

VSEBINA CONTENTS

<i>Tadej Kreft, mag. Boris Miha Kaučič</i>	3
Vpliv demografskih dejavnikov na pripadnost zaposlenih v zdravstveni negi Influence of the demographic factors on the affiliation of the nursing care employee	
<i>Zoran Kusić, mag., dr. Jasmina Starc</i>	15
Organizacijska klima v domovih za starejše občane Organisational climate in residential homes	
<i>Dr. Ljiljana Leskovic, dr. Robert Leskovar, dr. Goran Vukovič</i>	32
Interdisciplinarna obravnava pojava izgorevanja v zdravstveni negi in oskrbi Interdisciplinary analysis of nurse burnout	
<i>Vesna Čuk, PhD, Irena Trobec, PhD, Boštjan Žvanut, PhD</i>	44
The development of students' competences from the perspective of a clinical environment and the mentor's role Razvoj kompetenc študentov zdravstvene nege z vidika kliničnega okolja in mentorske vloge	
<i>Mag. Malči Grivec</i>	57
Oglaševanje vs. oglaševanje zdravil Advertising vs. medicine advertising	
<i>Vesna Zupančič, mag.</i>	70
Stereotipizirana stališča in prepričanja pri obravnavi oseb z depresijo Stereotyped beliefs and views in the treatment of persons with depression	
<i>Dr. Zdenka Zalokar Divjak</i>	85
Psihologija kot pomembna znanost v interdisciplinarnem povezovanju z zdravstveno nego Psychology as an important science in interdisciplinary integration with health care	
<i>Kleopatra Kodrič</i>	98
Vloga in pomen družine pri socialni opori starostnikom The function of the family within the social support to the aged	

<i>Dr. Irena Sedej, Lučka Kosec</i> Organizacija prehranske podpore v bolnišnicah The organisation of nutritional support in hospitals	109
<i>Nataša Stušek, dr. Sabina Fijan, dr. Ana Habjanič</i> Vitamin C v prehrani starostnikov Vitamin C in the diet of the elderly	123

Vpliv demografskih dejavnikov na pripadnost zaposlenih v zdravstveni negi

Znanstveni prispevek

UDK 614.253+331.107

KLJUČNE BESEDE: pripadnost zaposlenih, izvajalec zdravstvene nege, lojalnost

POVZETEK - Zdravstveni zavodi morajo zaposlenim nuditi možnost osebnega in kariernega razvoja, jih nagraditi za dobro opravljeno delo in spodbujati dobre medosebne odnose. Zadovoljstvo zaposlenih je predpogoj za njihovo pripadnost. Dejstvo je, da več ko bo izvajalec zdravstvene nege prispeval k razvoju organizacije, večja bo njegova pripadnost. Namen prispevka je prikazati vpliv demografskih dejavnikov na pripadnost bolnišnični njenih delavcev, zaposlenih v zdravstveni negi. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije in tehniko anketiranja. Izvedli smo neslučajnostno, priločno vzorčenje. Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Murska Sobota med izvajalci zdravstvene nege. Anketirani so najvišje ocenili dejavnik pripadnosti – vedno sem pripravljen pomagati sodelavcem ($PV = 4,63$), kot najmanj pomemben dejavnik pripadnosti pa, da verjamejo v uspešen razvoj bolnišnice ($PV = 3,14$). Zaposleni na področju zdravstvene nege so pripadni bolnišnici. Bolj pripadni so starejši zaposleni z daljšo delovno dobo in tisti z višjo, visoko izobrazbo ali več. Slednji so manj pripravljeni zapustiti bolnišnico in delovno mesto, če bi se jim ponudila boljša karierna priložnost.

Scientific article

UDC 614.253+331.107

KEY WORDS: personnel affiliation to hospital, nursing care providers, loyalty

ABSTRACT - Health institutions must provide employees with the possibility of personal and career development, reward for a job well done and promote good interpersonal relationships. Employee's satisfaction is a prerequisite for their affiliation. The fact is that the more a nursing care provider contributes to the development of the organisation, the greater will be their affiliation. The purpose of this article is to show the impact of demographic factors on the affiliation of nursing employees to the hospital. We used the quantitative research method, the descriptive method and the technique of the survey. We carried out non-random, convenience sampling. The survey was held in Murska Sobota General Hospital among nursing care providers. The affiliation factor the surveyed rated the highest was – »I am always willing to help co-workers« ($AV = 4.63$), and the least important affiliation factor was belief in the successful development of the Hospital ($AV = 3.14$). Senior employees and those with a higher education are more affiliated. The latter are least likely to leave the hospital and their post, even if they were offered better career opportunities elsewhere.

1 Uvod

Danes ljudje živijo v različnih socialnih okoliščinah, kar pomeni, da se s svojimi aktivnostmi vključujejo tudi v različne socialne sisteme. Med pomembnejše, v katerih je človek delovno aktiven, lahko uvrstimo zdravstvene organizacije. Vsak zaposleni s svojim značilnim vedenjem in osebnostjo sooblikuje socialni sistem oziroma delovno okolje. Iz tega sledi, da je treba delovno okolje oblikovati tako, da bodo zaposleni zadovoljni in bodo lahko v delovnem okolju pokazali vse svoje sposobnosti in znanje (Buzeti, 2013).

Pripadnost zaposlenih je za organizacijo najbolj na preizkušnji v času notranjih in zunanjih kriz organizacije in v obdobju, ko je organizacija najbolj uspešna. Takrat se namreč pokaže, ali je vodstvo organizacije naredilo dovolj za pripadnost zaposlenih

ali ne. Vodstvo organizacij mora razumeti pripadnost predvsem v smislu, da je treba doseči takšno stopnjo oziroma nivo pripadnosti, da bodo zaposleni z veseljem prihajali v službo in da bodo naloge, ki so jim naložene, opravljali kot svoje lastne naloge. Dejstvo je, da več kot bo posameznik prispeval oziroma čim več truda bo vložil v organizacijo, bolj ji bo pripaden. Tak zaposleni bo verjel v cilje in vrednote organizacije, želel bo prispevati več, kot se od njega pričakuje na delovnem mestu in bo zelo ponosen, da je zaposlen v organizaciji (Buzeti in Stare, 2009).

Pregled sodobne literature pokaže, da je s pripadnostjo zaposlenih organizaciji povezanih več različnih motivacijskih dejavnikov. Barlett (2001) navaja, da so v petih bolnišnicah motivacijski dejavniki, povezani z izobraževanjem zaposlenih (možnost izobraževanja, podpora vodstva pri izobraževanju, motivacija za učenje in ugodnosti, ki jih z izobraževanjem pridobiš), ugodno vplivali na pripadnost zaposlenih. Tudi raziskava Weng idr. (2010) pokaže podobne rezultate, saj so ugotovili, da obstaja vpliv motivacijskega dejavnika »razvoja kariere« oziroma razvoja zaposlenih na pripadnost pri mlajših medicinskih sestrah. To pomeni, da je koristno, če vodilni menedžment bolnišnic nudi svojim zaposlenim možnost kariernega razvoja, saj le-ta pozitivno vpliva na pripadnost zaposlenih. Kazlauskaite in Turauskas (2006) navajata, da se je v zdravstveni dejavnosti v Litvi z izboljšanjem delovnih pogojev, ki krepijo občutek zavezanosti zaposlenih organizaciji, povečala pripadnost zaposlenih.

Lorber (2010) ugotavlja, da je stopnja pripadnosti zaposlenih v zdravstveni negi nižja, kot je stopnja pripadnosti vodij. Navaja, da zaposleni in vodje niso toliko pripadni, da iz bolnišnice ne bi odšli, če bi dobili boljšo službo. Opaža tudi, da zaposleni manj verjamejo v uspešen razvoj bolnišnice, v kateri so zaposleni, kot verjamejo v uspešen razvoj njihovega vodje. Bolj ko zaposleni čutijo, da so v organizaciji cenjeni in spoštovani, bolj verjetno bodo pozitivno prispevali k doseganju dobrih poslovnih rezultatov oziroma rasti organizacije, pa tudi k osebnemu zadovoljstvu in razvoju. Dobnik in Lorber (2011) ugotavljata, da je pripadnost zaposlenih v zdravstveni negi povezana z zadovoljstvom zaposlenih, medosebnimi odnosi in komunikacijo. Med omenjenimi dejavniki najpomembneje vpliva na pripadnost prav komunikacija. Lorber (2009) tudi ugotavlja, da le zadovoljni posameznik lahko prispeva h kakovosti v zdravstveni negi.

2 Pojmovanje pripadnosti

Pripadnost zaposlenih je strokovno definirana kot multidimenzionalni konstrukt, kjer gre za identifikacijo s poslanstvom organizacije in delovne etike kot njunima dveh temeljnima elementoma (Varona, 2002; povz. po Mihalič, 2008). Lojalnost zaposlenih se tesno prepleta s pripadnostjo in med njima so le majhne razlike. Posledično se lojalnost in pripadnost vedno obravnavata skupaj, zato se običajno uporablja samo izraz pripadnost, zraven pa je vedno mišljena tudi lojalnost (Mihalič, 2008). Buzeti in Stare (2009) menita, da sta pripadnost in lojalnost zaposlenih tesno povezani z zadovoljstvom zaposlenih, saj je slednje predpogoj za pripadnost in lojalnost. Težko si na-

mreč predstavljamo, da je zaposleni pripaden in lojalen, če ni zadovoljen na delovnem mestu oziroma v organizaciji. Ni pa nujno, da so vsi, ki so zadovoljni, tudi pripadni in lojalni. O'Reilly idr. (1991; povz. po Andolšek Mesner, Štebe, 2001) navajajo, da je pripadnost izraz »psihološke vezi«, ki posameznika zaveže k organizaciji. Buzeti in Stare (2009) menita, da je ta vez lahko različna. Mihalič (2008) pravi, da lahko pripadnost in lojalnost zaposlenega prepoznamo kot izražen občutek posameznika, da pripada organizaciji in svojemu timu ter da želi sodelavcem in sodelavkam pomagati, da podpira svojega vodjo, da se zavzema za kolektivno dobro, da v času krize ne zapusti organizacije in mu je v čast širiti dobro ime o organizaciji.

3 Pomen pripadnosti zaposlenih za zdravstvene zavode

Lorber (2010) ugotavlja, da večina ljudi čuti potrebo po pripadnosti. Želi si biti del celote. Če se zaposleni na delovnem mestu dobro počutijo in jih delo in medsebojni odnosi zadovoljujejo ter so izpolnjene njihove osnovne ekonomske potrebe, se začnejo istovetiti z organizacijo, postanejo del celote in s tem izražajo svojo pripadnost.

Pripadnost organizaciji postaja vse bolj priljubljen poslovni cilj predvsem zaradi domnevno pozitivnih učinkov na delavce in na organizacijo kot celoto. Njen pomen je še dodatno povečala gospodarska kriza, ko je vodstvo spoznalo, da ima pri spodbujanju produktivnosti zaposlenih ter zadržanju ključnih delavcev bistveno vlogo prav stopnja njihove zavezanosti organizaciji (Rehar, 2010). Osredotočenost na pripadnost pa pomeni, da je ta lahko usmerjena na različne ravni v organizaciji. Lahko je posameznik pripaden nadrejenemu, timu, vodji tima, oddelku, vodilnim ali organizaciji kot celoti (Andolšek Mesner in Štebe, 2001). Podnar (2006) meni, da organizacije oziroma njihovo vodstvo mora predanost zaposlenih poznati, jo zagotoviti, ohranjati in si jo predvsem zaslužiti, saj smo dandanes daleč od tega, da bi bila samoumevna.

Pripadnost je mogoče pridobiti oz. privzgojiti le z vseobsežno organizacijsko integracijo zaposlenih, ki jim omogoča tudi občutek »psihološke lastnine« organizacije. Bistvo pripadnosti je namreč v tem, da se zaposleni tudi osebno identificirajo (poistovetijo) s cilji in rezultati organizacije, kar seveda vsekakor pomembno vpliva na njihovo prizadevnost pri uresničevanju teh ciljev in pripravljenost za »dodatne« napore. Končni cilj ustvarjanja pripadnosti je doseči stanje, ko bodo vsi zaposleni, od najvišje do najnižje organizacijske ravni, zavestno, torej brez prisile, prevzemali obveznosti in sprejemali zadolžitve v poslovnem procesu ter jih uresničevali kot svoje lastne, torej po svojih najboljših močeh (Gostiša, 2005). Visoko pripadnost in predanost označuje ravnanje, s katerim ljudje v organizaciji presegajo tisto, kar se od njih pričakuje, ne zaradi pričakovanih nagrad, ampak zaradi globljega notranjega občutka povezanosti z organizacijo. Na drugi strani ju v širšem smislu izraža vse pozitivno vedenje v organizaciji, ki presega formalne zapovedi in izstopa v svoji pozitivni konotaciji in ni namenjeno neposrednemu priznanju ali nagradi, je pa pomembno z vidika dosežkov organizacije (Musek Lešnik, 2006).

