega mesta, medtem ko je priložnost za novo zaposlitev neposredno vplivala nanjo.
Sasso et al., 2019 Italija	Kvantitativna, multicentrična presečna raziskava.	Razširiti znanje o predvidljivih dejavnikih namere medicinskih sester, da zapustijo svoje delovno mesto in posledično tudi poklic.	3.667 medicinskih sester, zaposlenih v 40 bolnišnicah iz 13 italijanskih regij, validiran vprašalnik RN4CAST Nurse survey.	Zaradi nezadovoljstva z delovnim mestom več kot tretjina medicinskih sester namerava zapustiti sedanje delovno mesto in tudi poklicno skupino. Identificirali so t. i. dejavnike, ki medicinske sestre odvrtaajo (ang. <i>push factors</i>) (kadrovska podhranjenost, čustvena izčrpanost, nezagotavljanje varnosti pacientom, izvajanje procesov, nepovezanih z zdravstveno nego, varnosti spol), in dejavnike, ki medicinske sestre privlačajo (ang. <i>pull factors</i>) (pozitivno dojetje kakovosti in varnosti zdravstvene nege, izvajanje aktivnosti zdravstvene nege).

Se nadaljuje/Continues

<i>Avtor, država/ Author, country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i>	<i>Cilj raziskave/ Research objective</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve/ Main findings</i>
Senek et al., 2020 Velika Britanija	Kvantitativna, presečna raziskava.	Preučiti dejavnike nezadovoljstva med medicinskimi sestrami.	1.742 medicinskih sester v kvantitativnem in 368 medicinskih sester v kvantitativnem delu raziskave.	V kvantitativnem delu raziskave so podatki pokazali, da neizvedena zdravstvena nega in pomanjkanje podpore (v vodstvu) vplivata na občutek demoralizacije in s tem na nezadovoljstvo na delovnem mestu, ki pa je ključen dejavnik za zapuščanje poklica. V kvalitativnem delu raziskave so bile identificirane 4 teme in 16 podtem: kadrovske težave (s podtemami: kadrovski primanjkljaj; začasne zaposlitve, razmerje med pacientom in medicinsko sestro, bolniška odsotnost, premešitev na drug oddelek), pomanjkanje podpore (s podtemami: težave s supervizorji/managementom, timsko delo oziroma odnosi v timu, nezmožnost odpusta pacientov, opravljanje dela, ki ni del zdravstvene nege), tveganje (v povezavi z drugimi ali osebnostno) (s podtemami: neizvedena zdravstvena nega, nezmožnost opraviti delo, tveganje za lastno varnost in zdravje, nezmožnost odmorov med delom).
Stone et al., 2019 Avstralija	Kvantitativna multicentrična presečna raziskava.	Določiti merila z dejavniki tveganja, ki bodo v procesu izobraževanja in priprav na klinično prakso pripomogla k preprečevanju izgorelosti na delovnem mestu in zapuščanja poklica ter večjemu zadovoljstvu z delovnim mestom.	2.004 medicinske sestre iz treh Magnet® bolnišnic; namensko vzorčenje	V raziskavi so avtorji identificirali tri kategorije, ključne za zapuščanje poklica oziroma delovnega mesta v bolnišnici: depersonalizacija/razosebjanje, osebni uspeh/dosežek in čustvena izčrpanost.
Tamata et al., 2021 Fidži	Kvalitativna raziskava.	Prepoznati ključne dejavnike, ki vplivajo na pomanjkanje medicinskih sester in zapuščanje poklica.	25 medicinskih sester iz treh naključno izbranih bolnišnic v Vanuatu; namensko vzorčenje.	Identificirana so bila tri ključna področja: težki delovni pogoji (delovni čas, pomanjkanje zdravstvenega kadra, večje delovne obremenitve), dejavniki krepitve (ang. <i>reinforcing factors</i>) (pomanjkanje podpore neposrednih vodij zdravstvene nege in managementa bolnišnic, nezmožnost kariernega razvoja in napredovanja) ter izpostavljenost tveganjem (stres, fizične in duševne obremenitve, neželjeni dogodki, tveganja v povezavi s socialnim in družinskim okoljem).
Yang & Kim 2016 Koreja	Kvantitativna, presečna raziskava.	Izdelava in preverjanje modela z dejavniki, ki vplivajo na namero medicinskih sester v kliničnem okolju, da zapustijo delovno mesto.	283 medicinskih sester, 4 terciarne bolnišnice; namensko vzorčenje in anketiranje.	Na namero o menjava delovnega mesta je vplivalo zadovoljstvo z delovnim mestom, na zadovoljstvo pa delovna obremenitev, problemsko usmerjeno reševanje, podpora družine/družbe in čustvena otopenost. Čustvena otopenost je bila povezana s poklicno travmo ter problemskim in čustvenim spoprijemanjem. Zadovoljstvo z delovnim mestom je bil najpomembnejši dejavnik, ki je vplival na namero medicinskih sester, da zamenjajo delovno mesto.

Legenda/Legend: PES-AUS – Ocenjevalna lestvica delovnega okolja/Practice Environment Scale-Australia; Magnet® bolnišnice – bolnišnice s podeljenim statusom, pridobljenim s strani American Nurses Credentialing Center (ANCC) zaradi zagotavljanja odlične zdravstvene nege in najvišje kakovosti zdravstvene obravnave/hospitals with a credential status of the American Nurses Credentialing Center (ANCC) to provide excellent nursing and the highest quality of medical treatment; RN4CAST Nurse Survey – akronim za Nurse Forecasting in Europe raziskavo o delovni sili v zdravstveni negi/acronym for Nurse Forecasting in Europe research about nursing workforce; ZDA – Združene države Amerike/United States of America

Tajska raziskava avtorjev Phuekphana et al. (2021) je bila usmerjena v razvoj in testiranje modela dejavnikov, ki vplivajo na namero medicinskih sester, da zapustijo poklic. Anketiranci so izpolnili vprašalnik, ki je obsegal osem poglavij: demografski podatki, zadovoljstvo z delovnim mestom, izgorelost, poklicna zaveza, klinično okolje medicinskih sester, konflikt med delom in družino, zaposlitvena priložnost/karierni razvoj in namera zapustiti poklic. Ugotovitve so pokazale, da je spremenjeni model ustrezal empiričnim podatkom in pojasnil 45 % variance v nameri zapuščenja poklica. Izgorelost je bila najmočnejši dejavnik, ki je vplival na namen odhoda tako neposredno kot posredno z zadovoljstvom na delovnem mestu in poklicno predanostjo. Konflikt med poklicnim in družinskim okoljem je neposredno vplival tudi na namero odhoda. V zaključku so avtorji pozvali oblikovalce zdravstvene politike k oblikovanju različnih strategij za zmanjšanje izgorelosti, iskanje ravnovesja med poklicnim in družinskim življenjem, izboljšanje zadovoljstva na delovnem mestu in zavezanost poklicu.

Namen obsežne kvantitativne presečne raziskave

avtorjev Sasso et al. (2019) je bil identificirati predvidljive dejavnike (ang. *push and pull factors*), ki vplivajo na namero medicinskih sester, da zapustijo svoje delovno mesto in posledično tudi poklic. V raziskavi je sodelovalo 3.667 kirurških medicinskih sester (povprečna starost 41,3 leta, s povprečno delovno dobo 15,8 leta, 20,1 % moškega spola), zaposlenih na akutnih oddelkih italijanskih bolnišnic z najmanj 200 posteljami. Zaradi nezadovoljstva z delovnim mestom 35,5 % medicinskih sester namerava zapustiti sedanje delovno mesto v naslednjem letu, tretjina (33,1 %) pa razmišlja o tem, da bi zapustila tudi poklicno skupino.

V angleški presečni raziskavi Seneka et al. (2020) je bil uporabljen mešani dizajn. Kvantitativni del zajema odgovore na spletno anketo, ki jo je oblikovala in po družbenih omrežjih 450.000 članom delila strokovna organizacija *Royal College of Nursing*. Raziskava zajema 1.742 medicinskih sester, članic in nečlanic organizacije *Royal College of Nursing*, ki izvajajo neposredno zdravstveno nego, v kvalitativnem delu pa 368 medicinskih sester. Namen te študije je bil opraviti sekundarno analizo večjega sklopa podatkov,

Tabela 2: Sinteza podatkov ter oblikovanje kod, podtem in tem

Table 2: Data synthesis and designing codes, subthemes and themes

<i>Teme/ Themes</i>	<i>Podteme/ Subthemes</i>	<i>Kode/ Codes (n = 25)</i>	<i>Avtorji/ Authors</i>
Družbenoekonomski in organizacijski dejavniki	Kadrovska politika	Zadržanje kadrov v zdravstveni negi, izobraževalna in kadrovska politika, staranje populacije medicinskih sester, zgodnje upokojevanje, nedoseganje kadrovskih standardov, globalno pomanjkanje medicinskih sester, onemogočen karierni in strokovni razvoj, večja možnost napak zaradi kadrovske podhranjenosti. <i>n = 8.</i>	Hung & Lam, 2020; Kelly et al., 2021; Phuekphan et al., 2021; Sasso et al., 2018; Senek et al., 2020; Stone et al., 2019; Tamata et al., 2021; Yang & Kim, 2016
	Družbeno-ekonomsko in socialno okolje medicinskih sester	Neravnovesje med družinskim in poklicnim življenjem, družbeni položaj medicinskih sester z visoko stopnjo zaupanja javnosti, neurejen ekonomski status in plačna politika. <i>n = 3.</i>	Hung & Lam, 2020; Kelly et al., 2021; Phuekphan et al., 2021; Sasso et al., 2018; Senek et al., 2020; Stone et al., 2019; Tamata et al., 2021; Yang & Kim, 2016
Neustrezni delovni pogoji in pomanjkljiva podpora managementa	Delovno okolje in organizacijska kultura	Izvajanje aktivnosti, ki niso del zdravstvene nege, občutek krivde zaradi neizvedene zdravstvene nege, pomanjkanje motivacije in delovne morale, psihične in fizične obremenitve, stres in izgorelost, neurejeni delovni pogoji, nezadovoljstvo, čustvena izgorelost. <i>n = 8</i>	Hung & Lam, 2020; Kelly et al., 2021; Phuekphan et al., 2021; Sasso et al., 2018; Senek et al., 2020; Stone et al., 2019; Tamata et al., 2021; Yang & Kim, 2016
	Vodenje in upravljanje	Odgovornost ključnih deležnikov, razmerje med pacientom in medicinsko sestro, izvajanje aktivnosti, ki niso del zdravstvene nege, pomanjkanje podpore neposrednih vodij in managementa, kakovost in varnost zdravstvene obravnave, neželeni dogodki. <i>n = 6.</i>	Hung & Lam, 2020; Kelly et al., 2021; Sasso et al., 2018; Senek et al., 2020; Tamata et al., 2021; Yang & Kim, 2016

pridobljenih s samoocenjevanjem individualnih in organizacijskih dejavnikov, ki vplivajo na nezadovoljstvo medicinskih sester in demoralizacijo, posledično pa tudi na možnost zapuščanja poklica.

Primarni namen raziskave avtorjev Stone et al. (2019) je bil izdelati merila za študente zdravstvene nege z dejavniki tveganja, ki bi preprečila izgorelost na delovnem mestu, zapuščanje poklica ter omogočila večje zadovoljstvo z delovnim mestom. Sekundarni namen je bil preveriti zanesljivost validiranega vprašalnika *Practice Environment Scale-Australia* (PES-AUS), instrumenta za ugotavljanje zadovoljstva medicinskih sester s klinično prakso. Stopnja odzivnosti je bila 45,9 %, povprečna starost medicinskih sester pa 39,2 let; večinoma gre za ženske, ki so zaposlene v bolnišnici vsaj pet let. Management zdravstvene nege in medicinske sestre z začasno zaposlitvijo niso bile vključene v raziskavo. 85 % medicinskih sester je imelo visokošolsko izobrazbo. 68 % anketiranih je bilo zadovoljnih in zelo zadovoljnih z delovnim mestom. 88 % jih ne razmišlja o tem, da bi zapustile to delovno okolje v naslednjem letu.

