

50 LET/YEARS

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



50(4)
Ljubljana 2016

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

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

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

Ustanovitelj in izdajatelj:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Glavna in odgovorna urednica:

izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič

Urednika, Izvršna urednika:

pred. Andreja Mihelič Zajec

viš. pred. dr. Mirko Prosen

Urednica, spletna urednica:

doc. dr. Ema Dornik

Uredniški odbor:

- **viš. pred. mag. Branko Bregar**, Psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija
- **doc. dr. Ema Dornik**, Institut informacijskih znanosti Maribor, Slovenija
- **doc. dr. Sonja Kalauz**, Zdravstveno veleučilišče Zagreb, Hrvaška
- **doc. dr. Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **doc. pred. dr. Mateja Lorber**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **pred. Andreja Mihelič Zajec**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **izr. prof. dr. Fiona Murphy**, Swansea University, College of Human & Health Sciences, Velika Britanija
- **izr. prof. dr. Alvisa Palese**, Udine University, School of Nursing, Italija
- **viš. pred. dr. Mirko Prosen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič**, Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Slovenija
- **prof. dr. Debbie Tolson**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, Velika Britanija

Lektorici za slovenščino:

mag. Ana Božič

Lektorici za angleščino:

Tina Levec

mag. Breda Vrhunec

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

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

Spletna stran: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si>

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

Naklada: 900 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna knjigovoznica Radovljica

Tiskano na brez kislinškem papirju.

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

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

Izdajo sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

50 LET/YEARS

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

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

REVIEW OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2016 Letnik 50 Številka 4
Ljubljana 2016 Volume 50 Number 4

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

NAMEN IN CILJI

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

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).

KAZALO/CONTENTS**UVODNIK/LEADING ARTICLE**

- Slovenian Nursing Review facing contemporary publishing challenges
Obzornik zdravstvene nege pred novodobnimi izzivi publiciranja
Ema Dornik, Andreja Mihelič Zajec 256

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Women's experience and attitudes towards menopause and health: descriptive research
Stališča in izkušnje žensk z menopavzalnim obdobjem in njihov odnos do zdravja: opisna raziskava
Jožefa Gregorin, Jožica Ramšak Pajk 264

- Factors associated with greater potential for alcohol misuse among the students of the Gorenjska region
Dejavniki tveganja za uživanje alkoholnih pijač pri študentih v gorenjski regiji
Sanela Pivač, Brigita Skela-Savič 280

- Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v nujni medicinski pomoči
Interprofessional education of employees in emergency medical service
Vladka Železnjak, Brigita Skela-Savič 296

- Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije
Frequency and characteristics of patient violence against healthcare providers in emergency and psychiatric care settings
Matej Bojič, Urban Bole, Branko Bregar 308

- Prehranjevalne navade in telesna aktivnost dijakov primorsko-notranjske regije
Dietary habits and physical activity of students in the Primorska-Notranjska region
Manica Radivo, Patrik Pucer, Tamara Poklar Vatovec 316

STROKOVNI ČLANEK/PROFESSIONAL ARTICLE

- Lastnosti mentorja in mentoriranja z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev
Characteristics of a good mentoring relationship: a descriptive survey including pupils, students and mentors
Dragan Babuder 327

Leading article/Uvodnik

Slovenian Nursing Review facing contemporary publishing challenges

Obzornik zdravstvene nege pred novodobnimi izzivi publiciranja

Ema Dornik, Andreja Mihelič Zajec

Journals are an important method for disseminating research findings and other evidence for practice (Higgins & Farrelly, 2007; Mihelič Zajec, 2007; Oermann, et al., 2008). Nurses and midwives are also aware of their responsibility to share valuable knowledge and expertise through written communication to improve the quality of practice, create an evidence base, and actively contribute to the development as well as promotion of their profession (Mihelič Zajec, 2007), and enhance client health care (Happell, 2008; Palese, 2014). At the clinical level there needs to be a commitment and a strategy to ensure that evidence and practice are linked (Watson, 2016).

Nurses and midwives are the largest group of health care workers in the world (Horton, Tschudin & Forget, 2007; Tolson, 2014) as well as in Slovenia (Dornik, 2013). Nursing profession must be transparent in self-regulation. It should function and be presented as an evidence-based professional discipline (research, guidelines, standards, the best quality practice possible, active participation of patients, etc.). Nursing today should be viewed as a profession and science, with its own autonomous development, which explores different approaches to patient care in order to determine their impact on nursing outcomes. The nursing research should be discipline-oriented and develop a scientific base of professional nursing practice (Skela-Savič, 2014). The results of previous studies in Slovenia confirm a strong relation between education and research in nursing (Dornik, et al., 2005). It should be noted that adequate education and adequate professional knowledge play an important role in this respect (Dornik, 2013; Palese, 2014; Skela-Savič, 2013; 2014).

A brief review of the article titles suffices to ascertain the relevance and current significance of the topics, domestically and worldwide, covered in the Slovenian

Nursing Review (Mihelič Zajec & Dornik, 2008). The great interest of the professional and lay audience entailed a free internet access to all the published articles, which was introduced by the editorial board in 2013 (Skela-Savič, 2013). Higher educational levels of authors and the improved quality of the published papers created the need for constructive evaluation of the journal and its contents.

In order to enhance and achieve the professional and scientific comparability and equal rank with other sciences in the information technology areas in Slovenia and worldwide, it is imperative that the journal follows a unified evaluation system and categorisation of domestic and foreign journals, which often serve as an instrument to measure the research efforts and results. The journal evaluation requires a strict adherence to the adopted general publishing criteria and standards. We are aiming to achieve the quality levels of other renowned journals.

The editorial boards of the leading scientific and professional journals are striving to include their journals into the domestic and international databases, which are referential for specific professional fields. The Slovenian Nursing Review is currently indexed in a number of data bases: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), ProQuest (ProQuest Online Information Service), Crossref (Digital Object Identifier (DOI) Registration Agency), COBIB.SI (The union bibliographic/catalogue database), Biomedicina Slovenica, dLib.si (Digital Library of Slovenia) (Obzornik zdravstvene nege, 2016); we are eagerly awaiting feedback information about the journal evaluation and the assigned impact factor.

What and how we write is of crucial importance for evaluation and comparison of the journal's relative importance to other journals in the same field. Written

Assistant Professor Ema Dornik, PhD, MSc, BSN, RN; Urbanska cesta 12b, 2000 Maribor, Slovenia

Correspondence e-mail/Kontaktne e-naslov: ema.dornik@guest.arnes.si

Lecturer Andreja Mihelič Zajec, BSc, RN; University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenia

Received/Prejeto: 26. 10. 2016

Accepted/Sprejeto: 3. 11. 2016

<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.140>

words actually hold power and drive our behaviour, reasoning, organize ideas and legitimize as well as validate our ideas and actions. Written words can also be stored, analysed, processed, compared, and verified. The increased number of the original and the review scientific articles published in the Slovenian Nursing Review is due to the publication of the results of the doctoral and master's theses, the diploma works and gradually improved professional literacy of Slovenian nurses and midwives. The reputation, quality and visibility of the Slovenian Nursing Review is the result of contemporaneous, congruous, and conscientious endeavours of the editorial board, authors, reviewers, the publisher and also the readers.

All the people involved in the publication of a paper should be aware of their responsibility (Mihelič Zajec & Dornik, 2008). There is an increasing number of the bibliometric reviews of references of research papers in nursing and health care (Dornik, 2007; Higgins & Farrelly, 2007; Ergul, et al., 2010; Hunt, et al., 2012; Papavasiliou, et al., 2012). Some bibliometric analyses also document the development of the nursing research (Oermann, et al., 2008), and new bibliometric analyses of the published serial publications are emerging in the field of nursing and allied professions (Smith & Hazelton, 2008; Kim & Choi, 2014; Harris, 2016; Shawwa, et al., 2016; Bradshaw & Brook, 2016).

An indicator of the development in nursing is also a compilation of serial publications in the Journal Citation Report (JCR), which offers the impact factor information on the world leading serial publications, published annually by Thomson Reuters. In the category 'nursing', there are 1260 hits (journals) for the period 1994–2015. The impact factor ranking system is based on the number of times a journal is included in the JCR in an individual year. According to the JCR, a growing trend of these publications has been noted in the last few years. In the year 2008, there were 62 serial publications included in this category, and this number increased from 74 (2009), 89 (2010), 101 (2011), 103 (2012), 109 (2013), 113 (2014) to 118 (2015) (data retrieved from JCR, October 15, 2016).

In science, the impact factor is generally used as an objective means of measuring a journal's academic influence and the publishing authors. The impact factor of a journal for an individual year is calculated by dividing the number of current year citations to the source items published in that journal during the previous two years. Due to the fact that the impact factor refers to a specific time period it is possible to calculate it for any individual time period. As the journals are classified according to specific disciplines, they may be viewed and evaluated in the context of their specific field (Faktor vpliva, 2016).

In Slovenia, the impact factor includes also the Source Normalized Impact per Paper (SNIP), which is issued twice a year by Leiden University's Centre for Science & Technology Studies in collaboration

with Elsevier Store Publishers. All empirical results are derived from the Scopus abstract and indexing database, existing since 1999. The SNIP measures contextual citation impact by weighting citations based on the total number of citations in a subject field. It also allows direct comparison of sources in different subject fields. The impact of a single citation is given higher value in subject areas where citations are less likely, and vice versa. It is defined as the ratio of a journal's citation count per paper and the citation potential in its subject field (SNIP, 2016).

According to SNIP, there are 1781 hits (journals) in the category 'nursing' for the period 1999–2015, based on the number of times a journal is included in the database in an individual year. A growing trend of these publications has been noted also in this database. In the year 2008, there were 118 serial publications included in this category, and this number increased from 136 (2009), 139 (2010), 150 (2011), 148 (2012), 158 (2013), 156 (2014) to 153 (2015), data retrieved from SNIP, October 15, 2016.

The measurement of academic excellence is still based on the traditional bibliometric indexes, such as the number of publications and citations, which provide the metrics of academic literature. The Slovenian Current Research Information System (SICRIS) is one of the tools for managing research activities in Slovenia. It is a national information system with databases on researchers, research organizations and research projects integrated and interconnected among each other.

The development of information-communication technology enhanced new ways of information transfer and the introduction of articles in digital form. Digitalisation contributes to greater visibility and recognition among a wider professional public at home and abroad. To be visible means to be present in the global professional community, but it also enables easier verification and validation of the published information. Nowadays the printed and electronic versions of the articles may be available, but the electronic access to journals provides greater advantages in the processes of finding (enhanced search ability), accessing, retrieving papers and the possible interaction between authors and readers and economic feasibility (Izquierdo, Izquierdo & Izquierdo, 2007). Today, new methods of communication and collaboration are emerging also in the field of research and publication (e.g. blogs, social networks) by means of which the ideas and publications may spread quickly. It is quite common to find articles only in a digital form instead of in the traditional printed version. Therefore, the citation counts as a traditional way of evaluating a research article for impact may miss a lot of impact and usage. In 2010 a new concept called alternative metrics, or almetrics was introduced to take into account new types of research outputs and new ways of interacting with research online.

Almetrics is not a simple complement or alternative to traditional metrics but considers the wide range of available metrics - from scholarly impact on one end to popular and societal impact on the other (Luprich, 2016).

Scientific works are traditionally published in scientific journal with a high impact factor. As an alternative, there are currently new possibilities of making papers openly available and accessible online. Open access refers to online research outputs that are free of all restrictions on access and free of many restrictions on use of publications or research results (free reuse, research dissemination or publication). It has affected the copyright-related issues and changed the contractual arrangements between authors and publishers. Most commonly the authors retain the economic or property rights of the published works. The economic rights are a property right which is limited in time and which may be transferred by the author to other people in the same way as any other property. These rights authorise the authors to use the work in the form of their choice. The open access environment has created a number of new copyright models, which stand in contrast to the traditional academic journals and provide a citation advantage over traditional publication models, increasing their citeability as the main bibliometric indices (Korez, et al., 2016).

In Slovenia, there is a movement towards regulation and application of open access on a national level. The Republic of Slovenia acceded to the adoption of open access mandates for scientific information, aligned with the recommendations of the European Commission, and adopted the National strategy of open access to scientific publications and research data in Slovenia 2015-2020 (2015). The strategy emphasises that open access to scientific publications encompasses gratis access to the full text of publications in a repository on the world wide web or to the full text on the publisher's website and licensing the content with "open access licenses. The repository has to enable free access, unlimited dissemination, interoperability and preservation. Open access licenses enable various re-use (besides reading, download and printing, also copying, usage, distribution, transmission and public display, the making and distribution of derivative works in any digital medium for any responsible purpose). The two main modes of open access to scientific articles are: /a)/ Self-archiving in a repository (also referred to as green open access), where the author or their representative archives (deposits) the published article or the final peer-reviewed manuscript in an online repository, respecting the copyright, before, alongside or after its publication. Repository software allows the author to delay access to the full text of the appropriate version of the article ("embargo period") because of the publishers' requirements as holders of material copyright. /b)/ Publication of an article in an open

access journal (also referred to as gold open access) enables that an article is openly accessible immediately upon publication, the copyright is managed with open access licenses (the authors retain the material copyright, the published article can be archived in the repository). The eventual cost of publishing an open access article (i.e. Article Processing Charges - APC) is paid by the author, the reader has no costs. The finances for paying the Article Processing Charges can be ensured by the research organisation to which the researcher is affiliated, by the research funder or by another organisation. Within its business model also the publisher can ensure the finances needed. With the payment of Article Processing Charges, openness of scientific articles can also be ensured by the third mode in hybrid journals. These are subscription journals which establish open access to the article full text after the payment of Article Processing Charges, authors retain the material copyright through the licensing with open access licenses, e. g. Creative Commons, and grant the rights to third parties according to the features of a chosen license" (The National strategy of open access to scientific publications and research data in Slovenia 2015–2020, 2015). The literature demonstrates that open access is associated with increases in citations of the journal (Laakso & Björk, 2016). Researchers can use open practices to their advantage to gain more media attention and funding opportunities (McKiernan, et al., 2016; Škorić, et al., 2016).

Along with greater access to the published sources, new challenges as well as drawbacks may arise. The dark side of publishing is the proliferation of deceptive and dishonest practices of publishers, journals, websites in scientific communication (predatory or spurious scholarly open-access journals, the so-called questionable standalone journals, falsified metrics, etc.). Although the open access is associated with this phenomenon, it does not necessarily entail fraud. A number of initiatives and documents have been published worldwide to minimize the risks associated with open access publishing. In June 2015, the Committee on Publication Ethics (COPE) produced a second version of the document Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing, including the so-called white lists (safe and trustworthy) and black lists (potential, possible, or probable predatory scholarly open access publishers). There are also other open access sources that may be helpful in assessing journal quality and in identifying journals that engage in unethical practices (Google, research or academic blogs, DOAJ – Directory of Open Access Journals, the initiative "Think. Check. Submit", ROAD – Directory of Open Access Scholarly Resources, OASPA – Open Access Scholarly Publishers Association, SHERPA/RoMEO, etc.). In Slovenia, the portals with verified data encompass COBIB.SI, SICRIS and Slovenian Research Agency (ARRS) (Vončina, et al., 2016).

The open access should become a value, respected by researchers, publishers and larger community. The basic principle of open access publishing is transparency and immediate access to the results of publicly funded research without subscription or authorship limitations. Currently, most of the scientific publications and research data are free to access, but open access without financial, legal, or technical barriers has yet to be ensured (Open Access Slovenia, 2016).

The editorial board of the *Slovenian Nursing Review* is responding to many new challenges. The fifty-year tradition, our experience and achievements, and the response of the readers encourage us to pursue our ambitious plans for the future.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Objave so pomemben način komuniciranja v strokovni javnosti (Higgins & Farrelly, 2007; Mihelič Zajec, 2007; Oermann, et al., 2008), tudi medicinske sestre in babice nosimo odgovornost za posredovanje znanja svojim kolegicam in širši javnosti tako z namenom dvigovanja kakovosti prakse, povečanja baze znanja in promocije lastne profesije (Mihelič Zajec, 2007) kot tudi za izboljšanje izidov zdravstvene obravnave (Happell, 2008; Palese, 2014). V klinični praksi so potrebni predanost zagotavljanju povezovanja dokazov s prakso in temu ustrezne strategije (Watson, 2016).

Medicinske sestre in babice smo najštevilčnejša poklicna skupina v zdravstvu tako v svetu (Horton, Tschudin & Forget, 2007; Tolson, 2014) kot tudi v Sloveniji (Dornik, 2013). Zdravstvena nega mora biti transparentna pri samoregulaciji, deluje in predstavlja naj se kot stroka, katere osnova za delovanje so dokazi (raziskave, smernice, standardi, najboljša praksa v danem trenutku, aktivna vloga pacientov v zdravstveni obravnavi ipd.). Danes je zdravstveno nego treba predstavljati kot stroko in znanost, ki se samostojno razvija, raziskuje pristope k pacientom, ki bodo imeli vpliv na njihovo zdravje. Z znanstvenoraziskovalnim delom pa si mora izboriti status, da na probleme na svojem področju delovanja odgovarja z znanstvenim pristopom (Skela-Savič, 2014). Rezultati predhodnih raziskav v Sloveniji potrjujejo medsebojno povezanost izobraževanja in raziskovalnega dela medicinskih sester (Dornik, et al., 2005). Ne gre pozabiti, da imajo ustrezna izobrazba in zadostna znanja pri tem pomembno vlogo (Dornik, 2013; Palese, 2014; Skela-Savič, 2013; 2014).

Že bežen pregled naslovov, objavljenih v *Obzorniku zdravstvene nege*, odseva aktualnost obravnavnih tem v danem času v domačem in v tujem strokovnem prostoru (Mihelič Zajec & Dornik, 2008). Ključnega pomena pa je branost *Obzornika zdravstvene nege* v stroki in izven, zato je uredništvo v letu 2013 (Skela-

Savič, 2013) v želji po večji dostopnosti, branosti in citiranju člankov začelo z intenzivnimi pripravami za prosti e-dostop do vseh objavljenih vsebin. Z razvojem izobraževanja in z dvigom kakovosti objavljenih člankov pa se s časom pojavi tudi potreba po vrednotenju revije in v njej objavljenih člankov.

Da bi dosegli strokovno in znanstveno primerljivost in se enakovredno ostalim disciplinam uvrščali v strokovno-informacijski prostor v Sloveniji in v svetu, je treba slediti enotno izoblikovanemu sistemu evalvacije in kategorizacije naših in mednarodnih revij, ki so pogosto tudi orodje za vrednotenje raziskovalne uspešnosti. Kadar poskušamo izmeriti ugled revije, je neizogibno, da upoštevamo veljavna merila v širši publicistični javnosti. Trudimo se torej, da bi dosegli nivo uglednih revij.

Uredništva uglednih znanstvenih in strokovnih revij si prizadevajo uvrstiti svoje revije v domače in mednarodne baze podatkov, ki so referenčne za določeno strokovno področje. Tudi *Obzornik zdravstvene nege* ni izvzet, indeksiran je v več bazah: 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) (*Obzornik zdravstvene nege*, 2016); nestrpno pa tudi pričakujemo povratno informacijo glede evalvacije revije za pridobitev faktorja vpliva.

Vprašanje *Kaj in kako pišemo?* je eno ključnih, po katerem nas ocenjujejo tudi drugi. Zavedati se moramo, da imajo zapisane besede moč, saj se shranjujejo, obdelujejo, primerjajo, preverjajo ipd. K porastu objavljenih izvirnih in preglednih znanstvenih člankov v *Obzorniku zdravstvene nege* so pripomogli objavljeni rezultati doktorskih, magistrskih in diplomskih del ter postopno izboljševanje strokovne pismenosti med slovenskimi medicinskimi sestrami in babcami. Ugled, kakovost in odmevnost *Obzornika zdravstvene nege* je torej rezultat sočasnega, usklajenega in dobro opravljenega dela uredništva, avtorjev, recenzentov, tudi bralcev ter izdajatelja. Vsak posamezni subjekt v procesu objavljanja se mora zavedati svoje naloge in predvsem odgovornosti (Mihelič Zajec & Dornik, 2008). Vse več je bibliometričnih analiz raziskovalnega delovanja medicinskih sester oz. raziskovalnega delovanja na področju zdravstvene nege oz. zdravstva (Dornik, 2007; Higgins & Farrelly, 2007; Ergul, et al., 2010; Hunt, et al., 2012; Papavasiliou, et al., 2012), nekatere bibliometrične analize citirane literature pa kažejo tudi na razvoj raziskovalnega dela v zdravstveni negi (Oermann, et al., 2008), čedalje bolj pa so aktualne tudi bibliometrične raziskave izdanih serijskih publikacij na področju zdravstvene nege in sorodnih ved (Smith & Hazelton, 2008; Kim & Choi, 2014; Harris, 2016; Shawwa, et al., 2016; Bradshaw & Brook, 2016).

Pokazatelj razvoja zdravstvene nege v svetu je tudi nabor serijskih publikacij v bazi Journal Citation Report (JCR), ki vsebuje podatke o faktorju vpliva za pomembnejše serijske publikacije iz svetovne produkcije in jo izdaja Thomson Reuters. V kategoriji »nursing« (zdravstvena nega) je v bazi JCR (obdobje 1994–2015) skupno 1260 zadetkov (revij, pri čemer je posamezna revija upoštevana tolikokrat, kolikokrat je v bazo vključena glede na posamezno leto). Pregled za nekaj zadnjih let kaže na naraščajoč trend, leta 2008 je bilo v tej kategoriji vključenih 62 serijskih publikacij, nato vsako leto več: 74 (2009), 89 (2010), 101 (2011), 103 (2012), 109 (2013), 113 (2014) do 118 serijskih publikacij leta 2015 (podatki iz baze JCR z dne 15. 10. 2016).

V znanosti se faktor vpliva splošno uporablja kot objektivno merilo ugleda oz. pomembnosti znanstvenih revij, s tem pa tudi raziskovalcev, ki v teh revijah objavljajo. Faktor vpliva za posamezno leto se izračuna kot razmerje med številom citatov člankov posamezne revije v tej in drugih indeksiranih revijah za predhodni dve leti ter številom vseh člankov v tej reviji v tem obdobju, ki se jih v znanosti citira. Vrednost je tako povprečje citatov na članek v tej reviji za zadnji dve leti. Glede na to, da se faktor vpliva nanaša na določeno obdobje, ga je možno izračunati za poljubno časovno obdobje. Ta ocena je uporabna tudi za primerjavo revij znotraj ožjega področja znanosti, saj so revije klasificirane po področjih (Faktor vpliva, 2016).

V Sloveniji se pri vrednotenju znanstvenega dela upošteva tudi baza Source Normalized Impact per Paper (SNIP), ki jo dvakrat letno izda Center za znanstvene in tehnološke študije Univerze v Leidnu (Leiden University's Centre for Science & Technology Studies) v sodelovanju z založbo Elsevier. Le-ta vsebuje zapise s podatki o faktorju vpliva znanstvenih publikacij, ki jih pokriva baza podatkov Scopus, in sicer od leta 1999 naprej. SNIP meri faktor vpliva nekega vira, in sicer tako, da prilagodi citate na osnovi skupnega števila citatov na nekem področju. Z upoštevanjem značilnosti področja posameznega vira tako omogoča neposredno primerjavo virov z različnih področij. Vplivu enega citata se pripiše višja vrednost na področjih, kjer so citati manj verjetni, in obratno. Gre za razmerje med povprečno citiranostjo nekega vira in potencialom citiranosti tega področja (SNIP, 2016). V bazi SNIP je za obdobje 1999–2015 v kategoriji »nursing« skupno 1781 zadetkov (revij, pri čemer je posamezna revija upoštevana tolikokrat, kolikokrat je v bazo vključena glede na posamezno leto). Naraščajoči trend revij s področja zdravstvene nege se kaže tudi v tej bazi – leta 2008 je bilo v tej kategoriji vključenih 118 serijskih publikacij, naslednja leta 136 (2009), 139 (2010), 150 (2011), 148 (2012), 158 (2013), 156 (2014) in 153 serijskih publikacij leta 2015 (podatki iz baze SNIP z dne 15. 10. 2016).

Vrednotenju znanstvene in strokovne uspešnosti

se še vedno opira na tradicionalne bibliometrične kazalce, kot so število objav, število citatov in drugo, leti so merilo za t. i. prepoznavanje ugleda in znanstvene odličnosti. Tovrstni primer spremljanja uspešnosti slovenskih raziskovalcev je SICRIS – Slovenian Current Research Information System/Informacijski sistem o raziskovalni dejavnosti v Sloveniji (SICRIS, 2016).

Z razvojem informacijsko-komunikacijske tehnologije so se pojavile nove možnosti širjenja informacij, kar je vplivalo tudi na pojav člankov v elektronski obliki. Prisotnost med elektronskimi mediji prispeva k večji prepoznavnosti v široki strokovni javnosti, ki presega nacionalne meje. Biti viden, pomeni biti prisoten v svetovni strokovni javnosti, kar pa vpliva tudi na večjo preverljivost kakovosti objavljenih del. Elektronske revije imajo prednosti, kot so dostopnost od kjerkoli in kadarkoli, enostavnejše sodelovanje med avtorji in bralci ter manjši stroški izdaje (Izquierdo, Izquierdo & Izquierdo, 2007). Danes se vse bolj uporabljajo novejšete metode komuniciranja in medsebojnega sodelovanja tudi na področju raziskovanja in objavljanja (npr. spletni blogi, družbena omrežja ipd.), preko katerih se ideje in objave hitro širijo. Tako marsikateri članek danes več ne ubira klasičnih poti objav. V letu 2010 se je uveljavil izraz za nov način oz. koncept spremljanja učinkovitosti in uporabnosti raziskovanja, imenovan alternativne meritve ali altmetrika, ki upošteva nove vrste rezultatov raziskav in nove načine interakcije z raziskavami na spletu in upošteva široko paleto razpoložljivih meritev, od znanstvenega vpliva na eni strani do splošnega in družbenega vpliva na drugi strani (Luprich, 2016).

Tradicionalne poti objavljanja znanstvenega dela so znanstvene revije z visokimi faktorji vpliva. Alternativa temu pa so danes tudi nove možnosti objave v odprtem dostopu. Odprti dostop (angl. open access) je spremenil upravljanje z avtorskimi pravicami in temeljna značilnost zanj je zadržanje materialnih avtorskih pravic za objavljena dela. Lastništvo nad materialnimi avtorskimi pravicami odpira možnosti poljubnega razširjanja in objavljanja publikacij in raziskovalnih podatkov pod pogoji, ki jih raziskovalec sam določa ali z njimi soglaša. Novi založniški poslovni modeli, kot sta objavljanje v odprtem dostopu in odprto recenziranje, npr. odprta recenzija publikacij po objavi, vplivajo na povečanje števila citatov kot najpomembnejšega bibliometričnega merila (Korez, et al., 2016).

Odprti dostop je v Sloveniji v fazi vzpostavljanja na nacionalni ravni. Septembra 2015 je bila v skladu s priporočili Evropske komisije sprejeta Nacionalna strategija odprtega dostopa do znanstvenih objav in raziskovalnih podatkov v Sloveniji 2015–2020 (2015), ki poudarja, da »odprti dostop do znanstvenih objav pomeni brezplačen dostop do celotne vsebine objav v repozitoriju na svetovnem spletu ali na založnikovem spletnem mestu ter upravljanje avtorskih pravic s prostimi licencami. Repozitorij mora omogočiti

prost dostop, neomejeno razširjanje, povezljivost (interoperabilnost) in trajno hranjenje. Proste licence omogočajo raznoliko nadaljnjo uporabo (poleg branja, shranitve in izpisa tudi razmnoževanje, uporabo, razširjanje, prenos ter javni prikaz dela, izdelavo in razširjanje izpeljanih del v katerem koli digitalnem mediju za katerikoli odgovoren namen). Glavna načina odprtega dostopa do znanstvenih člankov sta: /a)/ Samoshranjevanje v repozitorij (imenovano tudi zeleni odprti dostop), kjer avtor ali njegov zastopnik ob upoštevanju avtorskoprnih vidikov pred, ob ali po objavi članka arhivirata (shranita) končni recenzirani rokopis ali objavljeni članek v odprtodostopni repozitorij. Programska oprema repozitorija avtorju omogoča, da lahko zaradi zahtev založnikov kot nosilcev materialnih avtorskih pravic dostop do celotne vsebine ustrezne različice članka časovno zamakne (obdobje embarga). /b)/ Objava v odprto dostopni reviji (imenovana tudi zlati odprti dostop) omogoči, da je članek odprto dostopen takoj ob objavi, avtorskoprni vidik je upravljan s prostimi licencami (avtorji zadržijo materialne avtorske pravice, v repozitorij je lahko shranjen objavljeni članek). Morebitni strošek objave odprtega članka (Article Processing Charges, APC) plača avtor, bralec nima stroškov. Sredstva za plačilo stroškov objave odprtega članka lahko avtorju zagotovijo matična raziskovalna organizacija, financer raziskave ali druga organizacija. Kritje lahko zagotovi tudi založnik v okviru svoje poslovne politike. /Poleg dveh glavnih je pogost še tretji način:/ Odprtost znanstvenih člankov je ob plačilu stroškov odprte objave možno zagotoviti tudi v hibridnih revijah. To so naročniške revije, ki ob plačilu stroškov odprte objave vzpostavijo odprti dostop do celotne vsebine članka, avtorji ob uporabi prostih licenc, na primer Creative Commons, zadržijo materialne avtorske pravice, in podelijo dovoljenje za uporabo tretjim osebam v skladu s pogoji izbrane licence« (Nacionalna strategija odprtega dostopa do znanstvenih objav in raziskovalnih podatkov v Sloveniji 2015–2020, 2015). Dokazano je, da je odprti dostop povezan z večjo citiranostjo revije (Laakso & Björk, 2016) in prepoznavnostjo znanstvenega dela, prav tako se znižajo stroški objave (McKiernan, et al., 2016; Škorić, et al., 2016).

Ne gre pozabiti, da se vzporedno z vse večjo dostopnostjo in odprtostjo pojavljajo novi izzivi, a hkrati tudi pasti. Tako se v svetu pojavljajo vedno nove oblike nepoštenih praks založnikov, revij in spletnih strani v znanstvenem komuniciranju (plenilske in lažne revije, t.i. sporne revije, ponarejene metrike ...). Čeprav se ta pojav povezuje z odprtostjo dostopa, ga ne smemo z njim enačiti. V mednarodnem prostoru so prisotne spodbude in dokumenti pri objavljanju, kot so Principi transparentnosti in najboljše prakse znanstvenega objavljanja (COPE – Committee on Publication Ethics), tako imenovani "white lists/beli sezname" (zaupanja vrednih) in "black lists/črni

sezname" (neetičnih) revij, ki raziskovalcem pomagajo pri odločitvah glede objav, ter številni prosto dostopni viri (Google, blogi raziskovalcev, DOAJ – Directory of Open Access Journals, iniciativa »Think. Check. Submit«, ROAD – Directory of Open Access Scholarly Resources, OASPA – Open Access Scholarly Publishers Association, SHERPA/RoMEO ipd.) kot pripomočki. V Sloveniji so portali s preverjenimi podatki COBIB.SI, SICRIS in ARRS – Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (Vončina, et al., 2016).

Odprti dostop bi moral postati vrednota, cenjena med raziskovalci, založniki in v širši javnosti. Osnovni princip odprtega dostopa je takojšnja dostopnost rezultatov javno financiranih raziskav na svetovnem spletu brez naročniških ali avtorskoprnih omejitev. Trenutno gre večinoma za prosti (brezplačen) dostop do objav na svetovnem spletu in ne odprti dostop (Open Access Slovenia, 2016).

Pred uredništvom Obzornika zdravstvene nege je še veliko izzivov in smelih načrtov. Uspehi in vidni rezultati, ki temeljijo na preteklih izkušnjah, spremljanju svetovnega razvoja in 50-letni tradiciji, zagotovo ne bodo izostali.

Literature/Literatura

Bradshaw, C.J. & Brook, B.W., 2016. How to rank journals. *PLoS One*, 11(3), p. e0149852.

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0149852>

PMid:26930052; PMCID:PMC4773013

Dornik, E., 2007. Bibliometrični pregled Obzornika zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(Supl. 1), pp. 83–92. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2007.41.2.83> [15. 10. 2016].

Dornik, E., 2013. *Informacijska podpora raziskovanju in klinični praksi v zdravstveni negi: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, p. 16.

Dornik, E., Vidmar, G. & Žumer, M., 2005. Nursing education in Slovenia and its impact on nurses publishing in their professional journal. *Nurse Education Today*, 25(3), pp. 197–203.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2005.01.005>

PMid:15795022

Ergul, S., Ardahan, M., Temel, A.B. & Yildirim, B.O., 2010. Bibliometric review of references of nursing research papers during the decade 1994–2003 in Turkey. *International Nursing Review*, 57(1), pp. 49–55.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00770.x>

PMid:20487474

Faktor vpliva, 2016. Available at:

https://sl.wikipedia.org/wiki/Faktor_vpliva [20. 10. 2016].

Happell, B., 2008. Writing for publication: a practical guide. *Nursing Standard*, 22(28), pp. 35–40.

<http://dx.doi.org/10.7748/ns2008.03.22.28.35.c6435>

PMid:18429456

- Harris, M., 2016. A journey through 90 years of the Weekly Epidemiological Record. *Weekly Epidemiological Record*, 91(13) pp. 169–176.
PMid:27039411
- Higgins, A. & Farrelly, M., 2007. Peer-reviewed publication output of psychiatric nurses in the Republic of Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(5), pp. 495–502.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01117.x>
PMid:17635258
- Horton, K., Tschudin, V. & Forget, A., 2007. The value of nursing: a literature review. *Nursing Ethics*, 14(6), pp. 716–740.
<http://dx.doi.org/10.1177/0969733007082112>
PMid:17901183
- Hunt, G.E., Happell, B., Chan, S.W. & Cleary, M., 2012. Citation analysis of mental health nursing journals: how should we rank thee? *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(6), pp. 576–580.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00815.x>
PMid:22583749
- Izquierdo, S.S., Izquierdo, L.R. & Izquierdo, J.M., 2007. Publishing science in the digital age. The case of Neurocirugía. *Neurocirugía (Asturias, Spain)*, 18(3), pp. 193–200.
PMid:17622457
- Kim, K.M. & Choi, J.S., 2014. An integrative review of infection control research in Korean nursing journals. *Asian Nursing Research*, 8(2), pp. 128–134.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.05.002>
PMid:25030645
- Korez, B., Vihar, M. & Legat, D., 2016. Kako povečati raziskovalni vpliv – spletna orodja ter odprti dostop. In: *Upravljanje znanja v knjižnicah. Posvetovanje sekcij Zveze bibliotekarskih društev Slovenije 2016, Maribor, 19.–20. 9. 2016*. Ljubljana: ZBDS. Available at:
http://www.zbds-zveza.si/sites/default/files/dokumenti/2013/izvlecek_korez2016.pdf [25. 9. 2016].
- Laakso, M. & Björk, B.-C., 2016. Hybrid open access: a longitudinal study. *Journal of Informetrics*, 10(4), pp. 919–932.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.joi.2016.08.002>
- Luprich, J., 2016. PLUM metrics – altmetrics in practise: a case study. In: *Upravljanje znanja v knjižnicah. Posvetovanje sekcij Zveze bibliotekarskih društev Slovenije 2016, Maribor, 19.–20. 9. 2016*. Ljubljana: ZBDS. Available at: http://www.zbds-zveza.si/sites/default/files/dokumenti/2013/izvlecek_2016luprich.pdf [25. 9. 2016].
- McKiernan, E.C., Bourne, P.E., Brown, C.T., Buck, S., Kenall, A., Lin, J., et al., 2016. How open science helps researchers succeed. *eLife*, p. e16800.
<http://dx.doi.org/10.7554/eLife.16800>
- Mihelič Zajec, A. & Dornik, E., 2008. Prizadevanja za ugled Obzornika zdravstvene nege. *Utrip*, 16(4), pp. 4–6.
- Mihelič Zajec, A., 2007. Pomen in vrednost objav strokovnih člankov za zdravstveno nego in medicinske sestre ter proces pisanja. In: A. Kvas, ed. *Zagotavljanje varnosti bolnikov z boleznimi srca in žilja: jubilejni zbornik predavanj ob 10. letnici delovanja strokovne sekcije, Maribor, 16. november 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 79–86.
- Nacionalna strategija odprtega dostopa do znanstvenih objav in raziskovalnih podatkov v Sloveniji 2015–2020*, 2015. Ljubljana: Republika Slovenija, Vlada Republike Slovenije, pp. 5–6. Available at: http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/Znanost/doc/Zakonodaja/Strategije/Nacionalna_strategija_odprtega_dostopa.pdf [22. 10. 2016].
- Obzornik zdravstvene nege*, 2016. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/>;
<http://obzornik.zbornica-zveza.si> [24. 10. 2016].
- Oermann, M.H., Nordstrom, C.K., Wilmes, N.A., Denison, D., Webb, S.A., Featherston, D.E., et al., 2008. Information sources for developing the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), pp. 580–587.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.10.005>
PMid:17145059
- Open Access Slovenia*, 2016. Available at: <http://www.openaccess.si/open-access-in-slovenia/> [24. 10. 2016].
- Palese, A., 2014. Effects of nursing care on patient outcomes: times to reflect and to take decisions. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 164–165.
<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.23>
- Papavasiliou, E., Payne, S., Brearley, S., Brown, J. & Seymour, J., 2012. Continuous sedation (CS) until death: mapping the literature by bibliometric analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), pp. 1073–1082.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.012>
PMid:23026544.
- Shawwa, K., Kallas, R., Koujanian, S., Agarwal, A., Neumann, I., Alexander, P., et al., 2016. Requirements of clinical journals for authors' disclosure of financial and non-financial conflicts of interest: a cross sectional study. *PLoS One*, 11(3), p. e0152301.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0152301>
PMid:27030966; PMCID:PMC4816392
- SICRIS, 2016. Available at: <http://www.sicris.si> [24. 10. 2016].
- Skela-Savič, B., 2013. Publiciranje v zdravstveni negi: rezultati bodo prišli s pridobivanjem znanj in spodbudami. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 5–7. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.1.5> [22. 10. 2016].

Skela-Savič, B., 2014. Are we aware of our responsibilities for developing nursing care? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 5–11. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.12>

Smith, D.R. & Hazelton, M., 2008. Bibliometrics, citation indexing, and the journals of nursing. *Nursing & Health Sciences*, 10(4), pp. 260–265.

SNIP: info, 2016. Available at: <http://www.cobiss.si/scripts/cobiss?command=CONNECT&base=snip> [15. 10. 2016].

Škorić, L., Vrkić, D. & Petrak, J., 2016. Current state of open access to journal publications from the University of Zagreb School of Medicine. *Croatian Medical Journal*, 57(1), pp. 71–76. <http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2016.57.71>
PMid:26935617; PMCID:PMC4800328

Vončina, M., Jug, J., Mur, B. & Kotar, M., 2016. Podpora raziskovalcem v okolju neetičnega znanstvenega publiciranja. In: *Upravljanje znanja v knjižnicah. Posvetovanje sekcij Zveze bibliotekarskih društev Slovenije 2016, Maribor, 19.–20. 9. 2016*. Ljubljana: ZBDS. Available at: http://www.zbds-zveza.si/sites/default/files/dokumenti/2013/predstavitev_voncina2016.pdf [25. 10. 2016].

Watson, R., 2016. Getting practice into evidence. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(3), pp. 180–182. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.3.105>

Cite as/Citirajte kot:

Dornik, E. & Mihelič Zajec, A., 2016. Slovenian Nursing Review facing contemporary publishing challenges. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 256–263. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.140>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

Women's experience and attitudes towards menopause and health: descriptive research

Stališča in izkušnje žensk z menopavzalnim obdobjem in njihov odnos do zdravja: opisna raziskava

Jožefa Gregorin, Jožica Ramšak Pajk

Key words: symptoms of menopause; lifestyle; nurse; primary health care

Ključne besede: menopavzalne težave; življenjski slog; medicinska sestra; primarno zdravstveno varstvo

Jožefa Gregorin, RN; Health Care Institution Revita, Peričeva 31, Ljubljana, Slovenia

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

Senior Lecturer Jožica Ramšak Pajk, MSc, BSc, RN; Community Health Centre Ljubljana - Bežigrad, Kržičeva 10, Ljubljana and Faculty of Health Care Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenia

The article is based on the diploma work of Jožefa Gregorin *Menopausal women and their attitude towards health* (2016). Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Jožefe Gregorin *Ženska v menopavzi in odnos do zdravja* (2016).

Received/Prejeto: 10. 9. 2016
Accepted/Sprejeto: 15. 11. 2016

ABSTRACT

Introduction: The physiological changes in hormonal levels occurring during perimenopause and postmenopause may affect the health of women. The purpose of the research was to explore the views and attitudes of women of this stage towards menopause, health, healthy lifestyle and some aspects of information regarding menopause.

Methods: The study was based on a quantitative and qualitative approach. A semi-structured questionnaire (Cronbach $\alpha = 0.813$) was used as a research instrument. The open question was interpreted by a qualitative method. A random systematic sample consisted of one hundred female patients, aged 45 to 60 years, attending a private healthcare institution. The survey was conducted in October 2014. The data collected were processed with the software Microsoft Excel and SPSS version 20.0.

Results: The self-reported health status of the respondents was good (57.3 %) or very good (22.3 %). The most commonly cited symptoms included hot flushes and night sweats ($\bar{x} = 2.73$), sleep problems ($\bar{x} = 2.8$), and mental and physical exhaustion ($\bar{x} = 2.70$). Information from nurses was never sought by 57.6 % and occasionally by 9.8 % of the respondents, although the interviewees expressed the need for more comprehensive information on the subject. The identified subcategories include a positive attitude and self-confidence, support of the environment, consumer health information and healthy lifestyle.

Discussion and conclusion: The research participants have a positive attitude to health, they are aware that there is much they can do to maintain and improve their health. As they also expressed the need to be better informed, the scope of nurses' work in referential out-patient clinics may be extended to menopausal counselling. However, more research on this topic needs to be undertaken.

IZVLEČEK

Uvod: Obdobje perimenopavze in pomenopavze vpliva na zdravje žensk. Namen raziskave je bil raziskati stališča in odnos žensk do tega obdobja, do zdravja in do zdravega življenjskega sloga ter nekatere vidike informiranosti.

Metode: Raziskava temelji na kvantitativnem in kvalitativnem pristopu. Uporabljen je bil delno strukturirani vprašalnik (Cronbach $\alpha = 0,813$). Opisno vprašanje je bilo interpretirano s kvalitativno metodo. Uporabljen je bil slučajnostni sistematični vzorec stotih pacientk zasebne zdravstvene ustanove, vključitveni kriterij je bil starost od 45 do 60 let. Anketiranje je bilo izvedeno oktobra 2014. Podatki so bili obdelani s programskim orodjem Microsoft Excel in SPSS verzija 20.0.

Rezultati: Anketiranke ocenjujejo svoje zdravje kot dobro (57,3 %) oziroma zelo dobro (22,3 %). Največ težav imajo z vročinskimi obilivi in navali znojenja ($\bar{x} = 2,73$), s spanjem ($\bar{x} = 2,8$) ter s psihično in fizično izčrpanostjo ($\bar{x} = 2,70$). Pri medicinski sestri informacij nikoli ni iskalo 57,6 % vprašanih in nobena od njih pogosto, občasno pa le 9,8 % vprašanih, kljub temu da so anketiranke izpostavile problem premajhne informiranosti. Prepoznane podkategorije so pozitivna naravnost in samozaupanje, podpora okolice, informiranost in zdrav življenjski slog.

Diskusija in zaključek: Anketiranke imajo pozitiven odnos do zdravja, zavedajo se, da za svoje zdravje lahko veliko storijo same. Izražena je potreba po večji informiranosti, zato je pomembno, da se aktivnosti diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti razširijo tudi na področje svetovanja glede menopavze. Potrebne so nadaljnje raziskave na tem področju.

Introduction

Health is one of the fundamental elements of our life as it satisfies the need for survival and quality of life (Štern, 2007). In the last decades, several experts have addressed the problems occurring during the perimenopause and postmenopause stages, which may significantly impact on the quality of women's life (Meden-Vrtovec, 2007). Meden-Vrtovec (2007) raises questions about the treatment of menopause women, and whether medical workers are willing to recognise and help alleviate the ensuing physical and psychological symptoms. The changes occur at different levels and are reflected in women's psychological and physical well-being. It is therefore suggested that women are treated as holistic entities, taking into consideration the interdependency and complexity of their parts (Mlakar, 2007). Time period preceding and following menopause is called climacterium. According to Meden-Vrtovec (2002), the phenomenon and duration of climacterium is divided into four stages, i.e. premenopause, when the psychological and somatic changes may be present several years prior to the onset of menopause; perimenopause; menopause, characterised by permanent cessation of menstrual periods; and postmenopause. Hereinafter, the four stages will be referred to as perimenopause (including premenopause and perimenopause) and menopause (including menopause and postmenopause).

Menopause is the time in a woman's life when she is faced with a number of losses, namely, fertility decline, changed physical appearance, change in libido and sex drive, sexual activity and satisfaction. In this period of life, a woman begins to reflect upon the transient nature of her being, as menopause is perceived as a signpost of change, aging or dying (Vigeta, et al., 2012). Menopausal symptoms experienced by women decrease the quality of their life (Borko & Žegura, 2006, p. 113), but there is increasing evidence that life-style protective factors, such as nutrition and physical activity, have a profound modifying effect on midlife health (Lainščak, et al., 2005; Labrinoudaki, et al., 2013). Marn Radoš and Ščepanović (2014) emphasise the importance of health education about adequate forms of physical activity (e.g. as power walking, running or walking up the stairs, etc.), which is accessible to the entire targeted population, irrespective of their social status. It is of key importance that health professionals explain to women which physical and psychological changes occur during menopause and what they can do to alleviate the symptoms. They may counsel on healthy lifestyle, with special emphasis on nutrition and physical activity (Petkovič, 2007). McCloskey (2012) claims that health workers' knowledge of the concept and the stages of a menopausal transition is still deficient. Cumming and colleagues (2015) report that health professionals continue to let their patients down with poor provision of information, inaccurate or wrong information, or

lack of access to adequate health care. The cost of this is women living with preventable sequelae associated with the menopausal transition with a consequent adverse impact on health and the health economy. According to Mander (2012), women should be advised on what they should do or avoid in terms of lifestyle and diet to improve their quality of life. Franić (2008) suggests more activities on the primary level of health care, targeted especially to young women in order to prevent problems in later years. The British Menopause Society Council claims that the provision of a simple health check of all women at the age of 45 years would provide an excellent opportunity that would serve as a screening as well as an educational visit at which balanced information about appropriate treatments and lifestyle changes in natural and premature menopause should be given to empower women to make an informed choice (BMSC, 2011).

Aims and objectives

The aim of the study was to explore the women's views and attitudes towards perimenopause and menopause, health and healthy lifestyle as well some aspects of information related to the issue. The following research questions were set:

- How do women in perimenopause and menopause rate their general health?
- How do women self-assess their menopausal symptoms according to the level of intensity?
- Where do women obtain most information related to menopause and health?

Methods

A non-experimental descriptive research method was applied.

Description of the research instrument

A semi-structured questionnaire was used as a research instrument for data collection. The questionnaire was designed on the basis of professional literature review (Borko & Žegura, 2006; Meden-Vrtovec, 2007; Mlakar, 2007), and partly on the validated Menopause Rating Scale (MRS) developed in Germany (Heinemann, et al., 2004). The original questionnaire was translated into 25 languages, but it was not available in the Slovene language. The questionnaire used in the study was translated from the English language and tested in a pilot study including seven interviewees. It differs from the original version in additional four statements. It is composed of 43 closed-ended, two open-ended, sixteen multiple-choice questions and 27 statements. In 11 questions the MRS was used to evaluate the severity of symptoms/complaints. The score increases point by point with increasing severity of subjectively perceived symptoms in each of the items (severity 0 - none, severity 1 - mild, severity 2 - moderate, severity

3 – severe, severity 4 – very severe). In 16 questions the Likert five-point scale with fixed choice response formats was used to measure the attitudes or opinion statements. Each of the five responses was attributed a numerical value used to measure the attitude under investigation (1-Strongly agree, 2-Agree, 3-Undecided, 4-Disagree, 5-Strongly Disagree). The first part of the questionnaire included nine demographic questions, and the main part enquired about the respondents' attitudes towards menopausal changes and symptoms experienced, the self-assessed lifestyle and bad habits, health and accessibility of information related to menopause. The Cronbach's alpha coefficient for the whole scale was 0.813, which indicates a high reliability of the instrument (Cencič, 2009).

Description of the research sample

For the purposes of the study, a random systematic sample was employed. It consisted of 100 women, aged 45-60 years, who had their chosen general practitioner in a private concession clinic, which provides preventive care and curative services for adult population (e.g. diagnostic procedures and treatment of diseases and injuries). DDM 3.0 computer programme was used to select every fifth woman from the alphabet list, satisfying the inclusion criteria (1 : 4 ratio). The sample consisted of 120 participants, which presents 20 % of the population registered in this clinic. The response rate was 83 % ($n = 100$). The majority of women belonged to the age group of 50–54 years ($n = 41$, 41.7 %), followed by the age group of 45–49 years ($n = 24$, 25.7 %) and the age group of 55 years and above ($n = 35$, 32.5 %). Most of the respondents completed university education ($n = 38$, 38.7 %) and only 3 (1.2 %) had primary education or less. Most of the respondents were employed ($n = 83$, 81.8 %), and the remaining ones were unemployed ($n = 7$, 10.1 %) or retired ($n = 9$, 7 %). One of the respondents did not answer this question.