Verle in Markič (2010) ugotavljata, da lahko organizacija svojo uspešnost in učinkovitost doseže le s pomočjo zaposlenih, ki so motivirani, pripadni organizaciji, v svojem delu vidijo možnost za osebni razvoj, v svojih nadrejenih pa ljudi, ki znajo prisluhniti in spodbujati.

Namen prispevka je prikazati vpliv demografskih podatkov (starosti, delovne dobe in izobrazbe) izvajalcev zdravstvene nege na pripadnost splošni bolnišnici.

Oblikovali smo naslednjo raziskovalno hipotezo: Predpostavljamo, da je pripadnost zaposlenih v zdravstveni negi Splošni bolnišnici Murska Sobota večja pri tistih, ki so starejši od 45 let, imajo delovno dobo več kot 20 let in srednješolsko izobrazbo.

4 Metodologija

Metode in tehnika zbiranja podatkov. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije in tehniko anketiranja.

Instrument. Za merski instrument smo uporabili standardizirani anketni vprašalnik mag. Renate Mihalič, ki ga je objavila v knjigi *Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih* (2008). Pred uporabo avtorskega vprašalnika smo pridobili pisno soglasje avtorice (soglasje dano 10. 6. 2013). Tematski sklop *Pripadnost zaposlenih* je obsegal 12 trditev, kjer so anketirani izrazili strinjanje/nestrinjanje s posamezno trditvijo po Likertovi lestvici. Demografski podatki o anketiranih so bili navedeni na začetku anketnega vprašalnika.

Raziskovalni vzorec. Izvedli smo neslučajnostno, priročno vzorčenje. Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Murska Sobota med zaposlenimi v zdravstveni negi. V raziskavo so bile vključene srednje medicinske sestre/zdravstveni tehniki, višje medicinske sestre/diplomirane medicinske sestre in magistri/magistricе zdravstvene nege. Razdelili smo 150 vprašalnikov po različnih delovišjih splošne bolnišnice. Vrnjenih je bilo 125 vprašalnikov, kar predstavlja 83,3-odstotno realizacijo vzorca. V raziskavi so sodelovali: 102 (81,6 %) ženski in 23 (18,4 %) moških. Največ sodelujočih je imelo srednješolsko izobrazbo, in sicer 81 (64,8 %), 2 (1,6 %) višjo strokovno, sledijo anketiranci z visoko strokovno izobrazbo, in sicer 38 (30,4 %), 2 (1,6 %) z univerzitetno in 2 (1,6 %) s strokovnim magistriranjem. Največ anketiranih je bilo v starostni skupini od 31 do 35 let, in sicer 27 (21,6 %), sledijo stari od 51 do 55 let, teh je bilo 23 (18,4 %). V starostni skupini od 36 do 40 let je bilo 22 (17,6 %) anketiranih, 18 (14,4 %) jih je bilo starih od 26 do 30 let, sledijo stari od 46 do 50 let, le-teh je bilo 14 (11,2 %), 13 (10,4 %) jih je bilo starih od 41 do 45 let. Enako število (4 ali 3,2 %) pa je bilo starih do 25 let oziroma nad 56 let. Prevladujejo zaposleni, ki imajo delovno dobo od 20 do 30 let, in sicer je bilo takih 32 (25,6 %) anketiranih.

Opis zbiranja in obdelave podatkov. Raziskava je bila izvedena v Splošni bolnišnici Murska Sobota julija 2013, po predhodno pridobljenem soglasju Službe zdravstvene nege. Navodila za izpolnitev vprašalnika smo predstavili na dan pričetka anketiranja. Vprašalniki so bili posredovani vodji pedagoško-raziskovalnega področja,

ki jih je potem posredovala vodjem posameznih oddelkov. Po končanem anketiranju smo škatle z vprašalniki sami odnesli z oddelkov. Za izpolnitev vprašalnika so sodelujoči potrebovali do 10 minut, na voljo pa so imeli 10 dni. Anonimnost smo zagotovili tako, da so zaprte pisemske ovojnice z odgovori odložili v posebno škatlo, ki se je nahajala na oddelku. Zbrane podatke smo statistično obdelali v statističnem programu SPSS 19.0.

5 Rezultati

V nadaljevanju prikazujemo rezultate raziskave.

Tabela 1: Pripadnost izvajalcev zdravstvene nege do bolnišnice

<i>Dejavnik</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>
Pripadnost skupna	3	5	3,94	0,49

Min = minimalna vrednost; Maks = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Iz Tabele 1 je razvidno, da je povprečna vrednost vseh 12 dejavnikov pripadnosti znašala PV = 3,94. Ocena se najbolj približa oceni 4, ki pomeni, da se zaposleni strinjajo s tem, da so pripadni organizaciji. Največ zaposlenih je dalo oceno 4 (75,2 %), kar pomeni, da se strinjajo, da so pripadni organizaciji.

Tabela 2: Trditve o pripadnosti zaposlenih v zdravstveni negi do Splošne bolnišnice Murska Sobota

<i>Dejavnik</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>
Vedno sem pripravljen/a pomagati sodelavcem	3	5	4,63	0,532
Vedno zagovarjam svojo organizacijsko enoto	3	5	4,33	0,659
Pred drugimi zagovarjam svoje sodelavce	1	5	4,31	0,677
Vedno sem pripravljen/a pomagati vodji	2	5	4,28	0,634
V javnosti ščitim interese bolnišnice	1	5	4,19	0,748
Menim, da je moje delovno mesto ugledno	1	5	3,84	0,932
Ponosen/ponosna sem, da lahko delam v tej bolnišnici	2	5	3,71	0,716
Iz bolnišnice bi šel/šla, če bi dobil/-a boljše službo	1	5	3,65	1,052
Naša bolnišnica ima dober ugled v javnosti	1	5	3,20	0,839
Verjamem v uspešen razvoj naše bolnišnice	1	5	3,14	0,914

Min = minimalna vrednost; Maks = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Anketirani so najvišje ocenili dejavnik pripadnosti: vedno sem pripravljen pomagati sodelavcem (PV = 4,63). Mnenja anketirancev glede te trditve so relativno enotna, saj vrednost standardnega odklona ne presega tretjine vrednosti aritmetične sredine (SO = 0,532). Kot najmanj pomemben dejavnik pripadnosti je za anketirane to, da verjamejo v uspešen razvoj bolnišnice (PV = 3,14); tudi tu so njihova mnenja relativno enotna, saj vrednost standardnega odklona ne presega tretjine vrednosti aritmetične sredine (SO = 0,914), kot prikazuje Tabela 2.

Tabela 3: T-test neodvisnih spremenljivk dejavnikov pripadnosti glede na stopnjo izobrazbe

	Levinov test ekvivalentnosti varianc		T-test za ekvivalentnost aritmetičnih sredin				
	F	Sig.	t	df	p	Razlika PV	Standardna napaka razlik
Verjamem v uspešen razvoj naše bolnišnice	0,114	0,737	-2,075	122	0,04	-0,351	0,169
Ponosen/ponosna sem, da lahko delam v tej bolnišnici	2,783	0,098	-2,031	123	0,044	-0,26908	0,1325
Vedno zagovarjam svojo organizacijsko enoto	0,19	0,664	-2,882	122	0,005	-0,34826	0,12084
Pred drugimi zagovarjam svoje sodelavce	0,908	0,342	-2,512	122	0,013	-0,3141	0,12505
Vedno sem pripravljen/a pomagati sodelavcem	13,203	0,000	-1,992	108,783	0,049	-0,1821	0,0914

PV = povprečna vrednost; p = statistična verjetnost

Tabela 3 prikazuje, da obstajajo statistično značilne razlike med stopnjo izobrazbe (srednješolska izobrazba in ostale) pri petih dejavnikih od skupno 12-ih. Ti dejavniki pripadnosti so: verjamem v uspešen razvoj naše bolnišnice ($p = 0,040$); ponosen/ponosna sem, da lahko delam v tej bolnišnici ($p = 0,044$); vedno zagovarjam svojo organizacijsko enoto ($p = 0,005$); pred drugimi zagovarjam svoje sodelavce ($p = 0,013$) in vedno sem pripravljen/a pomagati sodelavcem ($p = 0,049$).

Tabela 4: T-test neodvisnih spremenljivk dejavnikov pripadnosti glede na starost zaposlenih

	Levinov test ekvivalentnosti varianc		T-test za ekvivalentnost aritmetičnih sredin				
	F	Sig.	t	df	p	Razlika PV	Standardna napaka razlik
Iz bolnišnice bi šel/šla, če bi dobil/-a boljšo službo.	0,426	0,515	3,881	122	0,000	0,74286	0,19142

PV = povprečna vrednost; p = statistična verjetnost

Iz Tabele 4 je razvidno, da obstajajo statistično značilne razlike neodvisnih spremenljivk dejavnikov pripadnosti ($p < 0,05$) glede na starost nad in pod 45 let le pri dejavniku zamenjave službe (Iz bolnišnice bi šel/šla, če bi dobil/-a boljšo službo).

Tabela 5: T-test neodvisnih spremenljivk dejavnikov pripadnosti glede na delovno dobo

	Levinov test ekvivalentnosti varianc		T-test za ekvivalentnost aritmetičnih sredin				
	F	Sig.	t	df	p	Razlika PV	Standardna napaka razlik
Iz bolnišnice bi šel/šla, če bi dobil/-a boljšo službo	2,117	0,148	3,194	122	0,002	0,58577	0,1834
Vedno sem pripravljen/a pomagati sodelavcem	5,665	0,019	2,183	115,021	0,031	0,20678	0,09474

PV = povprečna vrednost; p = statistična verjetnost

Tabela 5 prikazuje, da glede na delovno dobo anketiranih izvajalcev zdravstvene nege obstajajo statistično značilne razlike pri dveh dejavnikih. Pri najpomembnejšem dejavniku pripadnosti – zamenjava službe (iz bolnišnice bi šel/šla, če bi dobil/-a boljšo službo), znaša signifikanca 0,002 ($p < 0,05$), kar pomeni, da obstaja statistično značilna razlika v mnenju zaposlenih glede na delovno dobo nad in pod 20 let.

6 Razprava

V raziskavi smo ugotovili, da so zaposleni v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Murska Sobota pripadni organizaciji; anketirani so izpostavili, da ostajajo v organizaciji zato, ker dobivajo reden dohodek in jim je tu všeč. Kot najpomembnejši dejavnik, ki sovpada z najpomembnejšim motivacijskim dejavnikom, so zaposleni izpostavili to, da so vedno pripravljeni pomagati sodelavcem. Čeprav zaposleni v zdravstveni negi ne verjamejo v uspešen razvoj bolnišnice, ocenili so ga najnižje, pa vseeno vedno zagovarjajo svojo organizacijsko enoto, na lestvici je bila to druga najvišje ocenjena trditev. Ugotovili smo, da zaposleni večinoma le včasih, redko ali pa nikoli ne razmišljajo o odhodu iz bolnišnice, tisti, ki pa o tem razmišljajo, pa bi največkrat odšli zaradi boljšega plačila in lažjega delovnega mesta, kar ugotavlja tudi Ellero (2011). V raziskavi Fu, Deshpande in Zhao (2011) ugotavljajo, da so dobri medosebni odnosi s sodelavci pomembnejši in bolj vplivajo na pripadnost zaposlenih kot dober odnos z nadrejenimi.

Iz raziskave izhaja, da pri vseh dejavnikih pripadnosti obstajajo razlike v pripadnosti glede na starost (pod in nad 45 let). Pri dejavniku, ki v najbolj ponazarja pripadnost zaposlenih (iz bolnišnice bi šel/šla, če bi dobil/-a boljšo službo), ugotavljamo, da je strinjanje s trditvijo, da bi zapustili bolnišnico, če bi dobili boljšo službo, višje pri zaposlenih, starih pod 45 let (PV = 3,89), medtem ko so zaposleni, stari nad 45 let,

manj pripravljeni zapustiti službo (PV = 3,15). Prav tako smo prišli do ugotovitev, da so zaposleni z delovno dobo pod 20 let prej pripravljeni zamenjati službo (PV = 3,91) kot zaposleni z delovno dobo nad 20 let (PV = 3,32). Ugotavljamo, da se stopnja pripadnosti s srednješolsko in višjo izobrazbo ali več v zdravstveni negi razlikuje pri vseh dejavnih pripadnosti, vendar so statistično pomembne razlike le pri petih dejavnih od skupno dvanajstih. Zaposleni v zdravstveni negi z višjo stopnjo izobrazbe in več so izrazili večjo pripadnost bolnišnici kot tisti s srednješolsko izobrazbo. Navedeno je ravno v nasprotju z zastavljeno trditvijo, saj so zaposleni s srednješolsko izobrazbo manj lojalni in so bolj pripravljeni zamenjati službo. S tem smo delno potrdili zastavljeno hipotezo. Tudi raziskava Fu, Deshpande, Zhao (2011) je pokazala, da so starejši zaposleni bolj pripadni organizaciji kot mlajši: le-ti hitreje odidejo, ko so nezadovoljni s plačo ali vidijo drugje boljše priložnost za karierni razvoj. Zaposleni, ki menijo, da imajo prenizek osebni dohodek, so prej pripravljeni zamenjati službo; tisti, ki so zadovoljni s svojo plačo, pa so statistično značilno bolj pripadni bolnišnici in ne razmišljajo o zamenjavi službe. Ugotavljamo, da je nagrajevanje zaposlenih pomemben dejavnik, ki vpliva na pripadnost zaposlenih. Za potrditev smo uporabili spremenljivko pohvala in spremenljivko iz bolnišnice bi šla, če bi dobila boljše službo. Zaposleni, ki so deležni nagrajevanja za dobro opravljeno delo, največkrat samo pohvale, ki vodje nič ne stane, so bolj pripadni bolnišnici. Pepe (2010) ugotavlja, da obstaja pozitivna povezava med motivacijskimi dejavniki, kot je podpora vodij, in stopnjo zadovoljstva ter pripadnostjo zaposlenih. Visoka podpora vodij pozitivno korelira z visoko stopnjo organizacijske pripadnosti, zadovoljstva pri delu in zmanjšuje fluktuacijo zaposlenih. Ko ti čutijo, da nimajo podpore vodij, se stopnja njihovega zadovoljstva pri delu in pripadnosti zmanjša. Pomembno je, da se organizacije zavedajo, da so nezadovoljni in nepripadni zaposleni manj navezani na organizacijo in jo bodo prej zapustili.