V kvalitativni raziskavi Tamata et al. (2021) je bil namen raziskovalcev prepoznati ključne dejavnike, ki vplivajo na pomanjkanje medicinskih sester in zapuščanje poklica. V tematski analizi polstrukturiranih intervjujev, v katere so bile vključene medicinske sestre z najmanj šestimi meseci delovne dobe, so identificirali tri ključne teme, znotraj njih pa več podtem.

Yang & Kim (2016) sta izvedla kvantitativno, presečno raziskavo med 283 korejskimi medicinskimi sestrami, zaposlenimi v štirih terciarnih bolnišnicah (vključeni so bili psihiatrični, onkološki, pediatrični, urgentni oddelki ter oddelki intenzivne nege in terapije). Vključitvena kriterija sta bila delovna doba več kot eno leto in izvajanje neposredne zdravstvene nege. Na namero menjave delovnega mesta je vplivalo zadovoljstvo z delovnim mestom, nanj pa delovna obremenitev, problemsko usmerjeno reševanje, podpora družine/družbe in čustvena otopelost.

Rezultate smo sintetizirali s tematsko analizo (Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013). Najprej smo članke večkrat prebrali in tako prepoznali kode. Te smo tematsko združili v podteme in teme, prikazane v Tabeli 2.

Diskusija

Ugotovitve integrativnega pregleda literature so poudarile ključne dejavnike zapuščanja poklica medicinskih sester v bolnišnicah. Spletno iskanje po ključnih besedah je prineslo več tisoč zadetkov, kar kaže, kako zelo širok je interes raziskovalcev za večdimenzionalni pogled na ta organizacijski, kadrovski in strokovni izziv v zdravstveni negi. Večina raziskav je bila izvedenih na nacionalni ravni, intervencijskih raziskav v našem integrativnem

pregledu nismo zaznali. To ne pomeni, da je večina dosegljivega gradiva brez vrednosti, vseeno pa integrativni pregled literature izkazuje dokaj nizko stopnjo spoznanj o raziskovalnem problemu, saj nam neeksperimentalno raziskovanje ne daje možnosti vzročnega sklepanja, kar potrjujejo tudi avtorji raziskav (Labrague et al., 2017; Fernet, Trépanier, Demers, & Austin, 2018; Senek et al., 2020). V raziskavah, vključenih v integrativni pregled literature, so bili identificirani tudi nekateri napovedni dejavniki in modeli: na primer model namere o zapuščanju poklica medicinskih sester (ang. *Intention to Leave Nursing Profession Model*) (Phuekphan et al., 2021); Priceov in Mullerjev vzročni model (ang. *Price and Muller's causal model*) (Yang & Kim, 2016), ki pa niso preverjeni na eksperimentalni ravni.

V integrativni pregled literature smo vključili le raziskave, opravljene v bolnišničnem okolju. Ključna spoznanja smo identificirali v dveh temah. Tema »družbeno-ekonomski in organizacijski dejavniki« je vsekakor obsežna. Wiskow, Albrecht, & de Pietro (2016) menijo, da elementi širšega družbeno-ekonomskega okolja, kot so politična in gospodarska nestabilnost ter varnostna vprašanja, vplivajo na odločitve globalnih zdravstvenih delavcev glede ekonomskih migracij in posledično tudi zapuščanja poklica. Zaposlovanje in zadržanje zdravstvenih delavcev sta tako prednostni nalogi mnogih odločevalcev na področju zdravstva.

Z organizacijskega vidika zdravstvenih zavodov odhod medicinskih sester iz delovnega okolja izven delovne organizacije vpliva na strukturo obstoječega zdravstvenega sistema. Prav tako izguba izkušene medicinske sestre za delovno organizacijo predstavlja visok strošek (Kroezen et al., 2015), saj se nove zaposlitve urejajo z začasnimi rešitvami (zaposlitev za določen čas), na novo zaposleni, predvsem tisti brez delovnih izkušenj, pa bo potreboval kar nekaj časa za uvajanje, da doseže stopnjo dela predhodnika. V ameriški raziskavi so ocenili stroške zamenjave vsakega zaposlenega v zdravstveni negi med 0,75 in dvokratnikom letne plače (Buchan et al., 2018), v primeru medicinskih sester specialistk pa je ta strošek še dosti večji. Pri kadrovskem manku se management zdravstvene nege za zagotavljanje štiriindvajseturne organizacije dela ne more izogniti prerazporeditvi drugih zaposlenih in prelaganju aktivnosti zdravstvene nege na poznejši čas, kar vpliva na upad celotne produktivnosti (Buchan et al., 2018); moteno je zagotavljanje varne in kakovostne (Aiken et al., 2012) ter kontinuirane zdravstvene obravnave (Sasso et al., 2017). V organizacijskem kontekstu je še veliko priložnosti za zagotovitev pogojev, da bodo zaposleni v zdravstveni negi zadovoljni. Reševanje teh izzivov je kompleksno in zahteva sistemske rešitve, ki bodo ob ustrezni politiki izobraževanja najbolj pritegnile nove generacije.

Druga identificirana tema je bila »neustrezni delovni pogoji in pomanjkljiva vloga managementa«.

Delovno okolje, delovna razmerja in delovni pogoji, kot so ustrezna plačna politika, druge finančne in nefinančne spodbude, prožnost in tako imenovane družini prijazne oblike dela, priložnosti za poklicni razvoj in dostop do izobraževanja, odzivno vodstvo, učinkovit nadzor in usmerjeno mentorstvo, so prepoznavna področja, ki so jih identificirali številni raziskovalci (Halfer, 2012; Lartey, Cummings, & Profetto-McGrath, 2014; Buchan et al., 2018). Pri tem ne smemo zanemariti dejstva, da ustrezno delovno okolje ustvarja tudi zadostno število kadrov, za doseganje tega pa je potrebna ustrezna in usklajena politika načrtovanja visokošolskega izobraževanja in kadrovskih potreb, ki so del širše strategije za zadržanje medicinskih sester v poklicu (Barriball et al., 2015; WHO, 2016).

Zaheer et al. (2019) ugotavljajo, da imata pomembno vlogo pri zadržanju medicinskih sester neposredne vodje in management zdravstvene nege, vendar ti svoje vloge pogosto ne prepoznajo. Ko je namreč fluktuacija na oddelku/kliniki velika, se mora management zdravstvene nege dejavno vključiti v odločanje o kadrovanju, se zavedati vprašanj delovne sile in sprejeti potrebne ukrepe za ublažitev škodljivih učinkov na zdravstveni sistem in medicinske sestre v timu. Pomembno vlogo pri zadržanju medicinskih sester imajo tudi supervizorji (predvsem v angleškem zdravstvenem sistemu), ki pa, kot ugotavljata Cowden & Cummings (2012), svoje vloge ne prepoznajo oziroma zanje niso opolnomočeni.

V kontekstu identificiranja vzrokov za zapuščanje poklica smo prepoznali tudi potencialne vzroke, ki vplivajo na psihično in fizično zdravje medicinskih sester v bolnišnicah. Različni avtorji poročajo, da psihične in fizične obremenitve vodijo v izčrpanost, medtem ko je stres največji dejavnik izgorelosti (Yang & Kim, 2016; Sasso et al., 2018; Stione et al., 2019; Hung & Lam, 2020; Senek et al., 2020; Kelly et al., 2021; Phuekpan et al., 2021; Tamata et al., 2021). To je bilo potrjeno tudi v raziskavi, opravljeni v slovenskih bolnišnicah, kjer je bila razširjenost visoke ravni stresa prisotna kar pri 56,5 % anketiranih (Dobnik, Maletič, & Skela Savič, 2018).

Ko medicinske sestre zapustijo zdravstveno organizacijo, ima to velik vpliv na obstoječe kadre v zdravstveni negi, zdravstveno organizacijo in paciente (Hayes et al., 2012). Med tistimi, ki ostanejo na delovnem mestu, se pojavijo pomanjkanje motivacije, neravnovesje med poklicnim in družinskim življenjem, onemogočen je karierni razvoj, kar vodi v nezadovoljstvo. Kadrovske manko vodi v večjo delovno obremenitev medicinskih sester na delovnem mestu, skupaj s slabšimi delovnimi pogoji pa obstaja večja možnost napak in neizvedene zdravstvene nege (White & Aiken, 2018). Preobremenjene medicinske sestre v bolnišnicah so izpostavljene stresu, povezanim z delom, in visoki stopnji izgorelosti, kar lahko privede do telesnih bolezni, slabšega počutja, depresije, bolniške odsotnosti in menjave trenutnega

delovnega mesta (Dobnik et al., 2018). Dolgotrajni stres na delovnem mestu je najpomembnejši dejavnik medicinskih sester po zamenjavi delovnega mesta (Yurumezoglu & Kocaman, 2015). Medicinske sestre z izgorelostjo bodo najverjetneje nezadovoljne tudi s svojim delom, kar negativno vpliva na poklicno zavezanost in pogosto vodi do odločitve, da zaključijo poklicno kariero (Chang et al., 2017; Scanlan & Still, 2019).

Positivno delovno okolje, ustreznakadrovska politika v zdravstveni negi in opolnomočenje managementa zdravstvene nege na vseh ravneh so po mnenju mnogih avtorjev (Yang & Kim, 2016; Sasso et al., 2018; Stone et al., 2019; Hung & Lam, 2020; Senek et al., 2020; Kelly et al., 2021; Phuekpan et al., 2021; Tamata et al., 2021) ključni elementi strategije zadržanja ustreznih kadrov na delovnem mestu. Management, ki je odgovoren tudi za ustrezno kadrovske politiko, je ob globalnem pomanjkanju vseh profilov v zdravstveni negi pred hudimi preizkušnjami. Neustrezno zaposlovanje (v literaturi omenjeno kot *agency staffing*) prinaša mnoge pomisleke o kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov (Aiken et al., 2012; Senek et al., 2020), kar pa ni samo izziv managementa, ampak tudi breme medicinskih sester, ki izvajajo neposredno zdravstveno nego v neoptimalnih razmerah.

V raziskavi smo se osredotočili na pregled aktualnih raziskav, starih do deset let, objavljenih v angleškem jeziku. Na pristranskost izbire lahko vpliva jezikovna bariera. Smiselno bi bilo poiskati ustrezne raziskave tudi v drugih bazah podatkov ob uporabi širšega nabora jezikov. Kot omejitve navajamo tudi nivo dokazov (v pregledu so uporabljene le neeksperimentalne raziskave), postopek iskanja, pregleda, izbor raziskav ter analizo/sintezo, ki je bila opravljena s strani samo enega, manj izkušenega raziskovalca. Čeprav smo kot vključitveni kriterij izbrali le raziskave, izvedene med zaposlenimi medicinskimi sestrami v kliničnih okoljih, je lahko izbor kliničnega okolja ali področja delovanja medicinskih sester dodatna omejitev.

Zaključek

Z integrativnim pregledom smo opredelili razloge, ki vplivajo na zapuščanje poklica medicinskih sester, zaposlenih v bolnišnicah, ki izvajajo neposredno zdravstveno nego. Razloge smo opredelili kot večdimenzionalne, v povezavi z družbeno-ekonomskimi in organizacijskimi dejavniki ter neustreznimi delovnimi pogoji in pomanjkljivo podporo managementa. Napovedni dejavniki tveganja, ki vplivajo na telesno in čustveno zdravje medicinskih sester v bolnišnicah, so številčni, najpogosteje pa stres in prekomerne delovne obremenitve, ki vodijo v nezadovoljstvo na delovnem mestu, to pa v izgorelost in zapuščanje poklica.

Pojav zapuščanja poklica med medicinskimi sestrami ogroža delovanje zdravstvenih sistemov tako na globalni kot nacionalni ravni. Medtem ko imamo

globalne strateške usmeritve o zadržanju kadrov, je ob sodelovanju ključnih deležnikov potrebno oblikovanje nacionalne strategije. To lahko naredimo, če vedenje o zadržanju medicinskih sester v našem kulturnem okolju okrepimo z empiričnimi raziskavami za prepoznavanje nacionalnih vzrokov zapuščanja poklica. To je mogoče doseči z retrospektivnimi in prospektivnimi raziskavami, kar nam bo dalo dobra izhodišča tudi za intervencijske raziskave. Tema je aktualna in pomembna, vzpostavitev vzdržnih zdravstvenih sistemov pa vitalnega pomena za zdravje ljudi.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje komisije za etiko ni bilo potrebno./Considering the selected research methodology, the approval of ethics committee was not required for this study.

Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva avtorica je izvedla iskanje in pregled literature, oceno kakovosti in izbor vključenih virov ter pisala članek. Druga avtorica je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodelovala kot oseba, odgovorna za metodološko ustreznost; sodelovala je tudi pri pisanju članka./The first author conducted literature search and review, conducted quality assessment and selected the sources used, and wrote the article. The second author participated in all stages of the research process and was responsible for methodologically appropriate research process and participated in the writing of the article.

Literatura

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M. ... Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, Article e1717, 1–14. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
PMid:22434089; PMCID:PMC3308724

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care*. New York: Open University Press.

Barriball, L., Bremner, J., Buchan, J., Craveiro, I., Dieleman, M., Dix, O. ... Sermeus, W. (2015). *Recruitment and retention of the health workforce in Europe. Final report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Barrientos-Trigo, S., Vega-Vázquez, L., De Diego-Cordero, R., Badanta-Romero, B., & Porcel-Gálvez, A. M. (2018). Interventions to improve working conditions of nursing staff in acute care hospitals: Scoping review. *Journal of Nursing Management*, 26, 94–107.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12538>

PMid:29327478

Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2012). *Systematic approaches to a successful literature review*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Bragg, S., & Bonner, A. (2015). Losing the rural nursing workforce: Lessons learnt from resigning nurses. *The Australian Journal of Rural Health*, 23(6), 366–370.

<https://doi.org/10.1111/ajr.12251>

PMid:26683720

Buchan, J., Shaffer, F. A., & Catton, H. (2018). *Policy Brief: Nurse Retention*. International Centre on Nurse Migration & ICN.

Chang, H. Y., Shyu, Y. I. L., Wong, M. K., Chu, T. L., Lo, Y. Y., & Teng, C. I. (2017). How does burnout impact the three components of nursing professional commitment? *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31(4), 1003–1011.

<https://doi.org/10.1111/scs.12425>

PMid:28439914

Chen, Y. C., Guo, Y. L., Chin, W. S., Cheng, N. Y., Ho, J. J., & Shiao, J. S. (2019). Patient-nurse ratio is related to nurses' intention to leave their job through mediating factors of burnout and job dissatisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), Article 4801, 1–14.

<https://doi.org/10.3390/ijerph16234801>

PMid:31795420; PMCID:PMC6926757

Cowden, T. L., & Cummings, G. G. (2012). Nursing theory and concept development: A theoretical model of clinical nurses' intentions to stay in their current positions. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1646–1657.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05927.x>

PMid:22256884

Dobnik, M., Maletič, M., & Skela-Savič, B. (2018). Work-Related stress factors in nurses at Slovenian hospitals: A cross-sectional study. *Zdravstveno Varstvo*, 57(4), 192–200.

<https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0024>

PMid:30294360; PMCID:PMC6172526

Feeg, V. D., & Mancino, D. J. (2014). Nursing student loan debt: A secondary analysis of the national student nurses' association annual survey of new graduates. *Nursing Economics*, 32(5), 231–239.

- Fernet, C., Trépanier, S.-G., Demers, M., & Austin, S. (2017). Motivational pathways of occupational and organizational turnover intention among newly registered nurses in Canada. *Nursing Outlook*, 65(4), 444–454.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.05.008>
PMid:28641867
- Flinkman, M., Isopahkala-Bouret, U., & Salanterä, S. (2013). Young registered nurses' intention to leave the profession and professional turnover in early career: A qualitative case study. *ISRN Nursing*, 2013, Article 916061, 1–13.
<https://doi.org/10.1155/2013/916061>
PMid:24027640; PMCID:PMC3762080
- Goodare, P. (2017). Literature review: Why do we continue to lose our nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 50–55.
- Halfer, D. (2012). Job embeddedness factors and retention of nurses with 1 to 3 years of experience. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(10), 468–476.
<https://doi.org/10.3928/00220124-20110601-02>
PMid:21667873
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K., & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887–905.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001>
PMid:22019402
- Heinen, M. M., Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M. ... Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174–184.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>
PMid:23107005
- Hung, M., & Lam, S. (2020). Antecedents and contextual factors affecting occupational turnover among registered nurses in public hospitals in Hong Kong: A qualitative descriptive study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), Article 3834, 1–12.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17113834>
PMid:32481664; PMCID:PMC7312687
- Jacobs, S., Van Wyk, R., & Chrysler-Fox, P. (2020). Psychological contract breach and its influence on the job embeddedness of nurses. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 22(2), 1–18.
<https://doi.org/10.25159/2520-5293/6586>
- Jamal, M. (2014). Professional Commitment among nurses as a moderator of job stress and job performance: An empirical examination in the Middle East. *Middle East Journal of Nursing*, 8, 3–11.
<https://doi.org/10.5742/MEJN.2014.92500>
- Kelly, L. A., Johnson, K. L., Bay, R. C., & Todd, M. (2021). Key elements of the critical care work environment associated with burnout and compassion satisfaction. *American Journal Of Critical*, 30(2), 113–120.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2021775>
PMid:33644798
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*. (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kroezen, M., Dussault, G., Craveiro, I., Dieleman, M., Jansen, C., Buchan, J. ... Sermeus, W. (2015). Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health policy*, 119(12), 1517–1528.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.003>
PMid:26324418
- Kwok, C., Bates, K. A., & Ng, E. S. (2016). Managing and sustaining an ageing nursing workforce: Identifying opportunities and best practices within collective agreements in Canada. *Journal of Nursing Management*, 24(4), 500–511.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12350>
PMid:26728348
- Labrague, L. J., Petite, D. M. M., Tsaras, K., Cruz, J. P., Colet, P., & Gloe, D. S. (2018). Organizational commitment and turnover intention among rural nurses in the Philippines: Implications for nursing management. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 403–408.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.001>
Pmid:3140685;5 PMCID:PMC6626268
- Lartey, S., Cummings, G., & Profetto-McGrath, J. (2014). Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 22(8), 1027–1041.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12105>
PMid:23758834
- Moloney, W., Boxall, P., Parsons, M., & Cheung, G. (2018). Factors predicting Registered Nurses' intentions to leave their organization and profession: A job demands-resources framework. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 864–875.
<https://doi.org/10.1111/jan.13497>
PMid:29117451
- Nursing and Midwifery Council. (2017). *The NMC Register: 2012/13–2016/17*. Retrieved July 13, 2021 from <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/other-publications/nmc-register-2013-2017.pdf>.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. ... Moher D. (2020) The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article n71, 1–9.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
PMid:33782057; PMCID:PMC8005924

- Phuekphan, P., Aunguroch, Y., & Yunibhand, J. (2021) A model of factors influencing intention to leave nursing in Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(3), 407–420.
- Polit, D. F., (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rahnfeld, M., Wendsche, J., Ihle, A., Müller, S. R., & Kliegel, M. (2016). Uncovering the care setting-turnover intention relationship of geriatric nurses. *European Journal of Ageing*, 13(2), 159–169. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0362-7> PMID:28804376 PMCID:PMC5550599
- Roth, C., Berger, S., Krug, K., Mahler, C., & Wensing, M. (2021). Internationally trained nurses and host nurses' perceptions of safety culture, work-life-balance, burnout, and job demand during workplace integration: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 20(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00581-8> PMID:33993868; PMCID:PMC8127287
- Sandler, M. (2020). Why are new graduate nurses leaving the profession in their first year of practice and how does this impact on ED nurse staffing: A rapid review of current literature and recommended reading. *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 41(1), 23–24. <https://doi.org/10.29173/cjen66>
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., & RN4CAST@IT Working Group. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 946–954. <https://doi.org/10.1111/jonm.12745> PMID:30614593
- Saudi Patient Safety Center. (2019). *White Paper on Nurse Staffing Levels for Patient Safety and Workforce Safety*. Saudi Patient Safety Center.
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2019). Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC Health Services Research*, 19, Article 62, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3841-z> PMID:30674314; PMCID:PMC6343271
- Senek, M., Robertson, S., Ryan, T., King, R., Wood, E., Taylor, B., & Tod, A. (2020). Determinants of nurse job dissatisfaction: Findings from a cross-sectional survey analysis in the UK. *BMC Nursing*, 19, Article 88, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00481-3> PMID:32963498; PMCID:PMC7499408
- Silverman, D. (2020). *Qualitative Research (5th ed.)*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Skela Savič, B., Klemenčič Mirazchijski, E., & Lobe, B. (2021). Perceptions of Slovenian elementary schoolchildren on nursing and nurses: Exploratory study. *Nurse Education in Practice*, 53, Article 88, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103083> PMID:34058572
- Stone, L., Arneil, M., Coventry, L. Casey, V., S. Moss, Cavadino, A., Laing, B., & McCarthy, A. (2019). Benchmarking nurse outcomes in Australian Magnet® hospitals: Cross-sectional survey. *BMC Nurs*, 18, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0383-6> PMID:31827388; PMCID:PMC6892144
- Tamata, A. T., Mohammadnezhad, M., & Tamani, L. (2021). Registered nurses' perceptions on the factors affecting nursing shortage in the Republic of Vanuatu Hospitals: A qualitative study. *PLoS ONE* 16(5), Article e0251890, 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251890> PMID:34015024; PMCID:PMC8136713
- UNPFA, WHO & ICM. (2021). *State of the World's Midwifery 2021*. Retrieved July, 21, 2021 from: [21-038-UNPFA-SoWMy2021-ExecSumweb-ENv430.pdf](https://www.unpfa.org/publications/state-of-the-worlds-midwifery-2021).
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048> PMID:23480423
- White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065–2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051> PMID:31334567; PMCID:PMC6800779
- Wiskow, C., Albrecht, T., & de Pietro, C. (2016). *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals: Health systems and policy analysis*. World Health Organization. Retrieved from: January 13, 2021 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332034>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Retrieved July 21, 2021 from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1>.
- World Health Organization & International Council of Nurses. (2020). *State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership*. Retrieved July 20, 2021 from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Health workforce: Strategic directions for nursing and midwifery*. Retrieved July, 20, 2021 from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_13-en.pdf.

Wray, J., Aspland, J., Barrett, D., & Gardiner, E. (2017). Factors affecting the programme completion of pre-registration nursing students through a three-year course: A retrospective cohort study. *Nurse Education in Practice*, 24, 14–20.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.03.002>
PMid:28319726

Yang Y. H., & Kim, J. K. (2016). Factors influencing turnover intention in clinical nurses: compassion fatigue, coping, social support, and job satisfaction. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 22(5), 562–569.
<https://doi.org/10.1111/jkana.2016.22.5.562>

Yurumezoglu, H. A., & Kocaman, G. (2015). Predictors of nurses' Intentions to leave the organization and the profession in Turkey. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 1–9.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12305>
PMid:25900394

Zaheer, S., Ginsburg, L., Wong, H. J., Thomson, K., Bain, L., & Wulffhart, Z. (2019). Turnover intention of hospital staff in Ontario, Canada: Exploring the role of frontline supervisors, teamwork, and mindful organizing. *Human Resources for Health*, 17(1), 66, 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0404-2>
PMid:31412871; PMCID:PMC6693251

Citirajte kot/Cite as:

Prelec, A., & Skela-Savič, B. (2023). Razlogi za zapuščanje poklica med medicinskimi sestrami v bolnišnicah: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), 117–129. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3203>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Skupno etično odločanje zdravstvenih delavcev: pregled literature

Shared ethical decision-making of healthcare professionals: A literature review

Darja Lasič¹*, Sedina Kalender Smajlovič²

Ključne besede: etika; delavci v zdravstvu; skupne odločitve

Key words: ethics; healthcare professionals; shared decision-making

¹ Zdravstveni dom Kranj, Gosposvetska ulica 10, 4000 Kranj, Slovenija

² Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

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

IZVLEČEK

Uvod: Sprejemanje skupnih etičnih odločitev o nadaljnji zdravstveni oskrbi pacientov vključuje usklajevanje mnenj zdravstvenih delavcev, pacientov in njihovih svojcev. Namen raziskave je bil preučiti skupno etično odločanje zdravstvenih delavcev.