The majority of women assessed their socio-economic status as satisfactory ($n = 65$, 63.1 %), 9 (10.4 %) respondents reported that they earn even more than they need, and 25 (25.8 %) respondents were not satisfied with their income. One respondent did not answer this question.

According to the stages of menopause as defined by Meden-Vrtovec (2002), the sample consisted of 37 (40.1 %) women in premenopause or perimenopause and 49 (44.5 %) women in menopause or postmenopause; 14 respondents did not answer this question.

Description of the research procedure and data analysis

The research was conducted at the primary level of health care, that is, in primary care in the family out-patient clinic. The questionnaires with a request

to participate in the study were sent to the selected women's home address in a stamped reply envelope. The purpose of the study was fully explained. The participation was anonymous and voluntary. The study was conducted in accordance with the adopted ethical principles. The sampling took place in October 2014. The data collected were analysed using Microsoft Excel and SPSS version 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). The sociodemographic data were analysed by descriptive statistics. The frequencies, percentages, arithmetic means and standard deviations were calculated for statistical variables. The t-test was used to determine the statistical significant differences between women in perimenopause and menopause and the Pearson's correlation coefficient was employed to measure the statistical relationship between the two variables. The statistical significance (i.e. the p-value) was set at $p < 0.05$.

More than half of the respondents answered the open-ended question. The texts were analysed with a qualitative approach and the meaning from the content of text data was interpreted by a summative content analysis according to the given category of experiencing menopause (Hsieh & Shannon, 2005). The analysis started with a theory or relevant research findings as guidance for initial codes. It involved counting and comparisons, usually of keywords or phrases, joined in groups and subgroups, followed by the interpretation of the underlying context (Hsieh & Shannon, 2005).

Results

The study participants rated their overall health as good ($n = 58$ %), very good ($n = 12$ %), fair ($n = 22$ %), poor ($n = 3$ %) and very poor ($n = 2$ %). Three respondents did not answer this question. The respondents were requested to report the presence of any chronic non-communicable disease, such as arterial hypertension, diabetes, asthma, etc. Absence of any of the above diseases was reported by 69 (70.4 %) interviewees, 1 (1.9 %) respondent was not aware of the presence of any disease, and 29 (26.4 %) interviewees suffered from at least one of these diseases.

The study also aimed to establish the respondents' attitudes towards healthy lifestyle. The analysis of survey results shows that 12 (12.1 %) women are extremely concerned about their health, 86 (86.9 %) claimed that there are many things they can do themselves to maintain or improve their health, 51 (51.5 %) respondents regularly attend preventive examinations /screening tests, 30 (30.3 %) reported that they try to achieve and maintain a healthy weight, 41 (41.4 %) participants reported that they regularly perform physical exercises and maintain their physical fitness, 30 (30.3 %) respondents pay particular notice to regular meals and balanced diet. A smaller number of respondents, however, reported insufficient physical

activity ($n = 35$, 35.4 %), unhealthy diet and irregular meals ($n = 13$, 13.1 %), and 3 (3 %) respondents pay no attention to their health.

The Likert five-point scale with fixed choice response formats was used to measure the attitudes or opinion statements regarding menopause. According to the median values achieved ($M = 3$), it can be concluded that the respondents had some difficulty to accept physical changes associated with aging, they experienced fatigue and exhaustion due to insomnia and they were reluctant to use hormone replacement therapy (HRT) due to possible adverse effects. In part, they also felt liberated by the fact that they no longer need to worry about protection and contraception ($M = 3$). The menopausal changes, including the inability to bear children, did not affect women's perception of their own femininity ($M = 1$). The results show that the respondents did not agree with the majority of the remaining statements ($M = 2$). The attitudes towards

hormone replacement therapy differed among the respondents. Thirteen respondents (13.7 %) were satisfied or very satisfied with the results of the HRT, 46 (48.9 %) respondents expressed their reservations about HRT for fear of possible adverse effects, and 25 (26 %) respondents believed that their menopause-related knowledge was insufficient.

The internationally accepted MRS was used to measure the severity of menopausal symptoms over time. The severity of symptoms was evaluated on a five-point self-administered scale. The score increases point by point with increasing severity of subjectively perceived symptoms (from none to very severe). The mean values obtained ($M = 3$) indicate that women most commonly suffered from hot flushes and episodes of sweating, sleep problems (difficulty in falling asleep, difficulty in sleeping through, waking up early), physical and mental exhaustion (general decrease in performance, impaired memory, decrease in concentration, forgetfulness).

Table 1: Comparison of groups of women in perimenopause and menopause regarding the severity of menopause symptoms

Tabela 1: Primerjava skupine žensk v perimenopavzi s skupino žensk v menopavzi glede na jakost menopavzalnih simptomov

Symptoms/ Simptomi	Group/ Skupina	n	\bar{x}	s	p
Hot flushes, sweating (episodes of sweating)	1	36	1.11	0.919	0.111
	2	49	1.49	1.175	
Heart discomfort (unusual awareness of heart beat, heart skipping, heart racing)	1	36	0.92	0.937	0.418
	2	49	1.10	1.104	
Sleep problems (difficulty in falling asleep, difficulty in sleeping through, waking up early)	1	36	1.61	1.076	0.490
	2	48	1.79	1.254	
Depressive mood (feeling down, sad, on the verge of tears, lack of drive, mood swings)	1	36	1.33	1.146	0.295
	2	49	1.59	1.098	
Irritability (feeling nervous, inner tension, feeling aggressive)	1	36	1.33	1.069	0.505
	2	49	1.49	1.063	
Anxiety (inner restlessness, feeling panicky)	1	36	0.92	1.131	0.357
	2	49	1.14	1.099	
Physical and mental exhaustion (general decrease in performance, impaired memory, decrease in concentration, forgetfulness)	1	36	1.58	0.937	0.390
	2	49	1.78	1.066	
Sexual problems (change in sexual desire, in sexual activity and satisfaction)	1	35	0.91	0.951	0.015
	2	48	1.48	1.072	
Bladder problems (difficulty in urinating, increased need to urinate, bladder incontinence)	1	36	0.75	0.841	0.283
	2	49	0.98	1.051	
Dryness of vagina (sensation of dryness or burning in the vagina, difficulty with sexual intercourse)	1	36	0.64	0.833	0.010
	2	48	1.19	1.024	
Joint and muscular discomfort (pain in the joints, rheumatoid complaints)	1	36	0.97	0.971	0.018
	2	48	1.52	1.072	

Legend/Legenda: Group 1/Skupina 1 – women in perimenopause/ženske v perimenopavzi; Group 2/Skupina 2 – women in menopause/ženske v menopavzi; n – number/število; s – standard deviation/standardni odklon; \bar{x} – average value/povprečna vrednost; p – statistical significance/statistična značilnost

Other symptoms were only moderate ($M = 2$). Least commonly reported symptoms included bladder problems (difficulty in urinating, increased need to urinate, urinary incontinence) and dryness of vagina (sensation of dryness or burning in the vagina, difficulty with sexual intercourse).

Table 1 presents statistically significant differences in the participants' perceived level of severity of perimenopausal and menopausal symptoms. The study results show that women in menopause experience statistically significantly more sexual problems ($p = 0.015$) than women in postmenopause. These symptoms include waned sexual desire or interest, decreased sexual activity and satisfaction. Women in menopause also statistically significantly more frequently report dryness of vagina ($p = 0.010$) and joint and muscular discomfort ($p = 0.018$).

The correlation was calculated between the values obtained for the symptoms experienced by women in perimenopause and the women in menopause. Highlighted are the most important findings, i.e. those with correlation coefficient of more than 0.5. As a result of mood swings, the interviewees often feel misunderstood and find it difficult to talk about their problems ($r = 0.508$, $p < 0.001$). They feel that their self-image has changed ($r = 0.577$, $p < 0.001$). The age-related changes (dry skin, sagging breasts) have a negative impact on their self-esteem and feelings of self-worth ($r = 0.680$, $p < 0.001$). The interviewees also admit that they do not have enough knowledge to address the menopausal symptoms ($r = 0.534$, $p < 0.001$). They report that their world has been turned

upside down, they feel less feminine with the end of their fertile period ($r = 0.532$, $p < 0.001$), and that they have not been properly prepared for menopause ($r = 0.558$, $p < 0.001$). The women who described their sensations of heart discomfort (suddenly I become aware of my heart beat, heart skipping and heart racing), also experienced mood disorders (I am feeling down, sad, on the verge of tears, I feel a lack of motivation and drive, I suffer from mood swings) ($r = 0.549$, $p < 0.001$). These feelings are often accompanied by irritability (I feel nervous, tense and aggressive) ($r = 0.843$, $p < 0.001$) and anxiety (inner restlessness, feeling panicky) ($r = 0.747$, $p < 0.001$). Physical and mental exhaustion (general decrease in performance, impaired memory, decrease in concentration, forgetfulness) is statistically correlated with mood disorders ($r = 0.647$, $p < 0.001$).

As shown in Table 2, the interviewees most frequently, however occasionally, sought information about menopause in the printed media (newspapers, magazines) ($M = 2$), on the internet (generally) ($M = 2$), and from their gynaecologist ($M = 2$). They hardly ever discussed menopause and menopause-related symptoms with their general physician ($M = 4$) and never with a nurse in an out-patient clinic.

The open-ended question was included in order to give the respondents an opportunity to express their subjective opinions and views on the perimenopause and menopause transition periods. The question was answered by 63 (61.9 %) respondents. Nine coding categories were derived from the text data, on the basis of which four subcategories were designed (positive attitude and self-

Table 2: Searching for information related to health and menopause

Tabela 2: Iskanje informacij v zvezi z zdravjem in menopavzo

Sources of information about perimenopause and health/ Vir informacij o perimenopavzi in pomenopavzi ter zdravju	Oftentimes/ Pogosto <i>n</i> (%)	Occasionally/ Občasno <i>n</i> (%)	Rarely/ Redko <i>n</i> (%)	Almost never/ Skoraj nikoli <i>n</i> (%)	Never/ Nikoli <i>n</i> (%)	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>M</i>
Newspapers and magazines	16 (17.4)	33 (35.9)	15 (16.3)	12 (13)	16 (17.4)	92	2.77	1.36	2
Health manuals/books on menopause	11 (12)	33 (36)	19 (21)	6 (6)	23 (25)	92	2.97	1.39	3
Internet (generally)	20 (21.5)	31 (33.3)	16 (17)	9 (10)	17 (18)	93	2.70	1.39	2
Forums and chat rooms on the internet	3 (3.4)	12 (13.8)	4 (4.6)	17 (19)	51 (59)	87	4.16	1.22	5
General practitioner	0 (0)	28 (32)	16 (18)	19 (21)	26 (29)	89	3.48	1.21	4
Gynaecologist	7 (7.4)	43 (45.3)	21 (22)	9 (9.5)	15 (16)	95	2.81	1.20	2
Nurse	0 (0)	9 (9.8)	13 (14)	17 (18.5)	53 (57.6)	92	4.24	1.03	5

Legend/Legenda: *n* – number/število; *s* – standard deviation/standardni odklon; \bar{x} – average value/povprečna vrednost; *M* – median/mediana, % – percentage/odstotek

Table 3: Presentation of the codes and subcategories with some statements

Tabela 3: Prikaz kod in podkategorij z izjavami

Statements/ Izjave	Codes/ Kode	f (%)	Subcategories/ Podkategorije	Category/ Kategorija
'Transition is a new experience we should not fear, it is important to be prepared and take it as a natural stage of life.' 'I experienced perimenopause and menopause as a natural stage of life.' 'I was informed and prepared to accept all the symptoms.'	Menopause as a natural stage of life	32 (33.4)	Positive attitude and self-confidence	Experiencing the premenopause and menopause
'The time has come to put myself in the first place.'	Self-care	6 (5.4)		
'I am terrified of aging.' 'I was afraid to have fallen seriously ill.'	Insecurity, fear, stress	7 (7.2)		
'I begin to recognise the importance of regular physical activity.'	Physical activity	3 (3.1)	Healthy lifestyle	
'I am aware that I could do much more for myself in terms of regular and quality diet and nutrition.' 'To overcome fear and anxiety you have to be physically active and eat healthy.'	Healthy and balanced diet	6 (6)		
'In my opinion, many problems could be avoided if information and counselling were provided by a gynaecologist.'	Be informed	6 (5.7)	Information	
'I knew very little about this life stage. Only when my health problems became serious, the health workers treated me accordingly.'	Ignorance of symptoms	2 (2.9)		
'It is important to talk about the issue in question with people whom we trust.' '.../ it is important to discuss these things.'	Discussion	4 (3.8)	Support of the environment	
'... I have a friend. We discussed this issue a lot and she was the one who helped me most in coping with this transition.' 'A good partner relationship was of crucial importance...'	Support	3 (1.7)		

Legend/Legenda: f – frequency/frekvenca; % – percentage/odstotek

confidence; healthy lifestyle, awareness/information and support), which are shown in Table 3. The latter includes the codes, further separated into subcategories and a category, with some statements or phrases, their codes and the frequency of statements linked into individual codes. The participants most frequently stated that the period of perimenopause and menopause should be accepted as a natural stage of life (33.4 %), 7.2 % claimed that this period is replete with worries, fears and insecurity, 5.4 % emphasised the importance of positive approach to menopause and self-care, 6 % stressed the importance of a healthy diet, 5.7 % expressed the need for more information on this gradual life transition, 2.9 % were not aware of menopausal symptoms, 3.8 % assigned special importance to discussing the problems, 1.7 % to the support of their family and friends, and 3.1 % underlined the importance of physical activity during this period.

Discussion

The study addresses the menopause, with its positive sides, and a series of symptoms due to physiologic hormonal changes in this transitional period in women's life. Menopause is a natural and universal

event of the human female life cycle. However, it is a period that is different for each individual, depending on their attitude towards themselves, menopause and health. Kopčavar Guček and Franić (2008) stated that nowadays, most women spend more than one-third of their lives in menopause due to longer overall survival and greater life expectancy. Women, on average, live longer than men and they will therefore enjoy fewer years of healthy life as they will experience longer periods of poor health (Vertot, 2010). The majority of interviewees rate their current health as good, with no identified chronic diseases. The study findings indicate that women are aware of what they should do or avoid in terms of lifestyle and diet to improve their health condition. Most of them regularly attend preventive examinations/screening tests and one third of them engage in regular physical activity even more than three times per week. It was established that only one third of the participants attend to their body weight and follow a healthy, balanced diet.

Sveinsdóttir and Ólafsson (2006) found that Icelandic women generally have a positive attitude towards menopause and consider it a natural transition which can not be prevented. The results of the present study indicate that the participants were most commonly

saddened by the signs of aging, they felt tired and exhausted due to sleep problems. They had negative attitudes to hormone replacement therapy being aware of their possible side effects, but expressed satisfaction that they no longer needed to fear unwanted pregnancy. Some other authors (Črnigoj & Prosen, 2016) also claim that spontaneous sexual activity influences the quality of life and the relationship of a couple. Women in menopause may suffer from mood swings, one of the most common symptoms of menopause caused by hormonal fluctuations. The inappropriate or disproportionate emotional reaction to its cause or trigger is often misunderstood and therefore the study participants expressed their reluctance to discuss this issue. The study also raised the issue of women's changed self-image and adversely affected confidence due to the signs of aging (dry skin, sagging breasts). The respondents (25 %) reported they did not know enough about appropriate health and lifestyle interventions to alleviate their menopausal problems.

The participants reported that their world was turned upside down and they were not adequately prepared for this natural process of development. The evidence presented shows that the interviewed women have a need to discuss their menopausal complaints and that they need more health education and psychological support. One fourth of the respondents admitted that they do not know enough about menopause symptom management. The results of the present study related to the HRT, alternative therapies and sexual health are in line with the findings obtained by Cumming and colleagues (2007), which indicate that the patients are let down with poor provision of information, inaccurate or wrong information, or access to the right care. It seems appropriate to provide information about women's health at all levels of health care, especially at a primary level, which is most widely accessible. The study research reveals that the respondents most frequently sought menopause-related information in newspapers and magazines, on the internet and from their gynaecologist. It is interesting to note that more than half of the respondents never turned to nurses in an out-patient clinic for information or advice. An action needs to be taken in order to strengthen the advisory role of nurses who are autonomous health professionals with competences to provide also health counselling, health promotion and health education (Železnik, et al., 2008). The study conducted by Pepić (2012) reveals that only 4.5 % of the participants received health education related to menopause and climacterium from their gynaecologist and only 2.6 % from nurses. Similar results were obtained in the study conducted among Islandic menopause women (Sveinsdóttir & Ólafsson, 2006). The participants of the present study confirmed that the information obtained (from other sources) was helpful. One of the reasons why women do not seek information

in health institutions could be their denial of menopausal symptoms or because they want them kept hidden (Sergeant, 2015).

It was established that the respondents' most frequently cited symptoms include hot flushes, sweating, sleep disorders, and physical and mental exhaustion. Among the less frequent symptoms were heart discomfort, depressive mood with mood swings, irritability, and joint and muscular discomfort. The present study produced results which corroborate the findings of previous research (Sveinsdóttir & Ólafsson, 2006; Chedraui, et al., 2007), where the same research instrument (MRS) was used. The studies conducted in Ecuador (Chedraui, et al., 2007) and Iceland (Sveinsdóttir & Ólafsson, 2006) reveal that the most frequent symptoms reported by the studied population were pains in the muscles and joints, mood swings, sexual problems, hot flushes and sleep disorders.

Brown and colleagues (2015) investigated the psychological distress during the menopause transition and also evaluated evidence on the relationship between menopausal factors (stage and symptoms) and indices of positive well-being. They concluded that little is known about the experience of positive well-being at this time and that positive well-being may be available for use as a resilience factor that women can draw on to meet the challenges that midlife presents. One third of the participants of the present study also highlighted the importance of a positive attitude towards this period, the changes, challenges and insecurity occurring during menopause, which indicates a positive attitude towards health and coping with menopausal symptoms.

More than half of the participants agreed that physical activity attenuates many of the adverse health effects that frequently accompany the menopausal transition. It may help prevent several chronic diseases. More than half of the participants engage in regular physical activity at least once or twice a week and one third of the participants exercise three times or more per week. Surprisingly, two thirds of the EU's population are not enough physically active despite the well-documented benefits of regular physical activity (Drev, 2010). According to the Spanish research (Villaverde-Gutierrez, et al., 2006), habitual participation in physical activity results in many health benefits and statistically significantly improves menopausal symptoms and the health-related quality of life in the postmenopausal period. Similar results were obtained in the literature review study conducted by Marn Radoš and Šćepanović (2014).

The assessment of the respondents' lifestyle included also factors over which patients have some control, including bad habits. One third of the respondents are smokers, which corresponds to the average smoking rate in the EU member states (Koprivnikar, 2010). The extensive research conducted in Denmark (Pisinger, et al., 2009) confirms the relationship between

healthy lifestyle and self-reported health in a general population.

There were several requests for more information on menopause despite high educational level of the participants. This finding has an important implication for nurses in the referential family out-patient clinics who could provide also counselling to menopause women. Foreign research (Sveinsdóttir & Ólafsson, 2006) established that action needs to be taken in order to strengthen the advisory role of nurses. The internationally well accepted standardised questionnaire MRS is recommended to measure the severity of menopausal symptoms in the referential family out-patient clinic, which proved useful also in the present study.

A limitation of the study was a relatively small sample size. For this reason, these results need to be interpreted with caution as they might not be transferable or generalized to a broader community. Further, more extensive targeted research on menopause and access to information needs therefore be undertaken on a larger sample of population. The present sample includes women with high average educational level, which should be taken into consideration in sampling of future research and comparison of results.

Further quantitative and qualitative studies with interviews are recommended to gain a better understanding and insight into the research problem. This recommendation is based also on the fact that a number of participants expressed a wish for further discussion of the issue.

Conclusion

There are some important issues emerging from this study. Most of the respondents rate their health as good or very good, they have a positive attitude towards health and live a healthy lifestyle. They are also aware of what they should do or avoid in terms of lifestyle and diet to improve their quality of life. They did, however, express the need for more information, especially from healthcare providers. At the end of the survey, a number of participants visited or called the interviewers and expressed a need for additional information on menopause which could be provided through lectures or workshops. It is important that health professionals offer women the information about all the symptoms, complications and some ways of controlling menopausal symptoms. Preparedness, positive attitude and knowledge help women embrace the physical, psychological and emotional changes occurring in menopause. Therefore, the authors suggest that the nurse in the family out-patient clinic introduces individual counselling on menopause or organises lectures or workshops for the targeted population of women aged 45–55 years. They also recommend the use of MRS questionnaire to measure the severity of symptoms. Additional education for

nurses should be accordingly provided to empower nurses with the relevant knowledge. Additional tasks will require also additional workforce.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Uvod

Zdravje je ena temeljnih prvin našega življenja, saj zadovoljuje potrebo po preživetju in kakovostnem življenju (Štern, 2007). V zadnjih desetletjih se mnogi strokovnjaki ukvarjajo s težavami, ki se pojavljajo pri ženskah v perimenopavzi in pomenopavzi ter vplivajo na njihovo zdravje (Meden-Vrtovec, 2007). Meden-Vrtovec (2007) se ob tem sprašuje, kako bomo takšno žensko obravnavali – ali se bomo odločili spoznati, kakšne spremembe doživlja na telesnem in psihičnem področju ter kakšno pomoč ji lahko ponudimo. Spremembe v organizmu se dogajajo na več področjih in se odražajo tudi v psihičnem doživljanju, zato je koristno upoštevati vse vidike, ki se med seboj dopolnjujejo, in žensko obravnavati celostno (Mlakar, 2007). Obdobje, ki označuje leta pred in po menopavzi imenujemo klimakterij. Pojav in trajanje klimakterija Meden-Vrtovec (2002) opredeljuje kot obdobje štirih faz: predmenopavza s psihičnimi in somatskimi spremembami lahko tudi več let pred menopavzo; perimenopavza; menopavza, ki je trajno prenehanje menstruacije, in pomenopavza. V nadaljevanju članka te štiri faze obravnavamo združene v dve obdobji: z izrazom perimenopavza poenostavljeno označujemo perimenopavzo in predmenopavzo, z izrazom menopavza pa obdobje menopavze in pomenopavze.

Menopavza je v življenju ženske obdobje, ko se mora spopasti z vrsto izgub: zmanjšana reproduktivna sposobnost, izgubljen mladostni videz in spremembe v želji po spolnosti, spolni aktivnosti in zadovoljstvu v spolnosti. Prav tako se ženska v tem obdobju začne zavedati lastne minljivosti, kajti menopavzo vidi kot opomnik za spreminjanje, staranje ali umiranje (Vigeta, et al., 2012). Menopavzalne težave, ki jih ženske občutijo, zmanjšujejo kakovost njihovega življenja (Borko & Žegura, 2006, p. 113), pri tem sta aktivni življenjski slog in redno gibanje pomembna varovalna dejavnika zdravja (Lainščak, et al., 2005; Labrinoudaki, et al., 2013). Marn Radoš in Ščepanović (2014) izpostavljata pomen zdravstvenovzgojnega svetovanja zdravstvenih delavcev o primernih oblikah telesne dejavnosti (npr. hitra hoja, hoja po stopnicah, tek ipd.), ki lahko doseže celotno ciljno populacijo ne glede na socialni status. Pomembno je, da zdravstveni delavci ženski razložijo, kaj se z njenim telesom dogaja, in ji ponudijo možnosti, s katerimi si lahko težave olajša, ter ji hkrati svetujejo o zdravem načinu življenja, ki vključuje primerno prehrano in dovolj gibanja (Petkovič, 2007). McCloskey (2012) v svoji raziskavi ugotavlja, da zdravstveni delavci

procesa prehoda žensk v perimenopavzo še vedno ne poznajo dovolj dobro. Cumming in sodelavci (2015) tudi ugotavljajo, da zdravstveni delavci še naprej dopuščajo, da ženskam v menopavzi niso dostopne vse informacije, da dobijo netočne ali napačne podatke ali da nimajo dostopa do ustrezne zdravstvene oskrbe. Ceneno za to plačujejo ženske, ki živijo s posledicami, povezanimi z menopavzo, ki bi se jih dalo preprečiti in ki posledično negativno vplivajo na zdravje in zdravstveno ekonomijo. Kot poudarja Mander (2012), je pomembno ženskam predstaviti možnosti, kako izboljšati kakovost življenja. Franič (2008) predlaga več aktivnosti na primarnem nivoju zdravstvenega varstva predvsem pri mlajših ženskah in njihovo ozaveščanje o možnostih zmanjševanja težav v kasnejših letih. Britansko združenje za menopavzo (BMSC) (British Menopause Society Council, 2011) priporoča, da bi bilo poleg sprememb na nivoju javne zdravstvene politike v timih primarnega zdravstva treba uvesti še register žensk, starejših od 45 let, in jih povabiti na posvetovanje o zdravju in zdravem načinu življenja.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil raziskati stališča in odnos žensk do perimenopavzalnega in menopavzalnega obdobja, do zdravja in do zdravega življenjskega sloga ter nekatere vidike informiranosti v zvezi s tem obdobjem življenja. Postavljena so bila naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako ženske v perimenopavzi in menopavzi ocenjujejo svoje splošno zdravje?
- Kako ženske samoocenjujejo menopavzalne simptome glede na težavnost?
- Kje ženske pridobijo največ informacij v zvezi z menopavzo in zdravjem?

Metode

Uporabljeno je bilo neeksperimentalno opisno raziskovanje.

Opis instrumenta

V raziskavi je bil kot merski instrument uporabljen delno strukturirani vprašalnik, ki smo ga sestavili na podlagi pregleda strokovne literature (Borko & Žegura, 2006; Meden-Vrtovec, 2007; Mlakar, 2007), deloma pa je bil povzet po Menopause Rating Scale (MRS), validiranem vprašalniku, ki je bil razvit v Nemčiji in je namenjen oceni težav žensk v menopavzi (Heinemann, et al., 2004). Vprašalnik je preveden v 25 jezikov, vendar ga v slovenščini ni, zato smo ga prevedli iz angleškega jezika. Vprašalnik je bil pilotno testiran na sedmih anketirankah in dopolnjen v štirih trditvah. Vprašalnik je vseboval 43 zaprtih in 2 odprti vprašanja, 16 vprašanj izbirnega tipa in 27 trditve, pri katerih smo pri 11 vprašanih uporabili ocenjevalno lestvico

simptomov po vprašalniku MRS (0 – nič, 1 – blagi, 2 – zmerni, 3 – težki, 4 – zelo težki). Pri 16 vprašanih smo uporabili Likertovo petstopenjsko lestvico stališč, pri čemer je pomenilo 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam. Prvi del je bil namenjen demografskim podatkom (9 vprašanj), osrednji del pa se je nanašal na subjektivna stališča žensk v odnosu do težav, ki jih doživljajo v obdobju menopavze, na samooceno življenjskega sloga in razvad, na odnos do zdravja in na dostopnost informacij, povezanih z menopavzo. Zanesljivost vprašalnika je bila preverjena na podlagi koeficienta Cronbach alfa. Skupna vrednost koeficienta Cronbach alfa je bila 0,813, kar kaže na dobro zanesljivost instrumenta (Cencič, 2009).

Opis vzorca

Izbrali smo slučajnostni sistematični vzorec. Vanj smo vključili ženske, ki so imele opredeljenega izbranega osebnega zdravnika v zasebni zdravstveni ustanovi s koncesijo, katere osnovna dejavnost je zdravstveno varstvo odraslih, ki obsega preventivno varstvo, odkrivanje, zdravljenje in obravnavo bolezni ali poškodb. Vzorec anketirank je bil omejen s starostjo med 45 in 60 let. S pomočjo računalniškega programa DDM 3,0 smo iz abecednega seznama vseh žensk predvidene vključitvene starosti izbrali vsako peto žensko, kar pomeni razmerje 1:4. Vzorec je vključeval 120 anketirank in predstavlja 20 % populacije oz. opredeljenih žensk v tej ustanovi v starosti 45 do 60 let. V raziskavi je sodelovalo 100 žensk, kar predstavlja 83% odzivnost. Največja starostna skupina je bila 50–54 let (41,7 %), vključevala je 41 vprašanih; 24 vprašanih (25,7 %) je bilo starih 45–49 let, nad 55 let pa je bilo 35 (32,5 %) vprašanih. Analiza formalne izobrazbene strukture je pokazala, da je največ, in sicer 38 anketirank (38,7 %) imelo visokošolsko univerzitetno izobrazbo; najmanj, le 3 (1,2 %) anketiranke so kot formalno izobrazbo navedle samo dokončano ali nedokončano osnovno šolo. Zaposlitveni status žensk, ki so sodelovale v raziskavi, je bil sledeč: 83 (81,8 %) zaposlenih, 7 (10,1 %) nezaposlenih in le 9 (7 %) upokojenih; ena anketiranka na vprašanje ni odgovorila. Na vprašanje o finančnem statusu se je 65 (63,1 %) vprašanih opredelilo, da zaslužijo ravno dovolj, 9 (10,4 %) jih meni, da zaslužijo celo več, kot potrebujejo, 25 (25,8 %) vprašanih pa s svojim zaslužkom ni zadovoljnih; ena anketiranka ni podala odgovora.

Glede na delitev obdobja po Meden-Vrtovec (2002) je bilo 37 (40,1 %) anketirank v predmenopavzi oziroma perimenopavzi in 49 (44,5 %) anketirank v menopavzi oziroma v pomenopavzi; 14 anketirank ni podalo odgovora.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala na primarni ravni zdravstvenega varstva, in sicer v osnovni zdravstveni dejavnosti, v ambulanti družinske medicine. Izbranim ženskam

zasebne zdravstvene ustanove smo na dom poslali vprašalnik s prošnjo za sodelovanje in s pojasnitvijo namena raziskave ter s priloženo frankirano kuverto. Raziskava je bila prostovoljna in anonimna ter v skladu z etičnimi načeli raziskovanja. Vzorec je potekalo oktobra 2014. Z vprašalnikom pridobljene podatke smo obdelali s programoma Microsoft Excel in SPSS verzija 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Socialnodemografske podatke smo obdelali z deskriptivno statistiko. Za statistične spremenljivke smo izračunali frekvence, odstotke, mere srednje vrednosti (aritmetično sredino) in razpršenosti (standardni odklon). Statistično pomembne razlike med skupino žensk, ki so v perimenopavzi, in skupino žensk, ki so že v menopavzi, smo ugotavljali s t-testom, za oceno korelacijskih povezav pa smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient. Statistično pomembnost je predstavljala vrednost $p < 0,05$.

Vsebinski odgovor na odprto vprašanje je podala več kot polovica sodelujočih. Besedilo smo analizirali s kvalitativnim raziskovalnim pristopom glede na že postavljeno kategorijo doživljanje obdobja menopavze s tehniko seštevalne analize besedila (Hsieh & Shannon, 2005). Iz podanih vsebinskih odgovorov smo besednim zvezam določili kode, ki smo jih nato glede na soroden pomen združili, in prepoznanim kodam določili še podkategorije.

Rezultati

V raziskavi ugotavljamo, da je svoje trenutno splošno zdravstveno stanje 58 % anketiranih ocenilo kot dobro, 12 % jih je menilo, da je njihovo zdravje zelo dobro, 22 % jih je bilo s svojim zdravjem srednje zadovoljnih, 3 % anketiranke so svoje zdravje označile kot slabo, 2 % vprašani pa sta menili, da je njuno trenutno splošno zdravje zelo slabo; 3 anketiranke svojega mnenja niso podale. Nanašajoč se na vprašanje o splošnem zdravstvenem stanju smo anketiranke povprašali o morebitnih kroničnih nenalezljivih boleznih, kot so arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, astma ipd.: 69 (70,4 %) anketiranih ni imelo nobene od kroničnih nenalezljivih bolezni, 1 (1,9 %) ni vedela, da bi imela kronično nenalezljivo bolezen, 29 (26,4 %) anketiranih pa je imelo vsaj eno od teh bolezni.

Želeli smo ugotoviti, kakšen odnos imajo anketiranke do zdravega načina življenja. Analiza podatkov za več možnih odgovorov je pokazala, da je 12 (12,1 %) anketiranih močno strah za njihovo zdravje, 86 (86,9 %) jih je menilo, da za svoje zdravje lahko veliko storijo same, 51 (51,5 %) jih redno hodi na preventivne/presejalne preglede, 30 (30,3 %) jih je odgovorilo, da se zelo trudijo vzdrževati ustrezno telesno težo, 41 (41,4 %) jih je navedlo, da so redno telesno aktivne in da skrbijo za ustrezno telesno kondicijo, 30 (30,3 %) jih skrbi za redno in ustrezno prehrano, 35 (35,4 %) pa jih je menilo, da se premalo gibajo, 13 (13,1 %), da je njihova prehrana neredna in neustrezna,

3 (3 %) anketiranke pa so odgovorile, da na svoje zdravje sploh ne pazijo.

Zanimalo nas je tudi subjektivno stališče doživljanja težav v perimenopavzi. Uporabljena je bila Likertova petstopenjska lestvica stališč. Glede na ugotovljeno srednjo vrednost - mediano (M) so se anketiranke delno strinjale ($M = 3$) z dejstvom, da so jih žalostili znaki staranja, ki so jih opažale, mučila jih je utrujenost in izčrpanost zaradi nespečnosti in zaradi mogočih neželenih učinkov jih je bilo strah jemati hormonsko nadomestno zdravljenje (HNZ). Delno so se tudi strinjale ($M = 3$) z zadovoljstvom ob dejstvu, da jim ni treba več skrbeti zaradi neželene nosečnosti. Večinoma se anketiranke popolnoma niso strinjale z dejstvom ($M = 1$), da bi se počutile manj žensko, ker niso več v rodni dobi. Rezultati drugih trditvev kažejo, da se z večino trditvev anketiranke niso strinjale ($M = 2$). Trinajst (13,7 %) anketirank je bilo zadovoljnih ali zelo zadovoljnih, da si lahko pri premagovanju menopavzalnih težav pomagajo s HNZ, 46 (48,9 %) se jih je strinjalo ali zelo strinjalo s trditvijo, da jih je strah jemanja HNZ zaradi možnih neželenih učinkov, in 25 (26 %) jih je menilo, da o možnostih lajšanja menopavzalnih težav sploh premalo vedo.

V raziskavi smo uporabili mednarodno lestvico za ugotavljanje menopavzalnih težav MRS, kjer je bilo treba s petstopenjsko vrednostno lestvico oceniti težavnostno stopnjo simptomov (od 0 – nič, do 4 – zelo težki). Izračunane srednje vrednosti, ki opredeljujejo pojav težkih simptomov ($M = 3$) kažejo, da so imele ženske največ težav z vročinskimi oblivi in navali znojenja, s spanjem (težko uspanje, prebujanje ponoči in prezgodnje prebujanje) in s fizično ter psihično izčrpanostjo (splošna manjša učinkovitost, manjša zbranost in večja pozabljivost). Ostali simptomi so bili glede na srednjo vrednost ($M = 2$) zmerni. Najmanj težav so anketiranke imele s sečnim mehurjem (težave pri uriniranju, pogosto uriniranje, uhajanje urina – urinska inkontinenca) in suho nožnico (občutek suhosti ali žarenja v nožnici, težave pri spolnem odnosu).

Tabela 1 prikazuje statistično značilne razlike glede na oceno doživljanja stopnje težavnosti menopavzalnih simptomov v perimenopavzalnem obdobju in menopavzi. Rezultati so pokazali, da imajo ženske v menopavzi statistično pomembno ($p = 0,015$) več spolnih težav, ki se kažejo kot spremembe v želji po spolnosti, spolni aktivnosti in zadovoljstvu v spolnosti. V skupini žensk, ki so v menopavzi, je statistično pomembno več tudi težav s suho nožnico ($p = 0,010$) ter težav z bolečinami v mišicah in sklepkih ($p = 0,018$).

Izračunali smo korelacijo med trditvami v razdelku, kjer se anketiranke opredelijo o simptomih v perimenopavzi, in v razdelku, kjer opišejo simptome, ki jih doživljajo v menopavzi. Izpostavljamo najpomembnejše ugotovitve oz. tiste, kjer je bil korelacijski faktor več kot 0,5. Anketiranke, ki

Tabela 1: Primerjava skupine žensk v perimenopavzi s skupino žensk v menopavzi glede na jakost menopavzalnih simptomov

Table 1: Comparison of groups of women in perimenopause and menopause regarding the severity of menopause symptoms

Simptomi/ Symptoms	Skupina/ Group	n	\bar{x}	s	p
Vročinski oblivi, znojenje (navali znojenja)	1	36	1,11	0,919	0,111
	2	49	1,49	1,175	
Težave s srcem (nenadno razbijanje srca, srce preskakuje, pospešen utrip)	1	36	0,92	0,937	0,418
	2	49	1,10	1,104	
Težave s spanjem (težko zaspim, ponoči se prebujam, zjutraj se prezgodaj prebujam)	1	36	1,61	1,076	0,490
	2	48	1,79	1,254	
Motnje razpoloženja (depresivna sem, žalostna, na robu solz, nimam volje, razpoloženje niha)	1	36	1,33	1,146	0,295
	2	49	1,59	1,098	
Razdražljivost (počutim se nervozno, napeto, agresivno)	1	36	1,33	1,069	0,505
	2	49	1,49	1,063	
Tesnoba (občutim nemir, loteva se me panika)	1	36	0,92	1,131	0,357
	2	49	1,14	1,099	
Fizična in psihična izčrpanost (splošna manjša učinkovitost, manjša zbranost in slabši spomin – večja pozabljivost)	1	36	1,58	0,937	0,390
	2	49	1,78	1,066	
Spolne težave (spremembe v želji po spolnosti, spolni aktivnosti in zadovoljstvu)	1	35	0,91	0,951	0,015
	2	48	1,48	1,072	
Težave s sečnim mehurjem (težave pri uriniranju, pogosto uriniranje, uhajanje urina – urinska inkontinenca)	1	36	0,75	0,841	0,283
	2	49	0,98	1,051	
Suha nožnica (občutek suhosti ali žarenja v nožnici, težave pri spolnem odnosu)	1	36	0,64	0,833	0,010
	2	48	1,19	1,024	
Težave z mišicami in sklepi (bolečine v sklepih, revmatske težave)	1	36	0,97	0,971	0,018
	2	48	1,52	1,072	

Legenda/Legend: Skupina 1/Group 1 – ženske v perimenopavzi/women in perimenopause; Skupina 2/Group 2 – ženske v menopavzi/women in menopause; n – število/number; s – standardni odklon/standard deviation; \bar{x} – povprečna vrednost/average value; p – statistična značilnost/statistical significance

zaradi pogostega nihanja njihovega razpoloženja čutijo nerazumevanje okolice, se o teh težavah težko pogovarjajo ($r = 0,508$, $p < 0,001$) in čutijo, da je njihova samopodoba spremenjena ($r = 0,577$, $p < 0,001$). Pri tistih, ki opažajo znake staranja (suha koža, povešene prsi), kar jih dodatno žalosti, je tudi samopodoba spremenjena ($r = 0,680$, $p < 0,001$), te anketiranke tudi menijo, da o možnostih lajšanja menopavzalnih težav premalo vedo ($r = 0,534$, $p < 0,001$). Anketiranke navajajo, da se jim je življenje postavilo na glavo, počutijo se manj žensko, ker niso več v rodni dobi ($r = 0,532$, $p < 0,001$), in menijo, da na to obdobje niso bile dovolj pripravljene ($r = 0,558$, $p < 0,001$). Anketiranke, ki navajajo težave s srcem (nenadoma občutim razbijanje srca, srce mi preskakuje, pospešeno utripa), navajajo tudi motnje razpoloženja (depresivna sem, žalostna, na robu solz, nimam volje, razpoloženje niha) ($r = 0,549$, $p < 0,001$). Tiste anketiranke, ki navajajo zgoraj navedene motnje razpoloženja, navajajo tudi razdražljivost (počutim

se nervozno, napeto, agresivno) ($r = 0,843$, $p < 0,001$) in tesnobo (občutim nemir, loteva se me panika) ($r = 0,747$, $p < 0,001$). Fizična in psihična izčrpanost (splošna manjša učinkovitost, manjša zbranost in slabši spomin – večja pozabljivost) je statistično povezana ($r = 0,647$, $p < 0,001$) z motnjami razpoloženja.

Kot prikazuje Tabela 2 so anketiranke glede na srednjo vrednost (mediana) najpogosteje, vendar občasno informacije iskale v časopisih in revijah ($M = 2$), na internetu (splošno) ($M = 2$) ter pri ginekologu ($M = 2$). Skoraj nikoli niso iskale informacij v zvezi z menopavzo in zdravjem pri splošnem zdravniku ($M = 4$) ter nikoli pri medicinski sestri v ambulanti ($M = 5$).

Z odprtim vprašanjem smo od anketirank želeli pridobiti tudi njihovo subjektivno mnenje o doživljanju prehoda v perimenopavzo in menopavzo. Na vprašanje je odgovorilo 63 (61,9 %) anketirank. Prepoznali smo devet kod in iz njih oblikovali štiri podkategorije (pozitivna naravnost in samozaupanje, zdrav

Tabela 2: Iskanje informacij v zvezi z zdravjem in menopavzo
 Table 2: Searching for information related to health and menopause

<i>Vir informacij o perimenopavi in pomenopavi ter zdravju/ Sources of information about perimenopause, postmenopause and health</i>	<i>Pogosto/ Often n (%)</i>	<i>Občasno/ Occasionally n (%)</i>	<i>Redko/ Rarely n (%)</i>	<i>Skoraj nikoli/ Almost never n (%)</i>	<i>Nikoli/ Never n (%)</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>M</i>
V časopisih in revijah	16 (17,4)	33 (35,9)	15 (16,3)	12 (13)	16 (17,4)	92	2,77	1,36	2
V zdravstvenih priročnikih in/ali knjigah o menopavzi	11 (12)	33 (36)	19 (21)	6 (6)	23 (25)	92	2,97	1,39	3
Na internetu (splošno)	20 (21,5)	31 (33,3)	16 (17)	9 (10)	17 (18)	93	2,70	1,39	2
Na forumih ali klepetalnicah na internetu	3 (3,4)	12 (13,8)	4 (4,6)	17 (19)	51 (59)	87	4,16	1,22	5
Pri splošnem zdravniku	0 (0)	28 (32)	16 (18)	19 (21)	26 (29)	89	3,48	1,21	4
Pri ginekologu	7 (7,4)	43 (45,3)	21 (22)	9 (9,5)	15 (16)	95	2,81	1,20	2
Pri medicinski sestri	0 (0)	9 (9,8)	13 (14)	17 (18,5)	53 (57,6)	92	4,24	1,03	5

Legenda/Legend: *n* – število/number; *s* – standardni odklon/standard deviation; \bar{x} – povprečna vrednost/average value; *M* – mediana/median, % – odstotek/percentage

Tabela 3: Prikaz kod in podkategorij z izjavami
 Table 3: Presentation of the codes and subcategories with some statements

<i>Izjave/ Statements</i>	<i>Kode/ Code</i>	<i>f (%)</i>	<i>Podkategorije/ Subcategories</i>	<i>Kategorija/ Category</i>
»Prehod je nova preizkušnja, ki se je ni treba bati, le pripraviti se je treba nanj in ga sprejeti kot naraven proces v življenjskem ciklusu.« »Obdobje perimenopave in menopavze sem doživljala kot naravno obdobje teh let.« »Vse znake sem pripravljena, osveščena sprejela.«	Vzeti kot del življenja	32 (33,4)	Pozitivna naravnost in samozaupanje	Doživljanje obdobja pred in v menopavzi
»Prišel je čas, ko sebe postavim na prvo mesto.«	Posvetiti se sebi	6 (5,4)		
»Strah pred staranjem.« »Res me je bilo strah, da sem resno zbolela.«	Negotovost strah, stres	7 (7,2)		
»Opažam, da je zelo pomembna fizična aktivnost – redna.«	Telesna aktivnost	3 (3,1)	Zdrav življenjski slog	
»Zavedam se, da bi še veliko lahko naredila, pri tem imam v mislih rednejšo in kvalitetnejšo prehrano.« »Da strah preženeš, moraš izpolniti dejanja: gibanje, prava prehrana.«	Uravnotežena prehrana	6 (6)		
»Menim, da bi se marsikateri nevsčnosti izognili, če bi dobile pravi nasvet pri ginekologinji.«	Biti poučen	6 (5,7)	Informiranost	
»O tem obdobju sem vedela zelo malo. Šele ko sem imela resne probleme, me je zdravstveno osebje začelo jemati resno.«	Neprepoznavanje znakov	2 (2,9)		
»Pomembno je, da se o tem pogovorimo z ljudmi, ki jim zaupamo.« ».../ je pomembno, da se o teh stvareh pogovarjamo.«	Pogovor	4 (3,8)	Podpora okolice	
»... imam prijateljico. Z njo sem se veliko pogovarjala in prav ona mi je pomagala skozi to obdobje.« »Ključen je bil dober partnerski odnos ...«	Podpora	3 (1,7)		

Legenda/Legend: *f* – frekvenca/frequency; % – odstotek/percentage

življenjski slog, informiranost in podpora okolice), kar prikazuje Tabela 3. V tej tabeli smo poleg pomenske razvrstitve izjav oz. kod v podkategorije in kategorijo prikazali primere izjav (trditev oz. besednih zvez), njihove kode in frekvenco v posamezne kode povezanih izjav. Sodelujoče so največkrat navedle, da je treba obdobje perimenopavze in menopavze jemati kot del življenja (33,4 %), 7,2 % žensk pravi, da to obdobje prinese skrbi, strah, negotovost, 5,4 % jih poudarja pomen znati se posvetiti sebi, 6 % jih izpostavlja pomen uravnotežene prehrane, 5,7 % jih izraža potrebo po poučenosti o omenjenem obdobju, 2,9 % žensk ni prepoznalo znakov menopavze, 3,8 % žensk izpostavlja pomen pogovora o težavah in podpore (1,7 %) s strani bližnjih, prijateljev ter 3,1 % žensk izpostavlja pomen ohranjanja telesne aktivnosti v tem obdobju.

Diskusija

Naša raziskava se loteva obdobja ženske, ki je lahko zanjo prijetno ali pa ji lahko povzroči kar nekaj zdravstvenih težav. Vsaka ženska to obdobje doživlja drugače, pomemben je njen odnos do sebe, do menopavze in do zdravja. Kopčavar Guček in Franič (2008) pravita, da ženske preživijo v obdobju po menopavzi kar tretjino življenja, saj se zaradi vse daljše pričakovane življenjske dobe podaljšuje tudi obdobje življenja v pomenopavzi. Čeprav ženske živijo dlje kot moški, so deležne manj let zdravega življenja, ker jih daljši čas spremljajo zdravstvene težave (Vertot, 2010). Večina anketirank svoje trenutno zdravstveno stanje ocenjuje kot dobro, večina jih je brez kroničnih obolenj. Rezultati raziskave kažejo, da se anketiranke zavedajo, da za svoje zdravje lahko veliko storijo same, večinoma se udeležujejo presejalnih preventivnih pregledov in tretjina jih je redno telesno aktivnih tudi več kot trikrat tedensko. Toda kljub temu za zdravstvene delavce na področju zdravstvene vzgoje ostaja še dovolj dela, saj se le tretjina anketiranih trudi vzdrževati ustrezno telesno težo ter le tretjina vprašanih skrbi za redno in ustrezno prehrano.

Sveinsdóttir in Ólafsson (2006) ugotavljata, da imajo islandske ženske načeloma pozitiven odnos do menopavze in menijo, da je menopavza normalen del življenja, s katerim se je treba soočiti. Rezultati naše raziskave so pokazali, da so se anketiranke najpogosteje opredelile za dejstvo, da jih žalostijo znaki staranja, mučila jih je utrujenost in izčrpanost zaradi nespečnosti, doživljale so strah pred jemanjem HNZ zaradi mogočih neželenih učinkov in izrazile so zadovoljstvo z dejstvom, da jim ni treba več skrbeti zaradi neželene nosečnosti. Tudi Črnigoj in Prosen (2016) ugotavljata, da sproščena spolnost vpliva na kakovost življenja in partnerski odnos. V raziskavi ugotavljamo, da se anketiranke, ki zaradi pogostega nihanja njihovega razpoloženja čutijo nerazumevanje okolice, o teh težavah težko pogovarjajo. Podobno

ugotavljamo, da je pri tistih, ki opažajo znake staranja (suha koža, povešene prsi) – kar jih dodatno žalosti, spremenjena tudi samopodoba. Anketiranke menijo, da vedo premalo o možnostih, kako lajšati menopavzalne težave.

Anketiranke navajajo, da se jim je življenje postavilo na glavo, in menijo, da na to obdobje niso bile dovolj pripravljene. Povzamemo lahko, da anketiranke potrebujejo pogovor, izobraževanje in psihično podporo, saj se je četrtnina vprašanih strinjala z dejstvom, da o možnostih lajšanja menopavzalnih težav sploh premalo vedo. Glede na spletno raziskavo o pogledu žensk na HNZ, alternativne terapije in spolno zdravje, ki so jo izvedli Cumming in sodelavci (2007), povzemamo podobne ugotovitve, namreč, da večina v raziskavo vključenih žensk ne ve dovolj o HNZ in možnostih alternativne terapije. Zdi se, da je treba ženske informirati in osveščati na vseh nivojih zdravstvenega varstva, zlasti pa na primarnem nivoju, ki je najbolj dostopno. Podatki kažejo, da so anketiranke informacije, povezane z menopavzo, najpogosteje iskale v časopisih in revijah, na internetu in pri ginekologu. Zanimivo je dejstvo, da več kot polovica vprašanih omenjenih informacij nikoli ni iskalo pri medicinski sestri v ambulanti, čeprav je medicinska sestra avtonomna strokovnjakinja, katere kompetence so med drugim tudi svetovanje na področju zdravja in bolezni, promocija zdravja ter zdravstvena vzgoja (Železnik, et al., 2008). Pepić (2012) v raziskavi ugotavlja, da je bilo le 4,5 % anketirank deležnih zdravstvene vzgoje, povezane z menopavzo in klimakterijem, s strani ginekologa in le 2,6 % s strani medicinske sestre. Prav tako sta do podobnih ugotovitev prišla Sveinsdóttir in Ólafsson (2006) pri islandski ženskah, in sicer primerljivost velja tako za zdravnike kot medicinske sestre. Naše anketiranke so potrdile, da so bile pridobljene informacije (iz drugih virov) zanje koristne. Eden izmed razlogov, da ženske ne želijo informacij v zdravstveni instituciji, je lahko v njihovem nepriznavanju menopavzalnih težav oziroma v skrivanju menopavzalnih simptomov (Sergeant, 2015).