7 Zaključek

Naloga vodij je, da prepoznajo ključne kadre v organizaciji in jim omogočijo njihov razvoj. V nasprotnem primeru postanejo del monotonosti, njihov potencial pa znajo prepoznati drugi in možni ključni kadri lahko zapustijo organizacijo. Zadovoljstvo zaposlenih je tudi predpogoj za njihovo pripadnost. Pripadni zaposleni so ključ do uspeha vsake organizacije. Le-ti svoje delo opravljajo vestno in z veliko zavzetostjo. Takšen zdravstveni zavod ima močno organizacijsko kulturo, kar pride do izraza predvsem v kriznih časih, in je pomemben indikator organizacije v javnosti, kar smo ugotovili tudi v naši raziskavi. Ugotovili smo, da bi peščica zaposlenih menjala službo, če bi se jim ponudila boljša priložnost za zaslužek. Kljub kriznim časom in zamrznitvi materialnih nagrad najdejo zaposleni motivacijo za delo v nematerialnih nagradah. Vendarle pa se moramo zavedati, da brez varčevanja in zniževanja stroškov dela v slehernem zdravstvenem zavodu ne bomo mogli preživeti. Ko bomo to spoznali, bo nematerialno nagrajevanje tisto, ki nam bo največ pomenilo in mu bomo v prihodnosti morali nameniti vsekakor več pozornosti kot doslej.

Naša raziskava je dober temelj, na katerega se lahko nadgrajujejo nadaljnje raziskave, hkrati pa izhodišče vodilnim, da s pomočjo rednih letnih razgovorov uskladijo cilje zaposlenih s cilji organizacije. Na ta način bosta motivacija in pripadnost zaposlenih večji, kar pa bo pozitivno vplivalo tudi na razvoj in ugled organizacije. Vsekakor pa se tu odpirajo vedno nova vrata, saj nobena raziskava ne odgovori na vsa vprašanja.

Tadej Kreft, Boris Miha Kaučič, MSc

Influence of the demographic factors on the affiliation of the nursing care employee

Nursing care providers are the key to the successful and high-quality implementation of nursing care in the hospital. The performance of the hospital depends on its employees; therefore the nursing care providers' role is of utmost importance. A working environment is necessary to ensure that employees are satisfied, with opportunities to show their skills and abilities. Leading hospital management must offer the possibility of a personal and career development, offer a reward for well performed work and promote good interpersonal relationships. Employees' satisfaction is a pre-requisite for their affiliation. The more an employee contributes to the development of the hospital, the greater will be their affiliation to the organisation. It is important that health institutions are aware that dissatisfied and non-affiliated employees are less attached to the organisation and are prone to leave it sooner than the affiliated ones.

An employees' affiliation to the organisation is influenced by motivation factors, as confirmed by a review of contemporary literature (e.g. Barlett, 2001; Kazaluskaite, Turauskas, 2006; Lorber, 2009; Weng et al., 2010 etc.). There are a few definitions of the affiliation to an organization. All of them have in common an aspect of affiliation which reflects the psychological state of the employee and their relationship to the organisation. Regardless of the definition, affiliated employees are supposed to stay in the organisation longer than those who are not. Authors Meyer and Allen (1997; cited in Metelko, 2010) describe three components of affiliation. The first component is emotive, which refers to the emotional attachment, identification and involvement of employees in the organisation. Employees with strongly expressed emotional affiliation to the organisation want to stay in it. The second component is calculative affiliation, which is not the best affiliation for the organisation, as employees stay in the organisation just because they need a job. The last component is normative affiliation, expressed through employees' feeling that they are obliged to stay in the organisation, because they are persuaded that this is right and moral. This kind of affiliation should be very constructive for the organisation and for the individual, who would have a feeling of remorse if they stopped working in the organisation, and they feel responsibility to their co-workers. It has also positive effects on the organisation itself, as it means that such employees carry out their work correctly, scrupulously and to the benefit of their organisation.

The purpose of this paper is to show the influence of demographic factors (age, seniority and qualifications) on the affiliation of the nursing care employees to the general hospital. In compliance with the defined research goals, the following research hypothesis was established: We presumed that the affiliation of nursing care employees to the General Hospital Murska Sobota was greater in those older than 45 years of age and years of service longer than 20 years, and those who finished secondary school. We used the quantitative research method, the descriptive method and technique of the survey. As a measurement instrument, we used a standardised survey questionnaire. For the measurement of affiliation, we used 12 statements formulated by the author Mihalič (2008), who previously had given us her written consent. The statements were evaluated according to the five-point Likert Scale. In the process of statistical data analysis, we used demographic factors (age, seniority and education), and non-random, convenience sampling. Participants of the survey were second-level nurses, registered nurses and masters in nursing care. One hundred and fifty survey questionnaires were distributed to different hospital departments. We received 125 questionnaires, which is an 83.3 % sample realisation. There were 102 (81.6 %) female and 23 (18.4 %) male participants, most of them with a secondary education, i.e. 81 (64.8 %), two of them (1.6 %) with higher education, and 38 (30.4 %) with high professional education, two (1.6 %) with university education, two (1.6 %) with a master's degree. Most of those surveyed; 27 of them (21.6 %), belonged to the group from 31 to 35 years of age, in the second were 23 participants (18.4 %) at the age of 51 to 55. In the age group from 36 to 40 years of age there were 22 (17.6 %) surveyed participants. Eighteen (11.2 %) participants belonged to the age group from 26 to 30 years, followed by 14 (11.2 %) participants at the age from 46 to 50, and 13 (10.4 %) were at the age of 41 to 45 years. The same number of participants, four (3.2 %), were younger than 25 years of age and four were older than 56. Most of the surveyed, 32 of them (25.6 %) had a work service period from 20 to 30 years. All participants were guaranteed anonymity. The researchers took into consideration all the ethical aspects (the principle of usefulness, the principle of nonmaleficence, the principle of confidentiality, the principle of justice, the principle of truthfulness, and the principle of safety). Data were processed in the statistical program SPSS 19.0.

The affiliation factor which the surveyed rated the highest was – »I am always willing to help co-workers« ($AV = 4.63$), and the least important affiliation factor was belief in the successful development of the Hospital ($AV = 3.14$). The average value of all 12 affiliation factors was $AV = 3.94$. This value, very close to 4, means that the employees agreed that they were affiliated to the Hospital. There are statistically significant differences between the level of education (secondary school education and the rest) in the five factors out of 12. These affiliation factors are: »I believe in the successful development of our Hospital« ($p = 0.040$); »I am proud that I can work in this Hospital« ($p = 0.044$); »I always speak in favour of our unit« ($p = 0.005$); »I defend my colleagues in front of others« ($p = 0.013$); »I am always ready to help a co-worker« ($p = 0.049$). From the results of the research it is clear that in all factors of affiliation, only the age makes a difference (below and above 45 years of age). The factor that most exemplifies the affiliation of the employees (»I would leave the hospital

if I got a better job«), is rated lower by those below 45 years of age ($AV = 3.89$), and higher by older than 45 years of age ($AV = 3.15$). It was also found that workers with less than 20 years' work service were more prone to change their job ($AV = 3.32$) than those with more than 20 years of work service ($AV = 3.32$). We also found that the level of affiliation in those with secondary education and more is different in only five out of 12 factors. Employees in nursing with a higher level of education expressed a greater degree of affiliation to the Hospital than those with only secondary education. This finding contradicts our statement, as those less educated employees are less loyal and are more willing to change a job. So, our hypothesis was partly confirmed. The survey showed that rewarding employees is an important factor influencing employees' affiliation. The variables »reward« and »I would leave hospital if I got a better job« were used for confirmation. So, employees who receive even only a verbal commendation for well performed work, causing no cost for the employer, are more affiliated to the hospital. Our survey confirmed that the employees in the General Hospital Murska Sobota are affiliated to the Hospital. Respondents pointed out that they stayed at the hospital because they received their salary regularly, and they liked it there.

Affiliated employees are a key to the success of each hospital. They carry out their work conscientiously and with a great deal of commitment. Such a health institution has a strong organisational culture, which is particularly important in the time of crisis, and is an important indicator of how the organisation is perceived in public, which we also found in our research. The survey showed that a handful of employees would change their job if they were offered a better chance of earning more money. Despite the financial crisis and frozen material rewards, employees find motivation for work in non-material rewards. However, we must all realize that without savings and a reduction in labour costs in any health institution, we will not be able to survive. When we all recognise this fact, non-material rewarding will be of utmost importance. Therefore, it must be given more attention than ever before.

Our research seems to be a good foundation for future upgraded researches and at the same time gives standpoints to the leaders to adjust the goals of the employees with the goals of the hospital. Thus, motivation and the affiliation of the personnel will be greater and will positively influence the development and reputation of the organisation.

LITERATURA

1. Andolšek Mesner, D. in Štebe, J. (2001). Strah, vrednote in pripadnost. V: Stanojevič, M. (ur.). Uspešna nedozorelost: industrijski odnosi v EU in Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, str. 137–161.
2. Bartlett, K. R. (2001). The relationship between training and organizational commitment: a study in the health care field. *Human Resource Development Quarterly*, 12, št. 4, str. 335–52.
3. Buzeti, J. (2013). Motivacija zaposlenih v javni upravi. Ljubljana: interno gradivo.
4. Buzeti, J. in Stare, J. (2009). Pomen pripadnosti zaposlenih organizaciji. V: Brezovec, A. in Mekinc, J. (ur.). Management, izobraževanje in turizem: kreativno v spremembe: znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo. Portorož: Turistica, Fakulteta za turistične študije, str. 341–48.

5. Dobnik, M. in Lorber, M. (2011). Medosebni odnosi in pripadnost v zdravstveni negi. V: Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S. in Zurc, J. (ur.). Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, str. 220–28.
6. Ellero, D. (2011). Zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih v poslovni enoti trgovske verige. Diplomsko delo. Celje: Univerza v Mariboru, Fakulteta za logistiko.
7. Fu, W., Deshpande, SP. and Zhao, X. (2011). The impact of ethical behavior and facets of job satisfaction on organizational commitment of Chinese employees. *Journal of Business Ethics*, 104, št. 4, str. 537–543. Pridobljeno dne 25. 9. 2013 s svetovnega spleta: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10551-011-0928-4>.
8. Gostiša, M. (2005). Odnos managerjev do zaposlenih skozi prizmo razvoja delavske participacije pri upravljanju. Pridobljeno dne 20. 08. 2013 s svetovnega spleta: http://www.delavska-participacija.com/html/managerji.html?zoom_highlightsub = pripadnost+zaposlenih.
9. Kazlauskaitė, R. B. in Turauskas, L. (2006). Building employee commitment in the hospitality industry. *Baltic Journal of Management*, 1, št. 3, str. 300–14.
10. Lorber, M. (2009). Organizacijska klima - element uspešnosti v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 43, št. 1, str. 13–20.
11. Lorber, M. (2010). Vedenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi. Magistrska naloga. Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za management.
12. Metelko, M. (2010). Pripadnost zaposlenih v organizaciji Mercator. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
13. Mihalič, R. (2008). Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih. Škofja Loka: Mihalič in Partner.
14. Musek Lešnik, K. (2006). Pripadnost in predanost zaposlenih. Pridobljeno dne 1. 8. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.ipsos.si/web-data/Templates/podjetje-zaposleni-pripadnostinpredanost-zaposlenih.html>.
15. Pepe, M. (2010). The impact of extrinsic motivational dissatisfiers on an employee's level of job satisfaction and commitment resulting in the intent to turnover. *Journal of Business and Economics Research*, 8, št. 9, str. 99–107.
16. Podnar, K. (2006). Pripadnost in zavzetost zaposlenih kot konkurenčna prednost zaposlenih. *Industrijska demokracija*, 10, št. 5, str. 4–9.
17. Rehar, M. (2010). Vloga sredstev internega komuniciranja pri gradnji pripadnosti zaposlenih na primeru podjetja HP Slovenija. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
18. Verle, K. in Markič, M. (2010). Procesna organiziranost in zadovoljstvo zaposlenih. *Management*, 5, št. 2, str. 131–147.
19. Weng, R. H., Huang, C. Y., Tsai, W. C., Chang, L. Y., Lin, S. E. and Lee, M. Y. (2010). Exploring the impact of mentoring functions on job satisfaction and organizational commitment of new staff nurses. *BMC Health Services Research*, 10, str. 240–48. Pridobljeno dne 10. 05. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/240/prepub>.