Metode: Uporabljen je bil pregled znanstvene literature, izveden v podatkovnih bazah COBISS, Springer Link in PubMed. Za iskanje literature v slovenskem jeziku so bile uporabljene besede: »etika«, »zdravstveni delavci«, »skupne odločitve«, v angleškem jeziku pa: »ethics«, »health professionals«, »shared decision making«. Potek pregleda literature je potekal s pomočjo diagrama PRISMA. Rezultati so bili sintetizirani z uporabo tematske analize.

Rezultati: V končno analizo je bilo vključenih 19 člankov. Oblikovali smo tri tematske kategorije: (1) etična usposobljenost zdravstvenih delavcev, (2) težave na področju sprejemanja skupnih etičnih odločitev in (3) novi pristopi k skupnemu etičnemu odločanju za izboljšanje rezultatov v klinični praksi. Na področju skupnega etičnega odločanja zdravstvenih delavcev se izkaže pomen etične usposobljenosti, težav na področju sprejemanja skupnih etičnih odločitev in novih pristopov k skupnemu etičnemu odločanju za izboljšanje rezultatov v klinični praksi.

Diskusija in zaključek: Ugotovitve raziskave prispevajo k osvetlitvi pomena skupnega etičnega odločanja in vpogled v dejavnike skupnega etičnega odločanja. Pomemben je končni rezultat določenih etičnih odločitev, ki vplivajo tako na medsebojno sodelovanje zdravstvenih delavcev kot tudi na vse ravni v zdravstvu.

ABSTRACT

Introduction: Making shared ethical decisions about patients' further healthcare involves coordinating the opinions of healthcare professionals, and patients and their relatives. The purpose of the research was to examine the joint ethical decision-making of healthcare professionals.

Methods: A review of the scientific literature performed in the COBISS, Springer Link and PubMed databases was used. To search for literature in the Slovenian language, the following words were used: "etika", "zdravstveni delavci", "skupne odločitve" and in the English language: "ethics", "health professionals", "shared decision making". The literature review was carried out using the PRISMA diagram. Results were synthesized using thematic analysis.

Results: 19 articles were included in the final analysis. We created three thematic categories: (1) ethical competence of healthcare workers, (2) problems in the area of joint ethical decision-making and (3) new approaches to joint ethical decision-making to improve outcomes in clinical practice. In the field of joint ethical decision-making of healthcare professionals, the importance of ethical competence, issues in the field of joint ethical decision-making and new approaches to joint ethical decision-making for improving results in clinical practice is demonstrated.

Discussion and conclusion: The findings of the research contribute to illuminating the importance of joint ethical decision-making and giving an insight into the factors of joint ethical decision-making. The end result of certain ethical decisions that affect the interaction of healthcare professionals and all levels in healthcare are important.



Prejeto/Received: 4. 1. 2022
Sprejeto/Accepted: 28. 3. 2023

© 2023 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Uvod

Za izboljšanje rezultatov v zdravstveni oskrbi pacientov je poleg odločitev ključnega pomena tudi kakovost postopka odločanja. Sprejemanje etičnih odločitev o nadaljnji zdravstveni oskrbi pacientov obsega mnogo razmišljanj in usklajevanj zdravstvenih delavcev, pacientov in njihovih svojcev. Trenutno je malo znanega o tem, kaj vključuje »dobro« skupno etično odločanje (Shaw et al., 2020). Etična skrb je za pacientovo celostno oskrbo na prvem mestu, zato mora vsak zdravstveni delavec pri nadaljnji oskrbi pacienta strokovno presoati o nadaljnjem etičnem odločanju. To lahko izvedemo le z izmenjavo smiselnih pogovorov s pacienti, ki morajo temeljiti na profesionalnih odnosih, avtonomiji in krepitvi vloge vseh vpletenih. Giusti et al. (2020) poudarjajo, da mora biti zdravstveno varstvo osredotočeno na pacienta; treba je ceniti njegovo socialno mrežo ter spodbujati kakovost življenja in osebne cilje, ne le gledati na izboljšanje zdravstvenega stanja. Vse odločitve, ki se sprejemajo, morajo biti etično podkrepjene. Etični okvir je niz priporočil, namenjenih vodenju kliničnega odločanja ob etičnih dilemah, ki se lahko pojavijo v okviru klinične prakse pri številnih kroničnih zdravstvenih stanjih. Lahko pomaga pri sprejemanju etično podkrepjenih odločitev, z njim pa bi si lahko pomagali tudi pri skupnem etičnem odločanju zdravstvenih delavcev ter pri razpravah o etiki skrbi, vendar se trenutno v ta namen še ne uporablja (Hendren, Hladunewich, & Lefkowitz, 2021).

Ker sta moralna vest in etična naravnost glavni vodili vsakega zdravstvenega delavca (Kodeks etike, 2014), je spodbujanje sodelovanja med zdravstvenimi delavci zelo zaželeno, saj se zdravniki ukvarjajo z zdravljenjem bolezni, medicinske sestre pa so usmerjene v zagotavljanje skrbi. Arslan et al. (2020) so ugotovili, da medicinske sestre med etičnim odločanjem včasih ne znajo sprejemati odločitve v skladu s stopnjo svojega moralnega razvoja. Hkrati pa so za paciente bolj dostopne, saj z njimi razpravljajo o njihovih simptomih in počutju (Prentice & Gillam, 2018).

Številni različni vidiki vključujejo opolnomočenje pacientov in njihovih družin ter avtonomijo s spoštljivo komunikacijo. Komunikacija mora vključevati tako ustrezno izmenjavo informacij in skupno odločanje kot obravnavanje psiholoških, socialnih, duhovnih in kulturnih potreb. Potrebno je izboljšanje usklajevanja in kontinuitete zdravstvene obravnave pacientov (World Medical Association, 2013).

Slaba komunikacija med zdravstvenimi delavci je pogosto glavni vzrok napak, ki se pojavljajo v zdravstveni obravi pacientov (Qian et al., 2020). Ugotovitve trenutnih raziskav so, da različna vloga zdravstvenih delavcev v pacientovi oskrbi pomaga razreševati težave, ki se pojavljajo med zdravstveno oskrbo. Pomembno je skupno prizadevanje za

odkrivanje različnih pogledov na etične probleme, ki jih vsak zaznava drugače. Le tako bodo preprečeni konflikti med zdravstvenimi delavci in morebitne moralne stiske, ki se lahko pri njih pojavijo (Oerlemans et al., 2015). Sistem nadzora ni primeren, saj blokira tako avtonomijo kot skupno etično odločanje (Jacquemyn, 2018).

Z združenjem moči in kompetenc zdravnikov, medicinskih sester ter vseh drugih zdravstvenih delavcev je za pacienta zdravstveno bolj poskrbljeno (Matthys, Remmen, & Van Bogaert, 2017). Treba bi bilo raziskati dejavnike, ki krepijo odnose in sodelovanje med zdravstvenimi delavci z namenom združitve vseh prednosti za zagotavljanje boljših rezultatov zdravstvene oskrbe pacientov (Barlow, Hargreaves, & Gillibrand, 2018).

Namen in cilji

Namen pregleda literature je preučiti skupno etično odločanje zdravstvenih delavcev. Cilj raziskave je poudariti pomen komunikacije vseh udeleženih v procesu zdravljenja ter pomen skupnih razprav in izobraževanja v smeri skupnega odločanja. S tem namenom smo razvili raziskovalno vprašanje: Kateri dejavniki so pomembni pri skupnem etičnem odločanju zdravstvenih delavcev?

Metode

Metode pregleda

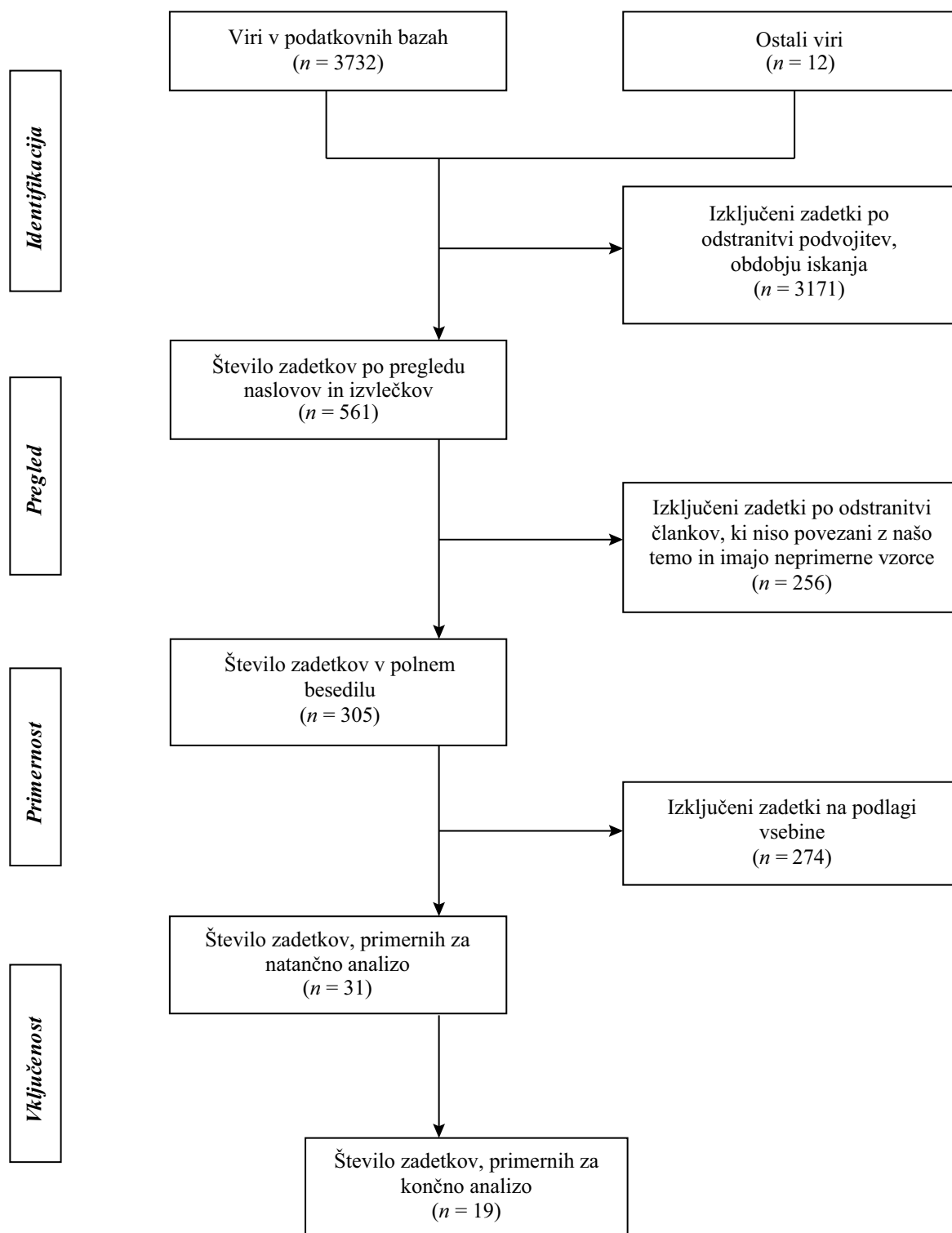
Izvedli smo pregled literature v obdobju od 1. septembra 2021 do 15. oktobra 2021 znotraj spletnega brskalnika Springer Link, bibliografskega sistema virtualne knjižnice Slovenije COBISS in spletne baze PubMed. Za iskanje literature v slovenskem jeziku smo uporabili besede: »etika«, »zdravstveni delavci«, »skupne odločitve«. Za iskanje literature v angleškem jeziku smo uporabili besede: »ethics«, »health professionals«, »shared decision making«. Uporabili smo Boolove logične operaterje AND (IN) oziroma OR (ALI). Vključitveni kriteriji so bili članki v obdobju od leta 2011 do leta 2021, prosto dostopni recenzirani strokovni in znanstveni članki v slovenskem in angleškem jeziku.

Rezultati pregleda

Z iskanjem po bazah podatkov smo identificirali 3.732 zadetkov, ki smo jim dodali 12 zadetkov relevantne literature. Po odstranitvi podvojenih člankov, časovnih okvirov, dostopnosti in na podlagi vsebine smo natančno pregledali naslove in izvlečke. Osredotočili smo se le na dokumente, ki so bili povezani z obravnavano tematiko. Po izločitvi izvlečkov, ki niso bili ustrezni, smo pridobili članke, ki so bili primerni glede na obravnavano tematiko.