Ugotavljamo, da je naša skupina anketirank v samooceni menopavzalnih simptomov kot največje težave izpostavila vročinske oblike, znojenje, težave s spanjem ter fizično in psihično izčrpanost, nekoliko manj pa težave s srcem, motnje razpoloženja, razdražljivost in bolečine v mišicah in sklepih. Podatki so primerljivi s tujima raziskavama (Sveinsdóttir & Ólafsson, 2006; Chedraui, et al., 2007), kjer so uporabili isti inštrument MRS. V raziskavah, ki so jih izvedli v Ekvadorju (Chedraui, et al., 2007) in na Islandiji (Sveinsdóttir & Ólafsson, 2006), se je izkazalo, da so bili pri njih najpogostejši simptomi bolečine v mišicah in sklepih, motnje razpoloženja, spolne težave, vročinski oblivi in motnje spanja.

Brown in sodelavci (2015) so skušali raziskati psihološko stisko žensk med prehodom v menopavzo,

vendar ugotavljajo, da je zelo malo znanega o pozitivnih izkušnjah in dobrem počutju v tem obdobju. Omenjajo, da pozitivna naravnost v veliki meri vpliva na menopavzo kot odpornostni dejavnik, ki lahko ženske pripravi na izzive, ki jih prinaša obdobje srednjih let. Tudi tretjina naših anketirank je izpostavila pozitivno naravnost do tega obdobja in do sprejemanja sprememb, izzivov in negotovosti, kar kaže na pozitiven odnos do zdravja in do spoprijemanja z znaki menopavze.

Redna telesna aktivnost kot pozitivni dejavnik pri ohranjanju zdravja in preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni je bila v naši raziskavi v več kot polovici odgovorov označena s pogostostjo vsaj enkrat do dvakrat tedensko, tretjina vprašanih pa je podala pogostost telesne aktivnosti tri- in večkrat tedensko. Kljub pozitivnim učinkom telesne dejavnosti na zdravje kar dve tretjini prebivalcev Evropske unije nista dovolj telesno aktivnih (Drev, 2010). Redna telesna aktivnost glede na raziskavo, ki je bila opravljena v Španiji (Villaverde-Gutierrez, et al., 2006), statistično dokazano zmanjšuje menopavzalne simptome in izboljša kakovost življenja v pomenopavzalnem obdobju, podobno navajata tudi slovenski avtorici Marn Radoš in Ščepanović, (2014). Pri oceni življenjskega sloga smo poleg življenjskih navad ocenjevali tudi razvade. Ugotovili smo, da je tretjina sodelujočih v naši raziskavi kadilk, kar je tudi evropsko povprečje (Koprivnikar, 2010). V obsežni danski študiji ugotavljajo, da se zdrav življenjski slog pomembno povezuje s samooceno zdravja (Pisinger, et al., 2009).

Glede na to, da se v naši raziskavi kljub visoki izobraženosti anketirank večkrat ponavlja potreba po informacijah, bi predlagali, da se aktivnosti diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti družinske medicine razširijo tudi na področje svetovanja o menopavzi. Tudi tuje raziskave (Sveinsdóttir & Ólafsson 2006) ugotavljajo, da bi bilo treba okrepiti svetovalno vlogo medicinske sestre. V tem kontekstu predlagamo vključitev mednarodnega standardiziranega vprašalnika MRS za oceno težavnosti menopavzalnih simptomov v referenčni ambulanti družinske medicine, ki se je kot primeren pokazal tudi v naši raziskavi.

Glede na omejitve naše raziskave menimo, da bi bila na temo menopavze in dostopanja do ustreznih informacij potrebna dodatna usmerjena raziskava na večjem vzorcu populacije, saj zaradi premajhnega vzorca rezultatov naše raziskave ne moremo posploševati. Vzorec vključuje anketiranke z relativno visoko stopnjo dosežene formalne izobrazbe, kar bi bilo pri naslednjem vzorčenju potrebno upoštevati.

Pri nadaljnjem raziskovanju bi predlagali kombinacijo kvantitativnega in kvalitativnega raziskovanja z intervjuji, kar bi omogočilo boljše razumevanje raziskanega problema. Ugotovitev izhaja iz tega, da se je na nas obrnilo nekaj anketirank, ki so izrazile željo po pogovoru.

Zaključek

Ugotavljamo, da večina anketirank svoje zdravje ocenjuje kot dobro ali zelo dobro. Anketiranke imajo pozitiven odnos do zdravja, saj v večini za svoje zdravje dobro skrbijo in imajo zdrav življenjski slog, prav tako se zavedajo, da za svoje zdravje veliko lahko storijo same.

Anketiranke v naši raziskavi so večkrat izrazile potrebo po informacijah, izrazile so zlasti pomanjkanje informacij, pridobljenih s strani zdravstvenih delavcev. Ob zaključku anketiranja so nekatere anketiranke izrazile željo pridobiti dodatne informacije o menopavzi v obliki predavanj ali izobraževalnih delavnic, saj so nas poiskale osebno ali preko telefona. Zelo je pomembno, da je ženska na to življenjsko obdobje dobro pripravljena, pozitivno naravnana in oborožena z informacijami, ki jih lahko dobi iz prve roke prav pri zdravstvenih delavcih, ter ozaveščena, kaj lahko za ohranjanje svojega zdravja stori sama.

Predlagamo, da se v referenčni ambulanti družinske medicine s strani diplomirane medicinske sestre vpelje individualno svetovanje s področja menopavze, lahko pa tudi v obliki predavanj ali izobraževalnih delavnic, in sicer za ženske v starosti od 45 do 55 let. Ob tem predlagamo vključitev mednarodnega vprašalnika (MRS), vendar pa je pred tem potrebno zagotoviti dodatno izobraževanje za diplomirane medicinske sestre in referenčne ambulante kadrovske okrepiti.

Acknowledgement/Zahvala

The authors would like to thank the management of the Health Care Institution Revita for the approval to conduct the research. We extend our gratitude also to all the study participants./Zahvaljujemo se vodstvu Zdravstvenega zavoda Revita za dovoljenje za izvedbo raziskave, prav tako se zahvaljujemo vsem sodelujočim v raziskavi.

Conflict of interest/Nasprotje interesov

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

Funding/Financiranje

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

Ethical approval/Etika raziskovanja

The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of ethics for nurses and nurse assistants of Slovenia (2014). The research was approved by the management of Health institution Revita Ljubljana, where the research was conducted (the number of the approval UO – KS 1-1/14).

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Pridobili smo pisno dovoljenje vodstva Zdravstvenega zavoda Revita Ljubljana, kjer je bila raziskava izvedena (številka dokumenta UO – KS 1-1/14).

Literature/Literatura

Borko, E. & Žegura, B., 2006. Menopavza. In: E. Borko & I. Takač, eds. *Ginekologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, pp. 111–120.

British Menopause Society Council, 2011. Modernizing the NHS: observation and recommendations from the British Menopause Society. *Menopause International*, 17(2), pp. 41–43.

Brown, L., Bryant, C. & Judd, F.K., 2015. Positive well-being during the menopausal transition: a systematic review. *Climacteric*, 18(4), pp. 456–469.
<http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2014.989827>
PMid:25417543

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, pp. 49.

Chedraui, P., Agirre, W., Hidalgo, L. & Fayad, L., 2007. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*, 57(3), pp. 271–278.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.01.009>
PMid:17329046

Cumming, G.P., Currie, H., Morris, E., Moncur, R. & Lee A.J., 2015. The need to do better – are we still letting our patients down and at what cost? *Post Reproductive Health*, 21(2), pp. 56–62.
<http://dx.doi.org/10.1177/2053369115586122>
PMid:25966991

Cumming, G.P., Herald, J., Moncur, R., Currie, H. & Lee A.J., 2007. Women's attitudes to hormone replacement therapy, alternative therapy and sexual health: a web-based survey. *Post Reproductive Health*, 13(2), pp. 79–83.
<http://dx.doi.org/10.1258/175404507780796424>

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

Drev, A., 2010. Telesna dejavnost. In: A. Hočevar Grom, ed. *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 35–36.

Franič, D., 2008. Hormonske možnosti zdravljenja v perimenopavzi in kasneje. *Zdravniški vestnik*, 77(Suppl 3), pp. 9–15.

Heinemann, K., Ruebig, A., Potthoff, P., Schneider, H., Strelow, F., Heinemann, L. & Minh Tai, D., 2004. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 45(2). Available at:
<http://www.hqlo.com/content/2/1/45> [20. 7. 2015].

Hsieh, H.F. & Shannon S.E., 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), pp. 1277–1288.
<http://dx.doi.org/10.1177/1049732305276687>
PMid:16204405

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.

Kopčavar Guček, N. & Franič, D., 2008. Kakovost življenja, svetovanje in hormonsko nadomestno zdravljenje. *Zdravniški vestnik*, 77(Suppl 3), pp. 73–78.

Koprivnikar, H., 2010. Kajenje. In: A. Hočevar Grom, ed. *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 39–40.

Labrinoudaki, I., Ceasu, I., Depypere, H., Erel, T., Rees, M., Schenck-Gustafsson, et al., 2013. EMAS position statement: Diet and health in midlife and beyond. *Maturitas*, 74(1), pp. 99–104.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.10.019>
PMid:23200515

Lainščak, M., Fras, Z. & Zaletel Kragelj, L., 2005. Slovenija v gibanju za zdravo prehrano. *Zdravniški vestnik*, 44(1), pp. 10–17.

Mander, T., 2012. Better life better health – lifestyle and diet for a healthy future. *Post Reproductive Health*, 18(4), pp. 123–124.
<http://dx.doi.org/10.1258/mi.2012.012041>

Marn Radoš, M. & Ščepanović, D., 2014. Telesna dejavnost in zdravje žensk v pomenopavzi. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 323–331.
<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.4.35>

McCloskey, C.R., 2012. Changing focus: women's perimenopausal journey. *Health Care Women International*, 33(6), pp. 540–559.
<http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2011.610542>
PMid:22577741

Meden-Vrtovec, H., 2002. Hormonsko nadomestno zdravljenje v klimakteriju. In: H. Meden-Vrtovec, ed. *Zdravljenje s hormoni v ginekologiji in andrologiji*. Ljubljana: Klinični center, SPS Ginekološka klinika, Slovensko društvo za reproduktivno medicino, pp. 99–112.

Meden-Vrtovec, H., 2007. Ženska in moški v tretjem življenjskem obdobju. In: H. Meden-Vrtovec & D. Franič, eds. *Izbrana poglavja s področja klimakterija*. Ljubljana: Arkadija, pp. 9–11.

- Mlakar, J., 2007. Psihične spremembe v obdobju po menopavzi. In: H. Meden-Vrtovec & D. Franič, eds. *Izbrana poglavja s področja klimakterija*. Ljubljana: Arkadija, pp. 27–33.
- Pepič, J., 2012. *Zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, p. 33.
- Petkovič, T., 2007. Kakovost življenja ženske v peri- in pomenopavzi. In: H. Meden-Vrtovec & D. Franič, eds. *Izbrana poglavja s področja klimakterija*. Ljubljana: Arkadija, pp. 60–63.
- Pisinger, C., Toft, U., Aadahl, M., Glümer, C. & Jørgensen, T., 2009. The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population: the Inter99 study. *Preventive Medicine*, 49, pp. 418–423.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.08.011>
PMid:19716843
- Sergeant, J., 2015. *An exploration of women's identity during menopause: a grounded theory study: doctoral thesis*. London: University of Roehampton London. Available at:
<http://roehampton.openrepository.com/roehampton/bitstream/10142/618204/3/final+approved+thesis.pdf> [17. 11. 2016].
- Sveinsdóttir, H. & Ólafsson, R.F., 2006. Women's attitudes to hormone replacement therapy in the aftermath of the Women's Health Initiative study. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), pp. 572–584.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03862.x>
PMid:16722955
- Štern, B., 2007. Javno zdravje in javno zdravstvo. *Zdravniški vestnik*, 76(5), pp. 317–322.
- Vertot, N., 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Vigeta, S.M.G., Hachul, H., Tufik, S. & Menicucci de Olivera, E., 2012. Sleep in postmenopausal women. *Qualitative Health Research*, 22(4), pp. 466–475.
<http://dx.doi.org/10.1177/1049732311422050>
PMid:21917564
- Villaverde-Gutiérrez, C., Araújo, E., Cruz, F., Roa, J.M., Barbosa, W. & Ruíz-Villaverde, G., 2006. Quality of life of rural menopausal women in response to an exercise programme. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), pp. 11–19.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03784.x>
PMid:16553686
- 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), pp. 2191–2194. Available at:
<http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].
- Železnik, D., Brložnik, M., Buček Hajdarević, I., Dolinšek, M., Filej, B., Istenič, B., et al., 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Cite as/Citirajte kot:

Gregorin, J. & Ramšak Pajk, J., 2016. Women's experience and attitudes towards menopause and health: descriptive research. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 264–279. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.119>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

Factors associated with greater potential for alcohol misuse among the students of the Gorenjska region

Dejavniki tveganja za uživanje alkoholnih pijač pri študentih v gorenjski regiji

Sanela Pivač, Brigita Skela-Savič

Key words: drinking frequency; students; alcohol

Ključne besede: pogostost pitja; študenti; alkohol

Lecturer Sanela Pivač, MSc (Nursing), RN

Correspondence e-mail/
Kontaktirni e-naslov:
spivac@fzj.si

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

Both/Obe: Faculty of Health Care Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenia

ABSTRACT

Introduction: Excessive alcohol consumption can stem from different biological, social, environmental, or psychological factors (e.g. peer influence, desire to be accepted within a social group, family history with alcohol addiction, availability of alcohol beverages, poor academic performance, low self-image, etc.). The aim of study was to determine the risk factors associated with alcohol consumption among the undergraduate students in the Gorenjska region.

Methods: A quantitative non-experimental method of research was employed. The data were collected through a structured questionnaire. The purposive sample consisted of 328 first-year undergraduate students in the Gorenjska region. The research was conducted in May, October and November 2012. The data obtained were analysed using the descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

Results: The greatest influence on drinking frequency for better sociability and relaxation has the average educational attainment in the last year of secondary education ($\beta = 0.168, p = 0.002$). The following factors were identified to have a statistically significant impact on the frequency of alcohol consumption during leisure time: friendship ($\beta = 0.131, p = 0.029$), frequent socializing with friends ($\beta = 0.127, p = 0.035$), support of the family when in distress ($\beta = -0.183, p = 0.001$) and the average academic achievement in the last year of secondary education ($\beta = 0.098, p = 0.043$).

Discussion and conclusion: The risk factors associated with alcohol consumption among the students in the Gorenjska region are mainly social (lack of family support, peer pressure) and personal (low self-image, poor academic achievement and leisure time). Characteristics of the study participants in relation to alcohol consumption do not differ from the rest of the younger population.

IZVLEČEK

Uvod: Pogosti dejavniki tveganja za pitje alkoholnih pijač so želja po sprejetosti s strani vrstnikov, prisotnost alkohola v družini, dostopnost alkohola, slabši študijski uspeh in nižja samopodoba študenta. Namen raziskave je bil ugotoviti dejavnike tveganja, ki so povezani z uživanjem alkoholnih pijač študentov na višje- in visokošolskih zavodih v gorenjski regiji.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda raziskovanja. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika na namenskem vzorcu 328 študentov prvih letnikov višje- in visokošolskih zavodov na področju gorenjske regije, v obdobju maj ter oktober in november 2012. Uporabljena je bila opisna statistika in linearna multipla regresijska analiza.

Rezultati: Največji vpliv na pogostost pitja zaradi komunikativnosti in sproščenosti ima povprečni učni uspeh v zadnjem letu srednješolskega izobraževanja ($\beta = 0,168, p = 0,002$). Statistično pomemben vpliv pogostosti pitja alkoholnih pijač v prostem času predstavljajo prijateljstvo ($\beta = 0,131, p = 0,029$), pogosto druženje s prijatelji ($\beta = 0,127, p = 0,035$), opora družine v primeru težav ($\beta = -0,183, p = 0,001$) in povprečni učni uspeh v zadnjem letu srednješolskega izobraževanja ($\beta = 0,098, p = 0,043$).

Diskusija in zaključek: Dejavniki tveganja, ki so povezani z uživanjem alkoholnih pijač študentov gorenjske regije so socialni (opora družine), vrstniški (vpliv vrstnikov) in individualni (nizka samopodoba, slabši učni uspeh in preživljanje prostega časa). Značilnosti anketiranih študentov gorenjske regije v odnosu do uživanja alkoholnih pijač ne odstopajo od ostalih vrstnikov.

The article is based on the Master thesis of Sanela Pivač *Attitudes of students attending junior colleges and higher education institutions in the Gorenjska region towards alcohol consumption and abuse* (2013). Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Sanele Pivač *Odnos študentov do alkohola in alkoholne problematike na višje- in visokošolskih zavodih v gorenjski regiji* (2013).

Prejeto/Received: 22. 7. 2016
Sprejeto/Accepted: 7. 11. 2016

Introduction

Alcohol is the oldest and most widely consumed of all legal recreational drugs during study years (Baker & Boland, 2011). According to the Ministry of Health (2008), alcohol consumption is the world's sixth largest risk factor for untimely morbidity and mortality worldwide, while in Europe it ranks the third, or the first among youth. Alcohol consumption of the young is a major public health concern (Rassool, 2007). Alcohol is the most commonly misused substance associated with different types of diseases and conditions. The trend of alcohol use among the young, and especially episodes of heavy drinking (binging), is still increasing (Hovnik Keršmanc, 2010). The problem of heavy episodic drinking is common also in other countries. The research conducted among the American students shows that bingeing may result in poorer academic achievement and lower self-image (Kazemi, et al., 2011).

According to the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2011 (Hibell, et al., 2011), 93 % of the respondents reported using alcohol. Boys drink more frequently and in larger quantities than girls (Stergar, 2011). These results are in line with the findings of the study conducted among the first and the fourth-year students of the University of Maribor (Kolšek & Klemenc Ketiš, 2015). Alcohol drinking is a perennial problem in the Gorenjska region, widespread among younger as well as older generation. It is disturbing to note that the youngsters attribute to alcohol more positive than negative effects. The greatest positive effect cited was satisfaction and pleasure (Hovnik Keršmanc, 2011).

There are several factors which induce the youngsters to consume alcoholic beverages. These factors include their desire to be accepted by their social group, the environment, alcohol availability, exposure to alcohol advertisements, and a lot of leisure time. The consequences of problematic drinking perpetrated by college age students are varied, serious, damaging, and far reaching, including the adverse effects on their well-being, also a 'hangover', their educational performance, bodily injuries and involvement in fatal car accidents (Snyder, 2006). Several studies indicate that the increasingly stressful environment has led to the increased misuse of alcohol, tobacco and other illegal drugs among the young in the past decades (Varela & Picakrd, 2011). The peers as well as the adults may have an impact on the risk-taking behaviour of the youngsters (Etcheverry & Agnew, 2008; Kenna & Lewis, 2008). Peers act as an influential model and therefore the students are more likely to consume alcohol when accompanied by drinkers than non-drinkers (Cicognani & Zani, 2011). Seeing one's peers drinking alcohol induces the students to start drinking, which consequently leads to the increased consumption of alcohol (Champion, et al., 2015). The

most common risk factor for alcohol drinking and bingeing are poor family income, ineffective parenting, general social context, poor educational performance, association with deviant peers, early engagement in risk behaviours and drug misuse as well as physiological and genetic factors (Maggs & Schulenberg, 2006). It was established that higher levels of binge drinking of younger adults are associated with early onset of drinking and higher levels of anxiety and depression (McNamara, et al., 2010).

Aims and objectives

The purpose of the study was to explore the prevalence of alcohol abuse among the undergraduate students in the Gorenjska region. The study aimed to establish the drinking patterns of the students and to identify the major risk factors associated with the excessive indulgence in drinking alcoholic beverages.

The following hypothesis was formulated and tested:

H1: Student alcohol consumption is related to the following risk factors: stress, lack of social support, social interaction and group acceptance, and the academic achievement in secondary education.

Methods

The study is based on a quantitative non-experimental research method. The data were collected by using a survey with a structured questionnaire as a research instrument.

Description of the research instrument

The structured questionnaire was composed of seven sections including different number and types of questions: multiple-choice questions, control list and a 5-point Likert scale with fixed choice response formats to measure the attitudes or opinions statements. Each of the five responses was attributed a numerical value used to measure the attitude under investigation (1-Strongly Disagree, 2-Disagree, 3-Undecided, 4-Agree, 5-Strongly Agree). The questionnaire design was based on the literature review of the sources related to alcohol consumption (Watson, et al., 2006; Zalta, et al., 2008; Tremblay, et al., 2010). The reliability of the questionnaire was tested with the analysis of internal consistency.

The testing of the questionnaire reliability used on the given research sample yielded the following results:

- Cronbach's alpha for 10 statements referring to personal characteristics and social relationships was 0.82;
- Cronbach's alpha for 8 statements referring to the adverse effects of alcohol drinking was 0.81.

The validity of the research instrument was

explained by the factor analysis of variables. Adequate explanation of variance was achieved. The factors obtained were used in further statistical analysis, as presented in the Results section. Principal components analysis was used to identify a smaller number of uncorrelated variables (the principal components) from a large set of data. A better structure of factor loading was obtained by factor rotation. The principal components analysis yielded three components which could explain 71.6 % of total variance (KMO = 0.932 and Barlett $p < 0.001$). The factor 'frequency of drinking alcohol for better sociability and relaxation', which includes three statements, explains 47.66 % of variance; the factor 'frequency of drinking during leisure time', which includes three statements, explains 13.41 % of variance; the factor 'drinking alcohol to alleviate stress and problems', which includes four statements, explains 10.60 % of variance. In further statistical analysis all three factors were considered.

Description of the research sample

The research sample consisted of undergraduate students in Gorenjska region. In this region, there are 3 colleges and 7 higher professional education institutions. The list does not include the institutions (3) where only part-time studies are available. The sample was reduced to the students of two colleges and two higher professional education institutions as the remaining ones did not give their consent to be included in the study or missed the deadline for participation. The purposive sample consisted of the following institutions: Intercompany education and training centre Kranj, Vocational college; Škofja

Table 1: *The number of the first-year students enrolled in the academic years 2011/12 and 2012/13 and the number of students from higher education institutions in the Gorenjska region who participated in the study*
Tabela 1: *Število študentov, vpisanih v prvi letnik v študijskem letu 2011/12 oz. 2012/13, in število v raziskavo vključenih študentov po gorenjskih višje- in visokošolskih zavodih*

<i>Higher education institution (academic year of enrolment)</i>	<i>n₁</i>	<i>n₂</i>	<i>%</i>
Intercompany education and training centre Kranj, Vocational college (2012/13)	91	35	38.5
Škofja Loka School Centre (2012/13)	89	67	75.3
Faculty of Health Care Jesenice (2011/12; 2012/13)	190	131	68.9
Faculty of Organisational Sciences Kranj (2012/13)	297	95	32
Total	667	328	49.2

Legend/Legenda: n₁ – the number of enrolled students/število vpisanih študentov; n₂ – the number of students who participated in the study/število študentov, ki so sodelovali v raziskavi; % – percentage/odstotek

Loka School Centre; Faculty of Health Care Jesenice; Faculty of Organisational Sciences Kranj. The research conducted at the Faculty of Health Care Jesenice included two generations of full-time first-year students enrolled in the academic years 2011/12 and 2012/13, while in other institutions only the full-time first-year students enrolled in the academic year 2012/13 participated in the study. The sample included the total of 328 students, which represents 49.2 % realisation of the sample (Table 1).

The participants' age ranged from 18 to 20 years (64.6 %), only 4.3% of the students were aged over 24 years. The sample consisted of 147 (44.8 %) males and 181 (55.2 %) females. The academic attainment of the majority of the participants in the last year of their secondary education was satisfactory, and only 3.4 % of the participants completed their education with excellent grades.

Description of the research procedure and data analysis

The study was conducted in May, October and November, 2012. All higher education institutions were invited to provide their informed consent before taking part in the study. The potential research participants were prospectively informed of the purpose and time of the research. After the consent for participation was obtained, the survey was conducted according to the protocol agreed upon by the coordinators of the research in individual institutions. The participants were asked to complete the survey according to instructions. The participation was voluntary, anonymity and confidentiality of the participants was ensured. The data collected were processed by using the SPSS computer programme version 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA), the descriptive statistics and multiple linear regression analysis. The variables were defined on the basis of factor analysis. Linear multiple regression analysis was used to interpret the students' attitudes towards alcohol drinking. The differences with p -value of 5 % or lower were considered to be statistically significant.

Results

Table 2 shows that the majority of respondents (61.3 %) consumed their first alcoholic drink at the age of 15 to 18 years, and most of the remaining respondents (36 %) at the age of 10 to 14 years. Most of the respondents (34.5 %) consume up to 3-4 drinks per occasion and 18.3 % of the respondents consume seven or more drinks per occasion. The majority of the respondents (28.4 %) drink alcohol only on special occasions, i.e. a few times per year and 4.9 % of the respondents drink 3-6 times per week.

The aim of the study was to determine whether the students' alcohol drinking is related to the factors,

Table 2: *Characteristics of the students in relation to alcohol consumption*Tabela 2: *Značilnosti anketiranih študentov v zvezi z alkoholom*

<i>Statements/Trditve</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Favourite drinks		
Spirits	101	30.8
Beer	90	27.4
Wine	81	24.7
Alkopop – bottled flavoured alcoholic beverages with relatively low alcohol content (cca. 5% alcohol by volume)	53	17.1
Total	325	100
Age at first alcohol drinking		
Never	1	0.3
Between 10 to 14 years of age	118	36.0
Between 15 to 18 years of age	201	61.3
Between 19 to 22 years of age	8	2.4
Total	328	100
The average quantity of alcohol consumed per occasion		
I do not drink alcohol	14	4.3
1–2 drinks	84	25.6
3–4 drinks	113	34.5
5–6 drinks	55	17.3
7 drinks and more	60	18.3
Total	326	100
Frequency of drinking alcohol in the previous year		
Never	11	3.4
A few times per year, on special occasions	93	28.4
1 time per month	59	18.0
2–3 times per month	82	25.0
1–2 times per week	64	19.5
3–6 times per week	16	4.9
Every day	3	0.9
Total	328	100

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

Table 3: *Results of regression analysis of frequency of alcohol consumption for better sociability and relaxation*Tabela 3: *Rezultati regresijske analize pogostosti pitja zaradi komunikativnosti in sproščenosti*

<i>Frequency of drinking for better sociability and relaxation/ Pogostost pitja zaradi komunikativnosti in sproščenosti</i>	<i>Characteristics/ Značilnosti</i>	<i>b</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Constant	0.213	/	0.530	0.596
	I have a positive self-image.	-0.141	-0.126	-2.330	0.020
	What were your average point grades in the last year of secondary education?	0.238	0.168	3.130	0.002
R = 0.308 R ² = 0.095 pril. R ² = 0.081	How often do you exercise (at least 30 minutes a day)?	-0.071	-0.093	-2.013	0.045
	How often do you watch TV in your leisure time?	0.140	0.118	2.202	0.028
	How often do you meet and socialize with friends in your leisure time (have a cup of coffee, go to a party)?	-0.196	-0.139	-2.572	0.011

Legend/Legenda: *b* – regression coefficient/regresijski koeficient; *β* – standardized regression coefficient/standardizirani regresijski koeficient; *R* – the correlation coefficient/korelacijski koeficient; *R*² – the average of all total achievements/povprečje vseh skupnih dosežkov; pril. *R*² – the explanatory proportion of variability/delež pojasnjevalne variabilnosti; *t* – coefficient value/vrednost koeficienta; *p* – statistical significance/statistična značilnost

such as lack of family support, low self-image, greater peer acceptance, and poor academic attainment in the secondary education. Results of the study revealed the following average values of the students' family

support ($\bar{x} = 4.3$, $s = 0.8$), and self-image ($\bar{x} = 3.8$, $s = 0.8$), using a 5-point Likert's scale.

Regression analysis was used to investigate the relationships between interrelated variables. Three

Table 4: Results of regression analysis of frequency of alcohol consumption in the respondents' leisure time
 Tabela 4: Rezultati regresijske analize pogostosti pitja v prostem času

<i>Frequency of drinking in the respondents' leisure time/ Pogostost pitja v prostem času</i>	<i>Characteristics/ Značilnosti</i>	<i>b</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Constant	-0.384	/	-0.799	0.425
	I have a positive self-image.	0.104	0.093	1.676	0.045
	I have many friends.	0.146	0.131	2.198	0.029
	I often socialise with my friends.	0.148	0.127	2.123	0.035
	My family supports me when I am in distress.	-0.207	-0.183	-3.456	0.001
	When in trouble I seek help from my teachers.	-0.201	-0.195	-3.873	0.000
	Average grades in the last year of secondary education	0.138	0.098	1.944	0.043
	How often do you spend your leisure time in nature?	0.117	0.098	1.933	0.044
	How often do you spend your leisure time with your friends? (have a cup of coffee or go to a party)?	-0.315	-0.224	-4.160	0.000

R = 0.463
 R² = 0.214
 pril. R² = 0.194

Legend/Legenda: *b* – regression coefficient/regresijski koeficient; *β* – standardized regression coefficient/standardizirani regresijski koeficient; *R* – correlation coefficient/korelacijski koeficient; *R*² – the average of all total achievements/povprečje vseh skupnih dosežkov; pril. *R*² – explanatory proportion of variability/delež pojasnjevalne variabilnosti; *t* – coefficient value/vrednost koeficienta; *p* – statistical significance/statistična značilnost

regression models were developed with dependent and independent variables obtained by factor analysis: frequency of alcohol consumption for better sociability and relaxation, drinking in the respondents' leisure time, and drinking because of stress and other problems. The following average values of the factors were obtained: 3.5 (*s* = 1.1) for 'frequency of alcohol consumption for better sociability and relaxation', 3.2 (*s* = 0.9) for 'drinking in the respondents' leisure time, and 2.2 (*s* = 0.8) for 'drinking because of stress and other problems'.

As shown in Table 3, the following factors have a statistically significant impact on drinking frequency for better sociability and communication: positive self-image ($\beta = -0.126$, $p = 0.020$), average point grades in the last year of secondary education ($\beta = 0.168$, $p = 0.002$), frequency of physical exercises (at least 30 min. per day) ($\beta = -0.093$, $p = 0.045$), watching TV in leisure time ($\beta = 0.118$, $p = 0.028$) and socialising with friends in leisure time ($\beta = -0.139$, $p = 0.011$). These factors explain 8.1 % of the total variability of the frequency of drinking because of better sociability and

Table 5: Results of regression analysis of the consequences of drinking due to stress and other problems
 Tabela 5: Rezultati regresijske analize pitja kot posledice blaženja stresa in težav

<i>Drinking as a result of stress and problems/Pitje kot posledica blaženja stresa in težav</i>	<i>Characteristics/Značilnosti</i>	<i>b</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Constant	-0.255	/	-0.484	0.629
	I often socialise with my friends.	0.131	0.113	1.958	0.051
	My family supports me when I am in distress.	-0.186	-0.165	-3.032	0.003
	Average grades in the last year of secondary education	0.263	0.186	3.520	0.000
	How often do you visit shopping centres?	-0.172	-0.115	-2.138	0.033
	How often do you spend your leisure time with your friends? (have a cup of coffee or go to a party)?	-0.184	-0.131	-2.295	0.022

Legend/Legenda: *b* – regression coefficient/regresijski koeficient; *β* – standardized regression coefficient/standardizirani regresijski koeficient; *R* – correlation coefficient/korelacijski koeficient; *R*² – the average of all total achievements/povprečje vseh skupnih dosežkov; pril. *R*² – the explanatory proportion of variability/delež pojasnjevalne variabilnosti; *t* – coefficient value/vrednost koeficienta; *p* – statistical significance/statistična značilnost

communication. The average point grades in the last year of secondary education was the factor influencing drinking frequency to the largest extent ($\beta = 0.168$).

The regression analysis shows a statistically significant impact of individual variables studied on the frequency of alcohol drinking in one's leisure time (Table 4). The variables referred to the positive self-image ($\beta = 0.093$, $p = 0.045$), friendship ($\beta = 0.131$, $p = 0.029$), frequency of meeting friends and socialising ($\beta = 0.127$, $p = 0.035$), family support when in distress ($\beta = -0.183$, $p = 0.001$), teachers' support when in distress ($\beta = -0.195$, $p = 0.000$), average grades in the last year of secondary education ($\beta = 0.098$, $p = 0.043$), spending leisure time in nature ($\beta = 0.098$, $p = 0.044$) and spending leisure time with friends ($\beta = -0.224$, $p = 0.000$). These factors explain 19.4 % of the total variability of the frequency of drinking during holidays and weekends.

As shown in Table 5, the frequency of drinking due to the stress and other problems is associated with family support ($\beta = -0.165$, $p = 0.003$), average grades in the last year of secondary education ($\beta = 0.186$, $p = 0.000$), spending leisure time in large shopping centres ($\beta = -0.115$, $p = 0.033$), socialising with friends ($\beta = -0.131$, $p = 0.022$). These factors explain 12 % of the total variability of the frequency of drinking as a mode of alleviating stress and coping with problems during examination period and weekdays.

Discussion

The purpose of the study was to explore the relationships between the students' attitudes, their sociodemographic characteristics and risk factors in relation to alcohol consumption. The study results indicate that alcohol use and misuse is fairly common among the studied population. Only 4.3 % of the respondents never drink alcohol. Generally, alcohol consumption is high, which can result in various alcohol-related conditions.

The age of onset for alcohol drinking in a large proportion of the respondents was 10–14 years, in which respect they do not differ from the rest of the population. The average age of alcohol initiation in Slovenia is 13 years (Inštitut za varovanje zdravja, 2010). Other studies have also established a high percentage of heavy and risky drinking among the students of the University of Ljubljana (Biščak, et al., 2014).

The most popular alcoholic drinks among the respondents are spirits and beer. According to the 2011 ESPAD Report, beer is the dominant beverage among boys in a large majority of the countries studied. Spirits is the most important beverage among girls in just over half of the countries. On average, these two beverages account for about 70 % of the students' total consumption (Hibell, et al., 2011). The increased average quantity and frequency of drinking has been reported in all European countries, and in Slovenia, an

increase in binge drinking, or heavy episodic drinking, has been noted. The results of various studies show that the reasons to indulge in drinking include: having fun, feeling relaxed, feeling more friendly and outgoing, greater self-esteem and better self-image, feeling happy, acceptance by older peers, identification with one's role models (Jeriček Klanšček, et al., 2007).

It is apparent from this study that the factors associated with consumption of larger quantities of alcohol include drinking for better sociability and relaxation, poor average grades, negative self-image and more frequent socialising with friends. The students in Great Britain report that they drink alcohol to feel good and for relaxation purposes (Watson, et al., 2006). It is typical of today's youth to relax and have fun under the influence of alcohol. They may be shy, uncomfortable and withdrawn, but under the influence of alcohol they open up, relax and like to brag about their achievements. Getting drunk in a company makes young people do things they would never do when sober (Ramovš & Ramovš, 2007). According to Hibell and colleagues (2011), the students drink alcohol in order to have fun and forget their problems.

The findings of the present research indicate that the students who suffer from negative self-image tend to use alcohol more frequently. A young person's self-image is affected by many factors, such as parental influence, friends, the media etc. Self-image is an important factor, determining the quality of life, social relations and individual's abilities. It was also established that poor academic achievement, lack of family support and frequent socialising with friends may have a significant impact on alcohol consumption. There are, however, other risk factors which were not considered in the study. Alcoholic beverages are easily available, socially acceptable and often available in home environment (Anderson & Baumberg, 2006). Slovenia is culturally similar to other wine countries where the production and consumption of home-produced alcoholic beverages is common. It is therefore not surprising that many young people have their first drink at home (Bajt & Zorko, 2006). Prohibition is only one of the measures used to restrict the availability of alcohol. Along with prohibition, there are other prevention strategies. Young people should be encouraged to follow the alcohol prevention programmes and be informed about the consequences of alcohol drinking by raising their awareness of its possible detrimental effects through social networks and health promotion workshops. Numerous educational programmes have been developed by student and non-governmental organisations which are dedicated to the prevention of harmful alcohol use and alcohol dependence among the younger population. The two most known and successful programmes in Slovenia are 'Sporočilo v steklenici' 'A message in the bottle' and 'Z glavo na zabavo' 'Use your head when going to a party'. Makivič and colleagues (2013) maintain that the enforcement of

restricted access would be an effective policy to avoid alcohol-related diseases and deaths. Slovenia has already adopted some effective measures to reduce the frequency and quantity of alcohol consumption, including higher taxation of alcoholic beverages, limited access to public drinking places and the control of alcohol use in student campuses.

The current study also identified a negative correlation between alcohol drinking and lack of family support when coping with stress and anxiety. The students drink more if they are not supported by their family, which has the central and enduring influence on children's overall growth and development. An unambiguous positive relationship has been established between favourable family environment, including high levels of parental awareness and communication, and a lowered probability of risky alcohol use. According to Osler and colleagues (2006), and Choo and Shek (2013), the quality of child-parent relationship, the level of family conflict, parents' drinking patterns and family structure have a strong impact on the frequency of adolescents' drinking and drunkenness. Adolescents experiencing high family conflict more frequently indulge in drinking than those experiencing low family conflict.

Findings of the current research indicate that the frequency of alcohol drinking and harmful use of alcohol among the respondents also has a negative impact on their educational attainments. Zalta and colleagues (2008) reported that the frequency of alcohol drinking and bingeing decreases with better academic performance. There is growing evidence that poor school performance is associated also with the abuse of other legal and illegal substances. Can and colleagues (2008) argue that satisfactory academic performance may serve as a natural protective factor against risky alcohol-related behaviour.

As a significant correlation was noted between adolescents' alcohol consumption and the adolescents' academic achievement, new policies and strategies to reduce alcohol-related harm should be developed and implemented. According to the draft of the Council conclusions of 1 December 2009 on alcohol and health, all member states should consider further steps to protect children, adolescents and young people from alcohol-related harm, in particular to reduce underage drinking, binge drinking, exposure to alcohol marketing and harm to children growing up in families with alcohol problems. Based on the established data, Akmatov and colleagues (2011) concluded that heavy drinking and problem drinking are common among university students. They suggest that intervention programs should be designed for students at a particularly high risk. Similar results and conclusions were reached in the study conducted among the first-year full-time students of the University of Ljubljana (Biščak, et al., 2011). It is of utmost importance to develop and implement programmes targeting to the reduction of alcohol consumption.

Alcohol may help individuals to relax and adds to their sociability or social intercourse, it temporarily enhances alleviation of stress and acceptance by peers. On the other hand, the consequences of problematic drinking may be serious, damaging and far-reaching. Heavy drinking may lead to the loss of social identity, entailing negative psychological, mental, physical as well as financial consequences. The education institutions can play a crucial role in the protection of young people from short and long-term effects of alcohol and modify their problematic drinking behaviours. They may incorporate contents related to substance abuse into the curricula and initiate the website addressing this issue. The education institutions should assume the responsibility to promote healthy lifestyle and deepen the students' knowledge and awareness of harmful and hazardous use of alcohol and other legal and illegal substances. Similar suggestions were put forward by Durkin (2008), who emphasises the importance of knowledge of alcohol policy and alcohol-related health risks.

The established association between leisure time and alcohol drinking suggests the need for organisation of various group sports activities, which should be available and accessible to all young people. Local communities could develop programmes by which adolescents and young adults may actively participate in challenging, fulfilling and health promoting activities.

A considerable amount of literature has been published in Slovenia and worldwide on various aspects of alcohol consumption, pinpointing the adverse effects of alcohol on health, and the relevance of prevention. The results of the present study along with the proposed preventive measures may nonetheless prove valuable in designing effective interventions related to alcohol consumption in Slovenia. However, with a small size of the random sample (four institutions, full-time students), caution must be applied, as the findings might not be transferable to all undergraduate students of Gorenjska region. As regression models have a small explanatory power, the list of possible reasons for alcohol consumption is not conclusive. The reasons identified in the study include cultural acceptance and expectance of alcohol drinking, availability of alcohol, drinking volume, the commercial communication of alcohol products, and everyday stress.

Contrary to our expectations, the response rate of the potential participants was low. We were surprised by the lack of interest, declination to participate, and the delayed response to our invitation.

Conclusion

Several risk factors related to student alcohol drinking have been identified. The factors which were most commonly reported by the respondents are social (family support and peer pressure and influence) and individual (poor self-image, poor academic performance, spending

leisure time). On the other hand, good interpersonal relations (family, peers, school), environmental factors (healthy environment, healthy lifestyle) may reduce drinking frequency, drinking volume and alcohol-related harm. Public health policy makers, the cultural shift, and health promotion programmes and activities may help reduce the disturbing student alcohol consumption. The development and implementation of appropriate preventive programmes should address the prevention of alcohol-related harm in children and young people. These programmes should also help to develop the adolescents' general social skills. They may contribute to the improvement of self-esteem, and change the adolescent's drinking beliefs, attitudes and drinking behaviours that are assumed to underlie the adolescent drinking. Future research is needed to further substantiate these findings and to identify the effective and targeted measures for the reduction of alcohol misuse. Future research should include the students of various other fields in order to determine the risk factors associated with the students' alcohol-related health literacy.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Uvod

Alkohol je najbolj pogosto uporabljena dovoljena droga v študentskih letih (Baker & Boland, 2011). Po podatkih Ministrstva za zdravje (2008) alkohol v svetu predstavlja šesti najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost in obolevnost, v Evropi pa celo tretjega oziroma prvega med mladimi. Uživanje alkohola predstavlja velik zdravstveni problem mladih (Rassool, 2007). Med mladimi je alkohol najbolj razširjena droga, pri čemer poseganje po njem tudi narašča, še zlasti t. i. opijanje (Hovnik Keršmanc, 2010). Problem opijanja je razširjen tudi v drugih državah. Raziskave med študenti v Združenih državah Amerike kažejo, da opijanje povzroča negativne posledice, ki se kažejo v slabšem učnem uspehu in nižjem samospoštovanju (Kazemi, et al., 2011).

Po podatkih Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino ESPAD 2011 (Hibell, et al., 2011) ima v Sloveniji izkušnje s pitjem alkoholnih pijač kar 93 % respondentov. Alkoholne pijače bolj pogosto uživajo fantje kot dekleta (Stergar, 2011). Enako je tudi raziskava med študenti prvih in četrtih letnikov Univerze v Mariboru podala ugotovitev, da bolj pogosto pijejo moški kot ženske (Kolšek & Klemenc Ketiš, 2015). Alkoholna problematika je prisotna tudi v gorenjski regiji, saj je pitje alkohola razširjeno tako med mladimi kot tudi med odraslimi. Zaskrbljujoče je, da mladi alkoholu pripisujejo bolj pozitivne kot negativne učinke in kot najbolj pozitiven učinek navajajo zabavo (Hovnik Keršmanc, 2011).

Obstaja veliko dejavnikov, ki so vzrok uživanja alkoholnih pijač mladih. Le-ti so predvsem želja po

sprejetosti s strani vrstnikov, zunanje okolje, dostopnost alkohola, zapeljivi oglasi, veliko prostega časa. Negativne posledice uživanja alkoholnih pijač vplivajo na počutje študentov, povzročajo »mačka«, zmanjšujejo uspešnost v izobraževalnem procesu, privedejo do posledic, ki bi jih kasneje obžalovali, do več poškodb, prometnih nesreč in smrti (Snyder, 2006).

Številne raziskave kažejo, da je stres v zadnjih desetletjih med mladimi zelo povečan, zato je tudi raba alkohola, tobaka in tudi nedovoljenih drog med mladimi zelo razširjena (Varela & Picakrd, 2011). Na tvegano življenje mladih vplivajo tako vrstniki kot tudi odrasli (Etcheverry & Agnew, 2008; Kenna & Lewis, 2008). Mladim so njihovi vrstniki vzor, zato obstaja tudi večja verjetnost, da bodo posegali po alkoholu, če se družijo z vrstniki, ki pijejo alkoholne pijače bolj pogosto, kot če se družijo z vrstniki, ki ne uživajo alkohola (Cicognani & Zani, 2011). Opazovanje sovrstnikov, ki uživajo alkohol, spodbuja študente k pitju alkohola, kar posledično vodi do povečane rabe alkohola (Champion, et al., 2015).

Najbolj pogosti dejavniki tveganja za pitje in opijanje mladih so slabše družinske razmere, splošni družbeni kontekst, študijska neuspešnost, odnosi z vrstniki, zgodnji nastop problematičnega vedenja in uporabe drog ter fiziološki in genetski dejavniki (Maggs & Schulenberg, 2006). Na popivanje mladih vplivata tudi prisotnost anksioznosti in depresije (McNamara, et al., 2010).

Namen in cilji

Namen izvedene raziskave je bil analizirati stanje na področju zlorabe alkohola med študenti višje- in visokošolskih zavodov v gorenjski regiji. Z raziskavo smo želeli dobiti vpogled v pivske navade študentov na višje- in visokošolskih zavodih v gorenjski regiji ter identificirati dejavnike, ki so povezani z uživanjem alkoholnih pijač študentov.

Postavili smo si naslednjo hipotezo:

H1: Uživanje alkohola pri študentih je povezano z dejavniki, kot so stres, pomanjkanje socialne podpore, občutek boljše sprejetosti v družbi in srednješolski učni uspeh.

Metode

Raziskava temelji na kvantitativni neeksperimentalni raziskovalni metodi, podatke smo zbirali s tehniko anketiranja, kot instrument smo uporabili strukturirani vprašalnik.

Opis instrumenta

Strukturirani vprašalnik je vseboval sedem sklopov z različnim številom vprašanj: vprašanja s ponujenimi odgovori, kontrolni seznam in trditve v obliki Likertove lestvice stališč. Posamezne vrednosti te lestvice so bile definirane z oceno od 1 do 5, kjer je 1 pomenila, da

se z navedeno trditvijo sploh ne strinjajo, 2 – se ne strinjajo, 3 – niti se ne strinjajo/niti se strinjajo, 4 – se strinjajo, in 5 – se zelo strinjajo. Vprašalnik je bil oblikovan na osnovi pregleda literature različnih avtorjev na področju alkoholne problematike (Watson, et al., 2006; Zalta, et al., 2008; Tremblay, et al., 2010). Zanesljivost vprašalnika smo preverjali z metodo analize notranje konsistentnosti.

Rezultati o zanesljivosti vprašalnika na vzorcu vključenih v raziskavo so bili naslednji:

- Cronbachov koeficient alfa za 10 trditve, ki se nanašajo na osebne značilnosti in socialne odnose, je znašal 0,82;
- Cronbachov koeficient alfa za 8 trditve, ki se nanašajo na posledice uživanja alkohola, je znašal 0,81.

Veljavnost instrumenta smo pojasnili tudi s pomočjo faktorjske analize po spremenljivkah. Dosegli smo primerno pojasnitev variance in dobljene faktorje uporabili v nadaljnji statistični analizi, kar prikazujemo v rezultatih. Da bi zmanjšali število spremenljivk, smo z metodo glavnih komponent (Principal Component Analysis) analizirali njihovo medsebojno soodvisnost, bolj jasno strukturo faktorjskih uteži pa smo dobili z rotacijo faktorjev. Z analizo glavnih komponent smo tako dobili tri komponente, s katerimi skupno pojasnimo 71,6 % celotne variabilnosti (KMO = 0,932 in Barlett $p < 0,001$). S faktorjem »pogostost pitja zaradi komunikativnosti in sproščenosti«, v katerega so se uvrstile tri trditve, pojasnimo 47,66 % variance; s faktorjem »pogostost pitja v prostem času«, v katerega so se uvrstile tri trditve, pojasnimo 13,41 % variance in s faktorjem »pitje kot posledica blaženja stresa in težav«, v katerega so se uvrstile štiri trditve, pojasnimo 10,60 % variance. V nadaljnji statistični obdelavi smo uporabili vse tri faktorje.