Tadej Kreft, diplomirani zdravstvenik v Splošni bolnišnici Murska Sobota.

E-pošta: kreft.tadej@gmail.com

Mag. Boris Miha Kaučič, višji predavatelj na Visoki zdravstveni šoli v Celju in na Alma Mater Europaea – Evropski center v Mariboru.

E-pošta: miha.kaucic@vzsce.si, miha.kaucic@almamater.si

Organizacijska klima v domovih za starejše občane

Znanstveni prispevek

UDK 364 – 54 – 053.9+005.7

KLJUČNE BESEDE: organizacijska klima, zdravstveni delavci, domovi za starejše

POVZETEK - Zadovoljstvo zdravstvenega osebja in organizacijska klima sta glavna skrb za vse zdravstvene organizacije, saj veliko prispevata h kakovosti zdravstvene nege. Zaradi vladnih varčevalnih ukrepov s prepovedjo zaposlovanja, napredovanja, nagrajevanja in stimuliranja so se razmere v slovenskem zdravstvu poslabšale. Vse večje število zaposlenih v zdravstvu je nezadovoljnih, saj zaradi zmanjšanega števila in preobremenjenosti zdravstvenih delavcev ni več mogoče zagotoviti kakovostne in celostne obravnave pacienta. Namen tega prispevka je prikazati zadovoljstvo zaposlenih z organizacijsko klimo v domovih za starejše občane v Horjulu, Medvodah, Cerknici in v Trnovem. Rezultati merjenja organizacijske klime so pokazali, da so zaposleni najbolj zadovoljni s stalnostjo zaposlitve (85,8 %), delom (82,5 %) in neposrednim nadrejenim (79,6 %), najbolj nezadovoljni pa so z možnostmi za napredovanje (26,5 %) in s plačo (22,8 %).

Scientific article

UDC 364 – 54 – 053.9+005.7

KEY WORDS: organisational climate, organisational climate factors, homes for the elderly

ABSTRACT - The satisfaction of the medical staff and the organisational climate are of primary concern to all health care organisations, since they contribute to the quality of nursing. Due to the government's austerity measures prohibiting employment, advancement, remuneration and bonuses, the conditions in Slovene health care have worsened. There are a growing number of dissatisfied health care employees, since the reduced number of employees and the consequently overburdened health care professionals can no longer provide quality and integral patient treatment. The purpose of this article is to demonstrate the satisfaction of employees with the organisational climate in the homes for the elderly in Horjul, Medvode, Cerknica and Trnovo. The results of measuring the organisational climate have shown that employees are most satisfied with the stability of their employment (85.8 %), with the work itself (82.5 %) and with their immediate superiors (79.6 %); they are most dissatisfied with the possibilities for advancement (26.5 %) and with their salary (22.8 %).

1 Uvod

Organizacije v 21. stoletju se spopadajo z več izzivi kot kdaj koli prej. Ti niso edinstveni za vsako organizacijo ali podjetje, vendar pa vplivajo na vse organizacije, ne glede na njihovo strukturo ali velikost. Organizacijska klima se nenehno izpodbija zaradi stalnih sprememb, ki vplivajo na današnje organizacije. Za preživetje in da bi bili boljši od svojih tekmecev, si organizacije nenehno prizadevajo za izboljšanje svoje učinkovitosti. Organizacijska klima je danes bolj pomembna kot kdaj koli prej, saj morajo organizacije zagotoviti, da bodo tisti posamezniki, ki prispevajo k dodani vrednosti, kljub slabim razmeram na tržišču in v organizaciji želeli še naprej ostati v njej in delati v njeno korist.

Organizacijska klima se ponavadi definira kot percepcija vseh elementov delovnega okolja (dogodki, postopki, pravila, odnosi), ki so članom organizacije psihološko

smiselni oziroma pomembni. Referenčni okvir pri raziskovanju klime je torej organizacija kot celota (Kunštek, 2003, str. 17). Spada med najbolj pomembne dejavnike uspešnega psihosocialnega funkcioniranja in razvoja organizacij. Koncept organizacijske klime ima pomembne in raznolike lastnosti, med katerimi izpostavljamo naslednje (Pfeffer, 2006):

- Klime se nanaša na značilnosti okolja podjetja in njenih članov, te funkcije so lahko zunanje ali notranje.
- Funkcije neposredno ali posredno prejmejo člani, ki delajo v tem okolju. Ti določajo organizacijsko klimo, saj vsak drugače dojema okolje, v katerem deluje.
- Organizacijska klima je začasna sprememba v odnosu ljudi, npr.: zadnji dnevi letnega zaključnega računa, zmanjševanje obsega dela, splošno povečanje plač itd.
- Organizacijske značilnosti so večinoma stalne, razlikujejo se glede na organizacijo in oddelke znotraj istega podjetja.
- Klima, skupaj s strukturami in organizacijskimi značilnostmi ter njenimi posamezniki, tvori zelo dinamičen soodvisen sistem.

Organizacijska klima pomembno vpliva na organizacijsko kulturo organizacije, njeno razumevanje, splošen vzorec vedenja, prepričanja in vrednot, ki jih delijo člani organizacije. Ta kultura je večinoma določena s člani organizacije, na katere ima organizacijska klima neposreden vpliv, saj določa prepričanja, mite, vedenje in vrednote, ki tvorijo kulturo organizacije (Patterson in sod., 2004).

Dojemanje in odzivi, ki sestavljajo organizacijsko klimo, izvirajo iz različnih dejavnikov. Nekateri vključujejo vodenje in upravljanje prakse, drugi so povezani s formalnim sistemom in strukturo organizacije (komunikacijski odnosi, odvisnost sistema, promocije, plače itd.) ali pa so posledica obnašanja pri delu (sistemi spodbud, socialna podpora, interakcije z drugimi člani itd). Druga opredelitev organizacijske klime je lahko kakovost ali premoženje v organizacijski strukturi, zaznavajo ali izkusijo jo člani organizacije, kar vpliva na njihovo vedenje (Martins idr., 2003). Pozitivne posledice organizacije so lahko: dosežek, pripadnost, moč, storilnost, visok promet, zadovoljstvo, prilagajanje, inovativnost. Negativne posledice organizacije so lahko: napačno ravnanje, nizek prihodek, odsotnost z dela, nizka inovativnost, nizka produktivnost itd. Organizacijsko klimo je treba redno meriti, saj se s tem omogoči, da ima vodstvo organizacije vpogled v njihovo delo, delovno okolje in organizacijo s strani zaposlenih. Na tak način dobi vodstvo povratno informacijo o tem, kako dobra je organizacija in tako lahko spremeni tisto, kar je treba (Pulido, 2003).

2 Metodologija

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je preučiti organizacijsko klimo v štirih domovih za starejše občane (Horjul, Medvode, Cerknica, Trnovo).

Cilji raziskave so bili:

- izmeriti organizacijsko klimo,

- ugotoviti stališča zaposlenih glede zadovoljstva v organizaciji in vpliv organizacije na zadovoljstvo,
- raziskati, s katerimi dimenzijami organizacijske klime so zaposleni najbolj in s katerimi najmanj zadovoljni.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Raziskovalna vprašanja so:

- Kolikšen delež zaposlenih v posameznem domu za starejše občane je zadovoljnih in kolikšen delež jih je nezadovoljnih na delovnem mestu?
- Ali obstajajo razlike med posameznimi domovi za starejše občane glede na odnose med zaposlenimi?
- V katerem domu za starejše občane se je izkazalo, da so zaposleni bolj zadovoljni in kolikšna je razlika v zadovoljstvu med domovi za starejše občane?
- Ali obstajajo razlike v domovih za starejše občane glede na zadovoljstvo zaposlenih z neposredno nadrejenimi?
- Kateri dejavniki najbolj vplivajo na zadovoljstvo med zaposlenimi v posameznem preučevanem domu za starejše občane?

2.3 Vzorec

V vzorec smo vključili vse zaposlene v štirih domovih za starejše občane Podjetja Deos, d. d. Od 70-ih v raziskavo povabljenih zaposlenih v domu za starejše občane Cerknica se jih je odzvalo 29 (41,4 %), v Medvodah od 70-ih 33 (47,1 %), v Horjulu od 45-ih 29 (64,4 %) in v Trnovem se je od 50-ih zaposlenih odzvalo 27 (54 %). Večina anketirancev ima srednješolsko izobrazbo (51,8 %), sledita pa visoka šola in več (?) ter poklicna šola (15,8 %). Največ anketirancev je v organizaciji zaposlenih 5–10 let (39,5 %), najmanj pa jih za isto organizacijo dela več kot 20 let, in sicer 0,9 % anketirancev oziroma le 1 anketiranec. 5 (4,4 %) jih na vprašanje ni odgovorilo. V vzorcu prevladujejo anketiranci, stari od 30 do 40 let, teh je 35,1 %, tem sledijo mlajši od 30 let (31,6 %). Najmanj, le 7,9 %, jih je starih nad 50 let. Na vprašanja je odgovarjalo največ tistih, ki imajo v organizaciji funkcijo »izvajalci« (44,7 %), je pa bilo v vzorec vključenih tudi 6 višjih in srednjih menedžerjev (5,3 %) in 7 (6,1 %) operativnih vodij. Velika večina zaposlenih v domovih za upokojece je ženskega spola (87,7 %).

2.4 Opis obdelave podatkov

Zbrani podatki so bili statistično obdelani s pomočjo računalniškega programa SPSS, verzije 17.0, in Word Excel-a. Rezultati so prikazani v obliki tabel.

3 Rezultati

Vprašalnik je vseboval 60 vprašanj, ki so merila različne dimenzije klime, ter 11 vprašanj, ki so merila različne vrste zadovoljstva na delovnem mestu. Za potrebe nadaljnjih analiz smo spremenljivke, kot vnaprej predvideno in že navedeno, tematsko združili v konstrukte (s seštevanjem vrednosti). Uporabili smo Cronbachov test

α , s katerim smo merili zanesljivost že prej omenjenih naslednjih dimenzij: vodenje, notranji odnosi, razvoj kariere, motivacija in zavzetost, notranje komuniciranje in informiranje, odnos do kakovosti, inovativnost in iniciativnost, nagrajevanje, poznavanje poslanstva in vizije ter ciljev, strokovna usposobljenost in učenje, organiziranost, pripadnost organizaciji ter splošno zadovoljstvo na delovnem mestu.

Tabela 1: Zanesljivost merskega inštrumenta, 13 izvedenih konstruktov

<i>Konstrukt/merski instrument</i>	<i>Cronbach α</i>	<i>Št. indikatorjev</i>
Vodenje	0,697	5
Notranji odnosi	0,830	5
Razvoj kariere	0,846	5
Motivacija in zavzetost	0,678	5
Notranje komuniciranje in informiranje	0,839	5
Odnos do kakovosti	0,751	5
Inovativnost in iniciativnost	0,706	5
Nagrajevanje	0,680	5
Poznavanje poslanstva in vizije ter ciljev	0,781	5
Strokovna usposobljenost in učenje	0,738	5
Organiziranost	0,838	5
Pripadnost organizaciji	0,754	5
Splošno zadovoljstvo na delovnem mestu	0,872	11

Iz Tabele 1 razberemo, da so vsi konstrukti primerni za nadaljnje statistične analize, saj vrednost Cronbach α v vseh primerih znaša več kot 0,6. V določenih primerih so konstrukti merjeni zgledno (notranji odnosi 0,830, notranje komuniciranje in informiranje 0,839, organiziranost 0,838 in splošno zadovoljstvo na delovnem mestu 0,872), v preostalih pa zelo dobro in dobro.

V nadaljevanju predstavljamo, koliko zaposlenih v domovih starejših občanov je zadovoljnih in koliko je nezadovoljnih. Primerjali bomo zadovoljstvo in nezadovoljstvo v različnih domovih.