Pridobljene članke smo še enkrat prebrali in jih ocenili kot primerne za vključitev v pregled literature. V slovenskem jeziku nismo našli člankov. Proces izbire člankov je potekal s pomočjo diagrama PRISMA

(Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The Prisma Group, 2009) (Slika 1).



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

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

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Rezultati pregleda raziskav so vključevali šest kvantitativnih in trinajst kvalitativnih raziskav iz različnih držav (Kalifornija, Kanada, Švica, Italija, Nemčija, Velika Britanija, Španija, ZDA, Finska, Nizozemska, Nigerija, Avstralija, Iran, Švedska, Mehika). Štiri raziskave so bile izvedene s pomočjo intervjujev, štiri s pomočjo spletnih vprašalnikov, šest v okviru pregledov literature, pet raziskav je vključevalo mnenja strokovnjakov. Tipologijo dobljenih devetnajstih virov, ki smo jih uvrstili v končni pregled literature, smo določili s pomočjo hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (Polit & Beck, 2018) (Slika 2). Glede na hierarhijo iskanja dokazov se najvišje na hierarhični lestvici nahajajo raziskave s pomočjo sistematičnih pregledov dokazov, sledi raziskava z dokazi kliničnih/vzročnih randomiziranih raziskav, raziskava z dokazi presečnih raziskav, dokazi celostnih, natančnih kvalitativnih raziskav in nazadnje mnenja strokovnjakov.

Rezultate smo sintetizirali z uporabo tematske analize (Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013). V prvem koraku smo članke najprej večkrat prebrali. Izbrano literaturo smo v končni pregled vključili glede na aktualnost, dostopnost in vsebinsko relevantnost. Besedilu smo nato pripisali pripadajoče pojme oziroma kode. Slednje smo glede na sorodne pomene združili v kategorije. Bistvene ugotovitve tematske analize smo oblikovali v 42 kod. Kode smo v nadaljevanju združevali v kategorije, ki so prikazane v Tabeli 3.

Nivo 1
Sistematični pregled dokazov ($n = 6$)
Nivo 2
Dokazi kliničnih/vzročnih randomiziranih raziskav ($n = 1$)
Nivo 3
Dokazi nerandomiziranih raziskav (kvaziexperiment) ($n = 0$)
Nivo 4
Dokazi prospektivnih kohortnih raziskav ($n = 0$)
Nivo 5
Dokazi retrospektivnih raziskav primerov s kontrolami ($n = 0$)
Nivo 6
Dokazi presečnih raziskav ($n = 3$)
Nivo 7
Dokazi celostnih, natančnih kvalitativnih raziskav ($n = 4$)
Nivo 8
Mnenja strokovnjakov, poročila o primerih idr. ($n = 5$)

Slika 2: Hierarhija dokazov
Figure 2: Hierarchy of evidence

Rezultati

V Tabeli 1 so prikazana ključna spoznanja iz posameznega vira s podatki o avtorju, raziskovalnem dizajnu in vzorcu.

Oblikovali smo tri kategorije, ki predstavljajo vsebinska področja: (1) etična usposobljenost

zdravstvenih delavcev, (2) težave na področju sprejemanja skupnih etičnih odločitev in (3) novi pristopi k skupnemu etičnemu odločanju za izboljšanje rezultatov v klinični praksi (Tabela 2).

Etična usposobljenost zdravstvenih delavcev

Zmožnost odločanja v zdravstvenem varstvu je na splošno opredeljena v štirih razsežnostih ali merilih: razumevanje, hvaležnost, utemeljitev in izražanje izbire (Palmer & Harmell, 2016). Etične smernice in predpisi poskušajo osveščati zdravstvene delavce, da bi sledili skupnim vrednotam. Etično usposabljanje je treba podpirati z drugimi institucionalno-organizacijskimi ukrepi, ki zdravstvenim delavcem pomagajo doseči in ohraniti dobre poklicne standarde (Valdez-Martinez, Noyes, & Bedolla, 2014). Etično usposobljenost je mogoče razviti z izkušnjami, komunikacijo in izobraževanjem; za ohranitev visoke etične sposobnosti pa je potrebno podporno okolje (Petterson, Hedström, & Höglund, 2018). Etična usposobljenost se šteje za kombinacijo znanja, stališč in spretnosti. Zdravstveni delavci morajo imeti sposobnost prepoznavanja in reševanja težav, ki se pojavljajo med sprejemanjem etičnih odločitev. Etična občutljivost mora biti prisotna med zdravstveno oskrbo pacienta, saj je le na ta način lahko omogočeno kakovostno zdravstveno varstvo (Koskenvuori, Stolt, Suhonen, & Leino-Kilpi, 2019).

Pri skupnem etičnem odločanju je spoštovanje avtonomije vsakega zdravstvenega delavca nujno potrebno. Zdravstveni delavci morajo med odločanjem upoštevati kulturno, etično in versko ozadje pacientov ter tudi podrobnosti njihovih odnosov. Tako lahko ugotovijo, če je njihova etična odločitev tudi etično sprejemljiva (Osamor & Grady, 2018).

Stališče, da bi morali biti pacienti vključeni v skupne etične odločitve, naj bi bilo koristno, saj pripomore k avtonomiji, vendar pa bi bile potrebne še dodatne raziskave na tem področju. Sodelovanje pacientov v skupnih etičnih odločitvah je namreč ponekod zaželeno, drugod pa ne, saj ni razjasnjeno, kako vpliva na zdravstvene rezultate v različnih okoljih (Elwyn, Frosch, & Koblin, 2016). Dobre odnose s pacientom spremljajo medsebojno zaupanje, prijaznost, bližina, razrešitev dvomov, svetovanje in empatija (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020).

Z izmenjavo informacij o dokazih (možnostih, tveganjih in koristih) ter pacientovih in družinskih preferencah in vrednotah lahko zdravstveni delavci, pacienti in družinski člani namerno določijo najboljši načrt zdravljenja (Boland et al., 2019). Uradni pripomočki za odločanje pomagajo pri skupnem etičnem odločanju izboljšati kakovost in učinkovitost odločanja, pripomorejo k razumevanju in sodelovanju ter zmanjšanju sporov tako med zdravstvenimi delavci kot s svojci (Austin, Mohottige, Sudore, Smith, & Hanson, 2015).

Tabela 1: Avtorji, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja skupnega etičnega odločanja
Table 1: Authors, research design, sample and key findings of joint ethical decision-making

<i>Avtor država/ Author country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Ključna spoznanja skupnega etičnega odločanja/ Key findings of joint ethical decision-making</i>
Austin et al., 2015 Kalifornija	Sistematični pregled literature	38 člankov	Orodja za odločanje izboljšujejo pacientovo znanje in pripravo na izbiro zdravljenja.
Boland et al., 2019 Kanada	Sistematični pregled literature	79 publikacij	Povabilo staršem in otrokom k sodelovanju pri skupnem etičnem odločanju je treba podpreti z informacijami, ki so skladne z otrokovo razvojno stopnjo in/ali stopnjo pismenosti staršev ter upoštevanjem etičnih načel. To je mogoče doseči z oceno ravni zdravstvene pismenosti in ustreznim prilagajanjem informacij, z uporabo otrokom prijaznih in razvojno ustreznih informacij, z zbiranjem in vključevanjem vrednot staršev/otrok ter preverjanjem z metodami poučevanja. Medsebojno zaupanje in spoštovanje med zdravstvenimi delavci in družinami zmanjša neravnovesje moči.
Bucher et al., 2018 Švica	Presečna kvantitativna raziskava	96 zdravnikov, 302 medicinski sestri	Razhajanja med medicinskimi sestrami in zdravniki so lahko posledica razlik v etični vzgoji ali v različni osredotočenosti pacienta. Pri skupnem etičnem odločanju lahko nastanejo etični prepiri, ki pa pri zdravstveni oskrbi pacientov niso smotni. Potreben je razmislek o različnih moralnih stališčih in vrednotah vseh zdravstvenih delavcev in stalno strokovno usposabljanje. Priznavanje razlik glede sprejemanja etičnih odločitev je ključnega pomena pri izogibanju konfliktom in težnju k boljšim rezultatom.
Bunn et al., 2018 Velika Britanija	Sistematični pregled literature	88 prispevkov	Zdravstveni delavci potrebujejo podporo za spremembo svojega etičnega poklicnega vedenja ter za boljšo organizacijo in izvajanje storitev. Osebnostne interakcije, dovoljenje in prostor za razpravo o možnostih ter kontinuiteta med pacientom in poklicnimi odnosi so ključni pri podpori starejšim ljudem s kompleksnimi potrebami pri vključevanju v skupno odločanje.
Elwyn et al., 2016 ZDA	Mnenja strokovnjakov	Ni opredeljeno	Treba je preučiti zdravstvene sisteme, ki so pripravljene vlagati v skupno etično odločanje na ravni zdravnika, klinične ekipe, vodstva in celotnega sistema.
Galetta et al., 2016 Italija	Presečna kvantitativna raziskava	1.024 medicinskih sester	Vodstvene strategije za spodbujanje sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki so lahko pomembne za povečanje čustvene zavezanosti medicinskih sester ekipi. Na individualni ravni sta zadovoljstvo pri delu in timska čustvena predanost pomembna dejavnika za ohranitev osebja, na ravni skupine pa je dobro delovno sodelovanje z zdravniki ključnega pomena za razvoj afektivne identifikacije medicinskih sester z ekipo.
Hartog & Benbenishty, 2014 Nemčija	Mnenja strokovnjakov	Ni opredeljeno	H konfliktom pri skupnem etičnem odločanju lahko prispevajo pomanjkanje administrativnih smernic in protokolov, ki bi urejali medpoklicno sodelovanje, primanjkljaji v strokovni izobrazbi, finančne omejitve in pomanjkanje osebja, kar poveča delovno obremenitev in načrtovano uspešnost.
Kenaszchuk et al., 2011 Severna Amerika	Dokazi vzročnih randomiziranih raziskav	154 medicinskih zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev	Treba je načrtovati in ovrednotiti simulacijske programe usposabljanja, ki so namenjeni spodbujanju skupnega vodenja in etičnega odločanja v medpoklicnih skupinah za usposabljanje.
Koskenvuori et al., 2019 Finska	Sistematični pregled literature	17 člankov	Osredotočenost na etiko je profesionalna vrednota vsake medicinske sestre, ki strokovno opravlja svoje poslanstvo. Nanaša se na pravilno in napačno ravnanje ter vključuje postopek sprejemanja odločitev za določitev končne odločitve glede nadaljnjih dejanj.