Opis vzorca

V raziskavo smo vključili študente višje- in visokošolskih zavodov na področju gorenjske regije. V gorenjski regiji so 3 visoko- in 7 višješolskih zavodov. Iz seznama višje- in visokošolskih zavodov smo izločili zavode, ki izvajajo le izredni študij. Tako smo pridobili 5 višje- in 3 visokošolske zavode. Vključili smo 2 višje- in 2 visokošolska zavoda, saj od vseh višje- in visokošolskih zavodov nismo pridobili soglasja za izvedbo raziskave, nekateri pa so bili kljub podanemu soglasju neodzivni oziroma so prepozno oddali termin za izvedbo raziskave. Sodelovali so naslednji (višje- in visokošolski) zavodi: Ekonomsko-storitveni izobraževalni center Kranj, Višja strokovna šola; Šolski center Škofja Loka; Fakulteta za zdravstvo Jesenice (FZJ); Fakulteta za organizacijske vede Kranj. Vzorec je bil namenski. V raziskavo FZJ smo vključili dve generaciji rednih študentov prvega letnika, vpisanih v študijskem letu 2011/12 in 2012/13, pri ostalih v raziskavo vključenih izobraževalnih zavodih pa smo zajeli redne študente prvih letnikov, vpisane

Tabela 1: Število študentov, vpisanih v prvi letnik v študijskem letu 2011/12 oz. 2012/13, in število v raziskavo vključenih študentov po gorenjskih višje- in visokošolskih zavodih

Table 1: The number of the first-year students enrolled in the academic years 2011/12 and 2012/13 and the number of students from higher education institutions in the Gorenjska region who participated in the study

Višje- oz. visokošolski zavod (študijsko leto vpisa)/ Higher education institution (academic year enrollment)	n_1	n_2	%
Ekonomsko-storitveni izobraževalni center Kranj, Višja strokovna šola (2012/13)	91	35	38,5
Šolski center Škofja Loka (2012/13)	89	67	75,3
Fakulteta za zdravstvo Jesenice (2011/12; 2012/13)	190	131	68,9
Fakulteta za organizacijske vede Kranj (2012/13)	297	95	32
Skupaj	667	328	49,2

Legenda/Legend: n_1 – število vpisanih študentov/number of enrolled students; n_2 – število študentov, ki so sodelovali v raziskavi/the number of students who participated in the survey; % – odstotek/percentage

v študijskem letu 2012/13. V raziskavi je sodelovalo 328 študentov, kar predstavlja 49,2% realizacijo vzorca (Tabela 1).

Med anketiranimi študenti jih je bilo 64,6 % starih med 18 in 20 let, le 4,3 % študentov je bilo starih 24 let ali več. Med anketiranci je bilo 147 moških (44, 8%) in 181 žensk (55,2 %). Največji delež anketiranih študentov je v zadnjem letniku srednješolskega izobraževanja imelo dober uspeh (47,6 %), le 3,4 % anketiranih je imelo odličen uspeh.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala maja 2012 in od oktobra do novembra 2012. Vsem sodelujočim višje- in visokošolskim zavodom v gorenjski regiji smo poslali pismo s prošnjo za soglasje glede izvedbe raziskave in s pojasnili namena, poteka in časa anketiranja. Ko smo soglasja pridobili, smo v dogovoru s koordinatorjem raziskave v posameznih zavodih izvedli anketiranje. Anketirancem smo razložili postopek anketiranja ter počakali, da so izpolnili vprašalnike. Vsem sodelujočim smo zagotovili anonimnost.

Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS verzija 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Uporabili smo opisno statistiko in analizo povezanosti. Spremenljivke smo oblikovali na osnovi faktorjske analize. Za pojasnitev odnosa do alkohola med mladimi smo uporabili linearno multiplo regresijsko analizo. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

Rezultati

Iz Tabele 2 je razvidno, da so anketiranci v največjem deležu (61,3 %) prvo alkoholno pijačo poskusili med 15. in 18. letom starosti, večina preostalih (36 %) pa med 10. in 14. letom starosti. Ob posamezni pivski priložnosti največ anketiranih študentov (34,5 %) spije največ 3–4 merice alkoholnih pijač, kar 18,3 % anketirancev pa 7 meric in več. Največji delež študentov (28,4 %) pije alkoholne pijače ob posebnih priložnostih, tj. nekajkrat na leto, 3–6-krat na teden pa 4,9 % anketirancev.

Zanimalo nas je, ali je uživanje alkohola pri študentih povezano z dejavniki, kot so pomanjkanje socialne podpore s strani družine, nižja samopodoba, občutek boljše sprejetosti v družbi med vrstniki ter nižji srednješolski učni uspeh. Rezultati raziskave kažejo, da so študenti deležni socialne podpore s strani družine ($\bar{x} = 4,3$, $s = 0,8$), medtem ko zadovoljstvo s samopodobo ocenjujejo s povprečno vrednostjo 3,8 ($s = 0,8$) (ocenjeno po petstopenjski Likertovi lestvici).

Uporabili smo regresijsko analizo, s katero smo ugotavljali medsebojno odvisnost med več spremenljivkami, ki so bile medsebojno povezane. Zgradili smo tri regresijske modele z neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami, ki so bile

dobljene s faktorsko analizo: pogostost pitja zaradi komunikativnosti in sproščenosti, pitje v prostem času ter pitje kot posledica stresa in težav.

Povprečna vrednost faktorja »pogostost pitja zaradi komunikativnosti in sproščenosti« je bila 3,5 ($s = 1,1$), faktorja »pogostost pitja v prostem času« 3,2 ($s = 0,9$) in faktorja »pitje kot posledica blaženje stresa in težav« 2,2 ($s = 0,8$).

Iz Tabele 3 razberemo, da imajo dejavniki: zadovoljstvo s samopodobo ($\beta = -0,126$, $p = 0,020$), povprečni učni uspeh v zadnjem letniku srednješolskega izobraževanja ($\beta = 0,168$, $p = 0,002$), pogostost izvajanja gibalne aktivnosti (vsaj 30 minut na dan) ($\beta = -0,093$, $p = 0,045$), gledanje televizije v prostem času ($\beta = 0,118$, $p = 0,028$) in preživljanje prostega časa s prijatelji ($\beta = -0,139$, $p = 0,011$) statistično pomemben vpliv na pogostost pitja zaradi komunikativnosti in sproščenosti. Ti dejavniki pojasnijo 8,1 % celotne variabilnosti pogostosti pitja zaradi komunikativnosti in sproščenosti. Največji vpliv na pogostost pitja ima povprečni učni uspeh v zadnjem letu srednješolskega izobraževanja ($\beta = 0,168$).

Z regresijsko analizo smo ugotovili (Tabela 4) statistično pomemben vpliv posameznih preučevanih spremenljivk na pogostost pitja alkoholnih pijač v prostem času, pri tem gre za naslednje spremenljivke: zadovoljstvo s samopodobo

Tabela 2: Značilnosti anketiranih študentov v zvezi z alkoholom

Tabel 2: Characteristics of the students in relation to alcohol consumption

Trditve/The arguments	n	%
Najljubša pijača		
Žgane pijače	101	30,8
Pivo	90	27,4
Vino	81	24,7
Pijače alkopop – ustekleničene sladke pijače s približno 5% vsebnostjo alkohola	53	17,1
Skupaj	325	100
Starost ob prvem zaužitju alkoholne pijače		
Nikoli	1	0,3
Med 10. in 14. letom	118	36,0
Med 15. in 18. letom	201	61,3
Med 19. in 22. letom	8	2,4
Skupaj	328	100
Količina običajno popite alkoholne pijače ob posamezni pivski priložnosti		
Ne pijem alkoholnih pijač	14	4,3
1–2 merici	84	25,6
3–4 merice	113	34,5
5–6 meric	55	17,3
7 meric in več	60	18,3
Skupaj	326	100
Pogostost pitja alkoholnih pijač v zadnjem letu		
Nikoli	11	3,4
Nekajkrat na leto, ob posebnih priložnostih	93	28,4
1-krat na mesec	59	18,0
2–3-krat na mesec	82	25,0
1–2-krat na teden	64	19,5
3–6-krat na teden	16	4,9
Vsak dan	3	0,9
Skupaj	328	100

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

Tabela 3: Rezultati regresijske analize pogostosti pitja zaradi komunikativnosti in sproščenosti
 Tabel 3: Results of regression analysis of frequency of alcohol consumption for better sociability and relaxation

Pogostost pitja zaradi komunikativnosti in sproščenosti/ Drinking as a result of stress and problems	Značilnosti/ Characteristics	b	β	t	p
R = 0,308 R ² = 0,095 pril. R ² = 0,081	Konstanta	0,213	/	0,530	0,596
	Zadovoljen/-a sem s samopodobo.	-0,141	-0,126	-2,330	0,020
	Povprečni učni uspeh v zadnjem letniku srednješolskega izobraževanja	0,238	0,168	3,130	0,002
	Kako pogosto se ukvarjate z gibalno aktivnostjo (vsaj 30 minut na dan)?	-0,071	-0,093	-2,013	0,045
	Kako pogosto v prostem času gledate TV?	0,140	0,118	2,202	0,028
	Kako pogosto greste v prostem času s prijatelji ven (na kavo, zabavo)?	-0,196	-0,139	-2,572	0,011

Legenda/Legend: *b* – regresijski koeficient/regression coefficient; β – standardizirani regresijski koeficient/standardized regression coefficient; *R* – korelacijski koeficient/the correlation coefficient; *R*² – povprečje vseh skupnih dosežkov/the average of all the total achievements; pril. *R*² – delež pojasnjevalne variabilnosti/the explanatory proportion of variability; *t* – vrednost koeficienta/coefficient value; *p* – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 4: Rezultati regresijske analize pogostosti pitja v prostem času
 Tabel 4: Results of regression analysis of frequency of alcohol consumption in the respondents' leisure time

Pogostost pitja v prostem času/ Frequency of drinking in the respondents' leisure time	Značilnosti/ Characteristics	b	β	t	p
R = 0,463 R ² = 0,214 pril. R ² = 0,194	Konstanta	-0,384	/	-0,799	0,425
	Zadovoljen/-a sem s samopodobo.	0,104	0,093	1,676	0,045
	Imam veliko prijateljev.	0,146	0,131	2,198	0,029
	S prijatelji se pogosto družimo.	0,148	0,127	2,123	0,035
	V primeru težav mi oporo nudi družina.	-0,207	-0,183	-3,456	0,001
	V primeru težav oporo poiščem pri visokošolskih učiteljih.	-0,201	-0,195	-3,873	0,000
	Povprečni učni uspeh v zadnjem letniku srednješolskega izobraževanja	0,138	0,098	1,944	0,043
	Kako pogosto greste v prostem času v naravo?	0,117	0,098	1,933	0,044
	Kako pogosto greste v prostem času s prijatelji ven (na kavo, zabavo)?	-0,315	-0,224	-4,160	0,000

Legenda/Legend: *b* – regresijski koeficient/regression coefficient; β – standardizirani regresijski koeficient/standardized regression coefficient; *R* – korelacijski koeficient/the correlation coefficient; *R*² – povprečje vseh skupnih dosežkov/the average of all the total achievements; pril. *R*² – delež pojasnjevalne variabilnosti/the explanatory proportion of variability; *t* – vrednost koeficienta/coefficient value; *p* – statistična značilnost/statistical significance

($\beta = 0,093$, $p = 0,045$), prijateljstvo ($\beta = 0,131$, $p = 0,029$), pogosto druženje s prijatelji ($\beta = 0,127$, $p = 0,035$), opora družine v primeru težav ($\beta = -0,183$, $p = 0,001$), opora učiteljev v primeru težav ($\beta = -0,195$, $p = 0,000$), povprečni učni uspeh v zadnjem letu srednješolskega izobraževanja ($\beta = 0,098$, $p = 0,043$), preživljanje prostega časa v naravi ($\beta = 0,098$, $p = 0,044$) in preživljanje prostega časa s prijatelji ($\beta = -0,224$, $p = 0,000$). Ti dejavniki pojasnijo 19,4 % celotne variabilnosti pogostosti pitja alkoholnih pijač med počitnicami in konec tedna.

Rezultati kažejo (Tabela 5), da na pogostost pitja kot posledico blaženja stresa in težav statistično pomembno vpliva opora družine ($\beta = -0,165$, $p = 0,003$), povprečni učni uspeh v zadnjem letniku srednješolskega izobraževanja ($\beta = 0,186$, $p = 0,000$), preživljanje prostega časa v nakupovalnih središčih ($\beta = -0,115$, $p = 0,033$), preživljanje prostega časa s prijatelji ($\beta = -0,131$, $p = 0,022$). Dejavniki pojasnijo 12 % celotne variabilnosti pogostosti pitja ob izpitih in delavnikih, s katerim študenti rešujejo stres in težave.

Tabela 5: Rezultati regresijske analize pitja kot posledice blaženja stresa in težav

Tabel 5: Results of regression analysis of the consequences of drinking due to stress and other problems

<i>Pitje kot posledica blaženja stresa in težav/ Drinking as a result of mitigating the stress and problems</i>	<i>Značilnosti/ Characteristics</i>	<i>b</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	Konstanta	-0,255	/	-0,484	0,629
	S prijatelji se pogosto družimo.	0,131	0,113	1,958	0,051
	V primeru težav mi oporo nudi družina.	-0,186	-0,165	-3,032	0,003
R = 0,373 R ² = 0,139 pril. R ² = 0,120	Povprečni učni uspeh v zadnjem letniku srednješolskega izobraževanja	0,263	0,186	3,520	0,000
	Kako pogosto v prostem času obiskujete nakupovalne centre s prijatelji?	-0,172	-0,115	-2,138	0,033
	Kako pogosto greste v prostem času s prijatelji ven (na kavo, zabavo)?	-0,184	-0,131	-2,295	0,022

Legenda/Legend: b – regresijski koeficient/regression coefficient; β – standardizirani regresijski koeficient/standardized regression coefficient; R – korelacijski koeficient/the correlation coefficient; R² – povprečje vseh skupnih dosežkov/the average of all the total achievements; pril. R² – delež pojasnjevalne variabilnosti/the explanatory proportion of variability; t – vrednost koeficienta/coefficient; p – statistična značilnost/statistical significance

Diskusija

Da bi izpostavili dejavnike tveganja za uživanje alkohola pri študentih, smo najprej želeli pridobiti mnenja o odnosu in značilnostih študentov v povezavi z uživanjem alkoholnih pijač. Ugotovili smo, da je alkohol tudi v naši raziskovani populaciji dokaj razširjen: da alkoholnih pijač nikoli ni pilo, je npr. odgovorilo le 4,3 % anketirancev. Lahko trdimo, da je prisotnost alkohola pri študentih visoka, kar posledično lahko povzroča tveganja, povezana s pitjem alkoholnih pijač. V visokem deležu so anketiranci prvo alkoholno pijačo poskusili med 10. in 14. letom starosti, kar ne odstopa od povprečnega slovenskega mladostnika. Povprečni slovenski mladostnik je ob prvem uživanju alkoholne pijače star 13 let (Inštitut za varovanje zdravja, 2010). Ugotovljen visok odstotek tveganega in škodljivega pitja in opijanja je bil tudi med študenti Univerze v Ljubljani (Biščak, et al., 2014).

Najbolj priljubljene alkoholne pijače anketiranih študentov predstavljajo žgane pijače in nato pivo. Po podatkih raziskave ESPAD 2011 je v večini držav pivo glavna pijača med fanti, medtem ko so v nekaj več kot v polovici držav žgane pijače bolj priljubljena pijača med dekletih. Pivo in žgane pijače predstavljajo približno 70 % celotne porabe alkoholnih pijač (Hibell, et al., 2011). Pitje med mladostniki narašča po vsej Evropi, mladina v Sloveniji se čedalje pogosteje opija. Izsledki raziskav kažejo, da so razlogi, zaradi katerih mladostniki segajo po alkoholnih pijačah, številni: uživanje alkoholnih pijač kot način zabave in sprostitve, večja komunikativnost, lažje navezovanje stikov, velja samozavest oziroma boljša samopodoba, doživljanje sreče, občutek boljše sprejetosti med starejšimi sovrstniki, poistovetenje s svojimi vzorniki (Jeriček Klanšček, et al., 2007).

Rezultati naše raziskave so pokazali, da so dejavniki, ki so povezani z uživanjem večjih količin alkoholnih pijač zaradi vzpostavljanja komunikacije in boljše sproščenosti, slabši povprečni uspeh, nižja samopodoba, bolj pogosto druženje s prijatelji. Watson in sodelavci (2006) ugotavljajo, da uživanje alkoholnih pijač študentov v Veliki Britaniji povzroča občutek dobrega počutja, zaradi česar so mladi v družbi bolj sproščeni in družabni. Za današnje mlade je značilno, da se sprostijo in zabavajo pod vplivom alkohola. Dokler še niso omamljeni, so praviloma zadržani, ko pa se opiijejo, postanejo bolj odprti in sproščeni in se radi bahajo s svojimi uspehi. Opijanje v družbi torej sprosti zavore za dejanja, ki jih v treznem stanju ti mladi ne bi počeli (Ramovš & Ramovš, 2007). Tudi Hibell in sodelavci (2011) ugotavljajo, da večina študentov alkohol uživa zaradi zabave in da bi pozabili na svoje probleme.

Z izvedeno raziskavo ugotavljamo, da bolj ko so študenti nezadovoljni s samopodobo, bolj posegajo po alkoholnih pijačah. Številni dejavniki vplivajo na razvoj samopodobe mladih. Samopodoba je dejavnik, ki vpliva na kakovost življenja, odnosov in sposobnosti posameznika.

Ugotovili smo, da slabši uspeh v šoli, manjša opora v družini in druženje s prijatelji vplivajo na pogostost pitja alkoholnih pijač. Vsekakor obstajajo tudi drugi dejavniki, ki jih v raziskavi nismo proučevali. Predvidevamo lahko, da študenti pogosto pijejo alkoholne pijače, ker so te lahko dostopne in tudi družbeno sprejemljive. Dostopnost alkohola izhaja velikokrat iz domačega okolja, kjer mladi odraščajo. Raziskave kažejo na to, da se mladostniki s prvo izkušnjo pitja alkohola pogosto srečajo v domačem okolju (Anderson & Baumberg, 2006), kar v Sloveniji glede na razširjeno (domačo) proizvodnjo alkoholnih

pijač ter vpetost alkohola v kulturo niti ni posebno nenavadno (Bajt & Zorko, 2006). Menimo, da bi poleg prepovedi potrebovali tudi druge ukrepe, s katerimi bi vplivali na zmanjševanje dostopnosti do alkohola. Mlade bi morali spodbujati k izvajanju brezalkoholnih programov, obveščanje in ozaveščanje o škodljivih učinkih alkohola bi bilo treba vzpostaviti tudi preko družbenih omrežij ter mlade vključevati v zdravstvenovzgojne delavnice. Študentske in nevladne organizacije že izvajajo vrsto programov in projektov, ki so namenjeni ciljni populaciji mladih. Znana sta »Sporočilo v steklenici« in »Z glavo na zabavo«. Makivič in sodelavci (2013) menijo, da bi glede na dostopnost do alkohola potrebovali ukrepe za zmanjševanje dostopnosti do alkohola. Med ukrepi, ki se v Sloveniji že izvajajo, so se kot učinkoviti izkazali zvišanje cen alkohola, omejevanje dostopov do barov in spodbujanje nadzora nad porabo alkohola v študentskih domovih.

V naši raziskavi smo ugotovili, da je v primeru težav, s katerimi se študenti soočajo, pogostost pitja alkoholnih pijač negativno povezana z nudenjem opore znotraj družine. Manj opore s strani družine študenti imajo, bolj pogosto pijejo alkoholne pijače. Dejstvo je, da družina predstavlja temeljni proces v fazi odraščanja. Bolj kot se v družini pogovarjajo o dejavnih tveganja, manjša je možnost za uživanje in opijanje študentov z alkoholnimi pijačami. Dobri medsebojni odnosi v družini tako predstavljajo varovalni dejavnik, ki vpliva na uživanje alkohola mladih. Da pozitivni odnosi med starši in mladostniki pozitivno vplivajo na zmanjševanje pogostosti pitja alkoholnih pijač menijo tudi Osler in sodelavci (2006) ter avtorja Choo in Shek (2013), ki pravijo, da konflikti v družini, pivsko vedenje staršev in struktura družine vplivala na pivsko vedenje mladih, saj so mladi, ki so prihajali iz družin, kjer so imeli pogoste konflikte, bolj pogosto posegali po alkoholnih pijačah kot tisti, kjer so imeli manj konfliktnih situacij.

Ugotavljamo, da je prisotnost pitja alkoholnih pijač višja pri slabšem povprečnem uspehu anketirancev. Zalta in sodelavci (2008) navajajo, da z višanjem šolske uspešnosti upada pogostost pitja alkohola in pogostost opijanja z alkoholom. Nižja šolska uspešnost je povezana tudi s poseganjem po drugih dovoljenih in po nedovoljenih drogah. Can in sodelavci (2008) menijo, da so uspehi v času študija lahko naravni varovalni dejavnik pred tveganim vedenjem mladih v odnosu do alkohola in ostalih drog.

Ker škodljivo uživanje alkohola med mladostniki negativno vpliva na doseženo stopnjo izobrazbe, je treba preučiti nadaljnje korake za zaščito mladostnikov pred škodo zaradi uživanja alkohola. Skupni cilj je predvsem zmanjšati uživanje alkohola pri mladoletnikih, popivanje, izpostavljenost trženju alkohola in škodo, storjeno otrokom, ki odraščajo v družinah s problemi, povezanimi z alkoholizmom (Osutek sklepov Sveta z dne 1. decembra 2009 o

alkoholu in zdravju, 2009). Akmatov in sodelavci (2011) glede na ugotovljeno prekomerno uživanje alkoholnih pijač med študenti prav tako poudarjajo pomen razvijanja programov za mlade s poudarkom na preprečevanju uživanja alkoholnih pijač. Potrebe po razvoju preventivnih programov, s katerimi bi vplivali na zmanjševanje porabe alkohola, so ugotovljene tudi v raziskavi, izvedeni med študenti prvih letnikov rednega študija Univerze v Ljubljani (Biščak, et al., 2011).

Uživanje alkohola lahko sprošča, povečuje komunikativnost, zmanjšuje stres, vpliva na sprejetost med sovrstniki. Toda alkohol je tudi droga, ki lahko vodi v izgubo na področju socialne identitete, uživanje alkohola ima lahko psihične, duševne in telesne posledice ter lahko povzroči finančne izgube. Za zaščito študentov pred škodljivimi vplivi alkohola morajo k reševanju alkoholne problematike pristopiti tudi izobraževalni zavodi, saj tudi samo študijsko okolje lahko predstavlja varovalni dejavnik pred zlorabo alkohola. Na področju izobraževalnih zavodov predlagamo vključitev vsebin s področja alkoholne problematike ter ostalih dovoljenih in nedovoljenih drog v kurikulum ter razvoj spletnih strani, ki bi študentom nudile koristne informacije o zdravem življenjskem slogu. Mlade je treba seznanjati z nevarnostmi, tveganji in obvladovanjem tveganj, povezanih z uživanjem alkoholnih pijač ter ostalih dovoljenih in nedovoljenih drog. Durkin (2008) ugotavlja, da bi v izobraževalnih zavodih v pedagoški proces morali vključevati pridobivanje in razširjanje znanja s področja alkoholne politike, pri čemer bi študentom podajali informacije o zlorabi alkohola in posledicah, ki jih le-ta povzroča.

Glede na povezavo prostega časa in uživanja alkohola predlagamo tudi organizacijo več skupinskih gibalnih aktivnosti, ki bi bile dostopne vsem mladim, saj bi tako lahko aktivno preživljali prosti čas. Predlagamo večjo aktivacijo lokalnih okolij na področju aktivnosti, s katerimi bi mladim omogočali zdravo in aktivno preživljanje prostega časa. Gibalne aktivnosti bi lahko uvedli tudi na višje- in visokošolskih zavodih v okviru predmeta športna vzgoja.

Zavedamo se, da je bilo na raziskovano temo narejenih veliko raziskav tako v Sloveniji kot tudi v mednarodnem prostoru, vendar želimo z analizo stanja in s spoznanji raziskave seznaniti širok krog javnosti ter s priporočili ukrepov vplivati na zaježitev družbenega problema. Pri sami interpretaciji rezultatov je treba upoštevati omejitve raziskave. V vzorec smo želeli zajeti vse višje- in visokošolske zavode v gorenjski regiji, ki izvajajo redni študij, vendar smo zajeli le štiri šolske zavode, kar vsekakor ni dovolj, da bi rezultate posploševali na celotno populacijo študentov gorenjske regije. V raziskavo smo zajeli nenaključni vzorec. Regresijski modeli imajo majhno stopnjo pojasnjevanja, zato kot omejitve navajamo, da razloge uživanja alkoholnih pijač lahko iščemo tudi drugje. Predvidevamo lahko,

da so vzroki lahko dostopnost alkohola, alkohol kot družbeno sprejeta droga, vpliv medijev, zapeljivi oglasi, prisotnost stresnega življenja. Pri sami raziskavi smo naleteli na nekaj ovir. Predvidevali smo večjo odzivnost, interes in hitrejšo terminsko uskladitev povabljenih visokošolskih zavodov, ki smo jih želeli vključiti v raziskavo. Presenetilo nas je, da nekateri višje- oziroma visokošolski zavodi v raziskavi niso želeli sodelovati.

Zaključek

Razlogov oziroma dejavnikov, zakaj študenti posegajo po alkoholu, je več. Kot pogoste dejavnike tveganja za uživanje alkoholnih pijač pri študentih v gorenjski regiji izpostavljamo socialne (opora družine), vrstniške (vpliv vrstnikov) in individualne dejavnike tveganja (nizka samopodoba, slabši učni uspeh in preživljanje prostega časa). Na podlagi opredeljenih dejavnikov tveganja ocenjujemo, da pomembne varovalne dejavnike predstavljajo medosebni odnosi (opora družine, vrstniki, šola) in dejavniki okolja (zdravo okolje, omogočanje zdravega način preživljanja prostega časa). Glede na ugotovljeno stanje in izpostavljene dejavnike tveganja za uživanje alkoholnih pijač pri študentih menimo, da je zelo pomembna krepitev sodelovanja med različnimi akterji na področju alkoholne politike in spodbujanje promocijskih preventivnih aktivnosti. Ker je alkoholna problematika med mladimi razširjena, si ne smemo zatiskati oči, temveč moramo ustrezno pristopiti k reševanju družbenega problema. Z izvajanjem preventivnih aktivnosti in ukrepov lahko vplivamo na zmanjševanje škodljive rabe alkoholnih pijač ter tako mlade usmerjamo k oblikovanju lastne identitete, pozitivne samopodobe ter oblikovanju pozitivnih stališč do nepitja alkohola. Izsledki raziskave odpirajo nadaljnja zanimiva in uporabna področja raziskovanja. Nadaljnje raziskave bi bile smiselne na področju ugotavljanja pogostosti uživanja alkoholnih pijač ter ugotavljanja dejavnikov tveganja ob izvajanju ciljanih ukrepov za preprečevanje zlorabe alkoholnih pijač. Glede na različne strokovne smeri izobraževanja predlagamo tudi izvedbo raziskave med študenti z ugotavljanjem dejavnikov tveganja glede na študijski program.

Conflict of interest/Nasprotje interesov

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

Funding/Financiranje

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

Ethical approval/Etika raziskovanja

The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of ethics for nurses and nurse assistants of Slovenia (2014)./Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

Literature/Literatura

- Akmatov, M.K., Mikolajczyk, R.T., Meier, S. & Kramer, A., 2011. Alcohol consumption among university students in North Rhine-Westphalia, Germany-results from a multicenter cross-sectional study. *Journal of American College Health*, 59(7), pp. 620–626. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2010.520176> PMID:21823957
- Anderson, P. & Baumberg, B., 2006. *Alcohol in Europe, a public health perspective: a report for the European Commission*. Available at: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf [2. 6. 2016].
- Bajt, M. & Zorko, M., 2009. *Pregled glavnih političnih dokumentov s področja alkohola v mednarodnem prostoru in v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Baker, K. & Boland, K., 2011. Assessing safety: a campus-wide initiative. *College Student Journal*, 45(4), pp. 683–699.
- Biščak Hafner, M., Kolšek, M. & Rebek, K., 2014. Pitje alkohola študentov Univerze v Ljubljani. *Zdravstveno varstvo*, 53(3), pp. 255–261. <http://dx.doi.org/10.1515/sjph-2015-0034> PMID:27647411; PMCID:PMC4820203
- Can, G., Ozdilli, K., Erol, O., Unsar, S., Tulek, Z., Savaser, S., et al., 2008. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nursing and Health Sciences*, 10(4), pp. 273–280. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00405.x> PMID:19128303
- Champion, D.A., Lewis, T.F. & Myers, J.E., 2015. College student alcohol use and abuse: social norms, health beliefs, and selected socio-demographic variables as explanatory factors. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 59(1), pp. 57–82.
- Choo, H. & Shek, D., 2013. Quality of parent-child relationship, family conflict, peer pressure, and drinking behaviors of adolescents in an Asian context: the case of Singapore. *Social Indicators Research*, 110(3), pp. 1141–1157. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-011-9977-4>

- Cicognani, E. & Zani, B., 2011. Alcohol use among Italian university students: the role of sensation seeking, peer group norms and self-efficacy. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 55(2), pp. 17–36.
- Durkin, A., 2008. Educating nursing students about the dangers of drinking games. *Nursing education perspectives*, 29(1), pp. 38–41. PMID:18330421
- Etcheverry, P.E. & Agnew, C.R., 2008. Romantic partner and friend influences on young adult cigarette smoking: comparing close others' smoking and injunctive norms over time. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(3), pp. 313–325. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.22.3.313> PMID:18778125
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al., 2011. *The 2011 ESPAD report*. Available at: http://www.can.se/contentassets/8d8cb78bbd28493b9030c65c598e3301/the_2011_espad_report_full.pdf [8. 8. 2015].
- Hovnik Keršmanc, M., 2010. Epidemiologija rabe alkohola v Sloveniji. In: I. Avberšek Lužnik, B.M. Kaučič, S. Hvalič Touzery, B. Skela Savič, I. Grmek Košnik & A. Čufar, eds. *Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki: zbornik prispevkov z recenzijo, Bled, 13. oktober 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 47–55.
- Hovnik Keršmac, M., 2011. *Pobuda mestnemu svetu občine Kranj k sprejemanju in izvajanju aktivnosti na področju zmanjševanja škode zaradi alkohola*. Kranj: Mestna občina Kranj – Lex localis. Available at: http://www.lex-localis.info/files/862eb4d8-e95e-47ff-9f83-87e5c498d05a/7615718259240000000_8.%20Aktivnosti%20na%20podroczju%20zmanjševanja%20skode%20zaradi%20alkohola.pdf [21. 6. 2016].
- Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010. *Zdravje v Sloveniji: Tvegano in škodljivo pitje alkohola*. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zdravje_v_sloveniji.pdf [30. 3. 2015].
- Jeriček Klanšček, H., Lavtar, D. & Pokrajac, T. eds. 2007. *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravje.
- Kazemi, D.M., Wagenfeld, M., Van Horn, K.R., Levine, M.J. & Dmochowski, J., 2011. Binge drinking among underage college students: role of impulsivity and the Transtheoretical model drinking. *Journal of Addictions Nursing*, 22(4), pp. 193–199. <http://dx.doi.org/10.3109/10884602.2011.616605>
- Kenna, G.A. & Lewis, D.C., 2008. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3, p. 3. <http://dx.doi.org/10.1186/1747-597X-3-3> PMID:18230139; PMCID:PMC2265282
- 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.
- Kolšek, M. & Klemenc Ketiš, Z., 2015. Alcohol drinking among the students of the University of Maribor, Slovenia. *Zdravstveno varstvo*, 54(4), pp. 1–7. <http://dx.doi.org/10.1515/sjph-2015-0034> PMID:27647411; PMCID:PMC4820203
- Maggs, L.J. & Schulenberg, E.J., 2006. Initiation and course of alcohol consumption among adolescents and young adults. In: M. Galanter, ed. *Alcohol problems in adolescents and young adults: epidemiology, neurobiology, prevention and treatment*. New York: Springer, pp. 29–47.
- Makivič, I., Kersnik, J. & Kolšek, M., 2013. Ukrepi za zmanjševanje tveganega in škodljivega pitja alkohola v populaciji študentov: sistematični pregled literature. *Zdravstveno varstvo*, 52(3), pp. 236–246. <https://doi.org/10.2478/sjph-2013-0024>
- McNamara, R.S., Swaim, R.C. & Rosén, L.A., 2010. Components of negative affect as moderators of the relationship between early drinking onset and binge-drinking behavior. *Journal of Child and Adolescence Substance Abuse*, 19(2), pp. 108–121. <http://dx.doi.org/10.1080/10678281003634884>
- Ministrstvo za zdravje, 2008. *Poročilo o stanju na področju alkohola in alkoholne politike v Sloveniji in Evropi*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Direktorat za javno zdravje.
- Osler, M., Nordentoft, M. & Andersen, A.N., 2006. Childhood social environment and risk of drug and alcohol abuse in a cohort of Danish men born in 1953. *American Journal of Epidemiology*, 163(7), pp. 654–661. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwj084> PMID:16443802
- Osnutek sklepov Sveta z dne 1. decembra 2009 o alkoholu in zdravju*, 2009. Uradni list Evropske unije, 2009/C 302/07. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:302:0015:0018:SL:PDF> [5. 6. 2016].
- Ramovš, J. & Ramovš, K., 2007. *Pitje mladih: raziskava o pitju alkohola med mladimi v luči antropoloških spoznanj o omamah in zasvojenosti*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Rassool, G.H., 2007. International perspectives: the educational experiences and previous orientation of undergraduate nursing students in alcohol and drug: the English context. *Journal of Addictions Nursing*, 18(1), pp. 47–52. <http://dx.doi.org/10.1080/10884600600995499>

Snyder, L., 2006. Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(1), pp. 18–24.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.160.1.18>
PMid:16389206

Stegar, M., 2011. *Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino 2011*. Available at:
http://www.cilizadelo.si/e_files/content/ESPAD%202011_Slovenija.pdf [11. 4. 2016].

Tremblay, P.F., Graham, K., Wells, S., Harris, R., Pulford, R., Roberts, S.E., 2010. When do first-year college students drink most during the academic year? An Internet-based study of daily and weekly drinking. *Journal of American College Health*, 58 (5), pp. 401–11.
<http://dx.doi.org/10.1080/07448480903540465>
PMid: 20304752

Varela, A. & Pritchard, M.E., 2011. Peer influence: use of alcohol, tobacco, and prescription medications. *Journal of American College Health*, 59(8), pp. 751–756.
<http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2010.544346>
PMid:21950257

Watson, H., Whyte, R., Schartau, E. & Jamieson, E., 2006. Survey of student nurses and midwives: smoking and alcohol use. *British Journal of Nursing*, 15(22), pp. 1212–1216.
<http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2006.15.22.22557>
PMid:17346018

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), pp. 2191–2194. Available at:
<http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

Zalta, A., Kralj, A., Zurc, J., Lenarčič, B., Medarič, Z. & Simčič, B., 2008. *Mladi in alkohol v Sloveniji. Zaključno poročilo ciljno-raziskovalnega projekta*. Koper: Univerza na Primorskem; Znanstveno-raziskovalno središče.

Cite as/Citirajte kot:

Pivač, S. & Skela-Savič, B., 2016. Factors associated with greater potential for alcohol misuse among the students of the Gorenjska region. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 280–295. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.103>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v nujni medicinski pomoči Interprofessional education of employees in emergency medical service

Vladka Železnjak, Brigita Skela-Savič

Ključne besede: timsko delo;
medpoklicno sodelovanje;
timsko izobraževanje

Key words: team work;
interprofessional collaboration;
team training

Vladka Železnjak, dipl. m. s.,
mag. zdr. neg.; Zdravstveni
dom Kočevje, Roška cesta 18,
1330 Kočevje

*Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:*
vladka.zeleznjak@gmail.com

izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič,
viš. med. ses., univ. dipl. org.;
Fakulteta za zdravstvo Jesenice,
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice

IZVLEČEK

Uvod: Izobraževalni sistem za delo v zdravstvenem timu nujne medicinske pomoči v Sloveniji ima pomanjkljivosti in potrebuje spremembe. Namen raziskave je bil ugotoviti vsebine teoretičnih znanj in praktičnih veščin, za katere bi se morali izobraževati in usposabljeni člani vseh poklicnih skupin tako v času šolanja kot v času opravljanja dela v nujni medicinski pomoči.

Metode: Uporabljena je bila triangulacija metod; kvalitativna metoda z uporabo delno strukturiranega intervjuja kot tehnike zbiranja podatkov med 30 zaposlenimi v timu nujne medicinske pomoči ter metoda delfi za ugotavljanje in usklajevanje mnenj o predlaganih ukrepih v sedmih vsebinskih sklopih pri 27 respondentih, razdeljenih v tri skupine: zaposleni v enotah nujne medicinske pomoči, vodje enot nujne medicinske pomoči, oblikovalci zdravstvene politike. Metoda delfi je bila izvedena v dveh krogih.

Rezultati: Sodelujoči v raziskavi so mnenja, da je v času šolanja pridobljenega premalo znanja in veščin za delo v nujni medicinski pomoči. Menijo, da bi bil s spremembo izobraževalnega sistema ter uvedbo medpoklicnega izobraževanja tako v času šolanja kot v času zaposlitve sistem izvajanja nujnih ukrepov učinkovitejši.

Diskusija in zaključek: Strokovnjaki s področja nujne medicinske pomoči predlagajo dobre prakse drugih organizacijskih in izobraževalnih modelov, tj. skupno izvajanje kliničnih vaj iz urgentne medicine in medpoklicno izobraževanje s simulacijskimi scenariji za vse poklicne skupine, sodelujoče v enotah nujne medicinske pomoči.

ABSTRACT

Introduction: Education system preparing people for work in an emergency medical service team in Slovenia is insufficient and needs changes. The aim of the study was to define which theoretical knowledge and practical skills should be acquired by members of all professional teams both during formal learning and in the course of their work as part of the emergency medical service.

Methods: Triangulation of methods was used in the research. The qualitative method with semi-structured interview was used to collect data from a sample of 30 employees of the emergency medical service team, and the Delphi method was used to aggregate and coordinate the opinions of 27 respondents on the proposed measures in seven subject areas. The respondents were divided into three groups: emergency medical service employees, heads of emergency medical service, and healthcare policy makers. The Delphi method was carried out in two rounds.

Results: According to the research participants, the knowledge and skills relevant for emergency medical service work they gained during formal schooling was insufficient. They also claim that appropriate changes in the education system, together with inter-professional education both during formal learning and during work, would render the emergency medical service system more efficient.

Discussion and conclusion: The emergency medical service experts participating in the research suggest the translation of best practices from other organisational and educational models into education system, the implementation of team clinical training in emergency medicine and the initiation of interprofessional education based on simulation scenarios for all emergency medical service professional teams.

Članek je nastal na osnovi
magistrskega dela Vladke
Železnjak *Medpoklicno
izobraževanje zaposlenih v nujni
medicinski pomoči* (2014).

Prejeto/Received: 31. 5. 2016
Sprejeto/Accepted: 16. 10. 2016

Uvod

Zdravstveni tim enote nujne medicinske pomoči (NMP) sestavljajo zdravniki, najpogosteje zdravniki specialisti različnih strok, in zdravstveni reševalci različnih stopenj izobrazbe, odvisno od organizacijskega in izobraževalnega modela, ki mu pripadajo (Šprajc, 2011). Spremljanje tehnološkega napredka, novih smernic, znanj in spoznanj s področja nujnih stanj je, kot navajata Grmec in Klemen (2009), nujno za vse poklicne skupine. V izobraževalnem sistemu, kakršnega imamo v Sloveniji, vsak član poklicne skupine po uspešno končanem predpisanem programu izobraževanja v procesu formalnega šolanja, ki je splošen in prilagojen stopnji izobrazbe, pridobi osnovno znanje in veščine. Kljub uspešno končanemu formalnemu šolanju imajo nekatere poklicne skupine premalo osvojenega znanja in veščin za delo v NMP. Aktivnosti, ki se izvajajo v NMP, zajemajo spretnosti, ki jih zaposleni v zdravstveni negi v praksi izvajajo, vendar ta znanja niso bila uradno preverjena in za njih posameznik ni pridobil spričevala ali pravne formalne listine, torej nima kompetenc. Specialna znanja in spretnosti, ki so potrebna v NMP, si posameznik pridobi s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem, z učenjem na samem delovnem mestu pod vodstvom mentorja in s samoizobraževanjem. Tudi z zaključnim dodiplomskim študijskim programom zdravstvene nege diplomanti nimajo dovolj znanj za samostojno delo v NMP, ker so se izobraževali za splošno zdravstveno nego v skladu s starimi direktivami Evropske unije (Jelenovec & Železnik, 2011). Prenova Direktive 2013/55/EU (Directive, 2013) jasno opredeli zahtevo, da je treba v formalne kvalifikacije za splošno zdravstveno nego vključiti tudi kompetenco na področju NMP, ki je opredeljena kot »samoiniciativno ukrepanje pri reševanju življenja in izpeljavi ukrepov v kriznih situacijah in ob katastrofah«. V direktivi iz leta 2005 ta kompetenca ni bila zapisana (Directive, 2005). V enotah NMP so poleg zaposlenih v zdravstveni negi zaposleni še zdravniki, najpogosteje so to specialisti. V podiplomsko izobraževanje iz medicine je od leta 2007 vpeljana tudi specializacija iz urgentne medicine (Grmec & Žmavc, 2007).

Izobraževalni sistemi na področju NMP nekaterih srednjeevropskih držav in v Združenih državah Amerike (ZDA) temeljijo na izobraževanju laikov. Programi njihovih izobraževanj potekajo v obliki modulov, od krajših tečajev do enoletnega ali dvoletnega intenzivnega izobraževanja. V času usposabljanja se zdravstveni reševalci naučijo vse za delo v NMP, za kar prejmejo certifikat oziroma licenco. Pooblastila med posameznimi stopnjami zdravstvenih reševalcev so natančno razmejena in določena (Brennan & Krohmer, 2006). V švedskem modelu organizacije NMP imajo diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki opravljeno klinično specializacijo iz urgentne medicine (Posavec, 2011). V

urgentnih centrih delajo zdravniki specialisti urgentne medicine, razen v francosko-nemškem modelu, kjer imajo zdravniki specialisti različnih strok opravljeno dodatno izobraževanje iz vsebin urgentne medicine, regulirano s strani zdravniške zbornice (Kupsch, 2009).

Za uspešno in učinkovito izvajanje nujnih ukrepov je potrebno predvsem usklajeno delo tima NMP. Timsko delo in medpoklicno sodelovanje zdravstvenih timov pa je, kot navajajo Delva in sodelavci (2008), dobro in uspešno le v primeru, ko hkrati obstaja tudi učinkovito medpoklicno izobraževanje. Številne raziskave o medpoklicnem izobraževanju zlasti v Severni Ameriki se pojavljajo že pol stoletja (Peterle, 2006). Treba je le vzpostaviti vez med fakultetami, kjer se strokovnjaki posameznih poklicnih skupin izobražujejo, in kliničnim okoljem, kjer medpoklicne in sodelovalne izkušnje, znanje in veščine v praksi uporabljajo (Clark, 2011). V tujini se je medpoklicno izobraževanje in sodelovanje že marsikje vključilo v redno izobraževanje, in sicer v obliki modulov ali izbirnih vsebin v obsegu tudi več sto ur ali pa krajših eno- ali dvodnevni seminarjev (Peterle, 2006). V ZDA so študenti različnih zdravstvenih programov, ki so skupaj opravljali klinične vaje, predlagali, da medpoklicno izobraževanje in usposabljanje postane del njihovega izobraževalnega procesa, ker krepi njihovo poklicno prihodnost, strokovno vlogo drugih študentov, vrednoto timskega dela in zagotavlja visokokakovostno zdravstvo (Pelling, et al., 2011). Medpoklicno izobraževanje različnih poklicnih skupin je, kot navajajo Ponte in sodelavci (2010), ključnega pomena za odličnost na področju zagotavljanja zdravstvene oskrbe pacientov.

V Sloveniji je sodelovanje med poklicnimi skupinami še tradicionalno, kar prispeva tudi k manj optimalni zdravstveni oskrbi. Diplomanti študija medicine in zdravstvene nege se pogosto pri delu prvič srečajo šele v kliničnem okolju, kjer se zaposlijo, saj klinične vaje za študente medicine in zdravstvene nege potekajo med seboj ločeno. Izobraževanje in usposabljanje članov zdravstvenega tima NMP v Sloveniji je še vedno v največji meri odvisno od posameznikov in zdravstvenih organizacij, kjer so zaposleni. Člani enot NMP so zato na področju NMP različno izobraženi in usposobljeni (Mohor, 2009), razlike med organizacijskimi enotami NMP pa nesporejljivo velike (Žmavc, 2009). Prehod na nove razmere, ki temeljijo na partnerskem odnosu, ni niti enostaven niti kratkotrajen proces, je pa nujen za vzpostavitev pozitivnega partnerskega odnosa med profesionalci v zdravstvu (Premik, 2007).

Namen in cilji

Z raziskavo smo želeli ugotoviti mnenje zaposlenih v enotah NMP o pomenu medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja na nivoju izobraževalnega procesa in na nivoju že zaposlenih v enotah NMP ter z analizo

dobljenih rezultatov izpostaviti izobraževalne in druge ukrepe za izboljšanje medpoklicnega izobraževanja in dela v NMP.

Metode

Uporabljena je bila triangulacija metod, in sicer kvalitativna metoda z uporabo delno strukturiranega intervjuja in metoda delfi za ugotavljanje in usklajevanje mnenj o predlaganih ukrepih v sedmih vsebinskih sklopih.

Opis instrumenta

Za zbiranje informacij o raziskovalnem problemu smo uporabili delno strukturirani intervju. Po opredeljenih ciljnih smo izdelali instrument, ki vsebuje tri formalna vprašanja, kjer so nas zanimali starost, izobrazba in leta delovne dobe, ter devet odprtih in devet zaprtih vnaprej pripravljenih vprašanj. Za delno strukturirani intervju smo se odločili, ker le-ta vprašanim omogoča več svobode pri odgovarjanju, kajti na odprta vprašanja podajo odgovore sami in jih z vnaprej pripravljenimi možnimi odgovori le deloma omejujemo. Delno strukturirani intervju hkrati omogoča raziskavo večjega vzorca brez determiniranosti dobljenih podatkov (Urbanc, et al., 2008). Z omenjeno tehniko zbiranja podatkov smo želeli pridobiti kar največ informacij o tem, kaj različni člani posameznih poklicnih skupin iz različnih organizacijskih enot NMP menijo o teoretičnem znanju in praktičnih veščinah, ki jih pridobijo s formalnim izobraževanjem, ter o medpoklicnem izobraževanju in usposabljanju pri izvajanju nujnih ukrepov.

Zbrane podatke smo uporabili za izdelavo vprašalnika zaprtega tipa po metodi delfi. Vprašalnik, sestavljen iz sedmih vsebinskih sklopov, je vseboval tudi mesta, kamor so respondenti lahko dopisali svoje ugotovitve ali trditve, ki smo jih nato upoštevali v naslednjem krogu. Hkrati je vprašalnik vseboval ocenjevalno lestvico od 1–9 za jasnost in pomembnost trditve ter rezultate in povzetek prejšnjih krogov, tako da so sodelujoči svoje odgovore lahko primerjali z odgovori drugih in glede na skupinsko mnenje svoj odgovor lahko spremenili. Pri metodi delfi se anketiranje ponavlja, dokler se mnenja med sodelujočimi ne približajo, vendar se ne izvede več kot štiri kroge. Bolj kot število krogov je pri metodi delfi pomemben profil sodelujočih respondentov, saj ta metoda zahteva visoko usposobljene strokovnjake, ki so povezani z raziskovalnim problemom. Izjemnost metode delfi je v njeni zanesljivosti kljub raznolikosti mnenj sodelujočih in kljub odsotnosti njihovega neposrednega medsebojnega stika (Urbanc, et al., 2008). Izbrani merski instrument nam je omogočil razjasniti raziskovalni problem z vidika treh skupin strokovnjakov: zaposlenih v enotah NMP, vodij enot NMP in oblikovalca zdravstvene politike.

Veljavnost in uporabnost obeh merskih instrumentov smo preverili s pilotno študijo na primeru enega zdravstvenega tima. Kriterijsko veljavnost delno strukturiranega intervjuja smo zagotovili s primerjavo rezultatov pilotne študije in ugotovitev drugih raziskovalcev. Za zagotavljanje zanesljivosti smo uporabili metodo paralelnih oblik, pri čemer smo z uporabo dveh različnih instrumentov oziroma metod zbiranja podatkov na istih respondentih in z isto raziskovalno vsebino potrdili dobljene rezultate. Z uporabo dveh različnih instrumentov smo zagotovili tudi sinhrono zanesljivost, ki se nanaša na konstantnost dobljenih rezultatov. Za zagotavljanje veljavnosti in uporabnosti instrumenta metode delfi smo uporabili ocenjevalno lestvico za oceno povprečne stopnje jasnosti in pomembnosti predlaganih trditve. Na vprašanja metode delfi so udeleženci odgovarjali v dveh zaporednih krogih, kar zagotavlja zanesljivost merskega instrumenta. Objektivnost z vidika vrednotenja odgovorov smo zagotovili z jasnimi opredelitvami kategorij ocenjevalne lestvice v vprašalniku. Z opisanim pristopom zbiranja podatkov smo dosegli triangularnost raziskovalnih metod.

Opis vzorca

Vzorec prvega in drugega dela raziskave je bil namenski. V prvem delu smo izvedli trideset intervjujev z zaposlenimi iz vseh poklicnih skupin tima NMP, ki delo opravljajo v organizacijsko različnih enotah NMP v Sloveniji. V raziskavo je bilo vključenih enaindvajset enot NMP iz teritorialno razpršenih delov Slovenije, razen Štajerske, Prekmurja in Zasavja. Največ sodelujočih v intervjuju je bilo zdravstvenih tehnikov, in sicer šestnajst, saj so številčno najbolj zastopana poklicna skupina v timu NMP, sodelovalo je še osem zdravnikov, štiri diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki in dva voznika reševalca.