Tabela 2: Frekvenčna porazdelitev spremenljivk zadovoljstva na delovnem mestu

Zadovoljstvo		Horjul (N=29)	Medvode (N=33)	Cerknica (N=29)	Trnovo (N=27)	Skupaj (N=118)
Zadovoljstvo z delom	nezadovoljen	0,0 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %
	srednje zadovoljen	19,2 %	27,3 %	3,4 %	15,4 %	16,7 %
	zadovoljen	80,8 %	69,7 %	96,6 %	84,6 %	82,5 %
Zadovoljstvo z vodstvom organizacije	nezadovoljen	3,8 %	9,4 %	10,3 %	11,5 %	8,8 %
	srednje zadovoljen	23,1 %	40,6 %	20,7 %	15,4 %	25,7 %
	zadovoljen	73,1 %	50,0 %	69,0 %	73,1 %	65,5 %
Zadovoljstvo s sodelavci	nezadovoljen	3,8 %	6,1 %	0,0 %	7,7 %	4,4 %
	srednje zadovoljen	26,9 %	33,3 %	13,8 %	46,2 %	29,8 %
	zadovoljen	69,2 %	60,6 %	86,2 %	46,2 %	65,8 %
Zadovoljstvo z neposredno nadrejenim	nezadovoljen	0,0 %	12,1 %	6,9 %	0,0 %	5,3 %
	srednje zadovoljen	11,5 %	21,2 %	0,0 %	28,0 %	15,0 %
	zadovoljen	88,5 %	66,7 %	93,1 %	72,0 %	79,6 %
Zadovoljstvo z možnostmi za napredovanje	nezadovoljen	26,9 %	21,2 %	24,1 %	36,0 %	26,5 %
	srednje zadovoljen	38,5 %	45,5 %	37,9 %	52,0 %	43,4 %
	zadovoljen	34,6 %	33,3 %	37,9 %	12,0 %	30,1 %
Zadovoljstvo s plačo	nezadovoljen	15,4 %	30,3 %	24,1 %	19,2 %	22,8 %
	srednje zadovoljen	30,8 %	51,5 %	44,8 %	50,0 %	44,7 %
	zadovoljen	53,8 %	18,2 %	31,0 %	30,8 %	32,5 %
Zadovoljstvo s statusom v organizaciji	nezadovoljen	0,0 %	3,2 %	3,4 %	8,0 %	3,6 %
	srednje zadovoljen	23,1 %	58,1 %	24,1 %	36,0 %	36,0 %
	zadovoljen	76,9 %	38,7 %	72,4 %	56,0 %	60,4 %
Zadovoljstvo z delovnimi pogoji (oprema, prostori)	nezadovoljen	0,0 %	6,3 %	6,9 %	7,7 %	5,3 %
	srednje zadovoljen	38,5 %	28,1 %	20,7 %	34,6 %	30,1 %
	zadovoljen	61,5 %	65,6 %	72,4 %	57,7 %	64,6 %
Zadovoljstvo z možnostmi za izobraževanje	nezadovoljen	26,9 %	12,1 %	7,1 %	28,0 %	17,9 %
	srednje zadovoljen	30,8 %	54,5 %	32,1 %	32,0 %	38,4 %
	zadovoljen	42,3 %	33,3 %	60,7 %	40,0 %	43,8 %
Zadovoljstvo s stalnostjo zaposlitve	nezadovoljen	0,0 %	3,0 %	0,0 %	7,7 %	2,7 %
	srednje zadovoljen	7,7 %	15,2 %	3,6 %	19,2 %	11,5 %
	zadovoljen	92,3 %	81,8 %	96,4 %	73,1 %	85,8 %
Zadovoljstvo z delovnim časom	nezadovoljenu	3,8 %	6,5 %	17,2 %	3,8 %	8,0 %
	srednje zadovoljen	23,1 %	25,8 %	10,3 %	19,2 %	19,6 %
	zadovoljen	73,1 %	67,7 %	72,4 %	76,9 %	72,3 %

Iz tabele 2 razberemo frekvenčno porazdelitev enajstih tipov zadovoljstva na delovnem mestu, in sicer v štirih različnih domovih za starejše občane. Z združevanjem vrednosti smo ustvarili nove spremenljivke, ki imajo namesto petih le tri vrednosti,

s čimer je interpretacija enostavnejša: 4 – zadovoljen in 5 – zelo zadovoljen sedaj tvorita vrednost »zadovoljen«, 1 –zelo nezadovoljen in 2 – nezadovoljen pa vrednost »nezadovoljen«. Če izpostavimo le očitne razlike med posameznimi tipi zadovoljstva (vsi domovi skupaj), lahko ugotovimo, da so ljudje najbolj zadovoljni s stalnostjo zaposlitve (85,8 % jih je zadovoljnih, le 2,7 % nezadovoljnih), z delom (82,5 % jih je zadovoljnih) in z neposrednim nadrejenim (79,6 %). Najbolj pa so nezadovoljni z možnostmi za napredovanje (26,5 % jih je nezadovoljnih) in s plačo (22,8 % jih je nezadovoljnih). Pri analizi razlik med posameznimi domovi lahko ugotovimo naslednje: Horjul pozitivno izstopa pri zadovoljstvu s plačo (53,8 % zadovoljnih glede na skupno povprečje, ki znaša 32,5 %), s statusom v organizaciji (76,9 % zadovoljnih glede na povprečje, ki znaša 60,4 %). Medvode negativno izstopajo v nezadovoljstvu z neposredno nadrejenim (12,1 % jih je nezadovoljnih, 66,7 % zadovoljnih, skupno povprečje pa je 5,3 % in 79,6 %). Podobno je s plačo in statusom v organizaciji (zadovoljnih le 18,2 % in 38,7 %). Cerknica na splošno pozitivno izstopa, najbolj v zadovoljstvu z delom (zadovoljnih 96,6 %), s sodelavci (zadovoljnih 86,2 %) in z možnostmi za izobraževanje (60,7 % zadovoljnih, skupno povprečje 43,8 %). V domu za starejše občane Trnovo so zaposleni v manjši meri zadovoljni s sodelavci (zadovoljnih je 46,2 % glede na skupno povprečje 65,8 %), z možnostmi za napredovanje (zadovoljnih le 12,0 %) ter s stalnostjo zaposlitve (73,1 % glede na skupno povprečje, ki znaša 85,8 %).

Z analizo variance (ANOVA) smo primerjali statistično značilnost razlik v odnosih med zaposlenimi (notranjih odnosih) v štirih domovih za starejše občane.

Tabela 3: Rezultati ANOVE - testiranje razlik med domovi glede na odnose med zaposlenimi

<i>Razlike med posameznimi skupinami (stopnja značilnosti Games-Howellovega testa)</i>				
<i>Par skupin</i>	<i>Dom za upokojence</i>	<i>Aritmetična sredina</i>	<i>Standardni odklon</i>	<i>Stopnja značilnosti</i>
Par 1	Horjul	3,95	,51	,001
	Medvode	3,14	,93	
Par 2	Horjul	3,95	,51	,781
	Cerknica	3,80	,62	
Par 3	Horjul	3,95	,51	,016
	Trnovo	3,28	,90	
Par 4	Medvode	3,14	,93	,010
	Cerknica	3,80	,62	
Par 5	Medvode	3,14	,93	,942
	Trnovo	3,28	,90	
Par 6	Cerknica	3,80	,62	,099
	Trnovo	3,28	,90	

Iz tabele 3 razberemo, da so rezultati Games-Howellovega testa (uporabili smo ga zaradi neenake razpršenosti podatkov pri posameznih skupinah) pokazali naslednje: v

Horjulu so statistično značilno boljši odnosi kot v Trnovem in Medvodah (stopnja razlik znaša 0,01 in 0,016, pri čemer je že na oko vidna razlika pri aritmetičnih sredinah: 3,95 proti 3,28 in 3,14). Horjul in Cerknica se med seboj ne razlikujeta. Ugotovimo lahko tudi, da so v Cerknici bolj zadovoljni kot v Medvodah. Drugih razlik ni bilo moč opaziti. Ugotovimo lahko, da sta na eni strani domova Horjul in Cerknica, kjer so odnosi med zaposlenimi boljši, na drugi strani pa Medvode in Trnovo, kjer so odnosi med zaposlenimi malce slabši.

Z analizo variance smo primerjali statistično značilnost razlik v splošnem zadovoljstvu z delom med zaposlenimi v štirih domovih za starejše občane.

Tabela 4: Rezultati ANOVE - testiranje razlik med domovi glede na splošno zadovoljstvo zaposlenih

<i>Razlike med posameznimi skupinami (stopnja značilnosti Tukey testa)</i>				
<i>Par skupin</i>	<i>Dom za upokojeence</i>	<i>Aritmetična sredina</i>	<i>Standardni odklon</i>	<i>Stopnja značilnosti</i>
Par 1	Horjul	3,83	,60	,312
	Medvode	3,56	,60	
Par 2	Horjul	3,83	,60	,983
	Cerknica	3,89	,60	
Par 3	Horjul	3,83	,60	,428
	Trnovo	3,58	,49	
Par 4	Medvode	3,56	,60	,146
	Cerknica	3,89	,60	
Par 5	Medvode	3,56	,60	,999
	Trnovo	3,58	,49	
Par 6	Cerknica	3,89	,60	,231
	Trnovo	3,58	,49	

Iz tabele 4 lahko razberemo rezultate Tukeyjevega testa razlik med aritmetičnimi sredinami (variabilnost podatkov je bila med skupinami primerljiva) splošnega zadovoljstva (konstrukt, ustvarjen iz 11 spremenljivk, ki so merile različno stopnjo zadovoljstva). Iz aritmetičnih sredin bi lahko sklepali, da so med zaposlenimi v različnih domovih za starejše občane razlike, vendar pa je test post-hoc pokazal, da statistično značilnih razlik med skupinami ni (stopnje značilnosti v vseh primerih znatno presežajo vnaprej določeno mejo 0,05).

Prav tako lahko z analizo variance ugotovimo statistično značilnost razlik med zaposlenimi v domovih za starejše občane glede na zadovoljstvo z neposrednimi nadrejenimi.

Tabela 5: Rezultati ANOVE – testiranje razlik med domovi glede na zadovoljstvo zaposlenih z neposredno nadrejenimi

<i>Razlike med posameznimi skupinami (stopnja značilnosti Tukey testa)</i>				
<i>Par skupin</i>	<i>Dom za upokojencev</i>	<i>Aritmetična sredina</i>	<i>Standardni odklon</i>	<i>Stopnja značilnosti</i>
Par 1	Horjul	4,31	,679	,036
	Medvode	3,70	,984	
Par 2	Horjul	4,31	,679	,811
	Cerknica	4,10	,860	
Par 3	Horjul	4,31	,679	,775
	Trnovo	4,08	,812	
Par 4	Medvode	3,70	,984	,245
	Cerknica	4,10	,860	
Par 5	Medvode	3,70	,984	,331
	Trnovo	4,08	,812	
Par 6	Cerknica	4,10	,860	1,000
	Trnovo	4,08	,812	

Iz tabele 5 lahko razberemo rezultate Tukeyjevega testa razlik med aritmetičnimi sredinami (variabilnost podatkov je bila med skupinami primerljiva) zadovoljstva zaposlenih z neposredno nadrejenimi. Ugotovimo lahko, da se le dom v Horjulu statistično značilno razlikuje od doma v Medvodah, kjer je zadovoljstvo z neposrednimi nadrejenimi manjše. Drugih razlik ni opaziti (stopnje značilnosti v vseh primerih znatno presegajo vnaprej določeno mejo 0,05), saj le Horjul in Medvode malo izstopata, vendar pa premalo, da bi se razlikovala tudi od Trnovega ali Cerknice.

Da bi ugotovili, kateri dejavniki vplivajo na zadovoljstvo med zaposlenimi, smo uporabili statistične metode multivariatne analize, in sicer linearne regresijske analize. Predstavili bomo ključne statistike regresijskega modela, ki pojasni kar največ variance.

Iz tabele 6 lahko razberemo statistično značilen vpliv neodvisnih spremenljivk na odvisno spremenljivko splošno zadovoljstvo. Najprej smo izvedli linearno regresijsko analizo, pri čemer smo v model vstavili vse neodvisne spremenljivke. Ker smo ugotovili, da vodenje, razvoj kariere, motivacija in zavzetost, notranje komuniciranje in informiranje, odnos do kakovosti, inovativnost in iniciativnost, nagrajevanje, poznavanje poslanstva, vizije in ciljev ter organiziranost ne vplivajo značilno na odvisno spremenljivko oziroma ne prispevajo k deležu pojasnjene variance, smo uporabili metodo stepwise, pri kateri se postopoma samodejno izločajo neodvisne spremenljivke, ki ne vplivajo na odvisnost.

Največ variance je pojasnil regresijski model, v katerem so poleg odvisne spremenljivke splošno zadovoljstvo še neodvisne spremenljivke pripadnost organizaciji, notranji odnosi in strokovna usposobljenost in učenje. Ugotovimo lahko, da je vpliv

spremenljivk pozitiven, kar pomeni, da večja kot je pripadnost organizaciji (največji, srednje močan vpliv, beta vrednost znaša 0,440, stopnja značilnosti pa $< 0,001$), bolj-ši kot so notranji odnosi (blag vpliv, beta vrednost znaša 0,248, stopnja značilnosti 0,023) in večja kot je strokovna usposobljenost in učenje (blag vpliv, beta koeficient 0,216, stopnja značilnosti komaj pod 0,05), večje bo tudi splošno zadovoljstvo v organizaciji. Vrednost R regresijskega modela je precej visoka (0,822), zato je tudi delež pojasnjene variance za preučevani pojav relativno kar visok (66,2 %).