Se nadaljuje/Continues

<i>Avtor država/ Author country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Ključna spoznanja skupnega etičnega odločanja/ Key findings of joint ethical decision-making</i>
Légaré et al., 2018 ZDA, Nemčija, Kanada, Nizozemska	Sistematični pregled literature	87 raziskav	Intervencije, ki jih posreduje pacient, so lahko na primer pogovor z medicinsko sestro, program izobraževanja pacientov ali pomoč pri odločanju.
Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020 Španija	Dokazi celostnih kvalitativnih raziskav	13 pogovorov z medicinskimi sestrami in 61.484 zdravstvenih zapisov	Medicinske sestre imajo pri svojem delu rajši pasivne in ponižne paciente, ki zmerno izražajo svoje občutke in skrbi ter so avtonomni pri osnovnih dejavnostih. To jim v vlogi medicinske sestre predstavlja večje udobje. Niso pa zadovoljne z zahtevnim pacientom, ki zanika poklicne imperativne in je vznemirljen. S tem se poveča delovna obremenitev medicinskih sester. Napetost lahko povzroči, da prenehajo upoštevati etične naravnosti.
Osamor & Grady, 2018 Nigerija	Mnenja strokovnjakov	Ni opredeljeno	Skupno etično odločanje lahko močno vpliva na zdravstveno stanje pacienta in rezultate. Priznavanje kulturnih razlik je potrebno za oceno ustreznosti in uporabnosti mednarodnih etičnih načel.
Palmer & Harmell, 2016 ZDA	Mnenja strokovnjakov	Ni opredeljeno	Zdravstveni delavci, ki ocenjujejo sposobnost posameznika za privolitev v zdravljenje, morajo ohranjati ravnovesje med spoštovanjem avtonomije posameznikov in zaščito posameznikov z zmanjšano sposobnostjo samostojne odločitve. Brez zaščite in upoštevanja tistih z zmanjšano sposobnostjo odločanja obstaja nevarnost, da se pacienti prepustijo pravicam posameznikov v zdravstvu, kar bi bilo lahko etično sporno.
Petterson et al., 2018 Švedska	Dokazi celostnih kvalitativnih raziskav	15 medicinskih sester, 16 zdravnikov	Za sprejemanje etično trdnih odločitev v zdravstveni oskrbi pacienta morajo zdravstveni delavci razviti ustrezne vrline in izboljšati znanje o etičnih teorijah. Pomembno je upoštevati ustrezne klinične smernice, ki vključujejo etične kompetence. Za boljše sodelovanje se je treba nenehno etično izobraževati in voditi razprave za nadaljnji razvoj skupnega etičnega jezika.
Prentice & Gillam, 2018 Avstralija	Mnenja strokovnjakov	Ni opredeljeno	Zdravniki in medicinske sestre imajo dolžnost, da v svoji poklicni vlogi vzdržujejo niz vrednot v okviru kulturnih in tradicionalnih norm ter spoštujejo zaupanje pacienta. Tako so moralno odgovorni do drugih, vključno do svojih pacientov, ustanove, za katero delajo, sodelavcev in širše javnosti.
Rafiee et al., 2020 Iran	Presečna raziskava	144 pediatrov, ginekologov in medicinskih sester	Pomembno je razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na etično odločanje izvajalcev zdravstvenih storitev. Treba se je zavzemati za vrednost in svetost življenja ter uporabljati vse terapevtske ukrepe za reševanje življenj pacientov.
Siegle et al., 2018 Nemčija	Dokazi celostnih kvalitativnih raziskav	100 pacientov, 120 zdravstvenih delavcev	Poročanje slabih novic, razprava o napovedih in možnih poteh bolezni (najboljši primer in najslabši primer) ter priprava drugih na konec življenja so izzivi na področju komunikacije in etičnega odločanja ter zahtevajo visoko usposobljene strokovnjake.
Valdez- Martinez et al., 2014 Mehika	Sistematični pregled – tematska sinteza	8 pravnih/etičnih smernic in 18 raziskav	Pomembno je, da zdravniki v trenutku, ko zdravstvena oskrba ni več kurativna in so odločitve zelo pomembne za paciente in njihove družine, razumejo in oblikujejo pravilne procese etičnega odločanja. Tako se učinkoviteje izvaja etiko strokovnosti v vsakodnevni klinični praksi in krepi prakso dobre medicine. Etične smernice in predpisi poskušajo z izražanjem skupnih vrednot pomagati zdravnikom, da bi dosegli in ohranili dobre poklicne standarde.
Zwarenstein et al., 2013 Kanada	Dokazi celostnih kvalitativnih raziskav	47 zdravstvenih delavcev	Odločitve pri pojavu etičnih in moralnih dilem so sprejeli samo zdravniki brez sodelovanja medicinskih sester. Izobraževanje za izboljšanje medprofesionalnih razprav bi lahko izboljšalo učinkovitost, osredotočenost na pacienta in rezultate oskrbe v bolnišnicah.

Legenda/legend: ZDA – Združene države Amerike/United States of America

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah
Table 2: Codes sorted by categories

<i>Kategorije in kode/Categories and Codes</i>	<i>Avtor/Author</i>
<i>Kategorija 1 – Etična usposobljenost zdravstvenih delavcev</i> Samoodločba, etična sposobnost, zdravstveni delavci, pacienti, izmenjava informacij, etična občutljivost, sodelovanje, moralne vrednote, lastna prepričanja, etične odločitve, sposobnost odločanja, vrednote, etično vedenje, etična naravnost	Valdez-Martinez et al., 2014; Austin et al., 2015; Elwyn et al., 2016; Palmer & Harmell, 2016; Osamor & Grady, 2018; Petterson et al., 2018; Boland et al., 2019; Koskenvuori et al., 2019; Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020
<i>Kategorija 2 – Težave na področju sprejemanja skupnih etičnih odločitev</i> Etični argumenti, pogovor, kakovost, sprejemanje odločitev, komunikacija, moralna stiska, ovire za etično delovanje, etične težave, informacije, proces odločanja	Kenaszchuk et al., 2011; Zwarenstein et al., 2013; Hartog & Benbenishty, 2014; Elwyn et al., 2016; Prentice & Gillam, 2018
<i>Kategorija 3 – Novi pristopi k skupnemu etičnemu odločanju za izboljšanje rezultatov v klinični praksi</i> Izboljšanje prakse, dokazi, skupno etično odločanje, profesionalni odnosi, skupno simulacijsko učenje, skupno izobraževanje, spodbujanje sodelovanja, avtonomija, vključevanje, razumevanje razlik, različne perspektive, novi pristopi, boljši rezultati, ravnovesje, etično izobraževanje, razprave, orodja za skupno odločanje	Kenaszchuk et al., 2011; Zwarenstein et al., 2013; Hartog & Benbenishty, 2014; Austin et al., 2015; Elwyn et al., 2016; Galetta et al., 2016; Bucher et al., 2018; Bunn et al., 2018; Légaré et al., 2018; Prentice & Gillam, 2018; Siegle et al., 2018; Rafiee et al., 2020

Težave na področju sprejemanja skupnih etičnih odločitev

Obstoječi sistemi trenutno ne nudijo dovolj dokazov, ki bi upoštevali celoten obseg posledic skupnega etičnega odločanja. Pri uvajanju sprememb so pomembni tudi dejavniki, kot so stroški, dobiček, marža, kakovost in učinkovitost (Elwyn et al., 2016). V praksi so pobude za simulacijsko usposabljanje redke in brez močne institucionalne podpore, zato je zaupanje vanje šibko (Kenaszchuk, MacMillan, Van Soeren, & Reeves, 2011).

Slaba komunikacija med zdravstvenimi delavci lahko povzroči veliko škodo pacientom. Zwarenstein et al. (2013) pravijo, da so interakcije med zdravstvenimi delavci pogoste, razprave pa so redke in kratke, čeprav bi morale biti etične odločitve skupno prilagojene. Skupno etično odločanje je lahko tudi glavni vzrok moralnih stisk, zunanji izraz zdravstvenih delavcev pa je lahko različen, kot se lahko razlikujejo tudi čustveni odzivi na težke etične situacije (Prentice & Gillam, 2018).

Konflikti med zdravstvenimi delavci lahko motijo sodelovanje pri etičnem odločanju, kar posledično povzroči negativno ozračje v zdravstvenem timu, slabo počutje pacientov in njihovih svojcev, pa tudi nezadovoljstvo na delovnem mestu, izgorevanje zdravstvenih delavcev, njihovo razmišljanje o odhodu iz poklica, predvsem pa tudi večje zdravstvene izdatke (Hartog & Benbenishty, 2014).

Novi pristopi k skupnemu etičnemu odločanju za izboljšanje rezultatov v klinični praksi

Pri skupnem etičnem odločanju je pomembno ravnovesje različnih perspektiv zdravstvenih delavcev. S tem se pokažejo skupni cilji, vzpostavita se prava komunikacija in timski pristop k zdravstveni oskrbi

pacienta. Prepoznavati se pričnejo lastna prepričanja in razumevanja drugih pogledov. Takrat pri pacientu nastanejo pozitivne izkušnje, s tem pa je namen etičnih odločitev dosežen (Galetta, Portoghese, Carta, D'Aloja, & Campagna, 2016). Pomembno je razpravljati in razmisliti o različnih moralnih stališčih in vrednotah zdravstvenih delavcev (Bucher, Klein, & Hendriks, 2018). Skupno simulacijsko učenje zdravstvenih delavcev bi pripomoglo k izboljšanju razumevanja različnih stališč (Kenaszchuk et al., 2011). Dolgoročno bi lahko skupno etično odločanje privedlo do sprememb pri nižanju stroškov, sprememb v sestavi timov zdravstvenih delavcev, do manj pritožb in pravnih izzivov. Dobre odločitve bi vodile k varnejšemu in stroškovno učinkovitejšemu zdravstvu (Elwyn et al., 2016).

Komunikacija med zdravstvenimi delavci in pacienti vodi do boljših zdravstvenih rezultatov na neposreden in tudi posreden način. Vpliva tako na čustveno-kognitivne izide, kot so razumevanje, zadovoljstvo in zaupanje, kot tudi na vedenjske izide, kot so odločitve o nadaljnji zdravstveni oskrbi ali upoštevanje priporočene zdravstvene oskrbe (Légaré et al., 2018). Moralna stiska zdravnika ni pomembnejša od moralne stiske medicinskih sester, lahko pa je po izvoru in izrazu nekoliko drugačna. Skupno razumevanje odtenkov moralne stiske lahko pomaga izboljšati komunikacijo pri skupnem etičnem odločanju in pri splošni etični klimi v zdravstvenem okolju, končni rezultat pa je izboljšana zdravstvena oskrba pacientov (Prentice & Gillam, 2018).

Prihodnje raziskave se morajo osredotočiti na rezultate, ki merijo učinek spremembe znanja na odločitve o zdravljenju, prejemanje oskrbe v skladu s preferencami in zadovoljstvo z oskrbo (Austin et al., 2015). Zdravstvene organizacije in izobraževalni zavodi bi morali spodbujati vključitev zdravnikov v izboljšanje komunikacije in sodelovanje v celotnem zdravstvenem

timu. Potrebe so razvidne tudi pri izobraževanju vseh ostalih zdravstvenih delavcev za vzpostavitev komunikacije z zdravniki na način, ki bi učinkovito vključeval skupne razprave o pacientovih vprašanjih, ki niso zgolj medicinska (Zwarenstein et al., 2013).

Če bi želeli doseči trajnostne spremembe pri skupnem etičnem odločanju, bi morale biti te prisotne na več ravneh: skupno usposabljanje zdravstvenih delavcev, spremembe pri načrtovanju in izvajanju skupnih razprav, končno pa tudi spremembe pri standardih in protokolih (Hartog & Benbenishty, 2014). Za boljše razumevanje vseh dejavnikov, ki vplivajo na skupno etično odločanje zdravstvenih delavcev, je potrebnih več raziskav, s pomočjo katerih bi osmislili tudi pomen perspektiv in njihov vpliv na končne izboljšane rezultate celotne zdravstvene oskrbe pacienta (Rafiee et al., 2020). Predvsem bi strukturiran in integriran tandemski pristop (medicinska sestra in zdravnik) krepil komunikacijske sposobnosti in strategije medpoklicnih zdravstvenih ekip, ki sodelujejo pri etičnem odločanju o nadaljnji zdravstveni oskrbi pacientov. Ta pristop k reševanju skupnih odločitev bi izboljšal kontinuiteto in usklajevanje oskrbe ter kakovost življenja pacientov (Siegle et al., 2018). Treba je vzpostaviti mehanizme, ki ohranjajo in spodbujajo skupno odločanje med zdravstvenimi delavci in pacienti ter pomagajo doseči izboljšanje rezultatov pri pacientih (Bunn et al., 2018).

Diskusija

Na osnovi analize vključenih raziskav smo ugotovili, da je pri skupnem etičnem odločanju zdravstvenih delavcev pomembnih več dejavnikov – psihološki, socialni in čustveni –, ki vplivajo na končne etične odločitve v zadovoljstvo in korist vseh udeleženih pri zdravstveni oskrbi pacientov (Elwyn et al., 2016). Etični okvir, ki naj bi bil niz priporočil za skupno etično odločanje, bi pomagal pri opredeljevanju in analiziranju etičnih vprašanj, s katerimi se zdravstveni delavci srečujejo med sprejemanjem etičnih odločitev, ki koristijo pacientom in njihovi zdravstveni oskrbi (Hendren et al., 2021).