V drugem delu raziskave smo z metodo delfi pridobili, uskladili in poenotili skupne ocene oziroma mnenja na proučevano temo. Poleg osemnajstih zaposlenih v timu NMP, ki so na naš intervju že odgovarjali, je v drugem delu sodelovalo še pet zaposlenih v timu NMP, ki na naš intervju predhodno niso odgovarjali, za sodelovanje pa smo zaprosili tudi tri vodje NMP in enega oblikovalca zdravstvene politike na področju zdravstvene nege.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po izvedeni in vsebinsko analizirani pilotni študiji delno strukturiranega intervjuja, v kateri so sodelovali zdravstveni reševalec, zdravstveni tehnik in zdravnik, smo intervjuje izvedli med zaposlenimi v različnih organizacijskih enotah NMP v Sloveniji preko elektronske pošte, in sicer v času od 13. junija 2012 do 5. julija 2012. Intervjujanci, ki smo jih preko stacionarnega

telefona zaprosili in se z njimi dogovorili za sodelovanje v raziskavi, so kot način izvedbe intervjuja izbrali elektronsko pošto, saj so ocenili, da je ta način najhitrejši in najlažje izvedljiv. Tehničnih in organizacijskih težav pri izpeljavi intervjujev nismo imeli. Kljub temu da je izvedljivost intervjujev potekala v času letnih dopustov, smo v kratkem času pridobili trideset intervjujev.

Zbrane podatke odprtih vprašanj smo analizirali po postopku kvalitativne analize v šestih korakih. Prvi korak: urejanje zbranega gradiva, drugi korak: določitev enot kodiranja, tretji korak: kodiranje, četrti korak: izbor in definiranje relevantnih pojmov in oblikovanje kategorij, peti korak: definiranje kategorij, in šesti korak: oblikovanje teoretične formulacije (Vogrinc, 2008). Odgovore vseh vprašanj oštevilčenih intervjujev smo v enakem zaporedju prepisali v tabele računalniškega programa Microsoft Excel, ki nam je omogočil lažjo in preglednejšo analizo podatkov. Za kodirno enoto smo izbrali stavek, za kodiranje pa induktivni pristop in pri tem uporabili tehniko odprtega kodiranja. Seznam kod, ki smo jih izluščili iz analiziranega besedila, smo prepisali, sorodne kode združili in opredelili povezavo med posameznimi kodami oz. oblikovali kategorije. Z osnim kodiranjem smo kode in kategorije povezovali z analiziranim besedilom in ugotavljali mnenja intervjuvancev o raziskovalnem problemu (Vogrinc, 2008). Njihova mnenja smo preoblikovali v trditve in jih uporabili za izdelavo anketnega vprašalnika po metodi delfi. Le-tega smo s pilotno študijo vsebinsko preverili na istem vzorcu, kot smo ga uporabili za predhodni intervju.

O sodelovanju v nadaljnji izvedbi raziskave smo se z vsemi sodelujočimi predhodno dogovorili preko stacionarnega telefona. Za način izvedbe ankete so predlagali elektronsko pošto. Vprašalnik prvega kroga smo sedemindvajsetim sodelujočim preko elektronske pošte posredovali v času od 25. marca 2013 do 13. aprila 2013. Vrnjeni so bili vsi anketni vprašalniki. Prav tako so bile ocenjene vse predlagane trditve, nihče od sodelujočih ni predlagal novega ukrepa. Vprašalnike drugega kroga po metodi delfi smo istim respondentom na enak način kot prvega posredovali v času od 3. junija 2013 do 18. junija 2013. Tudi v drugem krogu nihče od sodelujočih ni predlagal novega ukrepa, zopet so bile ocenjene vse predlagane trditve. Za vsako predlagano trditev smo izračunali povprečno stopnjo jasnosti in pomembnosti, in sicer glede na vse zbrane odgovore in po posameznih skupinah (zaposleni v NMP, vodje NMP, oblikovalec zdravstvene politike), ter določili kriterij povprečne stopnje jasnosti in pomembnosti. Zanimalo nas je tudi približevanje mnenj respondentov o predlaganih trditvah izvedene ankete v drugem krogu glede na prvi krog. Za ugotavljanje razpršenosti podatkov smo uporabili interkvartilni razpon. Interkvartilni razpon je namreč mera variabilnosti. Teoretično obsega 50 % vrednosti rezultatov vzorca, 25 % manjših in večjih pa je zunaj njega in je zanesljiva

mera variabilnosti (Sagadin, 2003). Vsem sodelujočim v raziskavi je bila zagotovljena anonimnost in možnost izstopa iz raziskave. Soglasje za izvedbo raziskave smo posredovali preko elektronske pošte vodjem enot NMP, vrnjene pa smo prejeli po pošti.

Rezultati

Mnenja intervjuvancev o znanju in veščinah, ki se jih za delo v NMP v času šolanja premalo naučimo

Kategorija 1: *Vsebine, ki se jih v času šolanja premalo naučimo*

Pripadajoče kode: vsega premalo; nadgradnja teorije s prakso; poznavanje aparaturne; timsko delo; triaža; poznavanje nujnih zdravil; nič se nisem naučil; vse, kar izvajamo v NMP; poudarek na negi v času šolanja; nič se nisem naučil v času šolanja za NMP; splošni problem pomanjkanja znanja v času srednješolskega in visokošolskega šolanja v zdravstveni negi; vse, kar je potrebno, se naučimo v času študija medicine in specializacije; premalo poudarka na tiskem delu v NMP; naloge posameznih članov tima; zaupanje v sodelavce; primanjkuje tehnično delo; trenirati primere; stalno obnavljanje znanja, saj večino znanja pridobimo s prakso; prepoznavanje ogroženega pacienta in vloge timskega dela.

Iz Tabele 1 je razvidno, da so anketirani svoja mnenja, uvrščena v sklop 1 – *znanja in veščine, ki bi se jih bilo treba naučiti že v času šolanja*, v drugem krogu dokaj spremenili, na kar kaže razpršenost podatkov, ki je v drugem krogu pri vseh predlaganih ukrepih manjša kot v prvem. Najbolj so svoje mnenje spremenili pri peti trditvi, interkvartilni razmik za to trditev je bil v prvem krogu 4, v drugem 1. Če tri skupine anketiranih primerjamo med seboj, ugotovimo, da so predlagane ukrepe vse skupine ocenile z oceno nad 6,1, kar pomeni pomemben ukrep za izboljšanje sedanjega stanja. Vse skupine so najvišje ocenile četrto trditev, tj. izražene potrebe po obvladovanju algoritmov ukrepov pri izvajanju NMP (reanimacija, uporaba zdravil, delo z aparaturnimi in opremo, triaža) v okviru kompetenc oz. posameznih vlog znotraj tima. Razlike v oceni posameznih trditev sklopa 1 so znotraj skupin majhne, večje pa so med skupinami. Predlagane trditve najvišje ocenjuje oblikovalec zdravstvene politike, razlike v povprečni stopnji pomembnosti pa so majhne in potrjujejo podobna mnenja o pomembnosti vseh predlaganih trditev.

Mnenja intervjuvancev o medpoklicnem izobraževanju

Kategorija 2: *Izboljšave, nastale z uvedbo kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja*

Pripadajoče kode: enotno znanje in veščine v okviru lastnih kompetenc; enotna usposobljenost vseh enot NMP; manj stresa; pomembno za manjše enote, kjer

Tabela 1: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 1

Table 1: Comparison of responses to suggested measures between groups of respondents: set 1

Znanja in veščine, ki bi se jih bilo treba naučiti v času šolanja/Content knowledge that should have been acquired during formal education	1. krog/ 1st cycle						2. krog/ 2nd cycle				
	Povprečna stopnja jasnosti kazalca	Povprečna stopnja pomembnosti kazalca	Povprečna ocena, zaposleni v NMP	Povprečna ocena, vodje NMP	Povprečna ocena, oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	Povprečna stopnja pomembnosti kazalca	Povprečna ocena, zaposleni v NMP	Povprečna ocena, vodje NMP	Povprečna ocena, oblikovalec politike	Interkvartilni razpon
Zdravstveni reševalci bi morali v času šolanja osvojiti znanja in veščine, potrebne za izvajanje ukrepov NMP.	8,37	7,63	7,07	8,67	9	1 2,5	8,37	7,07	8,67	9	1
Znanja in veščine, potrebne za izvajanje ukrepov NMP, bi morale diplomirane medicinske sestre/ zdravstveniki osvojiti s podiplomskim študijem urgentne medicine.	7,89	7,30	6,63	8,33	9	1 3	7,89	6,63	8,33	9	1
Vse poklicne skupine bi morale v času šolanja izvajati skupne klinične vaje urgentne medicine.	7,81	7,26	6,63	7,67	9	1,5 3,5	7,81	6,63	7,67	9	1,5
Vse poklicne skupine bi morale v okviru svojih kompetenc v času šolanja osvojiti algoritme ukrepov pri izvajanju NMP, tj. za uporabo zdravil, za delo z aparaturami in za triažo, ter delitev vlog znotraj tima.	8,56	8,04	7,26	8,67	9	0,5 1	8,56	7,26	8,67	9	0,5
Vse poklicne skupine bi morale v času šolanja pridobiti vpogled v pomembnost medpoklicnega sodelovanja.	7,93	7,26	6,70	8,33	8	1 4	7,93	6,70	8,33	8	1

je manj nujnih intervencij; enotnejši način dela; mora biti stalno in kontinuirano; zaradi majhnega števila intervencij v enoti znanja kronično primanjkuje, zato nujno izobraževanje in usposabljanje; boljši medsebojni odnosi; manjša možnost napak; večja kvaliteta dela; večja usklajenost; nimam mnenja; izboljšave ne bi nastale.

Kategorija 3: Vsebine in veščine, za katere se je treba usposablјati skupaj, tj. z medpoklicnim izobraževanjem

Pripadajoče kode: vse vsebine; porod; timsko učenje vseh primerov s simulacijskimi scenariji; tečaji Advanced life support (ALS); European paediatric life support (EPLS); International trauma life support (ITLS); tehnično reševanje; temeljni postopki oživljanja (TPO); skupno izobraževanje pri poškodovanih in masovnih nesrečah; kontinuirano izobraževanje o primerih, ki so redki; politravma; sistem dobro nauči zdravnike in zdravstvenike; poškodbe in dodatni postopki oživljanja (DPO); kritično bolan otrok; delovanje aparatur; da se razumemo tudi brez besed

in vsak lahko drugemu sledi; odvisno od pogostosti posameznih situacij v NMP; intubacija; imobilizacija in improvizacija; ogroženi pacient.

Kategorija 4: Način uvedbe medpoklicnega izobraževanja

Pripadajoče kode: skupno izobraževanje timov; državni program; nimam mnenja; izkušeni učijo nove; specializacija iz NMP; povezava NMP in prehospitalne enote (PHE); enak pristop za vse poklicne skupine; praktične vaje; timsko urjenje z igranjem situacij z vodjo; dvakrat letno s preverjanjem in utrjevanjem znanja; vsebine reanimacije; TPO in spoznavanje opreme v reševalnem vozilu pred vstopom v NMP, nato kot obveznost; učenje v PHE in urgentnih centrih z učitelji in inštruktorji; redna periodična izobraževanja; uvajanje pod nadzorom in opravljen tečaj ALS pred vstopom v NMP; dobra organiziranost izobraževanja v vseh NMP z DPO, imobilizacija ter vsa nujna stanja; skupna izobraževanja v ustanovi enkrat mesečno; državni program tudi za tiste, ki vstopajo na delo v NMP; enoten izobraževalni program s tečaji za

vse; poenoten sistem izobraževanja po zgledu gasilcev; nacionalna poklicna kvalifikacija (NPK) za urgentne time; interna izobraževanja.

Kategorija 5: Izboljšave po zgledu razvitih držav

Pripadajoče kode: ne poznam tujih modelov; periodična izobraževanja; izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev; boljša organizacija dela; slovenski model je dober; švedski model; dodatni reševalec; medpoklicno spoštovanje in poznavanje dela drugih članov; vsekakor ne paramedikov; mesečna izobraževanja; povezati NMP in PHE enote; pred nastopom na delo v NMP opravljeni tečaji ALS, EPLS, ITLS; vrnitev na jugoslovanski sistem; finančno sprejemljive dobre prakse različnih modelov; avstrijsko-nemški model.

Iz Tabele 2 je razvidno, da vse skupine kot najpomembnejšo opredeljujejo prvo trditve, tj.

trditve o potrebi po permanentnem medpoklicnem izobraževanju vseh sodelujočih poklicnih skupin na internih in zunanjih izobraževanjih. Ocene šeste trditve kažejo na zelo enotna mnenja anketiranih o primernosti predlaganih znanj in veščin za izvajanje NMP (vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, vključno s poznavanjem aparaturne opreme, reanimacije, TPO, DPO, imobilizacije poškodovanih, vloge posameznika v timu in triaže) in o potrebnosti izobraževanja s simulacijskimi scenariji, saj je vrednost razpršenosti podatkov 0. Zelo pomembni se jim zdijo vsi predlagani ukrepi, saj jih ocenjujejo s povprečno oceno nad 6,1.

Kot najpomembnejšo izboljšavo, ki bi jo pridobili z medpoklicnim izobraževanjem (Tabela 3), anketirani izpostavijo uigranost in usklajenost članov tima pri izvajanju NMP. Vse predlagane izboljšave anketirani ocenjujejo kot zelo pomembne, tj. s povprečno oceno nad

Tabela 2: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 2

Table 2: Comparison of responses to suggested measures between groups of respondents: set 2

<i>Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v timu NMP/ Interprofessional education of employees in a team</i>	1. krog 1st cycle						2. krog 2nd cycle				
	<i>Povprečna stopnja jasnosti kazalca</i>	<i>Povprečna stopnja pomembnosti kazalca</i>	<i>Povprečna ocena, zaposleni v NMP</i>	<i>Povprečna ocena, vodje NMP</i>	<i>Povprečna ocena, oblikovalec politike</i>	<i>Interkvartilni razpon</i>	<i>Povprečna stopnja pomembnosti kazalca</i>	<i>Povprečna ocena, zaposleni v NMP</i>	<i>Povprečna ocena, vodje NMP</i>	<i>Povprečna ocena, oblikovalec politike</i>	<i>Interkvartilni razpon</i>
Vse poklicne skupine v NMP bi se morale permanentno medpoklicno izobraževati na internih in zunanjih izobraževanjih.	8,48	8,22	7,15	9	9	1 1	8,48	7,15	9	9	1
Za vse poklicne skupine v NMP bi morala država uvesti permanentno medpoklicno izobraževanje z državnim programom.	8,30	8,15	7	8,67	9	1 1	8,30	7	8,67	9	1
Vse poklicne skupine v NMP bi morale znanja in veščine obnavljati in verificirati s certifikatom.	8,37	8,04	7,07	8,67	9	1 1,5	8,37	7,07	8,67	9	1
Država bi morala poskrbeti za izobraževanje inštruktorjev, ki bi izvajali medpoklicno izobraževanje.	8,30	7,74	7	8,67	9	1 2	8,30	7	8,67	9	1
Vse poklicne skupine v NMP bi se morale medpoklicno izobraževati s pomočjo simulacijskih scenarijev.	8,44	8,15	7,15	8,67	9	0,5 1	8,44	7,15	8,67	9	0,5
Medpoklicno izobraževanje bi moralo obsegati vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, uporabo aparaturne opreme, reanimacije, uporabo zdravil pri urgentnih stanjih, imobilizacijo poškodovanih, vlogo posameznika v timu, triažo; izvajano bi moralo biti tudi s pomočjo simulacijskih scenarijev.	8,59	8,41	7,26	9	9	0 0	8,59	7,26	9	9	0

Tabela 3: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 3

Table 3: Comparison of responses to suggested measures between groups of respondents: set 3

Izboljšave, ki bi jih pridobili z medpoklicnim izobraževanjem/ Improvements that could be achieved by vocational training	1. krog/ 1st cycle						2. krog/ 2nd cycle				
	Povprečna stopnja jasnosti kazalca	Povprečna stopnja pomembnosti kazalca	Povprečna ocena, zaposleni v NMP	Povprečna ocena, vodje NMP	Povprečna ocena, oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	Povprečna stopnja pomembnosti kazalca	Povprečna ocena, zaposleni v NMP	Povprečna ocena, vodje NMP	Povprečna ocena, oblikovalec politike	Interkvartilni razpon
Boljše medpoklicno sodelovanje in odkrita komunikacija.	8,59	8,30	7,33	8,33	9	1 1	8,59	7,33	8,33	9	1
Uigranost in usklajenost članov tima pri izvajanju NMP.	8,63	8,30	7,33	8,67	9	0,5 0,5	8,63	7,33	8,67	9	0,5
Manjša možnost napak.	8,52	8,00	7,26	8,33	9	0,5 2	8,52	7,26	8,33	9	0,5
Lažje in bolj učinkovito izvajanje NMP.	8,48	8,11	7,22	8,67	8	1 1,5	8,48	7,22	8,67	8	1
Lažje sledenje smernicam in tehnološkemu razvoju.	8,52	8,04	7,22	8,67	9	1 1	8,52	7,22	8,67	9	1
Večje spoštovanje in boljši medsebojni odnosi med zaposlenimi v timu NMP.	8,59	8,15	7,33	8,67	8	1 1	8,59	7,33	8,67	8	1
Skupna kultura.	7,52	7,33	6,41	7,33	8	2,5 2,5	7,52	6,41	7,33	8	2,5

6.1. Glede stopnje pomembnosti predvidenih izboljšav anketirani svojih mnenj iz prvega v drugi krog niso spremenili, razen pri zadnjih dveh predvidenih ukrepih.

Diskusija

Zaposleni na področju zdravstvene nege v NMP, vključeni v raziskavo, so mnenja, da v času šolanja pridobijo premalo »vsega znanja«, potrebnega pri delu v NMP, in da se v času šolanja »niso naučili nič za delo v NMP«, kajti menijo, da so pridobili le »znanje za izvajanje nege«. Medtem ko je en vprašani zdravnik mnenja, da se zdravniki v času šolanja in specializacije naučijo vse za delo v NMP, je polovica vprašanih zdravnikov mnenja, da je v času šolanja teorijo treba nadgraditi s prakso. Eden izmed respondentov pa je bil tudi mnenja, da »obstaja splošni problem pomanjkanja znanja v času srednješolskega in visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi«. Formalno šolsko izobraževanje po programu medicinske fakultete, po visokošolskem programu zdravstvene nege in po programu srednje zdravstvene šole, kot pravi Mohor (2009), ne omogoča zadostnega znanja in usposobljenosti za izvajanje NMP, kajti to je zelo zahtevno in specifično delo, za katerega so potrebna posebna znanja in usposobljenost.

Večina intervjuvancev v naši raziskavi meni, da bi v času šolanja morale vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP usvojiti znanje in veščine za izvajanje ukrepov v NMP (za reanimacijo, za uporabo zdravil, za delo z aparaturami in opremo, za triažo) v okviru svojih kompetenc in svoje vloge v timu, s čimer se strinjajo tudi vodje NMP in oblikovalec zdravstvene politike. Mnenja so tudi, da bi morali vozniki reševalci in zdravstveni tehniki v času šolanja usvojiti teoretična znanja in praktične veščine, potrebne pri izvajanju ukrepov NMP, ter da bi bilo treba uvesti specializacijo iz urgentne medicine po zaključenem visokošolskem izobraževanju v zdravstveni negi, s čimer se najbolj strinja oblikovalec zdravstvene politike. Izobraževanje poklicnih skupin za delo v NMP namreč poteka v različnih organizacijskih sistemih različno. V ZDA npr. izobraževanje za zdravstvene reševalce poteka v obliki krajših tečajev do nekajmesečnega modula, kar je povezano z delom, ki ga zdravstveni reševalec opravlja v okviru pridobljenih kompetenc. Udeleženci tečaja so po končanem izobraževanju za opravljanje dela v NMP vrhunsko usposobljeni (Brennan & Krohmer, 2006). Tudi v Avstriji izobraževanje za zdravstvene reševalce poteka podobno kot v ZDA, tj. v obliki modulov, pri čemer pridobljena licenca oz. kompetence za opravljanje dela v NMP ustrezajo stopnji opravljenega

modula (Crnič, 2007). V Zvezni republiki Nemčiji, kot navaja Kupsch (2009), izobraževanje za zdravstvene reševalce poteka v obliki modulov, ki trajajo od 520 ur do 2 leti, odvisno od dela, ki ga bo zdravstveni reševalec po končanem šolanju opravljati. Na Švedskem sta v reševalnem vozilu zdravstveni tehnik in diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik, ki ima enoletno specializacijo iz urgentne medicine, kar ji/mu daje večji obseg pooblastil pri izvajanju NMP (Posavec, 2011).

Več kot tri četrtine intervjuvancev naše raziskave meni, da bi bilo medpoklicno izobraževanje koristno uvesti že v času šolanja. V slovenski raziskavi, ki je bila izvedena v sklopu medpoklicnega izobraževanja med študenti medicinskih fakultet in Fakultete za zdravstvo Jesenice, ugotavljajo, da so študenti medicine mnenja, da bi z medpoklicnim izobraževanjem izboljšali spretnosti komuniciranja z drugimi zdravstvenimi delavci, spretnosti timskega dela in da bi bila to koristna izkušnja vseh zdravstvenih strok, medtem ko je med študenti zdravstvene nege bolj prevladalo mnenje, da bi z medpoklicnim izobraževanjem izboljšali spretnosti komuniciranja s pacienti, izboljšali storitve pacientom in pozitivno prispevali pri premagovanju stereotipov o drugih poklicih. Oboji pa se enako strinjajo, da bi raje študirali s študenti drugih zdravstvenih strok in da bi medpoklicno izobraževanje izboljšalo profesionalne odnose (Peterle, 2006). Zaposleni v NMP, vodje in oblikovalec zdravstvene politike, ki so sodelovali v naši raziskavi, so namreč mnenja, da bi medpoklicno izobraževanje v času šolanja uvedli v okviru izvajanja skupnih kliničnih vaj iz urgentne medicine. Preseneča nas ugotovitev, da se s tem z najvišjo oceno bolj strinja oblikovalec zdravstvene politike kot zaposleni v NMP, čeprav vse tri skupine menijo, da je ta ukrep zelo pomemben. Po njihovem mnenju bi morale vse sodelujoče poklicne skupine v času šolanja pridobiti vpogled v pomembnost medpoklicnega sodelovanja različnih poklicnih skupin. Z raziskavo, ki sta jo v timu NMP v Angliji izvedla Ruston in Tavabie (2011), sta prišla do ugotovitev, da je vključevanje študentov medicine k zdravstvenim reševalcem v reševalno vozilo pomembno vplivalo na širjenje znanja in veščin obeh poklicnih skupin ter na razvoj boljšega medstrokovnega razumevanja. Za učinkovit razvoj urgentne medicine in strokovnjakov s tega področja bi morale, kot navajata Grmec in Klemen (2009), tako medicinske fakultete kot fakultete za zdravstveno nego uvesti kurikulum urgentne medicine v dodiplomski in podiplomski študij, vključiti urgentno medicino med izbirne predmete podiplomskega študija, omogočiti izmenjavo specializantov in mentorjev, razširiti delavnice in mreže sodelovanja ter izvajati skupne izobraževalne in znanstvenoraziskovalne projekte.

Več kot polovica vprašanih v naši raziskavi meni, da bi medpoklicno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih v NMP pripomoglo k lažjemu sledenju tehnološkega napredka in smernic v NMP. Tri četrtine vseh vprašanih intervjuvancev tudi meni, da bi to

pomenilo enotnejše znanje in veščine zaposlenih v NMP v okviru pridobljenih kompetenc ter enotno usposobljenost vseh enot NMP. Izobraževanje zaposlenih v timu NMP je sedaj po mnenju intervjuvancev »bolj prepuščeno samemu sebi« in v različnih organizacijskih enotah, znotraj katerih enote NMP delujejo, zelo različno. Nekateri člani poklicnih skupin se izobražujejo na internih izobraževanjih, drugi na individualni ravni. Največ vprašanih zdravnikov in zdravstvenih tehnikov se sedaj izobražuje na individualni ravni, največ diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov pa na internih izobraževanjih. Zdravstveni reševalci menijo, da sedaj težko sledijo smernicam in tehnološkemu razvoju v NMP. Centralna in severna danska regija, kot ugotavlja Jacobsen s sodelavci (2011), sodelujeta v projektu medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja medicinskih sester in zdravnikov iz enot NMP prav z namenom, da pridobijo nova znanja in sodelovalne navade ter vzporedni razvoj obeh strok. Medpoklicno izobraževanje bi po mnenju intervjuvancev naše raziskave pozitivno vplivalo na delo v enotah NMP. Zaposleni v NMP, vodje in oblikovalec zdravstvene politike so ocenili, da bi medpoklicno izobraževanje vplivalo na boljše medpoklicno sodelovanje in odkrito komunikacijo. V raziskavi, kjer je Weller s sodelavci (2011) ugotavljal izkušnje medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki, so ugotovili, da sta obe poklicni skupini izrazili medsebojno spoštovanje, izmenjavo informacij in skupne cilje, vendar tudi, da jih organizacijska struktura pri tem pogosto omejuje. Rezultati raziskave so namreč pokazali, da mladi zdravniki in medicinske sestre vidijo komplementarne in nekonkurenčne vloge, vendar je treba pripraviti okolje, v katerem bo mogoča odprta komunikacija. Do podobnih ugotovitev je prišel Rice s sodelavci (2010) v raziskavi, ki medpoklicno sodelovanje in komunikacijo med različnimi člani poklicnih skupin opredeljuje kot temeljni gradnik za izboljšanje varnosti pacientov in boljše rezultate pri izvajanju vse bolj zapletene zdravstvene oskrbe.

Vse tri v našo raziskavo vključene skupine so tudi mnenja, da bi skupno medpoklicno izobraževanje pomenilo bolj uigrano in usklajeno delo vseh članov zdravstvenega tima NMP, kar bi po njihovem mnenju pomenilo tudi kakovostnejšo zdravstveno oskrbo pacientov, manjšo možnost napak ter lažje in bolj učinkovito izvajanje ukrepov NMP. Weaver s sodelavci (2010) navajajo, da zagotavljanje visoke kakovosti in učinkovitosti izhaja iz usklajenega dela na podlagi strokovnega medpoklicnega usposabljanja zdravstvenega tima. Ugotavlja, da kontinuirano izobraževanje vpliva na razvijanje medsebojnih odnosov, vedenja in znanja, ki je potrebno za zelo zanesljivo in učinkovito delovanje zdravstvenega tima, nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov.

Z majhnimi medsebojnimi razlikami v ocenah in mnenjih vsi anketirani oz. vse tri skupine anketiranih

kot zelo pomembno izboljšavo, povezano s skupnim medpoklicnim izobraževanjem, ocenjujejo skupno kulturo zdravstvenega tima NMP. Le-ta je, kot ugotavlja Skela-Savič (2006), osnova za timsko delo, sodelovanje in uvajanje izboljšav, vendar je skupne kulture, kot pravi avtorica, premalo, saj je preveč kulture hierarhije, ki pa je z uvajanjem sprememb negativno povezana. Medtem ko je avtorica z raziskavo ugotovila, da v slovenskih bolnišnicah prevladuje kultura hierarhije, raziskavo tem, kakšna kultura prevladuje v enotah NMP, pri pregledu literature nismo zasledili. Za zagotavljanje dobrega timskega dela, kot ugotavljata Xyrichis in Raem (2008), je potrebno usklajeno delo pri skupnem ocenjevanju, načrtovanju in izvajanju zdravstvene oskrbe pacienta, saj se skupni cilj doseže le s soodvisnim sodelovanjem, odprto komunikacijo in skupnim odločanjem, ki hkrati ustvari dodano vrednost tako za pacienta kot za organizacijske in kadrovske rezultate.

Kot pomembna znanja in veščine, za katere anketirani menijo, da bi se zdravniki in diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki o njih morali skupaj izobraževati in usposablјati, anketirani navajajo vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, uporabo aparatov in opreme, triažo, TPO, reanimacijo odraslih in otrok ter imobilizacijo poškodovanih, tečaj ALS, ki vključuje začetne in nadaljnje postopke oživljanja, ter tečaj ITLS, ki vključuje oskrbo poškodovanca. Oba tečaja, ki ju vodijo izšolani inštruktorji, v Sloveniji že potekata. V državah, kjer je opravljen tečaj ITLS pogoj za dovoljenje za delo s poškodovanci, je treba vsake štiri leta znanje s posebnim enodnevnim tečajem osvežiti in se ponovno verificirati (Košir, 2007). Pri nas vsak član tima NMP, ki uspešno opravi enega ali oba omenjena tečaja ali ga oz. ju uspešno obnovi, pridobi certifikat, vendar le-ta ni pogoj za opravljanje dela v NMP. Vprašani menijo, da sta med potrebnimi vsebinami in veščinami, ki bi jih bilo treba skupaj osvojiti in se jih naučiti, tudi porod na terenu in tehnično reševanje pri masovnih nesrečah. V Sloveniji je izobraževanje in usposabljanje enot NMP s področja velikih nesreč, kot ugotavlja Mohor (2009), prepuščeno samim enotam NMP, saj nimamo sistemsko urejenega izobraževanja in usposabljanja za vse enote NMP, torej ni predpisane vsebine, oblike, trajanja in ponavljanja izobraževanj in usposabljanj s področja velikih nesreč.

Po mnenju vprašanih v naši raziskavi bi se morale vse sodelujoče poklicne skupine NMP skupaj izobraževati s pomočjo simulacijskih scenarijev, ki so, kot navaja Vlahovič (2007), dragocena metoda učenja za pridobivanje praktičnih spretnosti in znanj, potrebnih pri delu v NMP, saj omogočajo izvajanje določenih postopkov in posegov, ki so nujno potrebni v situacijah, ki zahtevajo takojšnjo strokovno in ustrezno obravnavo pacientov. Izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev je še posebej pomembno za tiste zaposlene v zdravstvenem timu NMP, ki se pri svojem delu manj pogosto srečujejo s primeri hitrega ukrepanja, hkrati pa povezuje vse sodelujoče poklicne skupine tima. Prav tako so vse tri anketirane skupine enotnega mnenja,

da bi se zaposleni v NMP morali skupaj izobraževati in usposablјati iz vseh vsebin, ki so jih intervjuvanci predlagali za simulacijske scenarije. V raziskavi, ki jo je Kipfel s sodelavci (2011) izvedel med medicinskimi sestrami in zdravniki, ki so se medpoklicno izobraževali s pomočjo simulacijskih scenarijev, so ugotovili, da je ta oblika izobraževanja zelo pozitivno vplivala na povezovanje in izboljšanje sodelovalnih odnosov, delovno klimo in zadovoljstvo zaposlenih, klinični scenariji s pomočjo simulacijskih scenarijev pa so dobro učno sredstvo, ki si ga zaposleni želijo tudi v bodoče.

Ugotovitve naše raziskave kažejo, da bi se morale vse sodelujoče poklicne skupine v NMP kontinuirano izobraževati na internih in zunanjih izobraževanjih z državnim programom. Vsem trem skupinam se zdi tudi zelo pomembno, da bi se izobraževali s pomočjo simulacijskih scenarijev ter znanje obnavljali in verificirali s certifikatom. Kot ugotavljata Davies in Gidman (2011), je treba medpoklicno izobraževanje vzpodbujati z dobro načrtovanimi učnimi programi in ga, kot pravita Laurenson in Brocklehurst (2011), uvesti v kvalifikacijo akreditacije posamezne stroke. Vsem trem skupinam se zdi zelo pomembno tudi to, da za potek samega izobraževanja in za izobraževanje inštruktorjev, ki bi izobraževanje izvajali, poskrbi država. Podobno ugotavljajo tudi avtorji drugih raziskav v Sloveniji. Izobraževanje in usposabljanje članov zdravstvenega tima NMP je, kot ugotavlja Mohor (2009), še vedno največ odvisno od posameznikov in zdravstvenih organizacij, kjer so zaposleni, zato so različno izobraženi in usposobljeni. Da bi dosegli ustrezen standard znanja in usposobljenosti, ki bi bil predpisan za vse enote NMP v Sloveniji, bi morali pripraviti seznam vsebin izobraževanja in usposabljanja za člane enot NMP, določiti izvajalce izobraževanja in način takega izobraževanja in usposabljanja. Potrdilo o opravljenem izobraževanju in usposabljanju s področja NMP bi bilo veljavno določen čas oz. bi ga bilo treba pred pretekom tega časa spet obnoviti z novim izobraževanjem.

Kot pravi Žmavc (2009), za delo v NMP trenutno ni nobenih strokovnih pogojev, le splošni, ki veljajo za delo v zdravstvu nasploh. To pa za NMP vsekakor ni dovolj. Trenutno je znanje bolj odvisno od interesa posameznika in kritičnosti lokalnega vodstva kot pa od sistema oziroma predpisov. Pravilnik sicer omenja dodatno usposabljanje za delo v NMP, vendar ga z ničemer natančno ne opredeljuje. Določa le, da usposobljenost predpiše minister na osnovi predloga Razširjenega strokovnega kolegija za urgentno medicino. Strategija razvoja sistema NMP vsebuje spremembe izobraževanja in usposabljanja s področja NMP za zaposlene zdravstvene delavce, vendar iz vsebine ni mogoče prepoznati, za kakšno obliko izobraževanja in usposabljanja gre niti katere konkretne izboljšave prinaša. Prav tako dokument o strategiji razvoja sistema NMP ne določa natančnega programa usposabljanja, ki ga določi minister, kajti v dosedanji praksi je minister program samo določil, realizacija programa pa je prepuščena

posamezniku in lokalnemu vodstvu, ki različno pogosto pošilja svoje zaposlene delavce na izobraževanje in usposabljanje. Tako prihaja do neenotnega znanja in usposobljenosti med člani istih poklicnih skupin kot tudi med člani različnih poklicnih skupin. Za učinkovito delo enot NMP je vsekakor potrebno medpoklicno sodelovanje, za katerega velja, da je tesno povezano z medpoklicnim izobraževanjem. Naloga države je, kot pravi Mohor (2009), da strokovnjakom omogoči vzpostavitev sodobnega sistema NMP, ki bo zagotavljal optimalno izvajanje NMP.

Z raziskavo smo potrdili pomanjkljivost našega izobraževalnega sistema, zato predlagamo, da prevzamemo dobre prakse drugih organizacijskih modelov: razširitev znanj in veščin zdravstvenih tehnikov z znanji in veščinami, potrebnimi za delo v NMP; uvedbo specializacije iz urgentne medicine za diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike; medpoklicno izobraževanje s simulacijskimi scenariji za dodiplomske študente medicine in zdravstvene nege ter za zaposlene v enotah NMP, verifikiranje znanja s certifikatom in vzpostavitev sistema nadzora.

Pri pregledu ugotovitev raziskave se zavedamo sodelovanja samo ene inštitucije oblikovalca zdravstvene politike, ki je sicer koristno in pomembno prispevala k ugotovitvam raziskave, vendar bi s sodelovanjem več inštitucij lahko prišli do drugačnih rezultatov. Zaradi organizacijskih in izobraževalnih posebnosti sistema NMP v Sloveniji smo vprašalnik metode delfi izdelali sami, zato smo v raziskavo vključili manjši vzorec respondentov. Uporaba izdelanega merskega instrumenta na večjem vzorcu bi morebiti prinesla učinkovitejše predloge izboljšav sedanjega stanja.

Zaključek

Raziskave tujih avtorjev govorijo v prid medpoklicnemu izobraževanju in dobro načrtovanim učnim programom za zaposlene v NMP. Pomembno je, da se programi znanj in veščin s področja nujnih stanj v zdravstvu ustrezno oblikujejo in akreditirajo za vse poklicne skupine, ki sestavljajo zdravstveni tim enote NMP ter da se izpopolnjevanje in usposabljanje vrši hkrati za celoten zdravstveni tim NMP. Temu pritrudi tudi naša raziskava.

Delo tima NMP je, kot pravi eden izmed vprašanih, usklajeno takrat, ko člani tima »brez besed, le s pogledom« uspešno izvedejo nujni ukrep.

Nasprotje interesov/Conflicts of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Literatura

Brennan, J.A. & Krohmer, J.R., eds., 2006. *Principles of EMS systems*. 3rd ed. Sudbury: Jones and Bartlett, pp. 340–349.

Clark, P.G., 2011. Examining the interface between interprofessional practice and education: lessons learned from Norway for promoting teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), pp. 26–32.

<http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2010.497751>

PMid:20795829

Crnič, I., 2007. Reševalci v Sloveniji in tujini. In: A. Pasavec, ed. *Zbornik predavanj. Strokovni seminar Zdravstveni reševalec – poklic, poslanstvo ali izziv, 16. oktober 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 12–16.

Davies, S. & Gidman, J., 2011. Interprofessional education within a university NMP programme. *Nurse Prescribing*, 9(6), pp. 299–302.

<http://dx.doi.org/10.12968/npre.2011.9.6.299>

Delva, D., Jamieson, M. & Lemieux, M., 2008. Team effectiveness in academic primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 22(6), pp. 598–611.

<http://dx.doi.org/10.1080/13561820802201819>

PMid:19012140

Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354/132. Available at:

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [2. 12. 2015].

Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications, 2005. *Official Journal of the European Union*, L 255, pp. 22–142. Available at:

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EN:PDF> [2. 12. 2015].

Grmec, Š. & Klemen, P., 2009. Izobraževanje in znanstvenoraziskovalno delo v okviru sistema NMP v Sloveniji. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2009: zbornik: šestnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 17.–20. junij 2009*. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 197–199.

- Grmec, Š. & Žmavc, A., 2007. Modeli organizacije urgentne medicine in specializacije urgentne medicine v svetu in specializacija urgentne medicine v Sloveniji. In: Š. Grmec & D. Kupnik, eds. *Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje: 3. strokovni seminar z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj, Maribor, 4.–6. oktober 2007*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, pp. 297–304.
- Jacobsen, A. & Villumsen Niels, K., 2011. New, shared emergency departments require training and an interdisciplinary outlook [Danish]. *Sygeplejersken*, 111(8), pp. 64–67.
- Jelenovec, S. & Železnik, D., 2011. Aktivnosti in kompetence reševalca diplomiranega zdravstvenika – izziv zdravstveni negi. In: M. Lahe & A. Lovrenčič, eds. *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo: 3. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Maribor, 15. september 2011*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 331–337.
- Kipfel, J.M., Gettman, M.T., Johnson, K.M., Olson, M.E., Derscheid, D.J., Maxon, P.M., et al., 2011. Using high-fidelity simulation to develop nurse-physician teams. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(8), pp. 347–359. <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20110201-02> PMID:21332106
- 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.
- Košir, R., 2007. Vloga tečajev Advanced trauma life support (ATLS) v prehospitalni dejavnosti. In: Š. Grmec & D. Kupnik, eds. *Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje: 3. strokovni seminar z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj, Maribor, 4.–6. oktober 2007*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, pp. 306–316.
- Kupsch, A., 2009. Emergency medicine and interhospital transport in Germany. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2009: zbornik: šestnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 17.–20. junij 2009*. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 35–39.
- Laurenson, M., Brocklehurst, H., 2011. Interprofessionalism, personalization and care provision. *British Journal of Community Nursing*, 16(4), pp. 184–190. <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.4.184> PMID:21471921
- Mohor, M., 2009. (Ne)pripravljenost predbolnišničnega sistema nujne medicinske pomoči v Sloveniji na velike nesreče. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2009: zbornik: šestnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 17.–20. junij 2009*. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 192–196.
- Mohor, M., 2009. Glavni problemi sistema predbolnišnične nujne medicinske pomoči v Sloveniji danes. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2009: zbornik: šestnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 17.–20. junij 2009*. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 153–158.
- Pelling, S., Kalen, A., Hammer, M. & Wahlström, O., 2011. Preparation for becoming members of health care teams: findings a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 25(5), pp. 328–332. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2011.578222> PMID:21635182
- Peterle, H., 2006. Stališča študentov medicine in zdravstvene nege Univerze v Ljubljani do medpoklicnega izobraževanja. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(3), pp. 129–136. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2006.40.3.129> [6. 9. 2016].
- Ponte, P.R., Gross, A.H., Milliman-Richard, Y.J. & Lacey, K., 2010. Interdisciplinary teamwork and collaboration: an essential element of a positive practice environment. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), pp. 159–189. <http://dx.doi.org/10.1891/0739-6686.28.1.59> PMID:21639027
- Posavec, A., 2011. Predpisovanje zdravil s strani reševalcev, izkušnje iz tujine. In: A. Posavec, ed. *Varna uporaba zdravil v predbolnišnični nujni medicinski pomoči: zbornik predavanj: strokovni seminar Zdravila v rokah reševalca, Velenje, 15. in 16. april 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 167–177.
- Premik, M., 2007. Zdravnik in medpoklicno sodelovanje v zdravstvu. *Zdravstveni vestnik*, 76(1), pp. 49–53.
- Rice, K., Zwarenstein, M., Conn, L.G., Kenaszchuk, C., Russell, A. & Reeves, S., 2010. An intervention to improve interprofessional collaboration and communication: a comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), pp. 350–361. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820903550713> PMID:20540614
- Ruston, A. & Tavabie, A., 2011. An evaluation of a training placement in general practice for paramedic practitioner students: improving patient-centred care through greater interprofessional understanding and supporting the development of autonomous practitioners. *Quality in Primary Care*, 19(3), pp. 167–173. PMID:21781432
- Sagadin, J., 2003. *Statistične metode za pedagoge: kvartilni razmik*. Maribor: Obzorja, p.75.
- Skela-Savič, B., 2006. Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege? *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 187–196. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2006.40.4.187> [6. 9. 2016].

- Šprajc, I., 2011. *Racionalizacija mreže predbolnišnične nujne medicinske pomoči s spremembo kadrovske strukture zaposlenih: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, pp. 23–27. Available at: <http://www.cek.ef.uni-lj.si/magister/sprajc642-B.pdf> [6. 9. 2016].
- Urbanc, M., Perko, D. & Petek, F., 2008. Prihodnost Alp in Delphi metoda. *Geografski vestnik*, 80(2), pp. 143–153. Available at: <http://zgds.zrc-sazu.si/GV2008/gv80-2/gv80-2-urbancperkopetek.pdf> [6. 9. 2016].
- Vlahovič, D., 2007. Učenje s simulacijami. In: Š. Grmec & D. Kupnik, eds. *Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje: 3. strokovni seminar z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj, Maribor, 4.–6. oktober 2007*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, pp. 305–308.
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, pp. 61–64.
- Weaver, S.J., Rosen, M.A., Salas, E., Baum, K.D. & King, H.B., 2010. Integrating the science of team training: guidelines for continuing education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 30(4), pp. 208–220. PMID:21171026
- Weller, J.M., Barrow, M. & Gasquoine, S., 2011. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Medical Education*, 45(5), pp. 478–487. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x> PMID:21414024
- 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), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].
- Xyrichis, A. & Ream, E., 2008. Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), pp. 232–241. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x> PMID:18186914
- Žmavc, A., 2009. Razvoj sistema NMP v Sloveniji. In: M. Gričar & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2009: zbornik: šestnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 17.–20. junij 2009*. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 150–152.

Citirajte kot/ Cite as:

Železnjak, V. & Skela-Savič, B., 2016. Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v nujni medicinski pomoči. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 296–307. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.98>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije

Frequency and characteristics of patient violence against healthcare providers in emergency and psychiatric care settings

Matej Bojić, Urban Bole, Branko Bregar

Ključne besede: agresija; medicinske sestre; pacienti; reševalci; razširjenost

Key words: violence; nurses; patients; rescuers; distribution

Matej Bojić, dipl. zn.

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

Urban Bole, dipl. zn.

Oba/Both: Psihiatrična
bolnišnica Begunje, Begunje 55,
4275 Begunje

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

IZVLEČEK

Uvod: Nasilje pacientov nad zdravstvenimi delavci je ena izmed najbolj perečih težav, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci. Namen raziskave je bil proučiti pojavnost ter oblike nasilnih vedenj, ki so jim izpostavljeni zdravstveni delavci na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči.

Metode: Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi z nenaključnim priročnim vzorcem. Uporabljen je bil strukturirani vprašalnik Perception of Prevalence of Aggression Scale. Sodelovalo je 197 anketirancev. Raziskava je potekala od junija do oktobra 2015. Podatki so bili obdelani z deskriptivno statistiko, s faktorsko analizo – z metodo poševne rotacije OBLIMIN, z Mann-Whitneyevim testom in s Kruskal-Wallisovim testom.

Rezultati: Zaposleni v psihiatriji so pogosteje kot ostali anketiranci soočeni z manj ogrožajočim vedenjem ($U = 2092,00$, $p = 0,008$) in ogrožajočim vedenjem ($U = 1685,50$, $p = 0,000$). Anketirani z nižjo izobrazbo in zaposleni v izmenah so tisti, ki so nasilju bolj izpostavljeni. Ženske so v primerjavi z moškimi pogosteje soočene s spolnim nasilnim vedenjem ($U = 3962,00$, $p = 0,033$). Za obvladovanje nasilnega vedenja so anketirani nezadostno usposobljeni ($\bar{x} = 2,8$, $s = 1,186$)

Diskusija in zaključek: Zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah in enotah nujne medicinske pomoči se v raziskavi pogosto srečujejo z nasiljem. Potrebne bi bile raziskave, ki bi proučile povezanost usposabljanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacientov na pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci.

ABSTRACT

Introduction: Patient violence against health professionals is one of the most disturbing problems faced by health workers. The study aimed to identify the rates of occurrence and types of adverse events perpetrated by patients to which healthcare workers are exposed in emergency and inpatient psychiatric care settings.

Methods: The study was based on a non-experimental quantitative method. The convenience non-random sample, consisting of 197 participants, was selected for study purposes. The structured Perception of Prevalence of Aggression Scale questionnaire was used as a research instrument. The survey was conducted from June to October 2015. The data were analysed using descriptive statistics, factor analysis (the method of direct oblimin factor rotation), Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test.

Results: The pervasiveness of aggression in acute psychiatric and other mental health settings has been documented. The health personnel in psychiatric settings experience higher rates of mild ($U = 2092,00$, $p = 0,008$) and severe ($U = 1685,50$, $p = 0,000$) patient violence than other respondents. The most vulnerable group includes the respondents with lower education and those working in shifts. Women are more likely to be victims of sexual aggression than men ($U = 3962,00$, $p = 0,033$). It was established that the respondents had no or little training regarding the management of potentially violent patients ($\bar{x} = 2,8$, $s = 1,186$).

Discussion and conclusion: As the health professionals working in psychiatric settings and emergency units are often confronted with patient aggressive or violent behaviour, further research is needed to establish the effectiveness of intervention or management strategies on the rate of aggression or violence of patients.

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Mateja
Bojića *Izpostavljenost nasilju
zdravstvenih delavcev na
delovnem mestu* (2016).

Prejeto/Received: 21. 9. 2016
Sprejeto/Accepted: 29. 11. 2016

Uvod

Z nasiljem se srečujemo vse življenje, kajti prav nasilje je posebna oblika vedenja, ki predstavlja značilnost vseh živih bitij. Pri nasilju gre za zlorabo moči – povzročitelj z večjo močjo le-to zlorablja za nasilje nad šibkejšo žrtvijo (Turk, 2013). Pogosto isto nasilno dejanje vrednotimo različno, in sicer glede na to, nad kom je izvršeno. Če je na primer napaden policist, le-ta napadalca za takšno pravno formalno in družbeno nesprejemljivo dejanje lahko kaznuje, medtem ko zaposleni v zdravstvu nasilje doživljajo kot sestavni del poklica in teh incidentov niti ne prijavljajo (Magnavita, 2014). Nasilju na delovnem mestu so najbolj izpostavljeni zaposleni v zdravstveni negi, saj se z nasiljem redno srečuje več kot polovica zaposlenih (Gates, et al., 2011; Hahn, et al., 2012; Xing, et al., 2016). Nekateri avtorji posebej izpostavljajo predvsem področje urgentne medicine, reševalnih služb in domove starejših občanov, kjer nasilje nad zaposlenimi predstavlja velik problem (Kowalenko, et al., 2012; Hamdan & Abu Hamra, 2015; Gabrovec, 2015; Gabrovec & Eržen, 2016). Opozoriti je treba na dejstvo, da petdeset odstotkov žrtev o nasilnem dejanju ne spregovori in ga ne prijavi (Babnik, et al., 2012). Dejavnike tveganja nasilja razdelimo v dve skupini. V prvo skupino sodijo demografski podatki pacienta, stopnja izobrazbe, poškodbe glave v preteklosti in dejavniki, na katere s kliničnimi intervencijami ne moremo vplivati. Druga skupina vsebuje različne dinamične dejavnike tveganja, npr. preganjalne blodnje, halucinacije, zdravljenje oziroma sprejem proti volji pacienta, depresijo, brezupnost, izdelan načrt za samomor in dostop do orožja. Na te dejavnike lahko vplivamo s kliničnimi intervencijami (Anderson & West, 2011; Xing, et al., 2016).

Objavljene raziskave o nasilju nad zdravstvenimi delavci so metodološko tako kvalitativno kot kvantitativno zasnovane (Gordon, et al., 2012; Gomaa, et al., 2015). S kvalitativno zasnovanimi raziskavami raziskovalci skušajo ugotoviti doživljanje zaposlenih v zdravstvu ob nasilnih pacientih, njihovo razumevanje in občutke, ki se pri tem pojavljajo (Hahn, et al., 2012; Hvidhjelm, et al., 2014). S kvantitativno zasnovanimi raziskavami raziskujejo predvsem pogostost ter oblike nasilja, ki so mu izpostavljeni zdravstveni delavci. Tuje raziskave o pojavnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci kažejo, da so verbalno nasilje izkusili skoraj vsi zaposleni (Swain, et al., 2014), fizično je bilo s strani pacienta napadenih 42 % anketirancev (Hahn, et al., 2010), spolno nadlegovanje pa je na delovnem mestu doživela petina anketirancev (Park, et al., 2015). V zdravstveni negi na področju psihiatrije ter na področju nujne medicinske pomoči se je kar 73 % anketirancev že soočalo z avtoagresivnim vedenjem oziroma poskusi samomora obravnavanih pacientov (Maguire & Ryan, 2007; Kowalenko, et al., 2012). Domači strokovnjaki (Kvas & Seljak, 2014) pa med

692 anketiranimi zaposlenimi v zdravstveni negi ugotavljajo, da je različne oblike nasilja doživelo 61,6 % udeleženih v raziskavi. Večina jih je bila izpostavljena psihičnemu nasilju (60,1 %). Zaradi strahu pred poročanjem o spolnem nasilju in pred izgubo službe 17,9 % anketirancev spolnega nasilja ni prijavila. Kvas in Seljak (2014) še ugotavljata, da so prav zaposleni v zdravstveni negi najpogosteje izpostavljeni fizičnem nasilju s strani pacientov (20,8 %).