Tabela 6: Analiza vpliva neodvisnih spremenljivk na splošno zadovoljstvo

<i>Regresijski model – stepwise metoda</i>			
<i>Odvisna spremenljivka</i>	<i>Splošno zadovoljstvo(izvedena spremenljivka)</i>		
<i>Neodvisne spremenljivke, vključene v končni model</i>	<i>standardizirana beta vrednost</i>	<i>t-vrednost</i>	<i>stopnja značilnosti</i>
Pripadnost organizaciji	,440	4,245	,000
Notranji odnosi	,248	2,315	,023
Strokovna usposobljenost in učenje	,216	2,019	,047
Izključene neodvisne spremenljivke	vodenje, razvoj kariere, motivacija in zavzetost, notranje komuniciranje in informiranje, odnos do kakovosti, inovativnost in iniciativnost, nagrajevanje, poznavanje poslanstva in vizije ter ciljev, organiziranost		
R vrednost modela	0,822		
Delež pojasnjene variance	66,2 %		

4 Razprava

Organizacijska klima predstavlja skupek vseh značilnosti, ki vplivajo na vedenje ljudi v neki organizaciji in po katerih se organizacije med seboj razlikujejo. Organizacijska klima je odsev tistega, kar zaposleni pričakujejo od podjetja, sodelavcev, podrejenih, nadrejenih, in tudi tistega, kar dejansko dobijo ali kar pogrešajo. Klimo lahko preučujemo, analiziramo, spreminjamo kot celoto, še bolje pa je, če nanjo gledamo kot na skupek različnih dejavnikov. Vsakega ugotavljamo posebej in tako lažje ugotovimo, kje je podjetje močno in kje šibko. Tako tudi lažje začnemo stvari izboljševati, saj izboljšujemo vsak segment posebej (Treven, 2001, str. 123). »Organizacijska klima je skupno ime za način vedenja ljudi in zaznavanja medsebojnih odnosov. Za klimo velja, da je neoprijemljiva, a jo je moč zaznati. Je ves čas prisotna in obstaja v delovnem okolju. Je dinamičen sistem in zato nanjo vpliva skoraj vse, kar se pojavlja znotraj organizacije« (Erjavšek, 2003, str. 2).

Na raziskovalno vprašanje »Kolikšen delež zaposlenih v posameznem domu za starejše občane je zadovoljnih in kolikšen delež jih je nezadovoljnih na delovnem mestu?« najlažje odgovorimo s predstavitvijo razlik v različnih vrstah zadovoljstva na delovnem mestu ter s predstavitvijo razlik v posameznih vrstah zadovoljstva glede na dom za starejše. Za odgovor na vprašanje zadostuje izpostavitve najbolj očitnih, ključnih razlik med posameznimi tipi zadovoljstva. Ugotovimo lahko, da so ljudje najbolj zadovoljni s stalnostjo zaposlitve (85,8 % zadovoljnih), z delom (82,5 % zadovolj-

nih) in z neposrednim nadrejenim (79,6 % zadovoljnih). Najbolj pa so nezadovoljni z možnostmi za napredovanje (26,5 % nezadovoljnih) in s plačo (22,8 % nezadovoljnih). Pri analizi razlik med posameznimi domovi smo dobili naslednje odgovore, ki domove značilno ločujejo med seboj: Horjul pozitivno izstopa pri zadovoljstvu s plačo (53,8 %) in s statusom v organizaciji (76,9 %). Medvode negativno izstopajo v nezadovoljstvu z neposredno nadrejenim (12,1 % nezadovoljnih), podobno je s plačo (zadovoljnih le 18,2 %) in statusom v organizaciji (zadovoljnih 38,7 %). Cerknica na splošno pozitivno izstopa, najbolj v zadovoljstvu z delom (zadovoljnih 96,6 %), s sodelavci (zadovoljnih 86,2 %) in z možnostmi za izobraževanje (60,7 % zadovoljnih). V domu za starejše občane Trnovo so zaposleni manj zadovoljni s sodelavci (zadovoljnih je 46,2 %), z možnostmi za napredovanje (zadovoljnih le 12,0 %) ter s stalnostjo zaposlitve (73,1 % zadovoljnih). V ostalih tipih zadovoljstva so razlike med posameznimi domovi precej manjše.

Zadovoljstvo pri delu so občutki in mnenja ljudi o delu, ki ga opravljajo. Lahko so z delom zadovoljni in ga ne bi zamenjali, lahko pa so z njim povsem nezadovoljni. Zadovoljstvo pri delu je odvisno od osebnosti človeka, njegovih delovnih vrednot, narave dela in družbenih vplivov (okolja). Ocenjuje se s primerjanjem značilnosti dela, ki bi jih posameznik rad imel, in značilnostmi, ki jih njegovo konkretno delo ima (Rozman, 2000). Tako kot opisuje strokovna literatura, tako je tudi naša raziskava pokazala, da na zadovoljstvo zaposlenega vpliva veliko različnih dejavnikov. Če značilnosti dela ustrezajo njegovim pričakovanjem, bo delavec zadovoljen in obratno.

Na raziskovalno vprašanje »Ali obstajajo razlike med posameznimi domovi za starejše občane glede na odnose med zaposlenimi?« lahko odgovorimo s pomočjo analize variance. Ugotovili smo, da razlike so, saj so v Horjulu statistično značilno boljši odnosi kot v Trnovem (stopnja značilnosti 0,016) in Medvodah (stopnja značilnosti 0,01). Horjul in Cerknica se med seboj ne razlikujeta (stopnja značilnosti 0,781). Ugotovimo lahko tudi, da so v Cerknici bolj zadovoljni kot v Medvodah (stopnja značilnosti 0,01). Drugih razlik ni bilo moč opaziti. Če povzamemo, lahko ugotovimo, da obstajajo razlike glede na odnose med zaposlenimi v posameznih domovih. Tako sta na eni strani domova Horjul in Cerknica, kjer so odnosi med zaposlenimi boljši, na drugi strani pa Medvode in Trnovo, kjer so malo slabši. Na odnose v organizaciji vpliva tudi način vodenja, kakovost in uspešnost organizacije, izobraženost delavca z njegovim delom, nalogami, pravicami in dolžnostmi, osebno življenje delavca itd. (Možina, 1992). Pri odnosih med zaposlenimi gre predvsem za odnose med nadrejenimi in podrejenimi, ne pa toliko za odnose med sodelavci. Dobri odnosi so ponavadi odraz dobrega vodenja podjetja, ki se zaveda, da je zaposleni ključni izvor konkurenčnosti v podjetju, in dobro pozna ravnanje s človeškimi viri. Nadrejeni ve, da je pogovor s podrejenim pomemben, saj gre za povratne informacije o njegovem delu, za sodelovanje pri sprejemanju ciljev, za obrazložitev dane stimulacije, za pomoč pri reševanju problemov. Zaposleni bodo bolj motivirani, če bodo sodelovali pri odločanju o pogojih svojega dela in skupaj z vodjo iskali ustrezne rešitve. Dobro klimo bo torej ustvarilo sodelovanje zaposlenih in menedžmenta, kjer bo delo podrejenih cenje-

no, kjer si bodo medsebojno zaupali in konstruktivno reševali konflikte (Florjančič in Vukovič, 1998, str. 147). V raziskavi smo dokazali, da so tam, kjer so zaposleni manj zadovoljni z neposredno nadrejenimi, slabši tudi notranji odnosi med zaposlenimi.

S pomočjo analize variance lahko odgovorimo na raziskovalno vprašanje »V katerem domu za starejše občane so zaposleni bolj zadovoljni in kolikšna je razlika v zadovoljstvu med domovi za starejše občane?«. Iz aritmetičnih sredin bi lahko sklepali, da so med zaposlenimi v različnih domovih za starejše občane razlike v splošnem zadovoljstvu, vendar pa je test ANOVA post-hoc pokazal, da statistično značilnih razlik med domovi v splošnem zadovoljstvu zaposlenih ni (stopnje značilnosti med 0,146 in 0,999). V vseh domovih za starejše občane so zaposleni približno enako zadovoljni. Zadovoljstvo zaposlenih je občutek, ki preveva posameznika in na osnovi katerega se rad vrača na delo in med sodelavce, se veseli novih delovnih izzivov, se dobro počuti pri opravljanju dela in podobno. Gre za posameznikovo pozitivno emocionalno stanje, ki je rezultat njegove ocene dela in dosedanjih izkušenj. Vsaka organizacija je lahko resnično učinkovita in uspešna le, če je v njej velika večina posameznikov zadovoljnih, kajti le taki delavci so lahko pri delu učinkoviti in uspešni (Mihalič, 2008, str. 4). Glede na poslovno uspešnost vseh testiranih domov za starejše občane lahko potrdimo navajanja iz literature, da bolj kot je zadovoljen zaposleni, bolj je uspešno podjetje, saj je splošno zadovoljstvo v vseh testiranih domovih pozitivno.

Na raziskovalno vprašanje »Ali obstajajo razlike v preučevanih domovih za starejše občane glede na zadovoljstvo z neposredno nadrejenimi?« lahko odgovorimo s preučitvijo razlik med zaposlenimi v domovih za starejše občane glede na zadovoljstvo z neposredno nadrejenimi. Ugotovimo lahko, da se le dom za starejše občane Horjul statistično značilno razlikuje od doma za starejše občane Medvode (stopnja značilnosti 0,036), kjer je zadovoljstvo z neposredno nadrejenimi manjše (aritmetični sredini 4,31 in 3,7). Drugih razlik ni opaziti, saj le Horjul in Medvode malo izstopata, vendar pa premalo, da bi se razlikovala tudi od Trnovega ali Cerknice (stopnje značilnosti znašajo nad 0,05). Na odnose v organizaciji vplivajo tudi način vodenja, kakovost in uspešnost organizacije, izobraženost posameznika, njegova morala, kultura ter vloga, ki jo ima v organizaciji, seznanjenost delavca z njegovim delom, nalogami, pravicami in dolžnostmi, osebno življenje delavca itd. (Možina, 1992). Drug od drugega se lahko ogromno naučimo, zato pa je treba med zaposlenimi vzdrževati dobre medsebojne odnose, kajti zaupanje med zaposlenimi in vera v skupni cilj, ki ga zaposleni lažje dosežejo skupaj, pomeni pri zaposlenih velik učni potencial (Ovsenik, 2000, str. 57).

Na raziskovalno vprašanje »Kateri dejavniki najbolj vplivajo na zadovoljstvo med zaposlenimi v posameznem preučevanem domu za starejše občane?« bomo odgovorili z linearno regresijsko analizo. Ugotovimo lahko, da vodenje, razvoj kariere, motivacija in zavzetost, notranje komuniciranje in informiranje, odnos do kakovosti, inovativnost in iniciativnost, nagrajevanje, poznavanje poslanstva, vizije in ciljev ter organiziranost ne vplivajo značilno na odvisno spremenljivko (stopnje značilnosti višje od 0,05) oziroma ne prispevajo k deležu pojasnjene variance. Ugotovimo lahko tudi, da večja kot je pripadnost organizaciji (beta koeficient 0,440, stopnja značilnosti 0,000), boljši kot so notranji odnosi (beta koeficient 0,248, stopnja značilnosti 0,023) in večja kot je stro-

kovna usposobljenost in učenje (beta koeficient 0,216, stopnja značilnosti 0,047), večje bo tudi splošno zadovoljstvo v organizaciji. To so torej dejavniki vpliva na zadovoljstvo med zaposlenimi. Posamezni motivatorji so v različnih okoljih in v različnih obdobjih različno pomembni za različne ljudi (zaposlene) in skupine ter se med seboj različno dopolnjujejo, prekrivajo in nadomeščajo. V vsaki organizaciji je v posameznem obdobju treba ugotoviti, kateri izmed motivacijskih dejavnikov delujejo in kakšna je njihova pomembnost. Na podlagi te ugotovitve je mogoče aktivirati ukrepe in osebe, ki bodo zagotovile čim bolj optimalno delovanje teh dejavnikov, s čimer je mogoče doseči največjo možno učinkovitost delovnega procesa v danih razmerah. Z raziskavo smo ugotovili, da večja kot je pripadnost organizaciji, boljši kot so notranji odnosi in večja kot je strokovna usposobljenost in učenje, večje je tudi splošno zadovoljstvo.

5 Zaključek

V današnjem konkurenčnem poslovnem okolju organizacije vedno iščejo načine, da pridobijo prednost pred svojimi tekmeci. Uspešne organizacije ustvarijo tako delovno okolje ali klimo, ki je prijetna in motivira zaposlene, da bodo učinkoviti izvajalci. Razvoj organizacije je odvisen od organizacijskega vedenja in le-to vpliva na vedenje posameznega zaposlenega. To pa vpliva na organizacijsko klimo v podjetju. Organizacijska klima je kot nekakšna veriga. Če je organizacijska klima ugodna, potem bo organizacija gladko rasla. Če zaposleni ohranjajo pozitiven odnos, potem je lahko tudi organizacijska klima ugodna. Da bi ohranili organizacijsko klimo zdravo in najboljše, moramo upoštevati stališča zaposlenih in od njih dobivati povratne informacije. Vsaka organizacija je edinstvena in se drugače spopada s hitrim tempom življenja in stalnimi spremembami. Nekatere se uspešno prilagajajo tempu in spremembam, druge spet ne. Večina organizacij se zaveda, da kapital, najsodobnejša oprema in tehnologija ne prinašajo pozitivne organizacijske klime. Zavedajo se, da če ustvarijo pozitivno okolje, kjer se bodo zaposleni počutili dobro, bodo zagotovili visoko motivacijo med njimi, s tem pa tudi uspešnost podjetja.