Skupno odločanje se vse bolj priznava kot etični imperativ v zdravstvu, vendar so v praksi dokazi, ki kažejo koristnost usposabljanja, omejeni (Leyland, Heath, Neve, & Maynard, 2021). Ovijač (2012) navaja, da etično odločanje predstavlja splet kognitivnih in čustvenih procesov, ki potekajo na bolj ali manj zavestni ravni. Fošnarič (2010) navaja, da sta etično ravnanje in etično vedenje odvisna od etične države posameznika, znanja, možnosti izbire in moči avtoritete, saj vsak zdravstveni delavec s seboj prinaša lastno poznavanje etičnih vrednot, svoje življenjske odločitve, moralno sposobnost ter osebno moralno motiviranost za doseg etične odločitve in njeno uresničitev.

S pregledom literature smo na področju etične usposobljenosti zdravstvenih delavcev ugotovili

poudarek na etični občutljivosti (Koskenvuori et al., 2019) ter na spoštovanju avtonomije in značilnosti pacientov (Osamor & Grady, 2018). Tudi Kahrman & Çalik (2017) poudarjata aktivno vključenost medicinskih sester v postopek odločanja in reševanja etičnih problemov. Pomembno je, da imajo medicinske sestre razvito etično občutljivost, ki je opredeljena kot sposobnost razlikovanja etičnega problema, tako da je mogoče etične težave prepoznati in sprejeti pravilne odločitve v postopku reševanja (Aksu & Akyol, 2011). Jamshidinavid & Kamari (2012) navajata, da etična občutljivost prav tako pomeni zavedanje, da bodo posledice etičnih dilem vplivale na nas same ali na druge. Z izvedeno raziskavo smo ugotovili težave na področju sprejemanja skupnih etičnih odločitev. Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri procesu skupnega etičnega odločanja, zato bi bil smiseln nadaljnji razvoj skupnega etičnega jezika in dobre etične delovne klime, ki bi vsem zdravstvenim delavcem omogočil razviti ustrezne vrline, boljše znanje o etičnih teorijah in ustreznih kliničnih smernicah ter s tem izboljšal sposobnost etičnega ravnanja (Fallahi et al., 2018; Petterson et al., 2018). Večji poudarek bi morali dati strategijam, usmerjenim v zmanjševanje vrzeli v sodelovanju, torej strategijam, ki bi imele za cilj spodbujanje enakosti med poklicnima skupinama in krepitev šibkejše skupine v odnosu (Šanc & Prosen, 2022).

Težave pri skupnem etičnem odločanju lahko nastanejo, ko med zdravstvenimi delavci pride do etičnih sporov. Ti se lahko pojavijo, ko obstaja razlika med lastnimi vrednotami tima, med njihovimi poklicnimi vrednotami ali pa tudi med vrednotami njihove organizacije (Gaudine, LeFort, Lamb, & Thorne, 2011). Neustrezna komunikacija med zdravstvenimi delavci otežuje spopadanje z resničnostjo in izbiro prave skupne etične odločitve v zdravstveni oskrbi pacientov, zato bi se bilo smiselno osredotočiti na skupno izvajanje večdimenzionalnih procesov na različnih stopnjah, kar bi dosegli s skupnim usposabljanjem, raznimi skupnimi razpravami in skupnim etičnim izobraževanjem vseh zdravstvenih delavcev (Siegle et al., 2018).

Ugotovili smo, da bi morale smernice za skupno etično odločanje jasno navajati odgovornost in vloge vseh zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo v zdravstveni oskrbi pacientov. Nujni so tudi usklajevanje in dogovori med stališči vseh zdravstvenih delavcev (Fallahi et al., 2018). Že med izobraževanjem in prakso bi morali biti študentje medicine in zdravstvene nege vključeni v timsko delo, tako bi razumeli svoje vloge in predvsem tudi vloge drugih v timu (Strauss et al., 2018).

Praktična uporabnost izvedene raziskave je v seznanitvi s pomenom skupnega odločanja zdravstvenih delavcev. Izvedena raziskava ima tudi omejitve. Lahko obstaja možnost, da smo izpustili nekatere pomembne raziskave. Priložnosti za nadaljnje raziskovanje na področju skupnega etičnega odločanja

so v proučevanju vplivov skupnega etičnega odločanja zdravstvenih delavcev na zadovoljstvo pacientov.

Zaključek

Pregled literature predstavlja skupno etično odločanje kot pomemben člen k boljšemu počutju in boljši zdravstveni oskrbi pacienta, zato so pri celostni obravnavi pacienta za razumevanje pomembni dejavniki skupnega etičnega odločanja. S pregledom literature smo pridobili vpogled tako v negativne kot v pozitivne dejavnike skupnega etičnega odločanja. Končni rezultati etičnih odločitev vplivajo na zdravstvene delavce.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva avtorica je izvedla iskanje in pregled literature, oceno kakovosti in izbor vključenih virov ter pisala članek. Druga avtorica je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodelovala kot oseba, odgovorna za metodološko ustreznost. Sodelovala je tudi pri pisanju članka./The first author conducted literature search, review, performed quality assesment selected sources and wrote the article. The second author participated in all stages of the research process and was responsible for methodologically appropriate research process. Also, she participated in the writing of the article.

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Literatura

Aksu, T., & Akyol, A. (2011). İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi [Investigation of the moral sensibility of nurses in Izmir]. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 19(1), 16–24.

Arslan, S., Türer Öztik, S., & Kuzu Kurban, N. (2020). Do moral development levels of the nurses affect their ethical decision making: A descriptive correlational study. *Clinical Ethics*, 16(1), 9–16.

<https://doi.org/10.1177%2F1477750920930375>

Austin, C. A., Mohottige, D., Sudore, R. L., Smith, A. K., & Hanson, L. C. (2015). Tools to promote shared decision making in serious illness: A systematic review. *JAMA Internal Medicine*, 175(7), 1213–1221.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.1679>

PMid:25985438; PMCID:PMC4794743

Barlow, N. A., Hargreaves, J., & Gillibrand, W. (2018). Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practice. *Nursing Ethics*, 25(2), 230–242.

<https://doi.org/10.1177%2F0969733017703700>

PMid:28464757

Boland, L., Graham, I. D., Légaré, F., Lewis, K., Jull, J., Shephard, A. ... Stacey, D. (2019). Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: A systematic review. *Implement Science*, 14, Article 7, 1–25.

<https://doi.org/10.1186/s13012-018-0851-5>

PMid:30658670; PMCID:PMC6339273

Bucher, H. U., Klein, S. D., & Hendriks, M. J. (2018). Decision-making at the limit of viability: Differing perceptions and opinions between neonatal physicians and nurses. *BMC Pediatrics*, 18, Article 81.

<https://doi.org/10.1186/s12887-018-1204-x>

PMid:29471821; PMCID:PMC5822553

Bunn, F., Goodman, C., Russell, B., Wilson, P., Manthorpe, J., Rait, G. ... Durand, M. A. (2018). Supporting shared decision making for older people with multiple health and social care needs: A realist synthesis. *BMC Geriatric*, 18, Article 165, 1–2.

<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0853-9>

PMid:30021527; PMCID:PMC6052575

Elwyn, G., Frosch, D. L., & Kobrin, S. (2016). Implementing shared decision-making: Consider all the consequences. *Implementation Science*, 11, Article 114, 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s13012-016-0480-9>

PMid:27502770; PMCID:PMC4977650

Fallahi, M., Mahdavian, S., & Abdi, A., 2018. Nurses and physicians' viewpoints about decision making of do not attempt resuscitation (DNAR). *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 13, Article 20, 1–7.

<https://doi.org/10.4081/mrm.2018.161>

PMid:30013772; PMCID:PMC6046093

Fošnarič, L. (2010). Etični in kazenski vidik strokovnih napak v zdravstveni negi (magistrsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.

- Galetta, M., Portoghese, I., Carta, M.G., D'Aloja, E., & Campagna, M. (2016). The effect of nurse-physician collaboration on job satisfaction, team commitment, and turnover intention in nurses. *Research in Nursing & Health*, 39(5), 375–385.
<https://doi.org/10.1002/nur.21733>
PMid:27233052
- Gaudine, A., LeFort, S., Lamb, M., & Thorne, L. (2011). Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18(1), 9–19.
<https://doi.org/10.1177%2F0969733010385532>
PMid:21285193
- Giusti, A., Nkhoma, K., Petrus, R., Petersen, I., Gwyther, L., Farrant, L. ... Harding, R. (2020). The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: A systematic review. *BMJ Global Health*, 5(12), Article e003330, 1–14.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003330>
PMid:33303515; PMCID:PMC7733074
- Hartog, C. S., & Benbenishty, J. (2015). Understanding nurse-physician conflicts in the ICU. *Intensive Care Medicine*, 41, 331–333.
<https://doi.org/10.1007/s00134-014-3517-z>
PMid:25326341
- Hendren, E., Hladunewich, M. A., & Lefkowitz, A. (2021). Caring for pregnant patients with CKD: An ethical discussion of 5 cases. *Clinical Research*, 6(5), 1273–1279.
<https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.02.020>
PMid:34013105; PMCID:PMC8116767
- Jacquemyn, Y. (2018). Accreditation and resulting clerical duties represent commercial excesses that are ethically and scientifically unacceptable. *Facts, Views & Vision InObGyn*, 10(2), 59–61. Retrieved October 26, 2021 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516189/>
PMid:31110643; PMCID:PMC6516189
- Jamshidinaid, B., & Kamari, F. (2012). Ethics in management accounting: Moving toward ethical motivation. *Research Journal of Finance and Accounting*, 3(6), 2222–2847.
- Kahriman, İ., & Çalık, K. Y. (2017). Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı [Ethical sensitivity of clinical nurses]. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 6(3), 111–121.
- Kenaszchuk, C., MacMillan, K., Van Soeren, M., & Reeves, S. (2011). Interprofessional simulated learning: Short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. *BMC Medicine*, 9, Article 29, 1–10.
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-29>
PMid:21443779; PMCID:PMC3224569
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije. (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Koskenvuori, J., Stolt, M., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Healthcare professionals' ethical competence: A scoping review. *Nursing Open*, 6(1), 5–17.
<https://doi.org/10.1002/nop.2.173>
PMid:30534390; PMCID:PMC6279725
- Légaré, F., Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D. ... Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>
PMid:30025154; PMCID:PMC6513543
- Leyland, R., Heath, M., Neve, H., & Maynard, V. (2021). Structured reflection on shared decision making. *The Clinical Teacher*, 18(1), 55–61.
<https://doi.org/10.1111/tct.13233>
PMid:32815256
- Matthys, E., Remmen, R., & Van Bogaert, P. (2017). An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: What can we learn in primary care. *BMC Family Practice*, 18(1), Article 11, 1–22.
<https://doi.org/10.1186/s12875-017-0698-x>
PMid:29273023; PMCID:PMC5741858
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), Article e1000097, 1–22.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
PMid:19621072; PMCID:PMC2707599
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), Article 835, 1–24.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
PMid:32013108; PMCID:PMC7036952
- Oerlemans, A. J., van Sluisveld, N., van Leeuwen, E. S., Wollersheim, H., Dekkers, W., & Zegers, M. (2015). Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: A qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Medical Ethics*, 16, Article 9, 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12910-015-0001-4>
PMid:25880418; PMCID:PMC4344998
- Osamor, P. E., & Grady, C. (2018). Autonomy and couples' joint decision-making in healthcare. *BMC Medical Ethics*, 19, Article 3, 1–8.
<https://doi.org/10.1186/s12910-017-0241-6>
PMid:29325536; PMCID:PMC5765707