Namen in cilji

Večkrat uporabljen instrument za merjenje pogostosti in oblik nasilja na delovnem mestu je validiran vprašalnik Perceptions of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) (Maguire & Ryan, 2006; Gale, et al., 2009; Hahn, et al., 2012). Vprašalnik je bil prvič uporabljen leta 2000 (Oud, 2000), v Sloveniji pa je z njim Ključanin (2015) raziskovala pojavnost nasilja med zaposlenimi v socialnovarstvenem zavodu. Odločili smo se, da pojavnost in oblike nasilja med zaposlenimi še dodatno raziščemo, in se osredotočili predvsem na zaposlene v nujni medicinski pomoči (NMP) ter v psihiatričnih bolnišnicah. Raziskati smo želeli pojavnost ter oblike nasilnih vedenj, ki so jim izpostavljeni zdravstveni delavci na področju psihiatrije in NMP. Uporabili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

- S katerimi oblikami nasilja se anketiranci srečujejo?
- Kakšna je razlika v pojavnosti oblik nasilja v povezavi s poklicem?
- Kakšen je vpliv področja delovnega mesta na pojavnost oblik nasilja?
- Kakšen vpliv imata nočno delo in spol zaposlenih na nasilno vedenje pacientov?
- Kakšne oblike reševanja nasilja na delovnem mestu vidijo anketiranci?

Metode

Uporabili smo neeksperimentalno opisno kvantitativno raziskovalno metodo.

Opis instrumenta

Podatke smo pridobili s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Prvi sklop se je nanašal na demografske podatke, podatke o številu osebja in posamezne trditve o soočanju z nasiljem, občutku varnosti ter potrebi po izobraževanju na tem področju. Za oceno trditve smo uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico (z ocenami od 1 do 5: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti niti, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam).

Drugi sklop instrumenta je predstavljal standardizirani vprašalnik POPAS (Oud, 2000), ki zajema najpogostejše oblike agresivnega vedenja. Vprašalnik, ki je prosto dostopen na spletu, smo

s pomočjo strokovnjaka za angleški jezik prevedli v slovenščino, nato smo izvedli dvojno slepo preverjanje ter ustreznost slovenskega prevoda preverili s prevodom iz slovenščine zopet v angleški jezik. Vprašalnik obsega 16 vprašanj, ki zajemajo vse oblike nasilja. Anketiranci se s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice opredelijo, kako pogosto so se v zadnjih 12 mesecih srečali z določeno obliko nasilja pri čemer pomenijo: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – občasno, 4 – pogosto, 5 – zelo pogosto. Vprašalnik POPAS se je v predhodnih raziskavah izkazal kot zanesljiv, saj je cronbachov koeficient alfa znašal 0,86 (Oud, 2000). Zanesljivost merskega instrumenta POPAS smo v naši raziskavi prav tako preverili s cronbachovim koeficientom alfa, ki je znašal 0,904 in kaže na visoko zanesljivost (Cencič, 2009). Šestnajst oblik nasilja, ki so zajete v vprašalniku POPAS, smo s faktorsko analizo z reducirali v manjše število faktorjev oz. spremenljivk. Vrednosti Bartlettovega testa ($p < 0,001$), Kaiser-Meyer-Olkinovega testa (0,884) in vseh komunalitet (vse so nad 0,5) kažejo, da so podatki primerni za izvedbo faktorske analize. Z metodo poševne rotacije OBLIMIN smo dobili štiri faktorje, s katerimi lahko pojasnimo 68,41 % skupne variance. V prvi faktor, ki smo ga poimenovali »ogrožajoče nasilno vedenje« (z njim pojasnimo 42,67 % skupne variance), spadajo naslednje trditve: »občasno manipulativno nasilno vedenje«, »nasilje s fizičnimi grožnjami«, »uničevalno nasilno vedenje«, »zmerno fizično nasilje« in »težje fizično nasilje« (Cronbach $\alpha = 0,82$). V drugi faktor, ki smo ga poimenovali »manj ogrožajoče nasilno vedenje« (z njim pojasnimo 10,35 % skupne variance), smo uvrstili trditve: »napadi brez jasnih groženj«, »napadi z jasnimi grožnjami«, »ponižujoče nasilno vedenje«, »izzivalno nasilno vedenje«, »pasivno nasilno vedenje« (Cronbach $\alpha = 0,87$). Tretji faktor »spolno nasilje« (z njim pojasnimo 8,57 % skupne variance) sestavljata trditvi: »spolno nadlegovanje/zloraba« in »spolni napad/posilstvo« (Cronbach $\alpha = 0,57$). V četrtem faktorju »samomorilno vedenje« (z njim pojasnimo 6,81 % skupne variance) so združene trditve: »zmerno nasilje, usmerjeno proti sebi«, »težje nasilje, usmerjeno proti sebi«, »poskus samomora«, »samomor (smrt)« (Cronbach $\alpha = 0,71$).

Razumljivost vprašalnika smo pred anketiranjem preverili pri petih zaposlenih v zdravstveni negi. Dodatnih vsebinskih pripomb nismo prejeli. Cronbachov koeficient alfa celotnega instrumenta, brez vključenih socialnodemografskih podatkov, znaša 0,86, kar kaže na to, da trditve v celotnem vsebinskem delu vprašalnika merijo isti koncept.

Opis vzorca

Namenski vzorec je vključeval zdravstvene delavce, zaposlene v Psihiatrični bolnišnici Begunje, zdravstvene delavce, zaposlene v enotah NMP v Kranju ter na Jesenicah, ter zdravstvene delavce, zaposlene

na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Razdeljenih je bilo 260 vprašalnikov. Pravilno izpolnjenih smo prejeli 197. Med anketiranci je bilo 114 (57,9 %) žensk in 83 (42,1 %) moških. Večji del anketiranih je bilo zdravstvenih tehnikov ($n = 107$ oz. 54,3 %), nekaj manj je bilo diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov ($n = 74$ oz. 37,6 %), v manjšem deležu so bili zastopani zdravniki ($n = 10$ oz. 5,1 %) in diplomirani delovni terapevti ($n = 6$ oz. 3 %). Največ zaposlenih je bilo z delovno dobo med 6 in 15 let ($n = 69$ oz. 35 %), najmanj pa do pet let ($n = 14$ oz. 7,1 %). Nočno delo opravlja 158 (80,2 %) anketiranih. Največ anketiranih dela na oddelku pod posebnim nadzorom v psihiatrični bolnišnici ($n = 113$ oz. 57,4 %), 43 ($n = 21,8$ %) pa jih dela v enotah NMP.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

S strani Psihiatrične bolnišnice Begunje, Zdravstvenega doma Kranj ter Zdravstvenega doma Jesenice smo predhodno pridobili pisno soglasje za izvedbo raziskave. Anketirane smo predhodno seznanili z namenom raziskave ter jim zagotovili anonimnost. Anketirane zaposlene na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor smo anketirali izven bolnišnice, in sicer na strokovnih srečanjih Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Anketiranje je bilo izvedeno v obdobju od julija do oktobra 2015. Ker v vseh kliničnih okoljih nismo prejeli dovoljenja za opravljanje raziskave, podatkov nismo analizirali glede na zdravstveni zavod. Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo vprašalnika, smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS verzija 22.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Uporabili smo opisno statistiko, pri spremenljivkah smo uporabili frekvence, odstotke in povprečno vrednost. Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki smo jih obdelali z opisnimi statistikami, smo skušali ugotoviti razlike med spremenljivkami. Za analizo podatkov smo uporabili različne statistične metode: faktorsko analizo – metodo poševne rotacije OBLIMIN, Mann-Whitneyev test in Kruskal-Wallisov test. Statistično značilnost smo določili pri vrednosti $p \leq 0,05$.

Rezultati

Anketirani se najpogosteje srečujejo z napadi brez jasnih groženj ($\bar{x} = 3,45$), s pasivnim nasilnim vedenjem ($\bar{x} = 3,36$) in z izzivalnim nasilnim vedenjem ($\bar{x} = 2,66$). Najmanj pogosto se anketiranci srečujejo s spolnim nadlegovanjem ($\bar{x} = 1,62$) in spolnim napadom/posilstvom ($\bar{x} = 1,16$). Bolj podrobni podatki so v Tabeli 1.

V nadaljevanju smo posamezne faktorje, ki smo jih dobili s pomočjo faktorske analize, primerjali glede na spol, področje dela, izmensko delo in poklic (Tabela 2).

Tabela 1: *Pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci*
 Table 1: *The incidence of violence against healthcare workers*

<i>Oblike nasilja/Types of violence</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>s</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Napadi brez jasnih groženj	197	3,45	3,00	5	1,26	1	5
Napadi z jasnimi grožnjami	197	2,53	2,00	2	1,16	1	5
Ponižujoče nasilno vedenje	197	2,62	3,00	3	1,21	1	5
Izzivalno nasilno vedenje	197	2,66	3,00	2	1,07	1	5
Pasivno nasilno vedenje	197	3,36	3,00	3	1,25	1	5
Občasno manipulativno nasilno vedenje	197	2,12	2,00	1	1,20	1	5
Nasilje s fizičnimi grožnjami	197	2,35	2,00	3	1,11	1	5
Uničevalno nasilno vedenje	197	2,10	2,00	2	1,05	1	5
Zmerno fizično nasilje	197	1,93	2,00	2	0,95	1	5
Težje fizično nasilje	197	1,63	1,00	1	0,90	1	5
Zmerno fizično nasilje, usmerjeno proti sebi	197	2,13	2,00	2	1,03	1	5
Težje nasilje, usmerjeno proti sebi	197	1,95	2,00	1	1,05	1	5
Poskus samomora	197	2,00	2,00	1	1,08	1	5
Samomor	197	1,64	1,00	1	0,92	1	5
Spolno nadlegovanje/zloraba	197	1,62	1,00	1	0,80	1	5
Spolni napad/posilstvo	197	1,16	1,00	1	0,43	1	4

Legenda/Legend: n – šteto/number; \bar{x} – povprečna vrednost/average value; s – standardni odklon/standard deviation; M – mediana/median; Mo – modus/mode; Min – minimalna vrednost/minimum value; Max – maksimalna vrednost/maximum value

Tabela 2: *Pojavnost posameznih oblik nasilja glede na spol, področje dela, izmensko delo in poklic*
 Table 2: *Specific forms of violence by gender, field of work, shift work and occupation*

<i>Faktorji/ Factors</i>	<i>n</i>	<i>Spol/ Gender U (p)</i>	<i>Področje dela/ Field of work U (p)</i>	<i>Izmensko delo/ Shift work U (p)</i>	<i>Poklic/ Occupation $\chi^2(2) (p)$</i>
Manj ogrožajoče nasilno vedenje	197	3928,00 (0,042)	2092,00 (0,008)	1294,50 (0,001)	12,09 (0,002)
Ogrožajoče nasilno vedenje	197	4491,50 (0,542)	1685,50 (0,001)	1440,50 (0,001)	16,92 (0,001)
Spolno nasilje	197	3962,0 (0,033)	2646,00 (0,425)	1638,00 (0,009)	5,57 (0,062)
Samomorilno vedenje	197	4153,50 (0,141)	2679,00 (0,531)	1377,50 (0,001)	0,12 (0,938)

Legenda/Legend: n – šteto/number; U – Mann-Whitneyev test/Mann-Whitney test; $\chi^2(2)$ – Kruskal-Wallisov test/Kruskal-Wallis test; p – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 3: *Trditve o varnosti na delovnem mestu*
 Table 3: *Statements related to workplace safety*

<i>Trditve/Statements</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>s</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Na delovnem mestu sem izpostavljen verbalnemu nasilju.	197	3,83	4,00	5	1,297	1	5
Na delovnem mestu sem izpostavljen fizičnemu nasilju.	197	3,31	3,00	5	1,371	1	5
Na delovnem mestu se počutim varno.	197	3,51	4,00	4	1,013	1	5
Za obvladovanje nasilja potrebujemo več osebja.	197	4,00	4,00	5	1,161	1	5
Za obvladovanje nasilnega vedenja pacientov sem dovolj usposobljen.	197	2,98	3,00	3	1,186	1	5
Želim si več usposabljanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacientov.	197	3,89	4,00	5	1,215	1	5
V naši ustanovi imamo ničelno toleranco do nasilja pacientov.	197	2,85	3,00	3	1,350	1	5
Menim, da je doseganje varnosti zaposlenih v naši ustanovi eno izmed prednostnih nalog.	197	3,54	4,00	5	1,379	1	5

Legenda/Legend: n – šteto/number; \bar{x} – povprečna vrednost/average value; M – mediana/median; Mo – modus/mode; s – standardni odklon/standard deviation; Min – minimalna vrednost/minimum value; Max – maksimalna vrednost/maximum value

Med ženskami in moškimi obstajajo statistično pomembne razlike pri soočanju z manj ogrožajočim nasilnim vedenjem ($U = 3928,00, p = 0,042$) in spolnim nasiljem ($U = 3962,00, p = 0,033$), z obema vrstama nasilja se statistično pomembneje srečujejo ženske. Glede področja dela (enote NMP, psihiatrija, ostalo) se v psihiatriji statistično pomembneje spopadajo z manj ogrožajočim nasilnim vedenjem ($U = 2092,00, p = 0,008$) in ogrožajočim nasilnim vedenjem ($U = 1685,50, p = 0,001$). Tisti, ki delajo ponoči oz. v izmenskem delu, se z vsemi vrstami nasilja srečujejo statistično pomembno pogosteje kot tisti, ki delajo samo v dopoldanski izmen: manj ogrožajoče nasilno vedenje ($U = 1294,50, p = 0,001$), ogrožajoče nasilno vedenje ($U = 1440,50, p = 0,001$), spolno nasilje ($U = 1638,00, p = 0,009$) in samomorilno vedenje ($U = 1377,50, p = 0,001$). Zdravstveni tehniki se v primerjavi z drugimi poklici statistično pogosteje srečujejo z manj ogrožajočim nasilnim vedenjem ($\chi^2(2) = 12,09, p = 0,002$) in ogrožajočim nasilnim vedenjem ($\chi^2(2) = 16,92, p = 0,001$).

V Tabeli 3 so navedene trditve o varnosti na delovnem mestu in povprečne vrednosti njihovih ocen. Anketiranci navajajo, da za obvladovanje nasilja na delovnem mestu potrebujemo več osebja ($\bar{x} = 4,0$) in več izobraževanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacientov ($\bar{x} = 3,89$). Anketiranci so na delovnem mestu v največji meri izpostavljeni verbalnemu nasilju ($\bar{x} = 3,83$).

Diskusija

Anketirani se najpogosteje srečujejo z napadi brez jasnih groženj in s pasivnim nasilnim vedenjem, kjer pacient ne želi sodelovati pri izvajanju intervencij. Pri tej obliki vedenja gre za sitnarjenje, razdražljivost in ugovarjanje. Najmanj pogosto se anketiranci srečujejo s spolnim nadlegovanjem in spolnim napadom. Podobno tudi Ključanin (2015) v slovenski raziskavi, ki je obsegala 67 anketirancev, za zaposlene v socialnovarstvenih zavodih ugotavlja, da se najpogosteje srečujejo z verbalnim nasiljem. Med zaposlenimi v zdravstveni negi je psihično nasilje pogostejša oblika nasilja, s katero se zaposleni srečujejo vsakodnevno ter ga največkrat razumejo kot del svoje službe v zdravstvenem varstvu (Gale, et al., 2009).

Z raziskavo smo skušali ugotoviti razlike v pojavnosti različnih oblik nasilja v primerjavi s poklicem, ki ga anketiranci opravljajo. Ugotovili smo, da se z nasiljem najpogosteje srečujejo zaposleni v zdravstveni negi. Tudi Swain (2014) je v raziskavi, ki je potekala med zdravstvenimi delavci na Novi Zelandiji, predstavil podobne rezultate. Edward in sodelavci (2014) so v metaanalizi 137 raziskav ugotovili, da se fizično nasilje, ki so mu izpostavljeni predvsem zaposleni v zdravstveni negi, najpogosteje pojavlja prav na področju psihiatrije in NMP. V našem prostoru je bila ugotovljena visoka pojavnost nasilja nad zaposlenimi

v zdravstveni negi na področju psihiatrije.

V naši raziskavi je v zadnjem letu verbalno nasilje doživelo 92,6 % zaposlenih, fizično nasilje 84,2 % in spolno nadlegovanje 24,6 % zaposlenih, medtem ko drugi avtorji (Gabrovec, et al., 2014; Gabrovec & Lobnikar, 2015) ugotavljajo, da je bilo v celotni delovni dobi zaradi fizične agresije pacientov poškodovanih kar 63,5 % zaposlenih. Menimo, da do visoke pogostosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi prihaja tudi zaradi časa, ki ga le-ti preživijo ob pacientu, kar lahko povežemo s predhodnimi raziskavami. Zaradi količine preživetega časa ob pacientu so zaposleni v zdravstveni negi tudi do devetkrat bolj izpostavljeni nasilju kot ostali zdravstveni delavci (Babnik, et al., 2012; Magnavita & Heponiemi, 2012). Statistično pomembne razlike v pojavnosti različnih oblik nasilja v odvisnosti od poklica se pojavljajo pri manj ogrožajočem nasilnem vedenju (napadi brez jasnih groženj, napadi z jasnimi grožnjami, ponižujoče nasilno vedenje, izzivalno nasilno vedenje, pasivno nasilno vedenje) in ogrožajočim nasilnim vedenjem (občasno manipulativno nasilno vedenje, nasilje s fizičnimi grožnjami, uničevalno nasilno vedenje, zmerno fizično nasilje, težje fizično nasilje), s katerima so pogosteje soočeni zaposleni v zdravstveni negi (Ryan & Maguire, 2006; Ključanin, 2015).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti vpliv področja delovnega mesta na pojavnost incidentov, ki so povezani z oblikami nasilja. Anketirane smo v analizi razdelili na tiste, ki so zaposleni v psihiatriji in ostale (enote NMP, ambulate družinske medicine, delovna terapija). Z ogrožajočim nasilnim vedenjem se v večji meri srečujejo v psihiatriji, pri čemer gre za različne oblike psihičnega in fizičnega nasilja, ki ga doživijo anketiranci na zaprtih oddelkih psihiatrične bolnišnice. Rezultati raziskave, izvedene v Sloveniji leta 2011, kažejo, da zaposleni na oddelku pod posebnim nadzorom v primerjavi z zaposlenimi na drugih oddelkih fizično nasilje doživljajo pogosteje (Vohar, 2011), podobno trdijo tudi De Benedictis in sodelavci (2011). V naši raziskavi anketiranci na področju NMP in urgentne medicine ter družinske medicine pojavnost nasilja doživljajo manj intenzivno kot zaposleni v psihiatriji, kar je v nasprotju z raziskavo, ki sta jo izvedla Ryan in Maguire (2006), ki sta dokazala višjo pojavnost soočanja z agresijo pri zaposlenih na področju NMP. V raziskavi smo dokazali, da se anketiranci, ki delajo v izmenskem delu, pogosteje soočajo z vsemi oblikami nasilnega vedenja pacientov.

Raziskave, ki pojasnjujejo vpliv spola na nasilno vedenje pacientov, kažejo različne značilnosti. V naši raziskavi so ženske v primerjavi z moškimi intenzivneje soočene z manj ogrožajočimi oblikami nasilja in s spolnim nasiljem. Swain in sodelavci (2014) presenetljivo ugotavljajo, da na pojavnost nasilja s strani pacientov spol ne vpliva. Nekateri raziskovalci (James, et al., 2011) pa so ugotovili,

da so med zaposlenimi v zdravstvu moški bolj izpostavljeni fizičnemu nasilju, ženske, zaposlene več kot deset let, pa pogostejšemu verbalnemu in poniževalnemu nasilju s strani pacientov. V naši raziskavi smo ugotovili, da so z bolj ogrožajočimi oblikami nasilja pogosteje soočeni moški zdravstveni delavci (vendar ne gre za statistično pomembno razliko), zdravstveni delavci z manj delovnimi izkušnjami ter nižjo izobrazbo, kar ugotavljata tudi Magnavita in Heponeimi (2012). Zaskrbljujoč je podatek, da nasilje nad zaposlenimi v zdravstvu skokovito narašča (Itzhaki, et al., 2015).

V naši raziskavi ugotavljamo, da so anketirani na delovnem mestu v največji meri izpostavljeni verbalnemu nasilju. Sicer se na delovnem mestu na splošno počutijo varno, vendar menijo, da je za obvladovanje nasilja na delovnem mestu potrebnega več osebja in izobraževanja s področja preprečevanja in obvladovanja nasilnega vedenja pacientov. Iz rezultatov pri trditvah o varnosti na delovnem mestu je razvidno, da moški navajajo višjo izpostavljenost fizičnemu in psihičnemu nasilju (vendar ne gre za statistično pomembno razliko). To opazimo tudi pri vseh anketiranih, ki so zaposleni na oddelkih pod posebnim nadzorom v psihiatrični bolnišnici.

Slab odziv zdravstvenih zavodov na raziskavo ni bil pričakovan. V raziskavo smo želeli zajeti večje število zaposlenih na psihiatriji in v enotah NMP, vendar nam to zaradi kratkega časovnega obdobja anketiranja ni uspelo. V raziskavo bi si želeli vključiti tudi večje število zdravnikov in drugih zaposlenih v zdravstvu, saj bi tako ustrezneje izvajali primerjave med poklici. Kljub slabemu odzivu zdravnikov in delovnih terapevtov smo v raziskavi uporabili tudi njihove izpolnjene vprašalnike. Vzorec je bil nenaključen in ni bil uravnotežen med različnimi področji dela niti med različnimi poklici, zato nam rezultati kažejo le nekatere pričakovane razlike, ki pa bi jih bilo treba potrditi v raziskavi z bolj uravnoteženim vzorcem.

Zaključek

Raziskava je pokazala, da so zaposleni na področju psihiatrije in NMP redno izpostavljeni nasilju s strani pacientov, najpogosteje psihičnemu nasilju. Ker posamezne oblike nasilja zaposlenega lahko prizadenejo na različne načine, je pomembno, da delodajalec zagotavlja letna izobraževanja in delavnice o preprečevanju ter obvladovanju nasilja na delovnem mestu. Zelo velik dejavnik je tudi prenizka ali omejena kadrovska zasedba zaposlenih. Pomembno je, da se zavedamo možne nevarnosti in potencialnega pojava nasilja na delovnem mestu. V naši raziskavi smo se osredotočili le na nasilje, ki ga povzročajo pacienti nad zdravstvenim osebjem. Za posploševanje ugotovitev so potrebne tudi raziskave na reprezentativnih vzorcih. Nadaljnje raziskave bi lahko vključevale pojavnost

nasilja, ki ga nad zaposlenimi povzročajo nadrejeni in svojci pacientov. Potrebne bi bile tudi raziskave o vplivu usposabljanja s področja obvladovanja nasilja pacientov na pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci.

Zahvala/Acknowledgements

Zahvaljujemo se vsem zdravstvenim delavcem, ki so sodelovali v raziskavi./We would like to express our gratitude to all the participants in the research.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

V raziskavi smo prejeli dovoljenja sodelujočih zavodov in vključenih posameznikov, slednjim smo zagotovili njihovo anonimnost in upoštevali njihovo pravico do odklonitve sodelovanja v raziskavi. Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014)./In this study we have received the permission of the participating institutions and involved individuals, we ensured their anonymity and their right to refuse to participate in the survey. The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Literatura

- Anderson, A. & West, S.G., 2011. Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(3), pp. 34–39. PMID:21487544; PMCID:PMC3074201
- Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Kopač, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave »Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu«: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 147–156. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2012.46.2.147> [16. 11. 2016].
- Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, p. 49.

- De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M.P., Létourneau, G., Tran, M.A., et al., 2011. Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 62(5), pp. 484–491.
https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0484
PMid:21532073
- Edward, K.L., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S., 2014. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), pp. 653–659.
PMid: 25039630
- Gabrovec, B., 2015. Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v reševalnih službah. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 284–294.
<https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.60>
- Gabrovec, B. & Lobnikar, B., 2015. The analysis of the role of an institution in providing safety and quality in psychiatric health care. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16(6), pp. 420–425.
- Gabrovec, B. & Eržen I., 2016. Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi v domovih starejših občanov. *Zdravstveno varstvo*, 55(3), pp. 212–217.
- Gates, D.M., Gillespie, G.L. & Succop, P., 2011. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economic\$,* 29(2), pp. 59–66, 67.
PMid:21667672
- Gale, C., Hannah, A., Swain, N., Gray, A., Coverdale, J. & Oud, N., 2009. Patient aggression perceived by community support workers. *Australasian Psychiatry*, 17(6), pp. 497–501.
<https://doi.org/10.1080/10398560903287516>
PMid:20001375
- Gomaa, A.E., Tapp, L.C., Luckhaupt, S.E, Vanoli, K., Sarmiento, R.F, Raudabaugh, W.M., et al., 2015. Occupational traumatic injuries among workers in health care facilities - United States, 2012-2014. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(15), pp. 405–410. Available at:
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6415a2.htm> [1. 9. 2016].
PMid:25905893
- Gordon, L., Donna, M., Millera, M. & Kunz-Howardb, P., 2012. Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events. *Work Reading, Mass*, 42(1), pp. 21–27.
- Hahn, S., Muller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. & Halfens R.J.G., 2010. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23–24), pp. 3535–3546.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03361.x>
PMid:20958803
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens, R.J.G., 2012. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), pp. 2685–2699.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05967.x>
PMid:22381080
- Hamdan, M. & Abu Hamra, A., 2015. Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 13, p. 28.
<https://doi.org/10.1186/s12960-015-0018-2>
PMid:25948058; PMCid:PMC4435901
- Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L.T. & Bue Bjorner, J., 2014. Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(8), pp. 536–542.
<https://doi.org/10.3109/08039488.2014.880942>
PMid:24506491
- Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostistky, H., Barnoy, D., Filshinsky, V. & Bluvstein, I., 2015. Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), pp. 403–412.
<https://doi.org/10.1111/inm.12151>
PMid:26257307
- James, B.O., Isa, E.W. & Oud, N., 2011. Patient aggression in psychiatric services: the experience of a sample of nurses at two psychiatric facilities in Nigeria. *African Journal of Psychiatry*, 14(2), pp. 130–133.
<https://doi.org/10.4314/ajpsy.v14i2.4>
- Kowalenko, T., Cunningham, R., Sachs, C.J., Gore, R., Barata, I.A., Gates, D., et al., 2012. Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(3), pp. 523–531.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.02.056>
PMid:22633755
- Ključanin, A., 2015. *Pogled zaposlenih v zdravstveni negi na agresivno vedenje stanovalcev doma starejših: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
- Kvas, A. & Seljak, J., 2014. Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, 61(3), pp. 344–351.
<https://doi.org/10.1111/inr.12106>
PMid:24847955
- 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.

- Maguire, J. & Ryan, D., 2007. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), pp. 120–127. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01051.x>
PMid:17352773
- Magnavita, N. & Heponiemi, T., 2012. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BioMed Central Health Services Research*, 12, p. 108. PMid:22551645; PMCID:PMC3464150
- Magnavita, N., 2014. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation: results of a 6-year follow-up study. *Journal of Nursing Doctoral Students Scholarship*, 46(5), pp. 366–376.
- Oud, N., 2000. *The perception of prevalence of aggression scale (POPAS) questionnaire*. Amsterdam-Niederlande. Available at: http://www.researchgate.net/publication/270159849_The_Perception_of_Prevalence_of_Aggression_Scale_%28POPAS%29_Questionnaire [15. 5. 2015].
- Park, M., Cho, S.H. & Hong, H.J., 2015. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), pp. 87–95. <https://doi.org/10.1111/jnu.12112>
PMid:25352254
- Ryan, D. & Maguire, J., 2006. Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments? *Journal of Nursing Management*, 14(2), pp. 106–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00571.x>
PMid:16487422
- Swain, N., Gale, C. & Greenwood, R., 2014. Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting. *The New Zealand Medical Journal*, 127(1394), pp. 10–18. PMid:24929567
- Turk, T., 2013. *Pregled pravne ureditve nasilja na delovnem mestu s strani tretjih oseb: magistrska naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.
- Vohar, A., 2011. *Ogroženost zdravstvenega osebja v psihiatrični bolnišnici: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.
- 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), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].
- Xing, K., Zhang, X., Jiao, M., Cui, Y., Lu, Y. & Liu, J., 2016. Concern about workplace violence and its risk factors in Chinese Township Hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), p. E811. <https://doi.org/10.3390/ijerph13080811>
PMid:27517949; PMCID:PMC4997497

Citirajte kot/Cite as:

Bojić, M., Bole, U. & Bregar, B., 2016. Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 308–315. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.128>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Prehranjevalne navade in telesna aktivnost dijakov primorsko-notranjske regije Dietary habits and physical activity of students in the Primorska-Notranjska region

Manica Radivo, Patrik Pucer, Tamara Poklar Vatovec

Ključne besede: prehrana; mladostnik; sadje; zelenjava; stročnice; telesna aktivnost

Key words: nutrition; adolescent; fruit; vegetables; legumes; physical activity

Manica Radivo, mag. diet., dipl. m. s., mag. diet.; Srednja šola Izola, Polje 41, 6310 Izola

*Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:*
radivo.manca@gmail.com

doc. dr. Patrik Pucer, univ. dipl. inž. el.

doc. dr. Tamara Poklar Vatovec, univ. dipl. ing. živ. tehn.

Oba/Both: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola

IZVLEČEK

Uvod: Zdrava prehrana in telesna aktivnost sta neločljivo povezani določilnici zdravja mladostnikov. Namen raziskave je bil (1) ovrednotiti prehranski status ter prehranjevalne navade dijakov 3. letnikov srednješolskega izobraževanja v primorsko-notranjski regiji in (2) preučiti navade njihove telesne aktivnosti ter (3) raziskati povezavo med njihovimi indeksi telesne mase (kg/m²) in prehranskimi navadami.

Metode: Raziskava je bila opravljena spomladi 2015 na vzorcu dijakov 3. letnikov ($n = 166$) v primorsko-notranjski regiji. Njihova povprečna starost je bila 18,2 let. Uporabljen je bil anonimni spletni vprašalnik 1KA s 44 vprašanji. S programom SPSS verzija 22 je bila izvedena opisna in inferenčna statistika.

Rezultati: Dijaki ne uživajo sadja in zelenjave vsak dan (74 % fantov in 63 % deklet), pri čemer je primanjkljaj skupnega vnosa zelenjave (fantje: 151,3 g, dekleta: 166,7 g) in stročnic (fantje: 138,2 g, dekleta: 141,8 g) večji, kot je pri vnosu sadja (fantje: 172,4 g, dekleta: 170,9 g). Tudi uživanje rib je glede na priporočila premajhno, priporočene količine dosega le 5,4 % deklet in 4,5 %. Dijaki tudi niso dovolj telesno aktivni.

Diskusija in zaključek: Kljub številnim ukrepom prehranske politike je med dijaki še vedno premajhen vnos sadja in zelenjave. Šolski obroki bi morali pogosteje vsebovati zelenjavo, stročnice in ribe. Za spodbujanje telesne aktivnosti bi morali mladim šport približati kot vrednoto, dostopno vsem mladostnikom.

ABSTRACT

Introduction: Healthy eating and physical activity are the determinants which are inseparably linked to adolescents' health. The aim of the study was (1) to evaluate the nutritional status and dietary habits of the third grade secondary school students in the Primorsko-notranjska region; (2) to study their physical activity habits and (3) to research the relationship between their body mass index (kg/m²) and eating habits.

Methods: The study was conducted in the spring of 2015 among the population of the third grade secondary school students in the Primorsko-Notranjska region ($n = 166$). The participants' average age was 18.2 years. The data were collected through an anonymous questionnaire of the open source application 1KA, consisting of 44 questions. Descriptive and inferential statistical data analysis was conducted using SPSS version 22.

Results: The study found that the students do not consume fruit and vegetables on a daily basis (74 % boys and 63 % girls). The overall intake of vegetables (151.3 g boys, 166.7 g girls) and legume (138.2 g boys, 141.8 g girls) is lower than that of fruit (172.4 g boys, 170.9 g girls). Only 5.4 % of girls and 4.5 % of boys meet the fish intake recommendations. The students also do not follow the recommendations as to their physical activity.

Discussion and conclusion: Despite the numerous healthy eating policy measures, the students do not adhere to the recommended nutritious diet, including eating enough fruits and vegetables. Vegetables, legumes and fish should be more frequently included in school meals. For promoting physical activity among adolescents, sports should be presented and perceived as a value without competition, available to all the children and adolescents.

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Manice Radivo *Prehranski status in prehranske navade dijakov 3. letnikov SGLŠ Postojna in ŠČ Postojna* (2015).

Prejeto/Received: 25. 8. 2016
Sprejeto/Accepted: 17. 10. 2016

Uvod

Zdrava prehrana in telesna aktivnost sta neločljivo povezani določilnici zdravja mladostnikov, saj se neustrezna prehranjenost odraža s slabšimi gibalnimi in učnimi sposobnostmi in posledično tudi s slabšo samopodobo, kar vodi v številna druga tvegana vedenja in kasneje v razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni. Vzorci vedenj, ki nastanejo v mladostništvu, se ohranijo skozi daljše obdobje odraslosti in tako pomembno vplivajo na zdravje (WHO, 2016). Pri navajanju na zdravo prehranjevanje imajo v otroštvu in tudi kasneje v mladostništvu pomembno vlogo starši. S starostjo vpliv staršev in družine upada, povečuje se vpliv vrstnikov, medijev in mode. Mladostniki veliko uporabljajo različne medije, predvsem televizijo in internet, zato oglaševanje hrane in pijače pomembno vpliva na oblikovanje njihovih prehranskih navad in tudi na dojetanje telesne samopodobe (Freisling, et al., 2009). Na način prehranjevanja vplivata tako preobilje kot pomanjkanje. Vzroke za nezdrav življenjski slog, neustrezno prehrano in telesno neaktivnost velikokrat najdemo v socialnodemografskih ter ekonomskih pogojih (stopnja izobrazbe, zaposlenost, denarno blagostanje).

Slovenija je ključni korak v prehranski politiki naredila s sprejetjem Zakona o zdravstveni ustreznosti živil, materialov in snovi, ki prihajajo v stik z živili, ki je predvidel oblikovanje prehranske politike v Sloveniji (Maučec Zakotnik, et al., 2005). Šolsko prehrano ureja Zakon o šolski prehrani (2013), ki določa obvezno uporabo Smernic zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah (Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2005) ter uvaja popolno prepoved uporabe avtomatov s hrano in pijačo v šolskih prostorih (Gabrijelčič Blenkuš, 2013). Iz prehranske politike izhajajo še številni drugi projekti in programi, ki spodbujajo zdrav način prehranjevanja med mladostniki, med njimi je najuspešnejši Shema šolskega sadja in zelenjave (Ministrstvo za kmetijstvo in okolje, Direktorat za kmetijstvo, 2013). Za razvijanje učinkovitih strategij in ukrepov, s katerimi bi lahko izboljšali prehranjevalne navade mladostnikov, je nujno pridobivati podatke o prehranskem vedenju, zaužitih količinah posameznih živil, stanju hranjenosti, stopnji telesne aktivnosti in podatke o drugih z zdravjem povezanih dejavnikih. V ta namen se je Slovenija z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje (NIJZ) v šolskem letu 2001/02 priključila mednarodni raziskavi »Health behaviour in school-aged children« (HBSC), v prevodu »Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju« (Jeriček, 2007). Najpomembnejši cilj raziskave je bil pridobiti kakovostne usmeritve za pripravo promocije zdravja in vzgoje za zdravje mladih v vseh okoljih, s katero bi vplivali na izboljšanje zdravja otrok in mladostnikov (Jeriček, 2007). Do sedaj smo v Sloveniji opravili štiri raziskave HBSC, zadnjo leta 2014 (Drev, 2015).

Za ohranjanje zdravja in preprečevanje kroničnih nenalezljivih obolenj je nujno uživanje dnevno priporočenih količin sadja in zelenjave, pri čemer ima

uživanje zelenjave zaradi močnejšega zaščitnega učinka večji pomen. Zelenjava je bogat vir prehranskih vlaknin in antioksidantov ter ima višjo hranilno vrednost. Skupna priporočena količina dnevnega vnosa sadja in zelenjave je 450 do 600 g (Ministrstvo za zdravje, 2015). Za zdravje mladostnikov je nujen zadosten vnos kakovostnih beljakovinskih živil. Po priporočilih naj bi mladostniki uživali ribe 1- do 2-krat na teden oziroma 300 g tedensko v dveh obrokih. Predvsem zaradi sestave zaužitih maščob je priporočljivo dvakrat tedensko meso nadomestiti z ribami (Ministrstvo za zdravje, 2015). V Sloveniji ni veliko podatkov o uživanju rib in strošnic med mladostniki. Študije o prehranjevalnih navadah mlajših slovenskih mladostnikov, ki so bile opravljene v preteklih letih (Stergar, et al., 2006; Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2007; Fajdiga Turk, 2011; Kostanjevec, 2013), ugotavljajo, da je uživanje sadja in zelenjave manj pogosto, kot je priporočeno. Po podatkih mednarodne raziskave HBSC iz preteklih let je med mlajšimi slovenskimi mladostniki vnos zelenjave v primerjavi s sadjem nižji (Stergar, et al., 2006; Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2007; Fajdiga Turk, 2011). Tudi zadnja raziskava HBSC v Sloveniji ugotavlja, da je pogostost uživanja zelenjave v primerjavi s sadjem še vedno precej manjša. Vsak dan uživa sadje 39,4 % mladostnikov, zelenjavo pa le dobra četrtina oz. 26,9 % (Drev, 2015).

Redna telesna aktivnost ima poleg uravnavanja telesne mase še druge ugodne učinke. Nasprotno pa so sedeča vedenja v mladostništvu povezana z večjim tveganjem za debelost in presnovne motnje. Nezadostna telesna aktivnost in preveč sedečega vedenja v prostem času še dodatno povečujeta tveganje za zdravje. Poleg tega se navade sedečega življenjskega sloga prenesejo v odraslost in so vzrok za vrsto kroničnih nenalezljivih bolezni (Harding, et al., 2015). Priporočila Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2010) navajajo, naj bodo mladostniki za ohranjanje zdravja vsak dan vsaj 60 minut zmerno do intenzivno aktivni in zelo intenzivno aktivni vsaj trikrat tedensko, pri čemer naj telesna aktivnost vključuje tudi vaje za krepitev mišic in kosti. Telesna aktivnost naj bo redna, raznovrstna, prilagojena željam in sposobnostim mladostnika (Ministrstvo za zdravje, 2015). Raziskave, opravljene na mlajših slovenskih mladostnikih, so pokazale, da je vsaj 60 minut vse dni v tednu telesno dejavnih 21,4 % fantov in 7,2 % deklet (Drev, 2015). Tako kot v mnogih drugih evropskih državah tudi v Sloveniji narašča število mladostnikov s prekomerno telesno maso (WHO, 2013). Po podatkih nacionalnega sistema za spremljanje telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine v osnovnih in srednjih šolah (SLOFIT) je bilo v letu 2012 prekomerno hranjenih 27,1 % fantov in 23,7 % deklet (Gabrijelčič Blenkuš, 2013).

Namen in cilji

Raziskava je bila izvedena z namenom (1) preučiti in ovrednotiti prehranski status ter prehranjevalne navade dijakov 3. letnikov različnih programov

srednješolskega izobraževanja v primorsko-notranjski regiji in (2) preučiti navade telesne aktivnosti oz. sedeča vedenja mladostnikov ter (3) raziskati povezavo med indeksom telesne mase (ITM, kg/m²) in prehranskimi navadami. Za doseganje namena raziskave smo preverjali sledeče hipoteze:

H1: Primanjkljaj vnosa zelenjave in stročnic je pri mladostnikih glede na priporočila večji, kot je pri vnosu sadja.

H1: Uživanje rib je glede na priporočila premajhno.

H3: Obstajajo povezave med (samo)oceno stanja hranjenosti in uživanjem kakovostnih beljakovinskih živil (ribe, stročnice).

H4: Obstajajo povezave med (samo)oceno stanja hranjenosti in nizko telesno aktivnostjo mladostnikov.

H5: Obstajajo povezave med socialnoekonomskimi določilnicami in pogostostjo uživanja zelenjave, stročnic in rib.

Metode

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvantitativno raziskovalno paradigmo. Podatke smo zbrali s spletnim anketnim vprašalnikom.

Opis instrumenta

Za pridobivanje podatkov je bil uporabljen anonimni anketni vprašalnik, izdelan v spletnem orodju 1KA (Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Center za družboslovno informatiko, 2015), ki je vseboval 44 vprašanj. Vprašanja so bila v večini zaprtega tipa z že predloženimi odgovori. Poleg splošnih vprašanj (spol, starost, telesna masa in višina) in vprašanj o slogu prehranjevanja smo v vprašalnik vključili tudi vprašanja o sedečem vedenju in telesni aktivnosti. Podatki o telesni masi in višini so zbrani s samoporočanjem. Iz (samo)ocene telesne mase in telesne višine smo izračunali ITM. V vprašalniku smo prehranjevalne navade ocenjevali z metodo pogostosti uživanja posameznih živil, pri čemer smo pri določenih živilih navedli velikosti porcij, kakršne navaja Vprašalnik o pogostosti uživanja živil v spletnem orodju *Odrta platforma za klinično prehrano* (Sonce.net digitalni marketing & Inštitut Jožef Stefan, 2015). O količini živil so dijaki poročali s pomočjo slikovnega prikaza velikosti porcij. Socialnoekonomski položaj smo v vprašalniku merili s tipom družine, zaposlitvenim statusom staršev in s subjektivno oceno družinskega blagostanja.

Opis vzorca

V raziskavi smo preučevali vzorec dijakov, ki obiskujejo 3. letnik Srednje gozdarske in lesarske šole Postojna (SGLŠ Postojna) in Šolskega centra Postojna (ŠC Postojna), ki sta edini srednješolski izobraževalni ustanovi v primorsko-notranjski regiji. Vzorec anketiranih dijakov

predstavlja 0,94 % celotne populacije dijakov tretjih letnikov srednjega strokovnega in srednjega poklicnega izobraževanja v Sloveniji (Statistični urad Republike Slovenije, 2014) in 50,4 % populacije dijakov, ki obiskujejo tretji letnik izobraževanja v srednjih šolah primorsko-notranjske regije. Vzorec je zajemal 166 dijakov, od tega 73 deklet (44 %) in 93 fantov (56 %). Njihova povprečna starost je bila 18,2 let. Vzorec za raziskovalno populacijo glede starosti dijakov dopolnjuje zadnjo raziskavo HBSC (Drev, 2015), ki je v svojem vzorcu zajela mlajše mladostnike (15 let).

Povprečna telesna višina anketiranih dijakov je 174 cm, povprečna telesna masa pa je 71 kg (najnižja 41 kg, najvišja 150 kg). Povprečen ITM je 23,3 kg/m² (najnižji 16,23 kg/m², najvišji 42,44 kg/m²). V dvostarševski družini živi največji delež dijakov (84 %), 16 % jih živi v enostarševski družini. 81 % dijakov ima zaposlena oba starša, 17 % jih navaja brezposelnost enega od staršev in v 2 % dijaki navajajo brezposelnost obeh staršev. Subjektivna ocena družinskega (denarnega) blagostanja kaže, da približno polovica vprašanih dijakov (48 %) družinsko blagostanje ocenjuje kot povprečno, kot dobro 42 % in kot slabo 10 % dijakov.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala med 20. marcem in 20. aprilom 2015. Pred izvajanjem anketiranja smo pridobili ustno soglasje obeh vodstev šol. Pred anketiranjem so bili dijaki seznanjeni z nameni in cilji raziskave, podali smo jim ustna navodila glede reševanja vprašalnika. Anketni vprašalnik je bil anonimen in prostovoljen, uporabili smo ga le za namen raziskave. Anketiranje dijakov je potekalo v času pouka ob prisotnosti učitelja, čemur lahko pripišemo veliko odzivnost in resen pristop k reševanju vprašalnika. Od vseh dijakov, ki so reševali anketo, je anketo v celoti izpolnilo 97,6 %, neizpolnjene vprašalnike smo iz analize izločili. Za statistično analizo in obdelavo pridobljenih podatkov smo uporabili program Microsoft Office Excel 2010 in računalniški program za statistično analizo SPSS verzija 22 (SPSS, Chicago, IL, USA). Za testiranje statistično značilnih razlik smo uporabili t-test in Mann-Whitneyev test. Statistično značilno povezanost med različnimi tipi spremenljivk smo preverjali s pomočjo statistike χ^2 ter s Spearmanovim korelacijskim koeficientom (r_s) pri stopnji značilnosti $p < 0,05$. Jakost povezanosti med različnimi pari opisnih spremenljivk smo preverili še s Cramerjevim koeficientom (V). V nadaljevanju predstavljena analiza rezultatov zajema izbrane spremenljivke in povezave med njimi.

Rezultati

V nadaljevanju prikazujemo ugotovitve, pri čemer smo rezultate strnili v tri tematske skupine: (1) prehranski status, (2) prehranske navade in (3) sedeča vedenja in telesna aktivnost.

Prehranski status

Povprečni ITM pri dekletih je bil 22,6 kg/m², pri fantih pa 23,8 kg/m². Šest dijakov, kar predstavlja 3,6 %, ima ITM višji od 30 kg/m². Petnajst dijakov (9 %) ima ITM nižji od 18,5 kg/m². Po normativih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2007) smo dijake glede na izračunani ITM razdelili v tri kategorije: s prenizko, normalno in s prekomerno telesno maso. Prenizko telesno maso ima 12,3 % deklet in 6,5 % fantov, prekomerno hranjenih je 22,6 % fantov in 19,2 % deklet, debelost ima 6,3 % fantov in 4,1 % deklet. Med fanti in dekleti pri (samo)oceni stanja hranjenosti ni statistično značilnih razlik ($U = 3070,5, p = 0,212$). V raziskavi smo ugotovili statistično značilno povezavo med (samo)oceno stanja hranjenosti in subjektivno oceno družinskega blagostanja ($r_s = -0,167, p = 0,032$). Dijaki, ki so navedli višjo telesno maso oziroma dijaki s povišano telesno maso, prihajajo iz socialno šibkejših družin. Med dijaki jih je 62 % zadovoljnih s svojo telesno maso, 20 % jih meni, da bi morali shujšati, 18 % dijakov pa je bilo v času anketiranja na dieti oziroma je hujšalo. Izračun testa χ^2 potrjuje, da so med spolom in dietnim vedenjem statistično značilne povezave ($\chi^2(2) = 15,980, p < 0,0001, V = 0,310$). Večje nezadovoljstvo s telesno maso se kaže pri dekletih, saj jih je bilo 25 % v času anketiranja na dieti oziroma so hujšale. Povezava med ITM in dietnim vedenjem je statistično značilna ($\chi^2(4) = 31,847, p < 0,0001, V = 0,310$). Med prekomerno hranjenimi dijaki je večji delež tistih, ki ne hujšajo.

Prehranjevalne navade

Prehranjevalne navade smo ovrednotili z vprašanji o številu dnevnih obrokov, pogostosti zajtrkovanja in malicanja v šoli ter pogostosti in količini zaužitega sadja, zelenjave, stročnic in rib.

Dva obroka ali manj zaužije 12,5 % deklet in 4,3 % fantov, tri do pet obrokov na dan zaužije 82 % deklet

in 86 % fantov. Več kot šest obrokov dnevno zaužije 5,6 % deklet in 9,7 % fantov. Med spolom in številom dnevnih obrokov ni statistično značilne povezanosti ($\chi^2(2) = 4,418, p = 0,110$). V raziskavi smo ugotovili statistično značilno povezavo med subjektivno oceno družinskega blagostanja in številom dnevnih obrokov ($r_s = 0,166, p = 0,033$). Dijaki, ki so družinsko blagostanje ocenili bolje, zaužijejo več obrokov na dan. Statistično značilna povezava se je pokazala tudi med številom obrokov in (samo)oceno stanja hranjenosti ($r_s = -0,166, p = 0,033$). Dijaki, ki zaužijejo več obrokov dnevno, imajo nižji ITM.

Dijaki imajo enake navade zajtrkovanja med tednom in med vikendom. Spearmanov korelacijski koeficient je pokazal statistično značilno povezavo med spremenljivkama o pogostosti zajtrkovanja med tednom in pogostosti zajtrkovanja ob koncu tedna ($r_s = 0,258, p = 0,001$). Dijaki, ki opuščajo zajtrk med tednom, tudi ob koncu tedna ne zajtrkujejo. Med tednom vsak dan zajtrkuje 39 % dijakov, od tega 43 % fantov in 33 % deklet. Ob koncu tedna je delež dijakov, ki redno zajtrkujejo, precej višji (63 %). Med dijaki, ki med vikendi zajtrkujejo redno, je večji delež deklet (70 %). V šoli vsak dan malica 83 % vprašanih dijakov. Dijakov, ki v šoli malicajo vsak dan, je več na ŠC Postojna (84,2 %), na SGLŠ Postojna je ta delež nekoliko nižji (82,3 %). Med dijaki, ki malicajo vsak dan, jih 86 % nikoli ne zajtrkuje, 78 % je dijakov, ki redno zajtrkujejo in malicajo. Statistično značilne povezave med pogostostjo malicanja in subjektivno oceno družinskega blagostanja nismo ugotovili ($r_s = -0,070, p = 0,371$).