Rezultati raziskave so pokazali, da je v vseh štirih domovih za starejše občane pozitivna organizacijska klima in glede na zadovoljstvo zaposlenih se te organizacije trudijo za pozitivno vzdušje, zadovoljstvo in motivacijo zaposlenih. Nezadovoljstvo zaposlenih z možnostjo napredovanja in s plačo pa je na žalost povezano s trenutnimi razmerami v državi. Ker se nahajamo v času recesije in z vladnim Zakonom za uravnoteženje javnih financ, se je tudi podjetjem onemogočilo napredovanje in višje plače.

Ves čas se je treba spraševati, kakšno klimo ustvariti, da lahko pride do sprememb in ali spremenjena klima izboljšuje rezultate podjetja. Redno je treba zaposlene obveščati o viziji, poslanstvu in politiki podjetja, o morebitnih spremembah vizije, poslanstva ter politiki podjetja ter vključevati zaposlene v postavljanje ciljev podjetja, saj pogledi in stališča zaposlenih pripomorejo k oblikovanju ciljev. Z aktivno udeležbo zaposlenih pri postavljanju ciljev dosežemo velik občutek pripadnosti podjetju in s tem dosežemo še večje zadovoljstvo in motiviranost pri delu.

Zadovoljstvo zaposlenih pomembno vpliva na produktivnost in kakovost dela, posledično tudi na zadovoljstvo uporabnikov storitev, prav tako pa na dobro počutje vsakega posameznika. Znano je, da lahko z razvijanjem posameznikove samopodobe in lastne vrednosti pripomoremo k ugodnim in ustvarjalnim odnosom, ki so osnova za zadovoljstvo in dobro počutje zaposlenih. Ker so uporabniki storitev starostniki, se je treba še dodatno posvetiti kakovosti pri delu. Z zadovoljstvom zaposlenih bo tudi kakovost dela boljša, saj jo uporabniki storitev v tako občutljivem obdobju še kako potrebujejo. Vemo, da so starostniki pogosto prezrta skupina prebivalstva. Od domov za starejše občane pričakujemo, da bodo delovali tako, da bodo svojim stanovalcem čim bolj nadomeščali lastni dom. Ena izmed nalog zaposlenih v teh domovih je, da imajo pri delu s starejšimi pozitiven odnos, usmerjen k ustvarjalnemu reševanju problemov in težav. Komunikacija s starejšimi je socialna kategorija, kar je treba pri delu z njimi še posebej upoštevati. V njej je del nas samih, z njo ustvarjamo dobro in slabo. Moramo se zavedati, da starostniki potrebujejo mnogo več pozornosti, dobrote, zaupanja, dobre komunikacije in pomoči zaposlenih kot drugi in da nezadovoljen zaposleni ne zmore biti motiviran za svoje delo in s tem za delo z njimi, ne zmore prijetne in dobre komunikacije, predvsem pa upade kakovost dela. Nezadovoljstvo zaposlenih in nemotiviranost pri delu s starostniki, opazijo tudi oni sami, ki tudi izrazijo nezadovoljstvo z njihovimi storitvami. Izražanje masovnega nezadovoljstva uporabnikov privede do slabšega poslovanja in s tem do slabe organizacijske klime.

Zoran Kusić, MSc, Jasmina Starc, PhD

Organisational climate in residential homes

The organisational climate presents a sum of all the characteristics that affect the behaviour of people in a specific organisation and by which organisations differ from one another. The organisational climate is a reflection of what employees expect from the company, their co-workers, their subordinates, their superiors, and a reflection of what they actually receive or of what they miss. This climate can be studied, analysed and modified as a whole; an even better approach is to view this climate as a sum of various factors. One determines each factor separately, thus making it easier to ascertain the company's strengths and weaknesses. In this way the improvement process can be started more easily, since each individual segment is being improved separately (Treven, 2001, p. 123). Organisational climate is a common name for the behaviour of people and their perception of mutual relationships. The climate is intangible, yet it can be perceived. It is constantly present and exists in the working environment. It is a dynamic system and hence affected by nearly everything that occurs within an organisation (Erjavšek, 2003, p. 2).

The research question »What proportion of employees in an individual home for the elderly are satisfied and what proportion are dissatisfied in the workplace?« can most easily be answered by presenting the differences in various types of satisfaction

in the workplace and by presenting the differences in individual types of satisfaction with regard to individual homes for the elderly. In order to answer this question it is enough to point out the most obvious, crucial differences among individual types of satisfaction. It can be ascertained that people are most satisfied with the stability of their employment (85.8 % are satisfied), with the work itself (82.5 % are satisfied) and with their immediate superiors (79.6 % are satisfied). They are most dissatisfied with the possibilities for advancement (26.5 % are dissatisfied) and with their salary (22.8 % are dissatisfied). When analysing the differences among individual homes, the following answers were obtained which characteristically distinguished one home from another: Horjul stands out positively as regards satisfaction with salary (53.8 %) and status within the organisation (76.9 %). Medvode stands out negatively as regards dissatisfaction with immediate superiors (12.1 % are dissatisfied); it is similar in the case of salary (only 18.2 % are satisfied) and status within the organisation (38.7 % are satisfied). In general, Cerknica stands out positively, the most as regards satisfaction with work (96.6 % are satisfied), with co-workers (86.2 % are satisfied) and with possibilities for education (60.7 % are satisfied). At the Trnovo home for the elderly, employees are less satisfied with their co-workers (46.2 % are satisfied), with possibilities for advancement (only 12.0 % are satisfied) and with the stability of employment (73.1 % are satisfied). In the case of other types of satisfaction the differences among individual homes are much smaller.

Job satisfaction is the feeling and opinion of people about the work they do. People can be either satisfied with their job and do not wish to change it, or they can be completely dissatisfied with it. Job satisfaction depends on a person's personality, his or her work values, the nature of the work itself and on social influences (the environment). It is evaluated by comparing the job characteristics an individual would like his or her job to have, with the characteristics that his or her job actually possesses (Rozman, 2000). Just as is described in the professional literature, the present research study has shown that many different factors affect the satisfaction of employees. If the job characteristics meet the worker's expectations, the worker is satisfied and vice versa.

The research question »Are there differences among individual homes for the elderly, as regards the relationships among employees?« can be answered with an analysis of variance. It has been ascertained that differences exist, since the relationships in Horjul are statistically significantly better than in Trnovo (significance level 0.016) and in Medvode (significance level 0.01). Horjul and Cerknica do not differ from each other (significance level 0.781). It has been ascertained that employees in Cerknica are more satisfied than those in Medvode (significance level 0.01). Other differences could not be detected. To sum up, it can be seen that there are differences between individual homes as regards the relationships among employees. Thus on the one hand there are the two homes in Horjul and Cerknica, where the relationships among employees are better, and the two homes in Medvode and Trnovo on the other, where the relationships among employees are slightly worse. The relationships within an organisation are also affected by the management style, the quality and successful-

ness of the organisation, the individual's attained level of education, his or her ethics, culture and role within the organisation, the familiarisation of the worker with his or her job, the worker's personal life etc. (Možina, 1992). The relationships among employees mostly concern relationships among superiors and subordinates and less the relationships among co-workers. Good relationships are usually a reflection of good company management, which is aware that its employees are the key source of competitiveness within the company, and which is very familiar with the activities in connection with human resource management. Superiors know that talking with their subordinates is important, since it provides feedback on their work, enables them to participate in the setting of goals, enables an explanation of the awarded bonuses, and aids in solving problems. Employees will be more motivated if they take part in the decision-making processes regarding their working conditions and if they collaborate with the manager in searching for appropriate solutions. Therefore a good climate is generated by cooperation between employees and management, in which the work of the subordinates is appreciated and in which there is mutual trust and a constructive solving of conflicts (Florjančič and Vukovič, 1998, p. 147). The research study has proved that in cases where employees are less satisfied with their immediate superiors, the entire internal relationships among the employees are likewise less satisfactory.

By applying an analysis of variance the following research question can be answered: »At which home for the elderly are the employees more satisfied and what is the difference in satisfaction among the homes for the elderly?«. It could be deduced from the arithmetic means that differences in the general satisfaction do exist among employees in different homes for the elderly; however, the ANOVA post-hoc test has shown that there are no statistically significant differences among the homes as regards the general satisfaction of employees (significance levels between 0.146 and 0.999). Employees of all the homes for the elderly are more or less equally satisfied. The satisfaction of employees can be defined as a feeling that pervades an individual, based on which he or she enjoys coming back to work and to his or her co-workers, looks forward to new work challenges, feels good when doing his or her job and the like. It is an individual's positive emotional state, which is the result of the individual's assessment of the job and of his or her previous experience at work. Organisations can be truly efficient and successful only if the majority of the individuals in it are satisfied, for only satisfied workers can perform efficient and successful work (Mihalič, 2008, p. 4). In light of the business performance of all the tested homes for the elderly, the following statements from the literature can be confirmed: the more satisfied an employee is, the more successful the company, since the general satisfaction at all the tested homes is positive.

The research question »Are there differences in the studied homes for the elderly, as regards their satisfaction with their immediate superiors?« can be answered by studying the differences among employees at homes for the elderly with regard to satisfaction with their immediate superiors. It can be ascertained that the Horjul home for the elderly is the only one that statistically significantly differs from the Medvode home for the elderly (significance level 0.036), where there is less satisfaction with

immediate superiors (arithmetic means 4.31 and 3.7). Other differences cannot be detected, since Horjul and Medvode are the only ones that slightly stand out; however, it is still too little to also differentiate them from Trnovo or Cerknica (significance levels over 0.05). It can be concluded that there are no significant differences among the homes, since only Horjul and Medvode differ slightly as regards satisfaction with immediate superiors. The relationships within an organisation are also affected by the management style, the quality and successfulness of the organisation, the individual's attained level of education, his or her ethics, culture and role within the organisation, the familiarisation of the worker with his or her job, tasks, rights and obligations, the worker's personal life etc. (Možina, 1992). We can learn a great deal from one another, which is why we must maintain good mutual relationships among employees, as it is the trust among employees and the faith in a common goal which employees can more easily achieve together; that signifies great learning potential for the employees (Ovsenik, 2000, p. 57).

The research question »Which factors have the greatest impact on satisfaction among employees at an individual studied home for the elderly?« will be answered using linear regression analysis. It has been ascertained that management, career development, motivation and enthusiasm, internal communication and providing of information, the attitude towards quality, innovativeness and initiative, remuneration, knowledge of the mission, vision and goals, and the organisational structure do not have a significant impact on the dependent variable (significance levels over 0.05) or do not contribute to the proportion of variance explained. It has also been ascertained that the greater the sense of belonging to an organisation (beta coefficient 0.440, significance level 0.000), the better the internal relationships (beta coefficient 0.248, significance level 0.023) and the greater the professional competence and learning (beta coefficient 0.216, significance level 0.047) are, the greater the general satisfaction within the organisation will be. These are the factors that affect the satisfaction among employees. Individual motivators have a different significance for different people (employees) and groups in different environments and in different periods, and complement, overlap and replace one another in various ways. It must be established which of the motivational factors are present in each organisation in individual periods and what their importance is. Based on this finding one can activate measures and persons that will ensure the most optimal functioning of the motivational factors, which can lead to the greatest possible work productivity under the current conditions of the work process. The research study has ascertained that the greater the sense of belonging to an organisation, the better the internal relationships and the greater the professional competence and learning are, the greater the general satisfaction is.