- Ovijač D. (2012). Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*. Retrieved October 26, 2021 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2896>
- Palmer, B.W., & Harmell, A.L. (2016). Assessment of healthcare decision-making capacity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 530–540.
<https://doi.org/10.1093/arclin/acw051>
PMid:27551024; PMCID:PMC5007079
- Pettersson, M., Hedström, M., & Höglund, A. T. (2018). Ethical competence in DNR decisions: A qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care. *BMC Medical Ethics*, 19, Article 63, 1–12.
<https://doi.org/10.1186/s12910-018-0300-7>
PMid:29914440; PMCID:PMC6007064
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prentice, T. M., & Gillam, L. (2018). Can the ethical best practice of shared decision-making lead to moral distress. *Bioethical Inquiry*, 15, 259–268.
<https://doi.org/10.1007/s11673-018-9847-8>
PMid:29541925
- Qian, X., Li, L. J., Zhuang, Y. Y., Hong, Y. C., Zhang, Z. H., Xing, L. F. ..., Chow, E. (2020). Analysis of daily goal sheets on physician-nurse collaboration attitude. *Annals of Palliative Medicine*, 9(1), 1–7.
<http://doi.org/10.21037/apm.2019.12.06>
PMid:32005057
- Rafiee, Z., Rabiee, M., Rafati, S., Rejeh, N., Borna, H., & Vaismoradi, M. (2020). Physicians' and nurses' decision making to encounter neonates with poor prognosis in the neonatal intensive care unit. *Clinical Ethics*, 15(4), 187–196.
<https://doi.org/10.1177%2F147750920927173>
- Shaw, S., Hughes, G., Stephens, T., Pearse, R., Prowle, J., Ashcroft, R. E., ... Everest, L. (2020). Understanding decision making about major surgery: Protocol for a qualitative study of shared decision making by high-risk patients and their clinical teams. *BMJ Open*, 10(5), Article e033703, 1–10.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033703>
PMid:32376751; PMCID:PMC7223149
- Siegle, A., Villalobos, M., Bossert, J., Krug, K., Hagelskamp, L., Krisam, J. ... Thomas, M. (2018). The Heidelberg Milestones Communication Approach (MCA) for patients with prognosis <12 months: Protocol for a mixed-methods study including a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), Article 438, 1–13.
<https://doi.org/10.1186/s13063-018-2814-1>
PMid:30107809; PMCID:PMC6092809
- Strauss, M., Goriup, J., Križmarić, M., & Koželj, A., 2018. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki: Ocene študentov zdravstvene nege in medicine. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), 225–232.
<https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.170>
- Šanc, P., & Prosen, M. (2022). Interprofessional collaboration in interdisciplinary healthcare teams: A quantitative descriptive study. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), 9–21.
<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.1.3106>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405.
<https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
PMid:23480423
- Valdez-Martinez, E., Noyes, J., & Bedolla, M. (2014). When to stop: Decision-making when children's cancer treatment is no longer curative: A mixed-method systematic review. *BMC Pediatrics*, 14, Article 124, 1–25.
<https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-124>
PMid:24884514; PMCID:PMC4028290
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
PMid:24141714
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C., & Reeves, S. (2013). Disengaged: A qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13, Article 494, 1–9.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-494>
PMid:24274052; PMCID:PMC4222762

Citirajte kot/Cite as:

Lasič, D., & Kalender Smajlović, S. (2023). Skupno etično odločanje zdravstvenih delavcev: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), 130–140. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3153>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna navodila

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

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

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

Etična načela

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

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

Opredelitev tipologije

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

Metodološka struktura članka

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

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

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

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

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

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

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

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

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

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

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

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

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

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

Rezultati: Rezultate prikažemo besedno oziroma v tabelah in slikah ter pazimo, da izberemo le en prikaz

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

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

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

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

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

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

sintetizirati informacije, ki so že bile publicirane. V preglednem znanstvenem članku znanstvena spoznanja niso le navedena, ampak tudi razložena, interpretirana, analizirana, kritično ovrednotena in predstavljena na znanstvenoraziskovalen način. Na osnovi kvantitativne obdelave podatkov predhodnih raziskav (metaanaliza) ali kvalitativne sinteze (metasinteza) rezultatov predhodnih raziskav prinaša nova spoznanja in koncepte za nadaljnje raziskovalno delo. Struktura preglednega znanstvenega članka je enaka kot pri 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 uporabljeni raziskovalni dizajn pregleda literature. Podpoglavja metod so: *metode pregleda, rezultati pregleda, ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov. Metode pregleda* vključujejo razvoj, testiranje in izbor iskalne strategije, vključitvene in izključitvene kriterije za uvrstitev v pregled, raziskane podatkovne baze, časovno obdobje iskanja objav, vrste objav z vidika hierarhije dokazov, ključne besede, jezik pregledanih objav. *Rezultati pregleda* vključujejo število dobljenih zadetkov, število pregledanih raziskav, število vključenih raziskav in število izključenih raziskav. Uporabimo diagram poteka raziskave skozi faze pregleda, pri izdelavi si pomagamo z mednarodnimi standardi za prikaz rezultatov pregleda literature (npr. PRISMA-Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis). *Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov* vključuje oceno uporabljene iskalne strategije in kriterijev za dokončni nabor uporabljenih zadetkov, kakovost vključenih raziskav z vidika hierarhije dokazov ter način obdelave podatkov.

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

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

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

Navajanje literature

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

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

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

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

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

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

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

Primeri navajanja literature v seznamu

Citiranje knjige:

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

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

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

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

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

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

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

Citiranje člankov iz revij:

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

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

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

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

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

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

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

Citiranje prispevka iz zbornika referatov:

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

Citiranje diplomskega, magistrskega dela in doktorske disertacije:

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

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

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

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov in organizacij:

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

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

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

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

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

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

Citiranje elektronskih virov

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

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

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

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

1. NASLOVNA STRAN, ki vključuje:

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

Zahvala/Acknowledgements

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

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

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

2. IZJAVA O AVTORSTVU

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

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

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

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

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

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

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

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

Predložitev članka s strani urednikov ali članov uredniškega odbora

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

Recenzentovo delo je odgovorno in zahtevno. S svojimi predlogi in ocenami recenzenti prispevajo k večji kakovosti člankov, objavljenih v Obzorniku zdravstvene nege. Od recenzenta, ki ga uredništvo neodvisno izbere, se pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja, ki so postavljena v obrazcu OJS, in ugotovil, ali so trditve in mnenja, zapisani v članku, verodostojni in ali je avtor upošteval navodila za objavlanje. Recenzent mora poleg znanstvenosti, strokovnosti in primernosti vsebine za objavo v Obzorniku zdravstvene nege članek oceniti metodološko ter uredništvo opozoriti na pomanjkljivosti. Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Pozoren naj bo na pravilno rabo strokovne terminologije. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jasen, ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvo članka; ali avtor citira (naj)novjšo literaturo in ali citira znanstvene raziskave avtorjev, ki so pisali o isti temi v domačih revijah; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali je citiranje literature ustrezno, ali se v besedilu navedena literatura ujema s seznamom literature na koncu članka. Dostopno literaturo je treba preveriti. Oceniti je treba ustreznost slik ter tabel, preveriti, če se v njih ne ponavlja tisto, kar je v besedilu že navedeno. Recenzentova dolžnost je opozoriti na morebitne nerazvezane kratice. Recenzent mora biti še posebej pozoren na morebitno plagiatstvo in krajo intelektualne lastnine.

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

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

Literatura

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

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

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

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

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

Posodobljeno december 2021

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege. (2023). Navodila avtorjem in recenzentom. *Obzornik zdravstvene nege* 57(2), 141–147.

GUIDE FOR AUTHORS

General guidelines

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

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

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

Ethical principles

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

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

Article typology

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

Methodological structure of an article

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

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

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

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

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

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

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

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Structure of a Review Article (1.02)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

References

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

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

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

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

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

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

Reference examples by type of reference

Book references:

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

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

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

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

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

References for books edited by one or multiple authors:

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

Journal article references:

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

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

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

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

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

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

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

References for published conference proceedings:

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

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

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

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

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

References for laws, codes, regulations and organisations:

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

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

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

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

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

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

References for electronic resources:

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

ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES

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

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

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

1. The TITLE PAGE, which should include:

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

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

Acknowledgements

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

Conflict of interest

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

Funding

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

Ethical approval

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

Both sources should be included in the reference list.

Author contributions

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

2. STATEMENT OF AUTHORSHIP

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

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

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

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

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

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

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

Article submissions by editors and members of the editorial board

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

The editorial board – author/s relationship

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

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

GUIDE TO REVIEWERS

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

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

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

References

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

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

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

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. Retrieved from <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
PMid:24141714

Updated on December 2021

Cite as:

Slovenian Nursing Review. (2023). Guide for authors and reviewers. *Slovenian Nursing Review*, 57(2), 148–155.



Z MEDICINSKIMI SESTRAMI
IN BABICAMI DO

DOSTOPNEGA

ZDRAVSTVENEGA SISTEMA



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:

Mateja Lorber, Associate Professor

Editor, Executive Editor:

Mirko Prosen, Associate Professor

Editor, Web Editor:

Martina Kocbek Gajšt, MA, BA

Editorial Board:

- **Mateja Bahun**, Senior Lecturer, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia
- **Leona Cilar Budler**, Assistant, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mojca Dobnik**, Assistant Professor, University Clinical Center Maribor and University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Marija Milavec Kapun**, Senior Lecturer, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Tina Kamenšek**, Assistant, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Sergej Kmetec**, Assistant, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Martina Kocbek Gajšt**, Charles University, The Institute of the History of Charles University and Archive of Charles University, Czech Republic
- **Andreja Kvas**, Assistant Professor, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Andreja Ljubič**, Senior Lecturer, Faculty of Health Sciences in Celje and Republic of Slovenia, Ministry of Health, Slovenia
- **Sabina Ličen**, Associate Professor, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mateja Lorber**, Associate Professor, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Miha Lučovnik**, Associate Professor, University of Ljubljana, Faculty of Medicine and University Medical Centre Ljubljana, Division of Gynaecology and Obstetrics, Slovenia
- **Melita Pešolja**, Associate Professor, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Petra Petročnik**, Senior Lecturer, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mirko Prosen**, Associate Professor, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Tamara Štemberger Kolnik**, Assistant Professor, Faculty of Health Sciences in Celje and Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Slovenia
- **Dominika Vrbnjak**, Assistant Professor, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia

International Editorial Board:

- **Adam Davey**, Professor, University of Delaware, Newark, United States of America
- **Kathleen Markey**, Lecturer, University of Limerick, Faculty of Education and Health Sciences, Ireland
- **Brendan McCormack**, Professor, University of Sydney, Faculty of Medicine and Health, Susan Wakil School of Nursing and Midwifery - Sydney Nursing School, Australia
- **Tanya McCance**, Mona Grey Professor, Ulster University, School of Nursing and Paramedic Science, United Kingdom
- **Alvisa Palese**, Professor, Università degli Studi di Udine, Dipartimento di Area Medica, Italy
- **Betül Tosun**, Associate Professor, Hasan Kalyoncu University, Faculty of Health Sciences, Turkey
- **Valérie Tóthová**, Professor, University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Czech Republic
- **Roger Watson**, Professor Southwest Medical University, School of Nursing, China

Readers for Slovenian

Simona Gregorčič, BA

Tonja Jelen, BA

Readers for English

Nina Bostič Bishop, PhD, BA

Martina Paradž, PhD, BA

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

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

Official web page: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/>

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

Print run: 490 copies

Designed by: Nataša Artiček – Vizuart, s. p.

Printed by: Tiskarna knjigoveznica Radovljica d. o. o.

Printed on woodless 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 and Innovation Agency.

Published articles reflect the views of the authors and not necessarily those of the journal.

Kazalo/Contents

UVODNIK/EDITORIAL

- Rebuilding nursing post pandemic with wellbeing as the foundation
Dobro počutje kot temelj za obnovo zdravstvene nege po pandemiji 84
John W. Nelson

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Odnos zaposlenih v zdravstveni negi do predpisovanja zdravil: raziskava z rabo mešanih metod
The attitude of health care professionals towards prescribing medicines: A mixed-method study 89
Marko Petrovič, Mirko Prosen, Sabina Ličen, Igor Karnjuš

- Etična občutljivost študentov zdravstvene nege: opisna raziskava
Ethical sensitivity of nursing students: A descriptive research 100
Jakob Renko, Deja Praprotnik, Ana Nastran, Mirko Prosen, Sabina Ličen

- Izkušnje študentov zdravstvene nege z izobraževanjem na daljavo v času prvega vala
epidemije covid-19: kvalitativna raziskava
Experiences of nursing students with distance education during the first wave
of the COVID-19 epidemic: A qualitative research 108
Špela Plesec, Marija Milavec Kapun

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Razlogi za zapuščanje poklica med medicinskimi sestrami v bolnišnicah: integrativni pregled literature
Reasons for nurse turnover in hospitals: An integrative literature review 117
Anita Prelec, Brigita Skela-Savič

- Skupno etično odločanje zdravstvenih delavcev: pregled literature
Shared ethical decision-making of healthcare professionals: A literature review 130
Darja Lasič, Sedina Kalender Smajlovič