Sveže sadje večkrat na dan uživa petina (20 %) dijakov, med njimi je manj fantov (14 %) in več deklet (29 %). Med dijaki je 26 % fantov in 37 % deklet, ki uživajo sveže sadje vsak dan. V pogostosti uživanja svežega sadja obstaja med spoloma statistično značilna razlika ($U = 4386, p = 0,001$), sveže sadje pogosteje uživajo dekleta. Povprečna količina v obroku zaužitega sadja je pri fantih 172,4 g, pri dekletih 170,9 g. Spearmanov

Tabela 1: Pogostost uživanja sadja in zelenjave glede na spol (%)

Table 1: Frequency of fruit and vegetable consumption according to gender (%)

Pogostost uživanja/ Frequency of consumption	Sadje/Fruit						Zelenjava/Vegetables							
	sveže/ fresh		kuhano/ cooked		suho/ dried		vloženo/ preserved		sveža/ fresh		kuhana/ cooked		vložena/ pickled	
	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
Nikoli	0	3,3	45,2	49,5	34,2	30,1	34,3	35,5	5,5	15,0	9,6	31,2	34,3	36,6
Do 3-krat na mesec	4,1	16,1	49,3	37,5	52,1	54,8	58,9	45,1	11,0	18,3	13,7	22,6	30,1	29,0
1- do 2-krat na teden	13,7	20,4	4,1	8,6	6,8	5,4	2,7	15,1	17,8	14,0	24,7	19,3	16,4	16,1
3- do 6-krat na teden	45,2	34,4	1,4	2,2	4,2	3,2	2,7	1,1	34,2	35,5	43,8	17,2	13,7	12,9
Vsak dan	37,0	25,8	0	2,2	2,7	6,5	1,4	3,2	31,5	17,2	8,2	9,7	5,5	5,4

Legenda/Legend: D – dekleta/girls; F – fantje/boys; % – odstotek/percentage

korelacijski koeficient je pokazal povezavo med pogostostjo uživanja svežega sadja in količino sadja v obroku ($r_s = -0,263$, $p = 0,001$). Dijaki, ki pogosteje uživajo sveže sadje, v obroku zaužijejo večjo količino sadja. Dijaki in dijakinje redkeje uživajo kuhano, suho in vloženo sadje (Tabela 1). Spearmanov korelacijski koeficient je pokazal statistično povezanost med spremenljivkama o pogostosti uživanja kuhanega in suhega sadja ($r_s = 0,346$, $p < 0,0001$) ter med pogostostjo uživanja kuhanega in vložnega sadja ($r_s = 0,472$, $p < 0,0001$), kar nakazuje, da dijaki, ki pogosteje uživajo kuhano sadje, pogosteje uživajo tudi suho in vloženo sadje.

Dijakov, ki bi pojedli več sadja, če bi bilo dostopno v šoli in brezplačno, je 61,4 %; med njimi je več deklet (71 %). Odgovori kažejo na statistično značilno povezavo med spolom in odgovorom na vprašanje »Ali bi pojedli več sadja, če bi bilo dostopno v šoli in brezplačno?« ($p = 0,025$, Fisherjev natančni test).

Vsak dan svežo zelenjavo uživa slaba četrtina dijakov (23,5 %), med njimi je več deklet (31,5 %) in manj fantov (17,2 %) (Tabela 1). Med spoloma smo ugotovili statistično značilno razliko ($U = 4159,5$, $p = 0,012$). Podatki kažejo, da je delež tistih, ki uživajo svežo zelenjavo vsaj enkrat na dan, višji pri dekletih in delež tistih, ki sveže zelenjave ne uživajo nikoli, višji pri fantih. Uživanje kuhane zelenjave je v primerjavi s svežo zelenjavo skromnejše. Vsak dan kuhano zelenjavo uživa le 9 % dijakov, medtem ko je delež tistih, ki je ne uživajo nikoli, 21,7 %. V pogostosti uživanja kuhane zelenjave obstaja med spoloma statistično značilna razlika ($U = 4500$, $p < 0,0001$). Med dijaki, ki nikoli

ne uživajo kuhane zelenjave, je precej višji delež fantov (31,2 %). Ugotovili smo statistično značilno povezavo med subjektivno oceno družinskega (denarnega) blagostanja in pogostostjo uživanja vložene zelenjave ($r_s = -0,155$, $p = 0,046$), ki nakazuje, da se pogostost uživanja vložene zelenjave povečuje s slabšo subjektivno oceno družinskega blagostanja. Povprečna količina v obroku zaužite zelenjave je med fanti 151,3 g, med dekleti pa 166,7 g. Spearmanov korelacijski koeficient je pokazal statistično povezanost med pogostostjo uživanja različne vrste zelenjave (Tabela 2). Dijaki, ki pogosto uživajo eno vrsto zelenjave (svežo, kuhano ali vloženo), pogosteje uživajo tudi ostale in obratno.

Spearmanov korelacijski koeficient je pokazal povezanost med spremenljivkama o običajni količini v obroku zaužitega sadja in običajni količini v obroku zaužite zelenjave ($r_s = 0,300$, $p < 0,0001$).

V raziskavi smo ugotavljali tudi, kako pogosto dijaki uživajo stročnice ter kolikšna je količina v obroku zaužitih stročnic (porcija). Dijaki ($n = 161$) so navajali pogostost uživanja graha, fižola, leče in soje (Tabela 3). Fantje povprečno v obroku zaužijejo 138,2 g stročnic, dekleta pa 141,8 g, razlike med spoloma niso statistično značilne ($U = 2656,5$, $p = 0,612$).

Povezave med spremenljivkami o pogostosti uživanja posameznih vrst stročnic so statistično značilne, kar kaže, da dijaki, ki pogosteje uživajo stročnice, uživajo vse našete vrste stročnic. Posebej močna je povezanost med spremenljivkami o pogostosti uživanja leče in soje ($r_s = 0,504$, $p < 0,0001$).

Ugotovili smo, da subjektivno ocenjeno družinsko blagostanje ne vpliva na pogostost uživanja stročnic.

Tabela 2: Spearmanovi korelacijski koeficienti povezanosti med uživanjem različno pripravljene zelenjave
Table 2: Spearman's correlation coefficients for consumption of variously prepared vegetables

Zelenjava/ Vegetables	Sveža zelenjava/ Fresh vegetables	Kuhana zelenjava/ Cooked vegetables	Vložena zelenjava/ Pickled vegetables
Sveža zelenjava/	/	$r_s = 0,421$ $p < 0,0001$	$r_s = 0,349$ $p < 0,0001$
Kuhana zelenjava/	/	/	$r_s = 0,409$ $p < 0,0001$

Legenda/Legend: r_s – Spearmanov korelacijski koeficient/Spearman's correlation coefficient; p – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 3: Pogostost uživanja stročnic (%)
Table 3: Frequency of legume consumption (%)

Pogostost uživanja/ Frequency of consumption	Dekleta/Girls (n = 73)				Fantje/Boys (n = 88)			
	grah/ peas	fižol/ beans	leča/ lentils	soja/ soya beans	grah/ peas	fižol/ beans	leča/ lentils	soja/ soya beans
Nikoli	20,5	23,3	78,1	82,2	29,5	23,9	75,0	75,0
Do 3-krat na mesec	60,3	49,3	20,5	13,7	48,9	43,2	22,7	22,7
1- do 2-krat na teden	16,5	19,2	0	0	19,3	19,3	2,3	2,3
3- do 6-krat na teden	2,7	2,7	1,4	1,4	0	10,2	0	0
Vsak dan	0	5,5	0	2,7	2,3	3,4	0	0

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

Tabela 4: Pogostost uživanja rib (%)

Table 4: Frequency of fish consumption (%)

Pogostost uživanja/ Frequency of consumption	Dekleta (n = 73)			Fantje (n = 88)		
	Bela morska riba/White seawater fish	Plava morska riba/Pelagic seawater fish	Sladkovodna riba/ Freshwater fish	Bela morska riba/White seawater fish	Plava morska riba/Pelagic seawater fish	Sladkovodna riba/ Freshwater fish
Nikoli	20,5	41,1	58,9	29,5	42,0	42,0
Do 3-krat na mesec	69,9	53,5	35,6	63,6	52,3	53,4
1- do 2-krat na teden	8,2	2,7	5,5	5,7	4,5	3,4
3- do 6-krat na teden	0	2,7	0	1,2	1,2	1,2
Vsak dan	1,1	0	0	0	0	0

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

Sicer se kaže, da dijaki, ki so družinsko blagostanje ocenili kot slabše, pogosteje uživajo fižol, vendar povezanost ni statistično značilna ($r_s = -0,142, p = 0,072$).

Spearmanov korelacijski koeficient je pokazal povezavo med spremenljivkama o običajni količini v obroku zaužite zelenjave in običajni količini v obroku zaužitih stročnic ($r_s = 0,334, p < 0,0001$). Ugotovili smo tudi statistično značilno povezavo med količino zaužitega sadja in količino zaužitih stročnic ($r_s = 0,187, p = 0,026$).

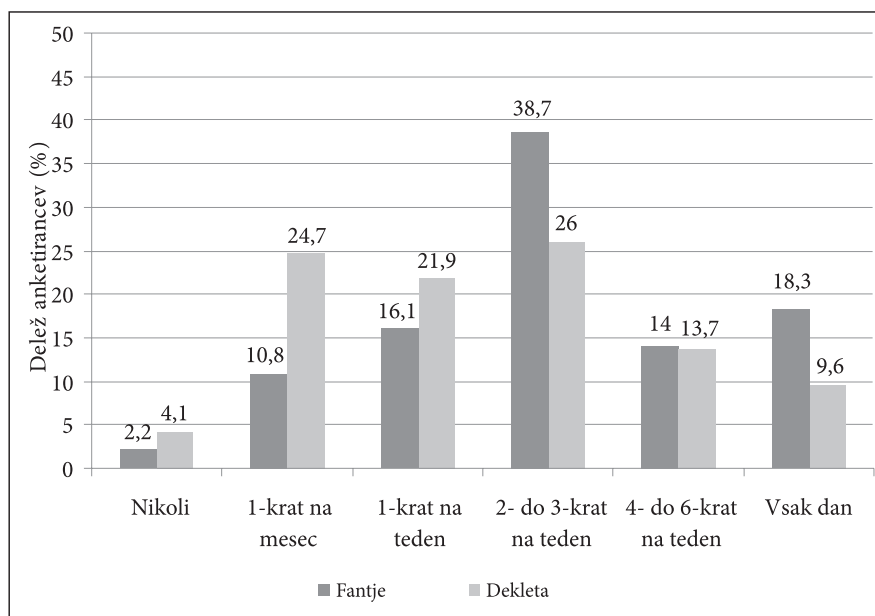
Statistično razliko med spoloma smo ugotovili pri pogostosti uživanja bele morske ribe ($U = 3904,5, p = 0,014$). Četrtnina dijakov bele morske ribe ne uživa nikoli, med njimi je več fantov (29,5 %) kot deklet (20,5 %) (Tabela 4).

Raziskava ni pokazala povezave med socialnoekonomskimi določilnicami in pogostostjo uživanja rib. Med pogostostjo uživanja posameznih vrst rib smo dokazali statistično značilne povezave: dijaki, ki pogosteje uživajo ribe, uživajo vse vrste rib in obratno.

Sedeča vedenja in telesna aktivnost

Za preučevanje telesne aktivnosti in sedečega vedenja smo v raziskavo vključili vprašani: koliko ur dnevno namenijo za gledanje TV, računalnik, tablico in telefon (internet, igrice, socialna omrežja in šola), ločeno za dneve med tednom in ob koncu tedna ter kako pogosto se običajno rekreirajo v prostem času tako intenzivno, da jim zmanjka sape oziroma se preznojijo.

Med tednom več kot tri ure sedečega vedenja omenja 25 % fantov in 26 % deklet. Tri ure elektronskim napravam in medijem nameni 15 % fantov in 18 % deklet, dve uri 30 % dijakov, med slednjimi je manjši delež fantov (28 %) kot deklet (33 %). Enak delež fantov in deklet (22 %) dnevno za elektronske naprave porabi 1 uro. Ob koncu tedna je delež dijakov, ki preživijo čas za ekrani, večji. Več kot tri ure presedi za ekrani 26 % fantov in 34 % deklet, tri ure 19 % fantov in 25 % deklet, dve uri temu nameni 19 % dijakov.



Slika 1: Pogostost rekreiranja (%)

Figure 1: Frequency of recreational activity (%)

Eno uro sedečega vedenja navaja 14,5 % dijakov, pol ure pa 13 % dijakov. Med fanti in dekleti smo ugotovili statistično značilno razliko v sedečem vedenju ob koncu tedna ($U = 4015$, $p = 0,039$). Delež deklet, ki ob koncu tedna preživijo dlje časa za ekrani, je večji. Raziskava je pokazala visoko statistično značilno povezanost med časom, ki ga dijaki preživijo za računalnikom med tednom, in časom, ki ga za to namenijo ob koncu tedna ($r_s = 0,609$, $p < 0,0001$). Dijaki, ki med tednom preživijo veliko časa pred ekrani, se enako vedejo tudi ob koncu tedna. Med njimi je več deklet. Med (samo)oceno stanja hranjenosti in sedečim vedenjem med tednom ni statistično značilne povezave ($r_s = 0,091$, $p = 0,243$), prav tako nismo ugotovili statistično pomembne povezave med (samo)oceno stanja hranjenosti in sedečim vedenjem ob koncu tedna ($r_s = 0,146$, $p = 0,060$). Ugotovili smo statistično značilno povezavo med pogostostjo uživanja sladkarij in sedečim vedenjem, daljšim od treh ur ($r_s = 0,265$, $p = 0,004$). Spearmanov korelacijski koeficient je pokazal statistično značilno povezavo med časom sedečega vedenja med tednom in pogostostjo uživanja energijskih pijač ($r_s = 0,177$, $p = 0,023$).

Vse dni v tednu je telesno dejavnih 14,5 % dijakov (Slika 1), med njimi je več fantov. Največ dijakov navaja, da so telesno dejavni 2- do 3-krat tedensko (33 %), tudi med temi dijaki prevladujejo fantje.

Izračun testa χ^2 potrjuje statistično značilno povezavo med spolom in pogostostjo rekreiranja ($\chi^2(2) = 8,121$, $p = 0,017$, $V = 0,221$). Med telesno neaktivnimi je več deklet. Med (samo)oceno stanja hranjenosti in športno oziroma gibalno aktivnostjo ni statistično značilnih povezav ($r_s = 0,106$, $p = 0,176$). Pouka športne vzgoje je opravičenih 9 % dijakov (7 % deklet in 11 % fantov); 9,4 % s SGLŠ Postojna in 8,5 % s ŠC Postojna.

Diskusija

Čeprav je ITM antropometrična meritev in ni neposredno merilo debelosti (ni razlikovanja med mišičjem in maščevjem), je že dalj časa priznan kazalnik stanja hranjenosti pri otrocih (Coombs & Stamatakis, 2015). Ugotovili smo, da ima večina dijakov normalno telesno maso. Med dijaki s prekomerno telesno maso je večji delež fantov, prenizko telesno maso pa ima večji delež deklet. Ker pri dijakih ne poznamo deleža maščevja in mišičja, ne moremo z gotovostjo trditi, da prekomerna telesna masa pri fantih nakazuje tveganje za debelost, saj je prekomerna telesna masa lahko povezana s telesnim razvojem v obdobju odrasčanja, ko fantje v času intenzivne rasti pridobivajo na mišični masi. Delež dijakinj s prenizko telesno maso nakazuje na nadzorovanje telesne mase zaradi lepotnih idealov. Podobno kot mnoge druge raziskave (Kuhar, 2002; Stang & Story, 2005; WHO, 2012) je tudi naša pokazala, da je na dieti več deklet kot fantov oziroma slednji izkazujejo večje zadovoljstvo s svojim telesom. Dekleta so posebej ranljiva, saj za razliko od fantov v mladostniškem razvoju pridobivajo več maščevja, kar jih oddaljuje od idealiziranega telesa. Nezadovoljstvo z videzom in

telesom je izrazitejše med dekleti in velikokrat vodi do tveganega vedenja, kot je neprimerno hujšanje, uporaba škodljivih diet in odvajal (Stang & Story, 2005). V raziskavi smo ugotovili statistično značilno povezavo med dietnim vedenjem in samooceno stanja hranjenosti. Večje nezadovoljstvo s telesno maso izražajo normalno hranjeni dijaki.

V raziskavi smo ugotovili statistično značilno povezavo med (samo)oceno stanja hranjenosti in subjektivno oceno družinskega blagostanja. Dijaki, ki so navedli višjo telesno maso oziroma dijaki s povišano telesno maso, prihajajo iz socialno šibkejših družin. Podobne ugotovitve navajajo tudi druge raziskave (Hanson & Chen, 2007; WHO, 2012; Gabrijelčič Blenkuš, 2013). Ugotovili smo statistično značilno povezavo med številom obrokov in subjektivno oceno družinskega blagostanja. Kljub temu, da se lahko subjektivna ocena družinskega blagostanja razlikuje od dejanskega stanja, to nakazuje, da več obrokov na dan zaužijejo dijaki, ki so družinsko blagostanje ocenili kot boljše. V raziskavi smo ugotovili, da dijaki s povišano telesno maso in tisti, ki zaužijejo manjše število dnevnih obrokov, prihajajo iz družin s slabšim socialnoekonomskim statusom. Ker ti dijaki izbirajo manj kakovostna živila oziroma posegajo po hrani, ki je energijsko bogata in hranilno revna, imajo višji ITM.

Ugotovili smo, da dijaki, ki imajo slabe zajtrkovalne navade, opuščajo zajtrk tako med tednom kot ob vikendih ter da zajtrk pogosteje opuščajo dekleta. Rezultati raziskave HBSC v Sloveniji kažejo na pogostejše izpuščanje zajtrka pri starejših mladostnikih (Gregorič, 2011). Da je opuščanje zajtrkovanja med tednom pogostejše med dekleti ter da rednost zajtrkovanja s starostjo upada, dokazujejo tudi druge raziskave (Német, et al., 2011; Svastisalee, et al., 2011; Kuzman, et al., 2012; Moreno, et al., 2012). Če v naši raziskavi pridobljene podatke o deležu dijakov, ki med tednom zajtrkujejo redno, (starost dijakov 18 let) primerjamo s podatki zadnje raziskave HBSC (Drev, 2015) (starost mladostnikov 15 let), ugotovimo, da je delež dijakov, ki opuščajo zajtrk, pri fantih primerljiv (42 %) pri dekletih pa manjši od slovenskega povprečja (38 %). Takšno vedenje deklet lahko povežemo z ugotovitvami, da več deklet nadzoruje svojo telesno maso tudi z opuščanjem zajtrka. Med pogostostjo zajtrkovanja in subjektivno oceno družinskega blagostanja statistično značilne povezave nismo ugotovili.

Z ugotovitvami naše raziskave lahko potrdimo domnevo, da je primanjkljaj vnosa zelenjave in stročnic pri dijakih glede na priporočila večji, kot je pri vnosu sadja. Po rezultatih naše raziskave je delež tistih, ki uživajo sadje in zelenjavo vsaj enkrat na dan, večji med dekleti. Pregled pridobljenih podatkov raziskav HBSC iz 33 evropskih in severnoameriških držav za obdobje 2002–2010 potrjuje, da v vseh sodelujočih državah sadje pogosteje uživajo dekleta (Vereecken, et al., 2015). Prav tako podatki teh raziskav kažejo, da se dnevni vnos sadja in zelenjave pri obeh spolih vseh starosti s časom

povečuje. Tudi med hrvaškimi mladostniki ugotavljajo, da je uživanje sadja in zelenjave manjše od priporočil, saj kar 66 % mladostnikov ne je sadja vsak dan in 76 % jih vsakodnevno ne uživa zelenjave (Kuzman, et al., 2012). Italijanski mladostniki ravno tako pogosteje kot zelenjavo uživajo sadje. Najmanj enkrat na dan uživa sadje 41 % deklet in 36 % fantov (starost 15 let), zelenjavo pa slaba petina fantov (17 %) in 23 % deklet. Sadje in zelenjavo pogosteje uživajo dekleta, delež tistih, ki vsakodnevno uživajo sadje in zelenjavo, pa se s starostjo znižuje (Lazzeri, et al., 2013). Raziskave HBSC v Sloveniji kažejo, da je delež tistih, ki uživajo sadje in zelenjavo vsak dan, najvišji med najmlajšimi mladostniki (11-letniki), ter da pogostost uživanja sadja in zelenjave s starostjo pada (Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2007; Fajdiga Turk, 2011). Dijaki iz naše raziskave so starejši (18 let) od populacije raziskave HBSC (11, 13 in 15 let); s primerjavo podatkov lahko ugotovimo, da pogostost uživanja sadja in zelenjave s starostjo upada, potrdimo.

Predvsem skrb vzbujajoč je primanjkljaj vnosa stročnic. Med naštetimi stročnicami največ dijakov redno uživa fižol, sledi grah. Fižol in grah sta poznani stročnici, dostopni in najcenejši. Med izvajanjem ankete smo ugotovili, da dijaki slabo poznajo lečo in sojo, nekateri dijaki za omenjeni živili še niso slišali. Ugotovili smo statistično značilno povezavo med pogostostjo uživanja posameznih stročnic. Dijaki, ki pogosteje uživajo stročnice, uživajo vse našete vrste stročnic. Posebej visoka statistično značilna povezanost se je pokazala med pogostostjo uživanja leče in soje. V raziskavi, opravljeni med 129 predšolskimi otroki iz Ljubljane in okolice, ugotavljajo, da le-ti zaužijejo priporočene količine žit in škrobnih izdelkov, mleka in mlečnih izdelkov, mesa in zamenjav ter sadja, pri vnosu zelenjave pa v povprečju ne dosegajo niti 60 % vrednosti priporočil (Poličnik, et al., 2009).

V raziskavi smo tudi dokazali, da je uživanje rib med dijaki glede na priporočila premajhno. Dijaki, vključeni v raziskavo, prihajajo iz okolja, kjer tradicionalna prehrana ne vključuje rib. S tem povezujemo skromno uživanje rib, prehrana otrok in mladostnikov je namreč odvisna od domače kuhinje in šolske prehrane. Iz poročila o kakovosti dijaških obrokov (Gregorič, et al., 2009) je razvidno, da se ponudba rib v obrokih med regijami statistično razlikuje; največji delež rib in ribjih izdelkov v obrokih je v regiji Koper (12 %). V drugih regijah delež rib v obrokih dosega 5 % (Gregorič, et al., 2009). Pogostost uživanja rib je povezana tudi z njihovo ceno, dostopnostjo ter načinom priprave. V raziskavi smo potrdili povezanost med pogostostjo uživanja posameznih vrst rib. Dijaki, ki pogosteje uživajo ribe, pogosteje uživajo vse vrste rib. Glede na rezultate raziskave med dijaki ne moremo trditi, da obstajajo povezave med (samo)oceno stanja hranjenosti in pogostostjo uživanja kakovostnih beljakovinskih živil (rib in stročnic).

Menimo, da na ITM vplivajo še številni drugi dejavniki, ki jih v raziskavi nismo preučevali. V raziskavi nismo potrdili povezav med subjektivno oceno družinskega blagostanja in pogostostjo uživanja sadja in zelenjave,

prav tako nismo dokazali vpliva subjektivne ocene družinskega blagostanja na pogostost uživanja rib in stročnic.

Povezave med (samo)oceno stanja hranjenosti in časom, povezanim s sedečim vedenjem, nismo dokazali. Ker smo vprašanje zastavili s poudarkom na gledanju televizije, uporabi računalnika, tablice in telefona (internet, igrice, socialna omrežja in šola), domnevamo, da gre za različno vedenje pri uporabi navedenih medijev. Pri uporabi telefona, tablice ali računalnika so roke običajno aktivne, zato ta oblika sedečega vedenja ne omogoča sočasnega uživanja prigrizkov, sladic ali pijač. Verjetnost uživanja prigrizkov je večja pri gledanju televizije. Ugotovili smo statistično značilno povezavo med časom sedečega vedenja med tednom in pogostostjo uživanja energijskih pijač. Domnevamo, da sedeče vedenje dijakov vključuje gledanje televizije, uporabo računalnika in učenje v poznih urah ter da mladostniki uživajo energijske pijače tudi z namenom podaljšanja budnosti ali koncentracije.

Kljub dobro zasnovani prehranski politiki se njeni ukrepi v praksi, zaradi kadrovskih, finančnih ali drugih ovir, še vedno ne izvajajo dosledno. Za doslednejše izvrševanje ukrepov v praksi, velja razmisliti o enotnem sistemu vključevanja primarne zdravstvene oskrbe otrok in mladostnikov v šole. V raziskavi o vključevanju šolske medicinske sestre v slovenske šole, ugotavljajo, da se v šolah soočajo z vrsto zdravstvenih težav učencev, ki jih na različne načine rešujejo učitelji sami. Njihove ugotovitve potrjujejo nujnost povezovanja šolstva in zdravstva tudi v smislu krepitve zdravja in vzgoje za zdravje (Torkar, et al., 2013).

V našo raziskavo sta bili vključeni le dve srednji šoli, vzorec je zajemal le dijake tretjih letnikov, zato rezultatov ni mogoče sploševati. Kljub temu ugotovitve nakazujejo potrebo po obsežnejšem raziskovanju z namenom ovrednotenja prehranjevalnih navad in navad telesne aktivnosti slovenskih srednješolcev. Posebej se nakazuje potreba po preučevanju vnosa stročnic in rib v prehrani.

Zaključek

Rezultati raziskave so pokazali, da se dijaki ne prehranjujejo skladno s priporočili zdravega prehranjevanja. Uživajo premalo sadja, zelenjave, stročnic in rib. Zgolj petina dijakov uživa sveže sadje večkrat dnevno, med njimi je več deklet. Rezultati raziskave so potrdili domnevo, da je primanjkljaj vnosa zelenjave in stročnic glede na priporočila večji, kot je pri vnosu sadja. Svežo zelenjavo vsaj enkrat na dan uživa le dobra desetina dijakov. Povprečna količina v obroku zaužitega sadja je v primerjavi z zelenjavo večja. Raziskava je potrdila, da dijaki tudi pri telesni aktivnosti ne dosegajo priporočil. Redno telesno aktivnih je več fantov, za dekleta pa se je izkazalo, da imajo daljši čas sedečih vedenj. Ugotovili smo, da so prehranjevalne navade in navade telesne aktivnosti anketiranih dijakov primerljive s slovenskim povprečjem mlajših mladostnikov iz raziskav HBSC.

Menimo, da slovenski mladostniki še vedno nimajo dovolj kakovostnih informacij o zdravem prehranjevanju ter da so bolj podvrženi oglaševanju in pritisku medijev kot odrasla populacija. Ker so mladostniki še vedno dojemljivi za učenje in v obdobju, ko lahko še spreminjajo svoje navade, je potrebno razmisliti o širšem in boljšem prehranskem izobraževanju, predvsem v srednjih šolah, ter o še boljši organizaciji šolske prehrane. V srednjih šolah bi morali Smernice dosledno upoštevati ter za organizacijo šolske prehrane zaposliti prehranske strokovnjake, ki bi jih morali tudi sprotno izobraževati. Na podlagi ugotovitev naše raziskave, da v šoli vsak dan malicajo skoraj vsi dijaki ter da je to za mnoge prvi ali celo edini obrok do prihoda domov, zaključujemo, da bi moral biti šolski obrok kakovosten in polnovreden. V šolsko prehrano bi morali pogosteje vključevati zelenjavo, stročnice in ribe, ki se v domačo prehrano vključujejo zelo redko. V srednjih šolah bi bilo smiselno v kurikule vključiti zdravstvenovzgojne vsebine, ki bi vključevale tudi prehransko in športno izobraževanje. Nujno je tudi sprotno vrednotenje doseganja zastavljenih ciljev in rezultatov ter vrednotenje prehranskega statusa otrok in mladine. Velikega pomena je tudi (ne)formalno izobraževanje, skriti učni načrt (tudi zgledi) in druge vzgojne vsebine izven šolskih prostorov.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorji članka 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).

Literatura

Coombs, N.A. & Stamatkis, E., 2015. Associations between objectively assessed and questionnaire-based sedentary behaviour with BMI-defined obesity among general population children and adolescents living in England. *BMJ Open*, 5(6), pp. 1–7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007172> PMID:26088807; PMCID:PMC4480033

Drev, A., 2015. Z življenjskim slogom povezana vedenja. In: H. Jeriček Klanšček, M. Bajt, A. Drev, H. Koprivnikar, T. Zupanič, & V. Pugelj, eds. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: izsledki mednarodne raziskave HBSC*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 38–47.

Fajdiga Turk, V., 2011. Uživanje sadja in zelenjave. In: H. Jeriček Klanšček, S. Roškar, H. Koprivnikar, V. Pucelj, M. Bajt & T. Zupanič, eds. *Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 129–142.

Freisling, H., Hass, K. & Elmadfa, I., 2009. Mass media nutrition information sources and associations with fruit and vegetable consumption among adolescents. *Public Health Nutrition*, 13(2), pp. 269–275. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980009991297> PMID:19706216

Gabrijelčič Blenkuš, M., Pograjc, L., Gregorič, M., Adamič, M. & Širca-Čampa, A., 2005. *Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno izobraževalnih ustanovah (od prvega leta starosti naprej)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 1–80.

Gabrijelčič Blenkuš, M., Gregorič, M. & Fajdiga Turk, V., 2007. Prehranske navade in prehranski status. In: H. Jeriček, D. Lavtar & T. Pokrajac, eds. *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 31–52.

Gabrijelčič Blenkuš, M., 2013. *Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji: gradivo za Odbor DZ RS za zdravstvo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravje Republike Slovenije, pp. 1–15.

Gregorič, M., Gabrijelčič Blenkuš, M., Amon, D., Dobrila, I., Veber, A., Ražman, N., et al., 2009. *Poročilo o prehranski kakovosti dijaških obrokov v letu 2009*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 1–47.

Gregorič, M., 2011. Zajtrkovanje. In: H. Jeriček Klanšček, S. Roškar, H. Koprivnikar, V. Pucelj, M. Bajt & T. Zupanič, eds. *Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 157–165.

Hanson, M.D. & Chen, E., 2007. Socioeconomics status, race, and body mass index: the mediating role of physical activity and sedentary behaviors during adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(3), pp. 250–259. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsl024> PMID:16896193

Harding, S.K., Page, A.S., Falconer, C. & Cooper, A.R., 2015. Longitudinal changes in sedentary time and physical activity during adolescence. *International Journal of Behavioural Nutrition*, 12(1), pp. 1–7.

Jeriček, H., 2007. Predstavitev raziskave (namen, cilji, metode, vzorec). In: H. Jeriček, D. Lavtar & T. Pokrajac, eds. *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 11–18.

- Kostanjevec, S., 2013. *Prehransko znanje in prehranjevalne navade otrok*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, pp. 22–41. Available at: http://www.pef.uni-lj.si/fileadmin/Datoteke/Zalozba/e-publikacije/Prehransko_znanje_Kostanjevec.pdf [28. 4. 2015].
- Kuhar, M., 2002. O telesni samopodobi mladih. *Socialna pedagogika*, 6(3), pp. 255–278.
- Kuzman, M., Pavić Šimetin, I. & Pejnović Franelić, I., 2012. *Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2009/2010*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, pp. 48–55.
- Lazzeri, G., Simi, R. & Giacchi, M.V., 2013. Abitudini alimentari e stato nutrizionale. In: F. Cavallo, M. Giacchi, A. Vieno, D. Galeone, A. Tomba, A. Lambreti, et al. eds. *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, pp. 58–67.
- Maučec Zakotnik, J., Hlastan Ribič, C., Poličnik, R., Pavčič, M., Štern, B. & Pokorn, D., 2005. *Nacionalni program prehranske politike od 2005 do 2010*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, p. 10.
- Ministrstvo za kmetijstvo in okolje, Direktorat za kmetijstvo, 2013. *EU shema šolskega sadja in zelenjave*. Available at: <http://www.shemasolskegasadja.si/> [29. 7. 2016].
- Ministrstvo za zdravje, 2015. *Resolucija o Nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025*. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2015/Resolucija_o_nac_programu_prehrane_in_in_tel_dejavnosti_jan_2015.pdf [24. 7. 2015].
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A. & García Moya, I., 2012. *Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2010)*. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad centro, pp. 10–26.
- Németh, Á., Aszmann, A., Halmay, R., Kökönyei, G., Költö, A., Örkényi, Á., et al., 2011. *Serdülőkörű fi atalok egészsége és életmódja. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): a WHO-collaborative Cross-National Study National Report 2010*. Budapest: Országos gyermekegészségügyi intézet, pp. 21–26.
- Poličnik, R., Hlastan Ribič, C. & Pokorn, D., 2009. Prehranjevalne navade predšolskih otrok v Ljubljani in okolici. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(2), pp. 89–94. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2009.43.2.89> [5. 12. 2016].
- Sonce.net digitalni marketing & Inštitut Jožef Stefan, 2015. *Odrpta platforma za klinično prehrano (OPKP)*. Available at: http://www.opkp.si/sl_SI/cms/vstopna-stran [24. 7. 2015].
- Stang, J. & Story, M. ed., 2005. *Guidelines for adolescent nutrition services*. Minneapolis: University of Minnesota, Center for Leadership, Education, and Training in Maternal and Child Nutrition, Division of Epidemiology and Community, Health School of Public Health. Available at: http://www.epi.umn.edu/let/pubs/adol_book.shtml [8. 6. 2015].
- Statistični urad Republike Slovenije, 2014. *Dijaki po starosti, letnikih, spolu in vrsti izobraževanja, Slovenija, letno*. Available at: http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=0953201S&ti=&path=../Database/Dem_soc/09_izobrazevanje/07_srednjesol_izobraz/01_09532_zac_sol_leta/&lang=2 [1. 6. 2015].
- Stergar, E., Scagnetti, E. & Pucelj, V., 2006. Prehrana in načini hranjenja. In: E. Stergar, E. Scagnetti & V. Pucelj, eds. *Z zdravljem povezano vedenje v šolskem obdobju. HBSC Slovenija 2002*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 43–53.
- Svastisalee, C., Krølner, R., Pedersen, T.P. & Rasmussen, M., 2011. Kostvaner. In: M. Rasmussen & P. Due, eds. *Skolebørnsundersøgelsen 2010*. København: Statens Institut for Folkesundhed Syddansk Universitet, pp. 51–56.
- Torkar, T., Grmek Košnik, I. & Skela Savič, B., 2013. Vključevanje poklicnega profila šolska medicinska sestra v slovenske šole: vidik učiteljev in zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3), pp. 224–235. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.3.224> [5. 12. 2016].
- Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Center za družboslovno informatiko, 2015. *1KA, odprtokodna aplikacija za spletno storitev anketiranja*. Available at: <https://www.1ka.si/> [28. 4. 2015].
- Vereecken, C., Pedersen, T.P., Ojala, K., Krølner, R., Dzielska, A., Ahluwalia, N., et al., 2015. Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *European Journal of Public Health*, 25(2), pp. 16–19. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv012> PMID:25805780
- WHO, World Health Organization, 2010. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization, pp. 18–19.
- WHO, World Health Organization, 2012. *Social determinants of health and well-being among young people: health behaviour in school-aged children (HBSC): international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, pp. 91, 95, 99.
- WHO, World Health Organization, 2013. *Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European region member states. Methodology and summary*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, p. 8.

WHO, World Health Organization, 2016. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, p. 2.

Zakon o šolski prehrani (ZŠolPre-1), 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 3. Available at: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=111596> [29. 7. 2016].

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), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

Citirajte kot/Cite as:

Radivo, M., Pucer, P. & Poklar Vatovec, T., 2016. Prehranjevalne navade in telesna aktivnost dijakov primorsko-notranjske regije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 316–326. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.114>

Strokovni članek/Professional article

Lastnosti mentorja in mentoriranja z njihovih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev

Characteristics of a good mentoring relationship: a descriptive survey including pupils, students and mentors

Dragan Babuder

Ključne besede: mentorstvo; osebne lastnosti; odnos

Key words: mentorship; personality characteristics; relationship

Dragan Babuder, dipl. zn., mag. vzg. in men. v zdr.; Srednja zdravstvena šola Postojna, Tržaška 36, 6230 Postojna

*Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:*
dragan.babuder@guest.arnes.si

IZVLEČEK

Uvod: Lastnosti mentorja so za odnos med mentorjem, dijakom in študentom zdravstvene nege zelo pomembne. Namen raziskave je bil ugotoviti, katere lastnosti mentorjev so pomembne z vidika dijakov in študentov zdravstvene nege, in obratno, katere lastnosti mentorirancev, tj. dijakov oz. študentov, so pomembne z vidika mentorjev.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna metoda raziskovanja. S spletnim anketnim vprašalnikom je bil anketiran 201 anketiranec, od tega 50 dijakov srednje zdravstvene šole (3. in 4. letnik), 97 študentov prve stopnje zdravstvene nege (2. in 3. letnik) ter 54 mentorjev v kliničnem okolju. Uporabljena je bila deskriptivna statistika, test hi-kvadrat ter metoda analize variance oz. analiza povprečij.

Rezultati: Ugotovljeno je bilo, da mentorji menijo, da odnos med mentorirancem in mentorjem ni odvisen od mentorjeve starosti. Komunikacija je pomembna vsem trem skupinam anketirancev. Medsebojno spoštovanje je enako pomembno dijakom, študentom in mentorjem. Mentorjem je poleg dijakovega oz. študentovega spoštljivega odnosa najpomembnejše, da se dijak oz. študent zaveda svojih nalog in zadolžitvev ($\bar{x} = 4,6$). Najbolj zaželena lastnost mentorja je, da si vzame čas ($\bar{x} = 4,7$) za dijaka oz. študenta ter da je organiziran in dostopen.

Diskusija in zaključek: Med raziskovalnimi skupinami je opaziti razlike v dojemanju lastnosti in vrlin mentorjev. Vsem raziskovalnim skupinam je pomembna mentorjeva sposobnost komunikacije ter ustvarjanja kreativnega okolja.

ABSTRACT

Introduction: The characteristics of a mentor are of vital importance for a successful mentor-mentee relationship. The aim of the study was to explore and determine the mentors' and mentees' essential characteristics and values in nursing education influencing effective mentoring, as perceived and expected from each other.

Methods: A quantitative descriptive research method was used, using an online questionnaire. The research sample consisted of 147 nursing students (50 secondary-school and 97 undergraduate students), and 54 mentors in the clinical settings. Descriptive statistics, Chi-square test and variance analysis test were used.

Results: According to the mentors, a successful relationship is not influenced by the mentor's age. All the respondents agreed that the most important factors in mentoring relationships are proper communication and mutual respect. The mentors expect that mentees show respect to others and assume responsibility for their duties and obligations ($\bar{x} = 4.6$). The mentors should be willing to invest ample time in their mentees, they should be organized and accessible ($\bar{x} = 4.7$).

Discussion and conclusion: The views on the required characteristics and attributes of mentors differ among the groups of respondents. The respondents within all three groups, however, agree that successful mentoring relationships are characterized by the mentors' good communication skills and creative environment.

Uvod

Poklici v zdravstveni negi zahtevajo veliko mero praktičnih spretnosti, ki se jih v manjšem obsegu pridobiva v simuliranih pogojih in v večjem v kliničnih okoljih, zato mentorstvo predstavlja pomemben del usposabljanja dijakov, študentov in novozaposlenih. V Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014, p. 9) je v VIII. načelu opredeljena vloga medicinske sestre v odnosu do mlajših sodelavcev, dijakov in študentov: »Posebno skrb namenjajo študentom in dijakom zdravstvenih in drugih šol ter pripravnikom, z njimi delijo svoje znanje in profesionalne izkušnje, jih spodbujajo, so jim pomemben vzgled na njihovi prihodnji profesionalni poti ter z njimi vzpostavljajo strpen strokovni dialog.« Mentorstvo je omenjeno tudi v dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008), kjer je izpostavljeno, da mora medicinska sestra delovati kot učinkovita mentorica. Organizacija mentorstva je opredeljena kot naloga organizacije službe zdravstvene nege. Čuk (2014) opozarja na specifične lastnosti mentorstva v zdravstveni negi, kot so organizacija dela, naklonjenost vodilnih do sprejemanja učečih v organizacijo ter druge sistemske značilnosti delovnega okolja. Ena od značilnosti mentoriranja v zdravstveni negi je tudi, da se v delovnem okolju namesto učnih pogosteje izvajajo delovne naloge.

Mentoriranje je kompleksen proces, ki ga mora izvajati usposobljena medicinska sestra s pedagoškimi znanji, znanji o medosebnih odnosih in znanji drugih akademskih strok ter znanosti (medicina, psihologija). Predstavlja ogrodje, v katerega dodajamo in s katerim vrednotimo nova znanja (Sitar, 2006).

Mentor je oseba, ki mentoriranca spodbuja, vodi, usmerja, motivira, krepi njegovo samopotrditve in vpliva na njegov karierni razvoj (Ramšak Pajk, 2009). Mentor ne more biti kdor koli, sam mora imeti določene sposobnosti, znanja in kompetence, obvladati mora komunikacijske veščine, brez katerih koristi mentorstva prav gotovo niso tolikšne, kot so lahko. Na sistem mentorstva se mora organizacija ustrezno pripraviti tako, da usposobi osebe, ki bodo opravljale to vlogo, da organizira celoten proces mentorstva ter določi način spremljanja in ocenjevanja procesa (Ahčin, 2009). V zdravstveni negi se pogosto pojavlja tudi izraz klinični mentor, ki se tehnično od mentorja po definiciji ne razlikuje. Skela-Savič in sodelavci (2009) klinični mentor imenujejo v učni bazi zaposleno osebo, ki ima ustrezno strokovno izobrazbo, najmanj tri leta delovnih izkušenj, licenco za delo v zdravstveni negi ter končano usposabljanje za klinične mentorje. Glavni nalogi kliničnih mentorjev sta učenje študenta (oz. dijaka) v skladu s cilji na posameznem predmetnem področju klinične prakse in pomoč pri pridobivanju študentovih (oz. dijakovih) kompetenc na klinični praksi. Klinični mentor študenta (oz. dijaka) spremlja in nadzira ves čas opravljanja klinične prakse in mu pomaga pri vzpostavljanju ustreznega odnosa do

članov negovalnega in zdravstvenega tima, v odnosu do pacienta pa pomaga pri komunikaciji in pri pridobivanju pacientovega pristanka, da študent (oz. dijak) sme opravljati določene intervencije.

Mentoriranci se v kliničnem okolju od kliničnih mentorjevučijoizvajananalogz neposredniminegovalnimi intervencijami, z opazovanjem in ocenjevanjem potreb pacientov, z uporabo diagnostičnih kriterijev zahtevnosti zdravstvene nege in z uporabo spretnosti terapevtske komunikacije ter spretnosti medsebojnega sodelovanja v delovnih procesih (Čuk, 2014).

V procesu mentoriranja pomembno vlogo igrajo značajske lastnosti mentorja. S svojimi dejanji in obnašanjem mentor mentorirancem daje zgled; da bi bil uspešen, pa mora biti strokoven, razumevajoč, potrpežljiv, spoštljiv, zanesljiv, mentorirancu vedno na voljo, biti mora učinkovit učitelj in vodja (Lorber & Donik, 2009). Hkrati mora imeti tudi sposobnosti ocenjevanja in oblikovanja učnega procesa, upoštevati mora potrebe mentoriranca ter izobraževalne učne procese (Ramšak Pajk, 2007). Imeti mora sposobnost dobrega opazovanja, sprejeti vlogo učitelja, pomočnika, vodnika, svetovalca, ki mentoriranca usmerja in motivira. Po drugi strani mentor od mentoriranca pričakuje, da se le-ta zaveda načel humanosti, moralnosti, etičnosti in strokovnosti (Kermavnar, 2009). Dober mentor pred samim začetkom mentoriranja v pogovoru z mentorirancem izmenja medsebojna pričakovanja (Kermavnar & Govekar-Okoliš, 2016).

Večina medicinskih sester mentorstvo jemlje kot poklicno rast oz. življenjsko in poklicno preobrazbo; mentorstvo jim tudi pomaga razvijati vodstvene in organizacijske sposobnosti. Predstavlja jim vzajemno izmenjavo znanja, učenje in kontinuirano osebno rast (McCloughen, et al., 2013). Mentor je tudi pomemben člen v procesu prepoznavanja bodočega strokovnjaka kot osebe, ki bo kmalu samostojna in bo zadovoljevala najvišje standarde, ki jih delavcu narekuje zavod (Luhanga, et al., 2008). Mnogi mentorji opozarjajo na pomanjkanje časa za pripravo na proces mentoriranja (Magill-Cuerden, 2004). Mentorstvo je prepogosto »nevidno«; menedžmenti zavodov bi morali pomembno vlogo mentorjev prepoznati. Navsezadnje so mentorji tisti, ki študente privadijo na klinično okolje in v njih prepoznajo kompetentne in produktivne strokovnjake (Rooke, 2014). Večina medicinskih sester mentoric razmišlja, da se biti mentor oz. mentorica ne da naučiti. V temu evolucijskemu procesu marsikdo spozna, da gre za intuitiven in instinktiven proces (McCloughen, et al., 2013; Lorber & Donik, 2009; Luhanga, et al., 2008).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti, katere so zaželene lastnosti mentorjev z vidika dijakov in študentov zdravstvene nege, in obratno, katere lastnosti mentorirancev, tj. dijakov oz. študentov, so pomembne

z vidika mentorjev. Cilj je bil ugotoviti lastnosti in stališča raziskovanih skupin do mentorstva ter izboljšati proces mentoriranja ter ga dolgoročno nadgraditi v kompleksen pedagoški proces.

Glede na namen in cilje raziskave so bila opredeljena naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako velik vpliv na odnos med mentorjem in mentorirancem dijaki, študenti in mentorji pripisujejo starosti mentorja?
- Kakšne so razlike med mentorji, dijaki in študenti pri ocenjevanju pomembnosti komunikacijskih sposobnosti?
- Koliko je dijakom v primerjavi s študenti pomemben spoštljiv odnos do sošolcev?

Metode

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna deskriptivna metoda dela. Zbiranje podatkov smo izvedli s pomočjo spletne ankete.

Opis instrumenta

Strukturirani vprašalnik je bil izdelan na podlagi pregleda literature (Kotnik, et al., 2010; McCloughen et al., 2013; Žerovnik, 2014). Anketiranje smo izvedli preko odprtokodne spletne aplikacije za izvedbo anketiranja 1KA. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz petih vsebinskih sklopov. V prvem sklopu so bili socialnodemografski podatki (spol, status anketiranca ter starost). V drugem sklopu je bilo 16 trditev, ki so se nanašale na osebnostne lastnosti mentorjev, tretji sklop je vseboval 19 trditev, ki so se nanašale na osebnostne vrline mentorjev, četrti sklop 16 trditev o lastnostih dijakov oz. študentov, v petem sklopu je bilo 9 trditev, ki so se nanašale na medsebojni odnos med mentorjem in mentorirancem. V drugem, tretjem in četrtem sklopu so anketiranci ocenjevali pomembnost v trditvah zapisanih lastnosti, pri tem so se opredeljevali na petstopenjski Likertovi lestvici (1 – zelo nepomembno, 2 – nepomembno, 3 – ne morem se odločiti, 4 – pomembno, 5 – zelo pomembno). V petem sklopu pa so izražali svojo stopnjo strinjanja s trditvami, pri tem so se prav tako opredeljevali po petstopenjski Likertovi lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – ne morem se odločiti, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam).

Cronbachov koeficient alfa je za drugi sklop trditev znašal 0,843, za tretji sklop 0,799, za četrti sklopa 0,890 in za zadnji 0,785. Skupni Cronbachov koeficient alfa je znašal 0,811, kar pomeni, da je zanesljivost anketnega vprašalnika zelo dobra (Ferligoj, et al., 1995).

Opis vzorca

Kot prvo skupino smo v namenski vzorec vključili dijake srednješolskega programa zdravstvena nega, in sicer dijake tretjega in četrtega letnika Srednje

zdravstvene šole Postojna. V raziskavo so bili vključeni tudi študenti drugega in tretjega letnika zdravstvene nege prve stopnje Fakultete za zdravstvene vede v Novem mestu. Tretja obravnavana skupina so bile diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, ki so mentorice oz. mentorji dijakom in študentom zdravstvene nege na različnih ravneh zdravstvene dejavnosti v osrednjeslovenski regiji. V sedmih dneh aktivne spletne ankete je bila povezava do anketnega vprašalnika poslana 60 dijakom (realizacija vzorca 83,3 %), 194 študentom zdravstvene nege (realizacija vzorca 50 %) in 157 mentorjem (realizacija vzorca 34,4 %). Izpoljenih je bilo 210 anketnih vprašalnikov, izmed njih smo izločili 9 nepopolno izpoljenih. Realizacija vzorca je bila 51,1 %.

Tabela 1: Socialnodemografski podatki o anketirancih
Table 1: Sociodemographic data about the participants

Spremenljivka/ Variable	Kategorija/ Category	n	%
Spol	ženske	154	77,0
	moški	47	23,0
Status anketiranca	dijak	50	24,9
	študent	97	48,2
	mentor	54	26,9
Starost (leta)	16–20	58	29,0
	21–24	51	25,0
	25–29	19	9,0
	30–34	32	16,0
	35–39	22	11,0
	40 in več	19	9,0

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

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno. Sodelujočim v raziskavi je bila posredovana povezava do spletne ankete po elektronski pošti. Podatki popolno izpoljenih anketnih vprašalnikov so bili obdelani s pomočjo računalniških programov SPSS verzija 24.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) in Microsoft Excel. Rezultati raziskave so prikazani opisno, tabelarično ter slikovno. Uporabljena je bila osnovna deskriptivna statistika. V okviru statističnih metod so bili uporabljeni test hi-kvadrat (χ^2), s katerim smo iskali povezanost med spremenljivkami, in analiza variance oz. analiza povprečij. Stopnja statistične značilnosti oz. tveganja je bila postavljena pri 0,05.

Rezultati

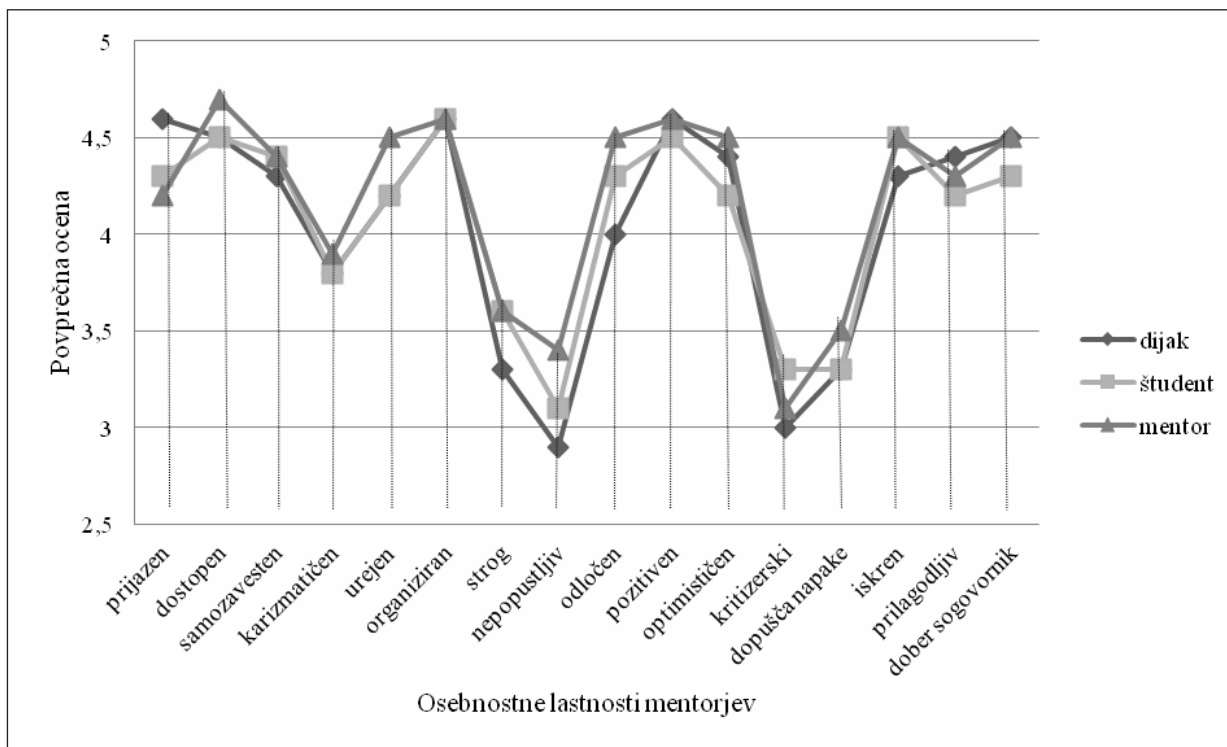
V sklopu trditev, ki se je nanašal na osebnostne lastnosti mentorjev, so anketiranci ocenili pomembnost šestnajstih lastnosti. Iz rezultatov na Sliki 1 je razvidno, da je poleg splošno visoko ocenjene pomembnosti mentorjeve organiziranosti in pozitivnosti za dijake najbolj zaželeno lastnost prijaznost ($\bar{x} = 4,6$), ki pa jo

študenti ($\bar{x} = 4,3$) in še bolj mentorji ocenjujejo manj visoko ($\bar{x} = 4,2$), vendar je razlika med povprečnima ocenama še vedno relativno majhna. Velika večina osebnostnih lastnosti je vsem trem obravnavanim skupinam približno enako pomembna, največja razlika med povprečnimi ocenami posameznih skupin je le 0,5. Slednja se pojavi pri ocenah pomembnosti osebnostne lastnosti nepopustljivost: v povprečju jo dijaki ocenijo z 2,9 in mentorji s 3,4. Tudi odločnost je lastnost, ki je dijakom manj pomembna kot ostalim ($\bar{x} = 4,0$), študenti to lastnost že vidijo kot bolj pomembno ($\bar{x} = 4,3$), mentorjem pa je še pomembnejša ($\bar{x} = 4,5$). Z analizo variance oz. analizo povprečij ($F = 37,18$, $p = 0,023$) smo dokazali, da se raziskovane skupine ob upoštevanju tveganja ($p = 0,05$) med seboj razlikujejo.

Pri pregledu ocen pomembnosti osebnostnih vrlin mentorjev je dinamika stališč bolj izražena in bolj raznolika (Slika 2). Osebnostna vrлина poštenost je v primerjavi z dijaki in študenti najbolj pomembna mentorjem ($\bar{x} = 4,7$), dijakom ($\bar{x} = 4,5$) pa je bolj pomembna kot študentom ($\bar{x} = 4,3$). Tudi vrлина biti dober opazovalec je najbolj pomembna mentorjem ($\bar{x} = 4,7$), nekoliko manj je pomembna študentom ($\bar{x} = 4,5$), še manj pa dijakom ($\bar{x} = 4,2$). Največjo razliko (0,6) je opaziti pri ocenjevanju pomembnosti ločevanja dela od zabave, ki je najmanj pomembna dijakom ($\bar{x} = 3,8$), precej bolj je pomembna študentom

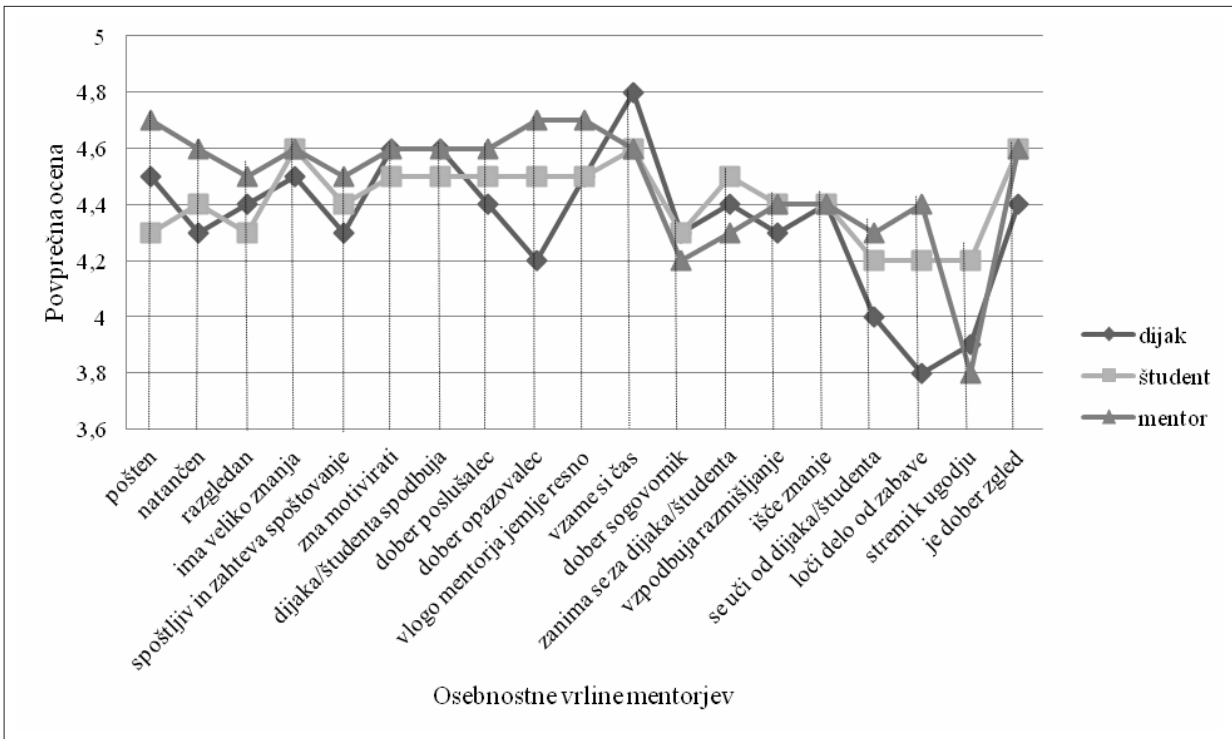
($\bar{x} = 4,2$) in še bolj mentorjem ($\bar{x} = 4,4$). Študentom je pomembno, da jim mentor vzbuja občutke ugodja in udobnosti ($\bar{x} = 4,2$), dijakom pa se vrлина stremenja k ugodju ne zdi toliko pomembna ($\bar{x} = 3,9$); zanimivo je, da je stremenje k ugodju še najmanj pomembno mentorjem ($\bar{x} = 3,8$). Z analizo variance oz. analizo povprečij ($F = 4,55$, $p = 0,013$) smo dokazali, da se raziskovane skupine ob upoštevanju tveganja ($p = 0,05$) med seboj razlikujejo.

Povprečne ocene lastnosti dijaka oz. študenta glede na statusu (Slika 3) se najbolj razlikujejo pri lastnosti ugajanje drugim: za mentorje je to precej slabša lastnost ($\bar{x} = 2,9$) kot za študente ($\bar{x} = 3,3$) ali dijake ($\bar{x} = 3,8$), ki to lastnost prepoznavajo kot relativno pozitivno. Podobno dinamiko opažamo tudi pri lastnosti uboganje brez pomisleka, ki je dijakom bolj samoumevna ($\bar{x} = 3,3$) kot mentorjem ($\bar{x} = 2,5$) oz. študentom ($\bar{x} = 2,4$). V povprečju so vse skupine enako visoko ocenile pomembnost dijakove oz. študentove pridnosti ($\bar{x} = 4,4$). Z najvišjo povprečno oceno posamezne skupine je bila ovrednotena pomembnost spoštljivosti do drugih: najpomembnejša je študentom ($\bar{x} = 4,8$), malo manj pa dijakom oz. mentorjem ($\bar{x} = 4,6$). Zanesljivost in odgovornost sta lastnosti, ki so ju anketirani ocenili zelo podobno: relativno najmanj sta ti lastnosti pomembni mentorjem ($\bar{x} = 4,5$), za 0,1 povprečne točke bolj dijakom ($\bar{x} = 4,6$) in za nadaljnje 0,1 povprečne točke bolj študentom ($\bar{x} = 4,7$).

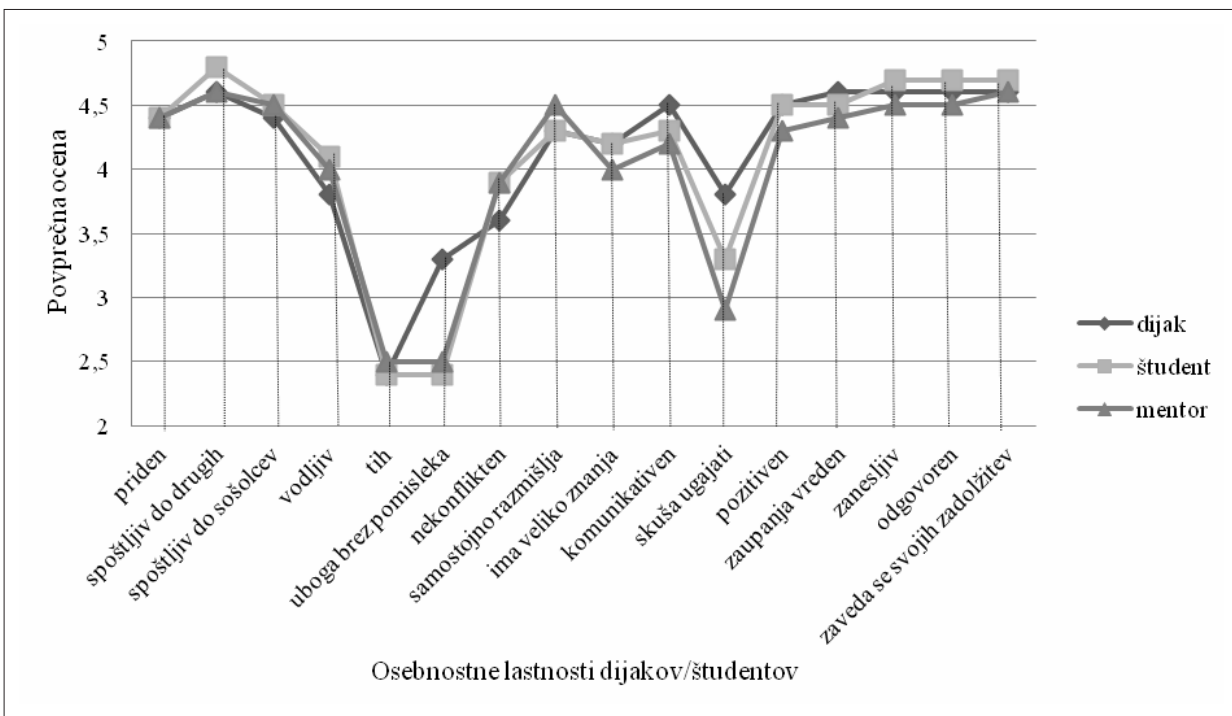


Slika 1: Povprečne ocene pomembnosti osebnostnih lastnosti mentorjev glede na status

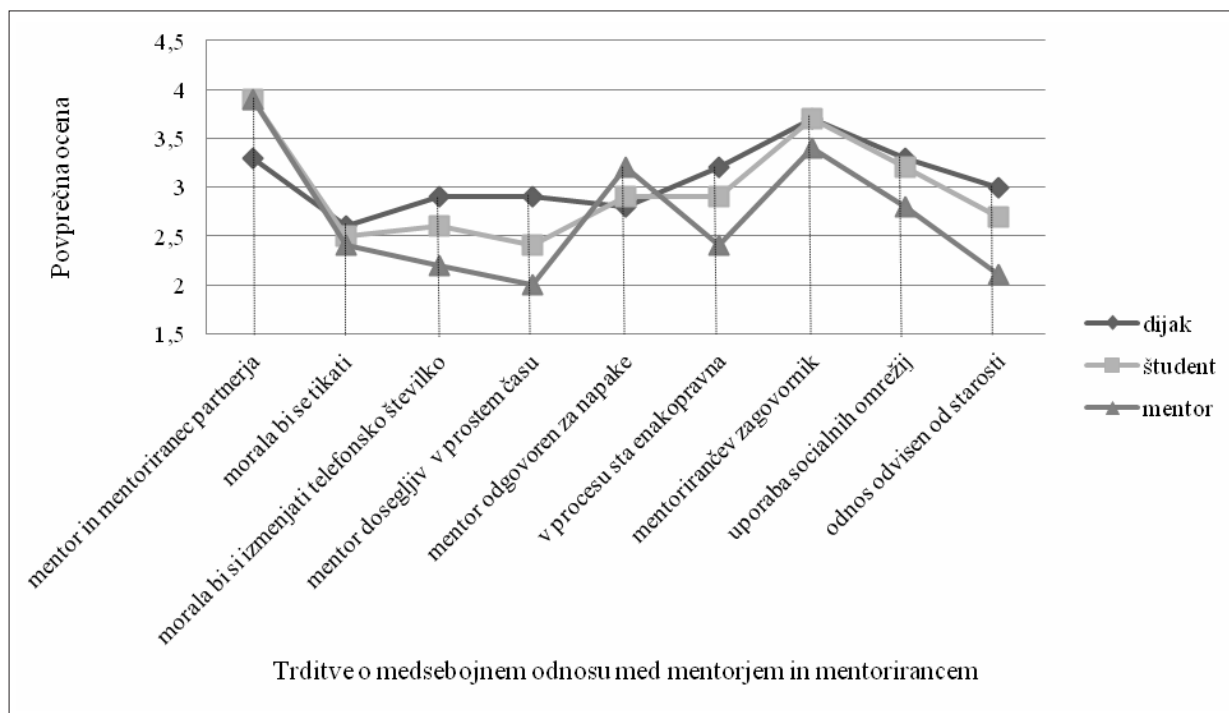
Figure 1: Average scores regarding personal characteristics of mentors by the respondents' status



Slika 2: Povprečne ocene pomembnosti osebnostnih vrtilin mentorjev glede na status
 Figure 2: Average scores regarding personal qualities of mentors by the respondents' status



Slika 3: Povprečne ocene pomembnosti trditev o lastnostih dijaka oz. študenta glede na status
 Figure 3: Average scores regarding personal characteristics of pupils/students by the respondents' status



Slika 4: Povprečne ocene strinjanja s trditvami o medsebojnem odnosu med mentorjem in mentorirancem
 Figure 4: Average scores regarding mentor-mentee relationship

Tudi povprečne ocene pomembnosti ostalih lastnosti dijakov in študentov, ki smo jih obravnavali v raziskavi, so pokazale le manjše razlike med vsemi tremi skupinami anketirancev, in sicer se te razlike gibljejo od 0 do 0,4. Z upoštevanjem tveganja ($p = 0,05$) smo z metodo analize variance oz. analize povprečij dokazali, da se raziskovane skupine med seboj razlikujejo ($F = 36,66$, $p = 0,211$).

Da bi morala biti mentor in dijak oz. študent partnerja, se mentorji in študenti strinjajo enako ($\bar{x} = 3,9$), nekoliko nižja ocena strinjanja je pri dijakih ($\bar{x} = 3,3$). Rezultati so prikazani na Sliki 4. Medsebojnega pogovornega tikanja ne odobrava nobena od skupin, najmanj mentorji ($\bar{x} = 2,4$), nekoliko manj nestrinjanja je pri študentih ($\bar{x} = 2,5$) in še nekoliko manj pri dijakih ($\bar{x} = 2,6$). Mentorji se ne strinjajo s trditvijo, da bi si morala dijak oz. študent in mentor izmenjati telefonske številke ($\bar{x} = 2,2$), manj nestrinjanja s tem izražajo študenti ($\bar{x} = 2,6$) in predvsem dijaki ($\bar{x} = 2,9$). Dosegljivost mentorjev v prostem času je stališče, ki ga najmanj zavračajo dijaki ($\bar{x} = 2,9$), precej bolj ga zavračajo študenti ($\bar{x} = 2,4$) in predvsem mentorji ($\bar{x} = 2,0$). Majhne razlike je opaziti v strinjanju s trditvijo, da je mentor odgovoren v primeru napake dijaka oz. študenta: mentorji se s trditvijo strinjajo v zelo majhni meri ($\bar{x} = 3,2$), študenti ($\bar{x} = 2,9$) in še bolj dijaki ($\bar{x} = 2,8$) so v strinjanju dokaj neodločni oz. se nagibajo z nestrinjanju. Tudi pri strinjanju s trditvijo, da sta si mentor in mentoriravec v procesu enakopravna, so vse tri skupine bolj ali manj neodločne: s tem se

strinja še največ dijakov ($\bar{x} = 3,2$), najbolj neodločni so študenti ($\bar{x} = 2,9$), največ nestrinjanja pa je pri mentorjih ($\bar{x} = 2,4$). Trditvev o uporabi socialnih omrežij z namenom medsebojnega komuniciranja mentorja in mentorirancem je aktualna zaradi velike popularnosti take komunikacije. Najmanj sporna se trditvev zdi dijakom ($\bar{x} = 3,3$), še nekoliko sprejemljiva je študentom ($\bar{x} = 3,2$), po pričakovanjih pa je najmanj sprejemljiva mentorjem ($\bar{x} = 2,8$). Do trditve, da je odnos med mentorjem in mentorirancem povezan s starostjo mentorja, so najmanj kritični dijaki ($\bar{x} = 3,0$), nekoliko bolj kritični so študenti ($\bar{x} = 2,7$), pričakovano najbolj pa mentorji ($\bar{x} = 2,1$). Slednja trditvev se nanaša na prvo raziskovalno vprašanje, na katerega s tveganjem, manjšim od 5 %, lahko odgovorimo, da starost mentorja ne vpliva na odnos med mentorjem in mentorirancem ($\chi^2 = 25,49$, $p = 0,005$).

Na podlagi testa hi-kvadrat na drugo raziskovalno vprašanje odgovorimo, da je komunikacija pomembna vsem trem raziskovanim skupinam ($\chi^2 = 16,01$, $p = 0,505$). Na tretje raziskovalno vprašanje lahko odgovorimo, da je dijakom spoštovanje do sošolcev enako pomembno kot študentom. Statistično značilnost smo preverjali na ravni 1 % tveganja ($\chi^2 = 13,51$, $p = 0,097$).

Diskusija

Raziskave, ki bi raziskovale proces mentorstva skozi oči dijakov, študentov in samih mentorjev v slovenskem

prostoru ali tudi širše, ni veliko. Dotaknili smo se aktualne teme – socialnih omrežij in komunikacije preko omrežij med dijaki oz. študenti ter mentorji. V mnogih pogledih je komuniciranje preko takih kanalov sporno in izraža do neke mere neprofesionalen odnos mentorja do celotnega procesa mentoriranja (Žerovnik, 2014), medtem ko na drugi strani dijaki oz. študent v tem ne vidi toliko spornega. Pasti uporabe socialnih omrežij so mnoge in prav je, da se jih zavedamo in v komunikaciji med mentorjem in mentorirancem takih načinov komuniciranja ne uporabljamo. Kot pričakovano so rezultati pokazali, da se način komuniciranja preko socialnih omrežij zdi najmanj sporen dijakom, najbolj pa mentorjem. Razlike med raziskovanimi skupinami se pojavljajo zaradi drugačnega dojetja sveta, načina razmišljanja, drugačnih prioritet in težjega razmejevanja med zabavo in delom (Grašič, 2010).

Vsem trem skupinam anketiranih je zelo pomembno spoštovanje drugih, zavedanje lastnih zadolžitvev, odgovornost in zanesljivost. Ravno spoštljivost do drugih je del šolske klime, ki se izraža v medsebojnih odnosih, hkrati pa medsebojni odnosi odražajo šolsko klimo, opozarja Marn (2006). Mentor študentu pomaga s svojimi bogatimi izkušnjami in praktičnim znanjem, študent pa v klinično okolje prinaša nova, sveža znanja in dognanja v zdravstveni negi (Ahčin, 2009). Navajamo tudi ugotovitve raziskave, ki je bila izvedena med mentoriranci ($n = 27$) na Onkološkem inštitutu v Ljubljani in je primerljiva z našo raziskavo. Anketirani so ocenjevali določene lastnosti in vrline mentorjev. Obravnavan je bil tudi odnos med mentorjem in mentorirancem, ki ga je 18 anketirancev ocenilo z oceno odlično, 8 z oceno dobro, zgolj eden kot niti dobro niti slabo (Kotnik, et al., 2010).

Eden od pomembnih kriterijev, kigani kakor nesmemo zapostaviti, je tudi primerna komunikacija. Številne raziskave (Shakespeare & Webb, 2008; Law & Chan, 2015; Guse, et al., 2016) jo izpostavljajo kot pomemben del dobrega sodelovanja med dijaki oz. študenti in mentorji. Lahko trdimo, da gre za temelj uspešnega sodelovanja med mentorjem in mentorirancem. Kompleksnosti komunikacije se morata zavedati oba, saj le tako lahko upravičeno pričakujeta delovni oz. študijski napredek in medsebojno spoštovanje. V raziskavi smo ugotovili, da je komunikacija pomembna vsem v raziskavo vključenim skupinam. Tako dijakom in študentom kot tudi mentorjem je pomembno, da je mentor dober sogovornik ter dober poslušalec. Kriterij komunikacije so ocenjevali tudi med mentorji na Onkološkem inštitutu, kjer je 18 od 27 anketirancev to lastnost mentorjev ocenilo kot odlično in 9 kot dobro (Kotnik, et al., 2010).

Rezultati raziskave kažejo, da s strani mentorjev tih mentoriranec ni zaželen, bolj si želijo komunikativnih in odprtih oseb. Ker pa je vodljivost po drugi strani zaželen lastnost mentoriranca, se v kombinaciji lastnosti tih in vodljiv kaže nasprotje interesov

mentorja. McCloughen in sodelavci (2013) pišejo, da osebnostne značilnosti mentoriranca bistveno vplivajo na dober odnos z mentorjem, in ugotavljajo, da so mentoriranci, ki so introvertirani (tihi in zaprti vase), pri študiju bolj uspešni kot ekstravertirani, v samih odnosih z mentorji pa je ravno obratno – ekstravertirani mentoriranci so pri mentoriranem študijskem delu bolj uspešni kot tisti vase zaprti.

Da morata biti dijak oz. študent ter mentor partnerja, se strinjajo vse tri raziskovane skupine. Skela-Savič in Kiger (2015) v svoji raziskavi o poklicnem razvoju kliničnih mentorjev, v katero je bilo vključenih 139 kliničnih mentorjev, ugotavljata, da se mentorji strinjajo ($\bar{x} = 4,4$), da morata mentor in mentoriranec etične dileme reševati skupaj kot enakopravna partnerja. V isti raziskavi avtorici navajata, da se mentorji strinjajo, da je klinični mentor študentom vzor ($\bar{x} = 4,7$). Navajata, da klinični mentorji trdijo, da medicinske sestre s svojim obnašanjem vplivajo na profesionalni razvoj študentov ($\bar{x} = 4,5$). V naši raziskavi ugotavljamo, da se vse raziskovane skupine strinjajo, da mora biti mentor dober vzgled dijakom oz. študentom zdravstvene nege.

V raziskavi, ki so jo izvedli McCloughen in sodelavci (2013), je opisan odnos avstralskih medicinskih sester do mentorstva in vpliv mentorstva na njih same. Večina medicinskih sester je odgovorila, da so se odločile postati mentorice zaradi pretekle izkušnje z mentorji – ker so z njimi preživeli več časa in se od njih učile. Največ mentorjev je odgovorilo, da jim je bil vzor ravno njihov mentor v preteklosti. Kot zanimivost avtorji navajajo, da se je večina udeležencev spomnila imena in priimka mentorjev. Mlad človek, ki ga mentorstvo navdušuje, občuti nekaj edinstvenega, kadar je v družbi s starejšim, izkušenejšim mentorjem. Mlad človek posledično začne razvijati odnos do mentorstva kot procesa in okvirna prepričanja oblikuje še preden se nauči vseh konceptov procesa mentoriranja. Udeleženci raziskave (McCloughen, et al., 2013) so opisovali stik z mentorjem kot smerokaz za njihovo poklicno pot.

Rezultati raziskave kažejo, da se tako dijaki kot študenti zavedajo, da je odgovornost deloma tudi njihova in ne zgolj mentorjeva. Delitev odgovornosti je smotrna in zaželena. Tako v tujini kot v Sloveniji je trend, da mentoriranec prevzema del odgovornosti za delo, ki ga je opravil. Namen tega je predvsem opolnomočenje mentoriranca, da se zaveda odgovornosti svojih dejanj. Skozi proces zavedanja sprejemanja odgovornosti mentoriranec profesionalno raste in se uči ter ostaja v koraku z razvojem (Lofmark, et al., 2006). Razmerje prevzemanja odgovornosti je odvisno od usposobljenosti mentoriranca in dobre presoje mentorja.

Omejitev raziskave je v velikosti in vrsti vzorca. Da bi ugotovitve lahko posplošili na celotno populacijo dijakov, študentov in mentorjev v zdravstveni negi, bi bilo treba vključiti večje število srednjih zdravstvenih šol ter fakultet.

Zaključek

Klinično okolje z izobraženimi in usposobljenimi kliničnimi mentorji predstavlja odlično okolje za pridobivanje znanja in usvajanje praktičnih prvin. Za ustvarjanje kakovostnega kliničnega okolja pa se mora klinični mentor kontinuirano izobraževati in biti v stiku z razvojem tako zdravstvene nege kot tudi drugih znanosti. Tudi novi pogledi, mnenja in znanja, ki jih v klinično okolje prinašajo dijaki in študenti, pripomorejo k usvajanju novih nazorov in znanj.

Področju mentorstva v zdravstveni negi je treba priznati večji pomen tudi z raziskovanjem tega področja. Na dokazih podprta zdravstvena nega je predpogoj za uvajanje sprememb ter nadaljnji razvoj mentorstva v zdravstveni negi. Na mentorstvo mora medicinska sestra gledati kot na razvojno priložnost in poklicno rast, ki bogati vsakega posameznika, da lahko znanje podaja naprej.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Literatura

Ahčin, N., 2009. *Mentorstvo – učinkovit način za prenos in ohranjanje znanja v podjetju: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, pp. 1, 16, 24.

Čuk, V., 2014. *Mentorska vloga v kliničnem okolju: razvoj modela izkustvenega učenja v zdravstveni negi: doktorsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta, pp. 56, 73–74, 252.

Ferligoj, A., Leskovšek, K. & Kogovšek, T., 1995. *Zanesljivost in veljavnost merjenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, p. 157.

Grašič, A., 2010. Težave dijakov pri učenju v poklicnem in strokovnem izobraževanju: opredelitev, prepoznavanje, oblike in mreža pomoči: analiza stanja: raziskovalno poročilo. Available at: http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/Datoteke/Publikacije/Tezave_dijakov_pri_ucenju_raziskovalno_porocilo.pdf [13. 2. 2016].

Guse, J., Schweigert, E., Kulms, G., Heinen, I., Martens, C. & Guse, A.H., 2016. Effects of mentoring speed dating as an innovative matching tool in undergraduate medical education. A mixed methods study. *PLOS One*, 11(2), pp. 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147444> PMID:26859845; PMCID:PMC4747568

Kermavnar, N., 2009. Neformalno mentorstvo. *Andragoška spoznanja*, 15(1), pp. 65–76. Available at: <http://revije.ff.uni-lj.si/AndragoskaSpoznanja/article/view/727/581> [14.12.2016].

Kermavnar, N. & Govekar-Okoliš, M., 2016. Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(2), pp. 23–37. <http://dx.doi.org/10.4312/as.22.2.23-37>

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 7.

Kotnik, M., Petrica, L. & Erjavšek, Z., 2010. Vloga mentorja v zdravstveni negi na Onkološkem inštitutu Ljubljana. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(4), pp. 239–244. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2010.44.4.239> [20. 11. 2016].

Law, B.Y. & Chan, E.A., 2015. The experience of learning to speak up: a narrative inquiry on newly graduated registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13–14), pp. 1837–1848. <https://doi.org/10.1111/jocn.12805> PMID:25753769

Lofmark, A., Smide, B. & Wikblad, K., 2006. Competence of newly-graduated nurses – a comparison of the perceptions of qualified nurses and students. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), pp. 721–728. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03778.x> PMID:16553680

Lorber, M. & Donik, B., 2009. Učenje v kliničnem okolju – pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč, 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.–13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1–7.

Luhanga, F., Yonge, O.J. & Myrick, F., 2008. 'Failure to assign fail grades': issues with grading the unsafe student. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), pp. 1–14. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1366> PMID:18384275

Magill-Cuerden, J., 2004. *Educational relationships*. Swansea: Nursing praxis international, p. 139.

- Marn, U., 2006. Konstruktivizem v šoli kot podlaga učenja nenasilnih vzorcev vedenja. *Socialna pedagogika*, 1(3), pp. 365–386.
- McCloughen, A., O'Brien, L. & Jackson, D., 2013. Journey to become a nurse leader mentor: past, present and future influences. *Nursing Inquiry*, 21(4), pp. 301–310. <https://doi.org/10.1111/nin.12053> PMID:24372852
- Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*, 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 46.
- Ramšak Pajk, J., 2007. Pomen mentorstva in praktičnega uposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(2–3), pp. 71–75. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2007.41.3.71> [20. 11. 2016].
- Ramšak Pajk, J., 2009. Pomen in vloga mentorstva in mentorja v procesu kliničnega usposabljanja. In: B. Skela-Savič, B.M. Kaučič & B. Filej, eds. *Kako izboljšati povezovanje teorije, raziskovanja in prakse na področju mentorstva v zdravstveni negi: zbornik predavanj, jesenska šola mentorstva z mednarodno udeležbo, Jesenice 15. in 16. september 2009*. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo, pp. 1–4.
- Rooke, N., 2014. An evaluation of nursing and midwifery sign off mentors, new mentors and nurse lecturers' understanding of the sign off mentor role. *Nurse Education in Practice*, 14(1), pp. 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.04.015> PMID:23726744
- Sitar, A.A., 2006. Oblike in razsežnosti znanja v organizaciji. In: S. Možina & J. Kovač, eds. *Menedžment znanja: na poti k učečemu se podjetju*. Maribor: Založba Pivec, pp. 55–69.
- Shakespeare, P. & Webb, C., 2008. Professional identity as a source for talk: exploring the mentor – student relationship. *Nursing Inquiry*, 15(4), pp. 270–279. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00415.x> PMID:19076703
- Skela-Savič, B., Mežik Veber, M., Romih, K., Kastelic, M., Skinder Savič, K., Filej, B., et al., 2009. *Zbir intervencij v zdravstveni negi za klinično usposabljanje – vodnik za študente in mentorje: študijski program prve stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, p. 22.
- Skela-Savič, B. & Kiger, A., 2015. Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: a correlational research study. *Nurse Education Today*, 35(10), pp. 1044–1051. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.04.003> PMID:25981136
- 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), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].
- Žerovnik, A., 2014. *Družabna omrežja v izobraževanju*. Available at: http://pefprints.pef.uni-lj.si/2502/1/Zerovnik_Druzabna.pdf [17. 2. 2016].

Citirajte kot/Cite as:

Babuder, D., 2016. Lastnosti mentorja in mentoriranca z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 327–335. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.95>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna navodila

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem knjižnem jeziku, razumljivo in jedrnato, dolg naj bo največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno zasnovane raziskave. Število besed se nanaša na besedilo članka in ne vključuje naslova, izvlečka, tabel, slik in seznama literature. Avtorji naj uporabijo Microsoft Wordovo predlogo, ki je dostopna na spletni strani uredništva. Vsi članki, ki so uvrščeni v uredniški postopek, so recenzirani s tremi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja le izvirna, še neobjavljena znanstvena dela. Za trditve v članku odgovarja avtor oziroma avtorji, če jih je več (v nadaljevanju avtor), zato mora le-ta biti podpisan s celotnim imenom in priimkom, treba je navesti strokovne naslove, akademske nazive avtorja in izvolitev v pedagoški ali raziskovalni naziv, v kolikor ga avtor ima. Če je članek napisan v angleškem jeziku, morajo biti v angleškem jeziku zapisani tudi strokovni naslovi, akademski nazivi in izvolitev v pedagoški ali raziskovalni naziv. 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 oz. podpis in legenda) morajo biti v slovenščini in angleščini, le-to velja tudi za angleško pisane članke, le da so v tem primeru našete enote navedene najprej v angleščini in nato v slovenščini. Skupno število slik in tabel naj bo največ pet. Tabele in slike naj bodo v besedilu članka na ustreznem mestu. Za prikaz rezultatov v tabelah, slikah in besedilu je treba uporabljati statistične simbole, ki jih avtor najde na spletni strani revije, poglavje Navodila. Na vsako tabelo in sliko se mora avtor v besedilu sklicevati. Uporaba sprotnih opomb pod črto ni dovoljena.

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 oz. hipotez in izbranega dizajna raziskave. Uporabimo znanstvena spoznanja in koncepte aktualnih mednarodnih in domačih raziskav, ki so objavljena kot primarni vir in niso starejša od deset oziroma pet let. Obvezno je citiranje in povzemanje spoznanj raziskav in ne mnenj avtorjev. Na koncu opredelimo namen in cilje raziskave. Priporočamo zapis raziskovalnih vprašanj (kvalitativna raziskava)

oz. hipotez (kvantitativna raziskava).

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

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

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

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

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

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

Pregledni znanstveni članek je pregled najnovejših raziskav o določenem predmetnem področju z namenom povzemati, analizirati, evalvirati ali sintetizirati informacije, ki so že bile publicirane. V preglednem znanstvenem članku znanstvena spoznanja niso le navedena, ampak tudi razložena, interpretirana, analizirana, kritično ovrednotena in predstavljena na znanstvenoraziskovalen način. Na osnovi kvantitativne obdelave podatkov predhodnih raziskav (metaanaliza) ali kvalitativne sinteze (metasinteza) rezultatov predhodnih raziskav prinaša nova spoznanja in koncepte za nadaljnje raziskovalno delo. Struktura preglednega znanstvenega članka je enaka kot pri 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 *harvardski sistem* (npr. *Anglia 2008*) za navajanje avtorjev v besedilu in seznamu literature na koncu članka. Za navajanje avtorjev v **besedilu**

uporabljamo npr.: (Pahor, 2006) ali Pahor (2006), kadar priimek vključimo v poved. Če gre za dva soavtorja, priimeka ločimo z »&«: (Stare & Pahor, 2010). V besedilu navajamo *do dva avtorja*, če je avtorjev *več* navedemo le prvega in dopišemo »et al.«: (Chen, et al., 2007). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičji in jih navedemo po kronološkem zaporedju, od najstarejšega do najnovejšega, če je med njimi v istem letu več citiranih del, jih razvrstimo po abecednem vrstnem redu: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014). Kadar citiramo več del istega avtorja, izdanih v istem letu, je treba za letnico dodati malo črko po abecednem redu: (Baker, 2002a, 2002b).

Kadar navajamo sekundarne vire, uporabimo »cited in«: (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). Če pisec članka ni bil imenovan oz. je delo anonimno, v besedilu navedemo *naslov*, 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.« (angl. 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 več in smo v besedilu navedli le prvega ter pripisali »et al.«, v seznamu navedemo prvih šest avtorjev in pripišemo »et al.«, če je avtorjev več kot šest. Za oblikovanje seznama literature velja velikost črk 12 točk, enojni razmik, leva poravnava ter 12 točk prostora za referencami (razmik med odstavki, angl. 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 »Available at:« ter zapišemo URL- ali URN-naslov ter v oglatem oklepaju dodamo datum dostopa (glej primere).

Primeri navajanja literature v seznamu

Citiranje knjige:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Citiranje anonimnega dela (avtor ni naveden):

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

Citiranje dela korporativnega avtorja:

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

Citiranje članka iz suplementa revije oz. suplementa številke revije:

Hu, A., Shewokis, P.A., Ting, K. & Fung, K., 2016. Motivation in computer-assisted instruction. *Laryngoscope*, 126(Suppl 6), pp. S5–S13.

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

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

Citiranje prispevka iz zbornika referatov:

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

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

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

Citiranje diplomskega, magistrskega dela, doktorske disertacije:

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

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

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

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov:

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

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

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

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

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

Citiranje zgoščenk (CD-ROM):

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

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

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

Članek je 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. Pred oddajo članka naj avtor članek pripravi v naslednjih dveh 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) in podatek o tem, kdo je korespondenčni avtor; če je članek napisan v angleščini, morajo biti tako zapisani tudi vsi podatki o avtorjih; 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. 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/slik.

Obseg članka: članek naj vsebuje največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno

zasnovane raziskave. V ta obseg se ne štejejo izvleček, tabele, slike in seznam literature. Število besed članka je treba navesti v dokumentu »Naslovna stran«.

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

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

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

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

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

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

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), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

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.

Posodobljeno: 21. 11. 2016

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege: navodila avtorjem in recenzentom, 2016. *Obzornik zdravstvene nege*. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [23.12.2016].

MANUSCRIPT SUBMISSION GUIDELINES

General policies

The manuscript should be written clearly and succinctly in a standard Slovene or English language and conform to acceptable language usage. Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The authors should use the Microsoft Word template, accessible at the editorial website. All articles considered for publication in the Slovenian Nursing Review will have been subjected to an external, triple-blind peer review. Manuscripts are accepted for consideration by the journal with the understanding that they represent original material, have not been published previously and are not being considered for publication elsewhere. Individual authors bear full responsibility for the content and accuracy of their submissions. The statement of responsibility and publication approval must be signed by the authors' full name. The author's (or authors') professional, academic titles and possible appointments to pedagogical or research title must be included. If the article is written in English, all the titles must be translated into the English language. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper components, the format and typology of documents, and submission guidelines. The manuscript must be accompanied by the authorship statement, a copy of which is available on the journal website. The statement must be undersigned by the author and all co-authors in the order in which each is listed in the authorship of the article. The manuscript will not be submitted to editing process before the statement has been received by the editorial office. The latter should also be notified of the designated corresponding author (with their complete home and e-mailing address, telephone number), who is responsible for communicating with the editorial office and other authors about revisions and final approval of the proofs. The title page should include the manuscript title and the full names of the authors, their highest earned academic degrees, and their institutional affiliations and status. The manuscript is eligible for editorial and reviewing process if it is prepared according to the uniform requirements set forth by the editorial committee of the Slovenian Nursing Review.

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

The title of the article, abstract and key words, tables (descriptive subtitle and legend), illustrations (descriptive subtitle or signature and legend) must be submitted in Slovene and English. The same applies to the articles written in English, where the above units must be given first in the English language, followed by the Slovene translation. The total of five data supplements per manuscript is allowed.

Tables and other data supplements should adequately accompany the text. The results presented in tables and other data supplements should be presented in symbols as required by the journal, available at the journal website, chapter Guidelines. The authors should refer to each of these supplements in the text. The use of footnotes and endnotes is not allowed.

Typology of articles

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

Methodological structure of an article

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

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

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

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

Results: This section briefly summarizes and discusses the major findings. The information indicated in this section should be directly connected to the research question and purpose of the study. In

quantitative studies it is necessary to state the statistical validity and statistical significance of the results.

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

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

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

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

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

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

The *description of a sample* defines the population from which the sample has been drawn, the type of

the sample, the response rate of the participants, the respondents' demographics (gender, educational level, length of work experience, post currently held, and the like). In qualitative research, the category of sampling technique and the inclusion criteria are also defined and the sample size saturation is explained.

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

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

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

Conclusion: Summarised in this section are the author's principal points and transfer of new findings into practice. The section may conclude with specific further research proposals grounded on the substantive content, conclusions and contributions of the study, albeit limitations cited. Citations of quotes, paraphrases or abridgements 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 maximum three years before the publication of an article.

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

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

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

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

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

The quality assessment of the review and the description of data processing include the assessment of the research approach and the data obtained as well as the quality of included research works according to the hierarchy of evidence, and the data processing method.

The results should be presented in the form of a table and include a quality analysis of the sources consulted. The table should include the author's research, 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 hierarchy of evidence. The results are presented verbally and visually (tables and pictures), the main findings concerning the research design should also be included. In qualitative synthesis the codes and categories are used as a result of the qualitative synthesis review. In quantitative analysis, the statistical methods of data processing of the used scientific works are described.

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

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

Literature Citation

In academic writing the authors are required to acknowledge the sources from which they draw their information, including all statements, theories or methodologies applied. The authors should follow the *Harvard referencing system* (Anglia 2008) for in-text citations and in the reference list at the end of the paper. **In-text citations** or parenthetical citations are identified by the authors' surname and the publication year positioned within parenthesis immediately after the relevant word and before the punctuation mark: (Pahor, 2006). If a citation functions as a sentence element, the author's surname is followed by the year

of publication within parenthesis: Pahor (2006). In case of two authors, their surnames are separated by a "&": (Stare & Pahor, 2010). If there are *more than two authors*, only the first author's last name is noted followed by "et al.": (Chen, et al., 2007). Several references are listed in the chronological sequence of publication, from the most recent to the oldest. If several references were published in the same year, they are listed in alphabetical order: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014).

In citing works by the same author published in the same year, a lower case letter after the date must be used to differentiate between the works: (Baker, 2002a, 2002b).

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

All in-text citations should be listed in the **reference list** at the end of the document. Only the citations used are listed in the reference list, which is arranged in the alphabetical order according to authors' last name. In-text citations should not refer to unpublished sources. If there are several authors, the in-text citation includes only the last name of the first author followed by the phrase et al. and the publication date. When authors number more than six, the reference list includes the first six authors' names followed by et al. The list of references should be in alphabetical order according to the first author's last name, character size 12pt with single spaced lines, aligned left and with 12pt spacing after references (paragraph spacing).

Cited pages are included in the in-text citation if the original segment of the text is cited (Ploč, 2013, p. 56) and in the reference list (see examples). If several pages are cited from the same source, the pages are separated by a comma (e.g. pp. 15–23, 29, 33, 84–86). If a source cited is accessible also on the World Wide Web, the bibliographic information concludes with "Available at", followed by URL- or URN-address and a date of access in square brackets (See examples).

Citation Examples by Type of Reference

Citing books:

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

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

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

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

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

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

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

Citing a book edited by one or multiple authors:

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

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

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

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

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

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

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

Citing anonymous works (author is not given):

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

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

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

Citing an article from a journal supplement or issue supplement:

Hu, A., Shewokis, P.A., Ting, K. & Fung, K., 2016. Motivation in computer-assisted instruction. *Laryngoscope*, 126(Suppl 6), pp. S5-S13.

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

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

Citing from published conference proceedings:

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

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

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

Citing diploma theses or master's theses and doctoral dissertations:

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

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

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

Citing laws, codes and regulations:

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

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

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

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

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

Citing compact disk material (CD-ROM):

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

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

ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES

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

1. The title page includes:

- the title of the article;
- the full names of the author/s in the sequence as that in the article;
- the data about the authors (name, surname, their highest academic degree, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status, their mailing address), and the name of the corresponding author. If the article is written in the English language, the data about the authors should also be given in English. The authorship statement 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, master 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 the articles written in the Slovene language, the English version of the statements must be included. The statements will be included before the "Reference list" 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 recognizing 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 the following statement: "The authors declare that no conflicts of interest exist."

Funding

The authors are responsible for recognizing 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 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. The main document should be anonymized and includes the title (obligatorily without the authors and contact data), the abstract, the keywords, the text in the agreed format, the tables, the figures, pictures and literature. Authors may use up to 5 tables/pictures in the article.

Length of the manuscript: Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The number of words should be given in the document "The title page".

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

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

Figures are numbered consecutively in the order first cited in the text, using Arabic numerals. Captions and legends are given below each figure in Slovene and English, Times New Roman font, size 11. Figures are all illustrative material, including graphs, charts, drawings, photographs, diagrams. Only 2-dimensional, black-and-white pictures (also with

hatching) with a resolution of at least 300 dpi (dot per inch) are accepted. If the figures are in 2-dimensional coordinate system, both axis (x and y) should include the units or measures used.

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

The editorial board – author/s relationship

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

GUIDE TO REVIEWERS

Reviewers play an essential part in science and in scholarly publishing. They uphold and safeguard the scientific quality and validity of individual articles and also the overall integrity of the Slovenian Nursing Review. Reviewers are selected independently by the editorial board on account of their content or methodological expertise. For each article, reviewers must complete a review form on a OJS format including criteria for evaluation. The manuscripts under review are assessed in light of the journal's guidelines for authors, the scientific and professional validity and relevance of the topic, and methodology applied. Reviewers may add language suggestions, but they are

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

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

Literature

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), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

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.

Updated on November 21, 2016

Cite as:

Slovenian Nursing Review: author/reviewer guidelines, manuscript submission guidelines, 2016. *Obzornik zdravstvene nege*. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [23.12.2016].

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIAN NURSING REVIEW

NAROČILNICA

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

Ime: _____

Priimek: _____

Ulica: _____

Pošta: _____

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

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

Kraj in datum: _____ Podpis: _____



OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIAN NURSING REVIEW

NAROČILNICA

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

Ime / Naziv: _____

Ulica: _____

Pošta: _____

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

Kraj in datum: _____ Podpis in žig: _____

SLOVENIAN NURSING REVIEW

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

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

Founded and published by:

The Nurses and Midwives Association of Slovenia

Editor in Chief and Managing Editor:

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

Editors, Executive editors:

Andreja Mihelič Zajec, BSc, RN, Lecturer

Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN, Senior Lecturer

Editor, Web Editor:

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

Editorial Board:

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

Readers for Slovenian:

Ana Božič, MSc, BA

Readers for English:

Tina Levec, BA

Breda Vrhunec, MA, BA

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

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

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

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

Print run: 900 copies

Designed and printed by: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Printed on acid-free paper.

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

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

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

Kazalo/Contents

UVODNIK/LEADING ARTICLE

- Slovenian Nursing Review facing contemporary publishing challenges
Obzornik zdravstvene nege pred novodobnimi izzivi publiciranja
Ema Dornik, Andreja Mihelič Zajec 256

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Women's experience and attitudes towards menopause and health: descriptive research
Stališča in izkušnje žensk z menopavzalnimi obdobjem in njihov odnos do zdravja: opisna raziskava
Jožefa Gregorin, Jožica Ramšak Pajk 264

- Factors associated with greater potential for alcohol misuse among the students of the Gorenjska region
Dejavniki tveganja za uživanje alkoholnih pijač pri študentih v gorenjski regiji
Sanela Pivač, Brigita Skela-Savič 280

- Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v nujni medicinski pomoči
Interprofessional education of employees in emergency medical service
Vladka Železnjak, Brigita Skela-Savič 296

- Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije
Frequency and characteristics of patient violence against healthcare providers in emergency and psychiatric care settings
Matej Bojič, Urban Bole, Branko Bregar 308

- Prehranjevalne navade in telesna aktivnost dijakov primorsko-notranjske regije
Dietary habits and physical activity of students in the Primorska-Notranjska region
Manica Radivo, Patrik Pucer, Tamara Poklar Vatovec 316

STROKOVNI ČLANEK/PROFESSIONAL ARTICLE

- Lastnosti mentorja in mentoriranja z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev
Characteristics of a good mentoring relationship: a descriptive survey including pupils, students and mentors
Dragan Babuder 327