LITERATURA

1. Brunet, L. (2004). The working climate in organizations. Mexico: Trillas.
2. Erjavšek, K. (2003). Kako organizacijska klima vpliva na uspešnost podjetja. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

3. Florjančič, J. in Vukovič, G. (1998). Kadrovska funkcija – management. Maribor: Založba Moderna organizacija.
4. Jones, A. P. in James, L. R. (1979). Psychological climate: Dimensions and relationships of individual and aggregated work environment perceptions. *Organizational Behaviour and Human Performance*, 23, št. 1, str. 201-250.
5. Kunštek, I. (2003). Organizacijska klima. *Glas gospodarstva*, 2, str. 17–21.
6. Litwin, G. H. in Stringer, R. A. (1968). *Motivation and organizational climate*. Boston, MA: Harvard University Press.
7. Martins, N. and Martins, E. (2003). Organisational culture. In: Robbins, S. P., Odendaal, A. in Roodt, G. (eds.). *Organisational Behaviour: Global and Southern African Perspectives*. Cape Town: Pearson Education South Africa.
8. Martins, N. and Von Der Ohe, H. (2003). Organisational climate measurement: new and emerging dimensions during a period of transformation. *South African Journal of Labour Relations*, 6, str. 41-59.
9. Mihalič, R. (2008). *Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih*. Škofja Loka: Mihalič in Partner d.n.o.
10. Mihalič, R. (2007). *Upravljam organizacijsko kulturo in klimo*. Škofja Loka: Mihalič in partner.
11. Možina, S. (1992). *Osnove vodenja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
12. Ovsenik, M. in Ambrož, M. (2000). *Ustvarjalno vodenje poslovnih procesov*. Portorož: Turistica, Visoka šola za turizem.
13. Patterson, M., Warr, P. and West, M. (2004). Organisational Climate and company productivity: the role of employee affect and employee level. *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, 77, str. 193-216.
14. Pfeffer, J. (2006). *How to improve the organizational climate*. Stanford University. Publication of HayGroup, Argentina.
15. Pulido, C. (2003). *Organizational climate: a measure of success*. Lima: Athanor.
16. Rozman, R. (2000). *Analiza in oblikovanje organizacije*. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
17. Treven, S. (2001). *Mednarodno organizacijsko vedenje*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

Interdisciplinarna obravnava pojava izogorevanja v zdravstveni negi in oskrbi

Znanstveni prispevek

UDK 331.442:614.253.1/6

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, zaposleni, izogorevanje, delovni pogoji, organizacija

POVZETEK – Prispevek obravnava kompleksnost izogorevanja pri zaposlenih v zdravstveni negi. Težišče raziskave je bilo usmerjeno v prepoznavanje najpogostejših spremenljivk, ki privedejo do izogorelosti zdravstvenega osebja in obravnave pojava izogorevanja v slovenskem prostoru. Uporabili smo neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja z opisno kategorijo raziskovanja. Za zbiranje primarnih podatkov smo uporabili dva anketna vprašalnika: vprašalnik o izogorelosti Maslach MBI in vprašalnik o zadovoljstvu pri delu JDI. Podatke o psihosomatskih motnjah smo uporabili kontrolno listo psihosomatskih motenj. S preiskovanci smo opravili tudi strukturiran intervju. Test normalnosti porazdelitve spremenljivk Kruskal-Wallis je pokazal, da se komponente izčrpanosti ne porazdeljujejo normalno (čustvena izčrpanost: $Z = 6,862$, $p = 0,000$; depersonalizacija: $Z = 1,857$, $p = 0,002$ in znižana osebnostna izpolnitev: $Z = 1,030$, $p = 0,239$), medtem ko porazdelitev izčrpanosti statistično pomembno ne odstopa od normalne ($Z = 1,030$, $p = 0,239$). Rezultat na posameznih komponentah izčrpanosti je bil izračunan kot povprečje odgovorov, ki spadajo pod posamezno komponento, rezultat na celotni lestvici izčrpanosti pa kot vsota vseh komponent izčrpanosti.

Scientific article

UDC 331.442:614.253.1/6

KEY WORDS: nursing care, employees, burnout, working conditions, organisation

ABSTRACT – The paper deals with the complexity of the burnout of employees in nursing care. The research was focused on the identification of the most common variables that lead to the burnout of health professionals, and the examination of the phenomenon of burnout in Slovenia. We used a non-experimental quantitative research method with a descriptive category of survey. As an instrument for the collection of primary data, we used two survey questionnaires: the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Job Descriptive Index (JDI). For the collection of data on psychosomatic disorders, we used the psychosomatic disorders checklist. In addition, a structured interview was conducted with the respondents. The Kruskal-Wallis test showed that the burnout components are not distributed normally (emotional exhaustion: $Z = 6.862$, $p = 0.000$; depersonalisation: $Z = 1.857$, $p = 0.002$ and reduced personal fulfillment: $Z = 1.030$, $p = 0.239$), whereas the distribution of burnout does not deviate significantly from the normal ($Z = 1.030$, $p = 0.239$). The result of individual components of exhaustion was calculated as the average of responses that fall under each component, whereas the result of the full scale fatigue was calculated as the sum of all the components of exhaustion.

1 Uvod

Področje varnosti in zdravja pri delu obsega pravice in obveznosti delodajalcev in delavcev. Delavci pričakujejo, da jim bo zagotovljeno zdravju neškodljivo delovno okolje in da jim bo zagotovljena socialna varnost za primer začasne ali trajne nezmožnosti za delo. Delodajalci si želijo visoko produktivne in zdrave delavce ter čim manj direktnih in indirektnih stroškov zaradi zmanjšane delovne zmožnosti (Statistični podatki o invalidizaciji, 2006).

Izogorevanje nekateri avtorji označujejo kot razkroj vrednot, dostojanstva, duha in volje –razkroj človeške duše. To je bolezen, ki se postopoma širi in vleče človeka

v vrtnec propada, iz katerega se je težko izviti (Maslach in Leiter, 2002, str. 16). Z delom povezan stres je večplasten, kompleksen, interdisciplinarni problem, ki ga je mogoče povezati z organizacijskimi, fizikalnimi in socialnimi značilnostmi dela in delovnega okolja ter posameznikovim osebnim značajem. Možno ga je opisati z več dejavniki: z delovnim položajem, s prenasičenostjo z delom, pomanjkanjem nadzora nad delom, ki ne dopušča avtonomije, svobodnega odločanja, časovne razporeditve in soodločanja. Ponavljajoča se opravila, odgovornost za druge prinaša dodatne napetosti, skrbi in včasih tudi težavne medosebne odnose. Zavira lahko uspešno obvladovanje stresa in odločanje. Konfliktnost vlog se pojavi, ko je oseba v primežu različnih pritiskov s strani nadrejenih in sodelavcev. Nekatera dela so lahko nevarna za zdravje. Vpliv delovnih stresorjev ima vpliv na zdravje zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, med nje štejemo: delo v izmenah, delo v neugodnih razmerah, kot so tveganje za okužbo, delo s telesnimi izločki, slabo vrednotenje dela, preobremenjenost zaradi neustrezne razporeditve dela, ki je posledica neustrezne normativne ureditve, delo s starostniki, negativno delovno vzdušje in drugo. Raziskava o preprečevanju stresa v delovnem okolju International Labour Office (1992) je pokazala, da je poklic medicinske sestre ocenjen s 6,5 na lestvici od 0 do 10. Višjo stopnjo umrljivosti medicinskih sester od povprečja razlagajo s stresno službo. Maslach in Leiter (2002) sta ugotovila, da je izgorelost predvsem problem organizacije. Predstavila sta šest področij dela (preobremenjenost z delom, pomanjkanje nadzora, nezadostno nagrajevanje, razpad skupnosti, pomanjkanje poštenosti, nasprotujoče si vrednote), kjer prihaja do največjih neskladij med pričakovani posameznika in njegovim dejanskim delom. Rezultati raziskav (Skinner in drugi, 2007; Taylor in Barling, 2004) so potrdili, da so glavni vir problemov negovalnega osebja na delovnem mestu, ki vodijo do izgorelosti: nezanesljivost zaposlitve, organizacijske in sistemske težave, težave, povezane z naravo dela, neprimerni delovni pripomočki, težave z zdravniki, nasilnost pacientov, podcenjevanje nadrejenih, psihični in fizični pritiski ter nerazumevanje med negovalnim osebjem. Greenglass in Burke (2002) pa sta potrdila manjšo izgorelost bolničark, ki imajo višje občutke podpore bolnišnice in sindikata. Na vzorcu 1363 zaposlenih na mestu negovalnega osebja sta ugotovili pozitivno povezanost med preobremenjenostjo z delom in izgorevanjem. Rezultati raziskave (Chaoping, Kan in Zhengxue, 2003a) so pokazali, da je stopnja doživljanja konflikta med službo in družino eden od pomembnejših dejavnikov pri doživljanju izgorelosti. Omenjeni konflikt se je izkazal za pomembnejšega od drugih merjenih demografskih dejavnikov. Hkrati so ugotovili, da so ženske dosegale višje rezultate pri čustveni izčrpanosti v primerjavi z moškimi. Podobno so višjo čustveno izčrpanost in nižjo osebno izpolnitev doživljali udeleženci z nižjo stopnjo izobrazbe (Chaoping, Kan in Zhengxue, 2003b). Podobne rezultate so dobili Demir, Ulusoy in Ulusoy (2003), ki so ugotavljali nekatere značilnosti negovalnega osebja. Ugotovili so, da se visoka izobrazba, delovne izkušnje in visok status povezujejo z nizko izgorelostjo, k visoki izgorelosti pa prispevajo nočne izmene, nezadovoljstvo na delovnem mestu in problemi z drugimi člani tima. Analiza stanja psihosocialnih tveganj na delovnih mestih malih in srednje velikih podjetij je pokazala, da so vzroki obremenitev pogosto specifični, odvisni od dejanskih delovnih razmer ter posameznikovo opremljenostjo za soočanje s spremenjenimi pogoji in novimi

zahtevami (Božič, 2011). Hkrati je ugotovljeno, da veliko ljudi nosi v sebi storilnostno pogojeno samopodobo in da so okoliščine življenja in dela v Sloveniji zelo obremenjujoče (Pšeničny, 2008). Babič idr., (2007) so mnenja, da zdravstveno negovalno osebje doživlja svoj položaj kot nekakšen »sendvič« sistem, kar pomeni, da so hkrati na razpolago pacientu in zdravstvenemu timu. Pacienti pričakujejo pomoč in sočutje, zdravniki postavljajo naloge in zadolžitve. Osebje je soočeno s številnimi stiskami pacientov, ki se trajno absorbirajo. Četudi je v zdravstveni negi veliko potencialno obremenjujočih opravil, raziskovalci v zadnjem času posvečajo pozornost predvsem temam, kot so zahteve, nadzor, ergonomske rešitve, nagrajevanje in podpora članov zdravstvene nege (Maslach in Leiter, 2002). Pojav izgorevanja ne moremo opredeliti zgolj na osebni ravni, ampak ga določa vse tisto, kar se dogaja s posameznikom na medosebni ravni, v odnosih in na organizacijski ravni (Rakovec Felser, 2006). Ščuka (2008, str. 53) meni, da se simptomi izgorevanja kažejo na najrazličnejših področjih vsakdanjega življenja. Pojavljajo se pri telesnem delovanju, čustvenem doživljanju, vedenju in mišljenju. Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer izvede raziskavo vsakih pet let. V skladu s četrto evropsko raziskavo o delovnih razmerah (2005) v vseh državah članic EU je stres doživel v povprečju 22 odstotkov zaposlenih delavcev. Rezultati raziskave so pokazali velika odstopanja pri doživljanju izčrpanosti med zaposlenimi v državah članic EU. O najvišji stopnji stresa so poročali v Grčiji (55 %), sledi Slovenija in Švedska (38 %) ter Latvija s (37 %). Najnižje ravni stresa doživljajo zaposleni v Združenem kraljestvu (12 %), Nemčiji, Irski in Nizozemski (16 %), v Republiki Češki doživlja stres 17 odstotkov zaposlenih ter v Franciji in Bolgariji (18 %). Ekonomski strošek za zdravljenje posledic stresa in izčrpanosti je bila v letu 2002 ocenjena na 20.000 milijonov EUR. Turk in Albreht (2010) navajata, da se po podatkih Mental Health Economics European Network (MHEEN) vsako leto kar eden od štirih Evropejcev (132 milijonov) sooča s težavami v duševnem zdravju. Strošek zdravljenja duševnih obolenj stane na eno evropsko gospodinjstvo več kot 2.200 EUR na leto. Po podatkih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) je v letu 2006 pridobilo status invalida zaradi različnih duševnih motenj 1.728 oseb (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, Ljubljana 2006).

2 Metodologija

2.1 Raziskovalne metode in oblikovanje raziskave

Uporabili smo neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja z opisno kategorijo raziskovanja. Kot instrumentarij smo razvili dva anketna vprašalnika, ki smo ju oblikovali na podlagi vprašalnika izgorelosti (MBI-Human Service Survey – MBI-HSS) in vprašalnika za ugotavljanje zadovoljstva dela (Job Descriptive Index – JSI). Na osnovi vprašalnikov smo priredili intervju z vprašanji zaprtega tipa in listo psihosomatskih motenj, ki smo jo oblikovali na podlagi mednarodne klasifikacije psihosomatskih motenj in obolenj).

2.2 Izvedba raziskave in vzorčenje

Raziskava je bila izvedena v mesecu novembru 2009 in januarju 2010 v deset naključno izbranih domovih za starejše občane, in sicer: Ljubljana Center, Tabor-Poljana, Ljubljana Šiška, Ljubljana Bežigrad, Kočevje, Sežana, Črnomelj, Domžale, Litija, Dom ob Savinji Celje in Obalni dom v Kopru. V raziskavi je sodelovalo 215 žensk (94,3 %) in 13 moških (5,7 %).

Zanesljivost vzorca je bila izračunana na podlagi koeficienta Cronbach alfa za tri dimenzije, in sicer doživljanje izčrpanosti ($\alpha = 0,78$), zadovoljstvo z delom ($\alpha = 0,71$) in težavnost dela ($\alpha = 0,77$) (Nunnally in Bernstein, 1997).

2.3 Statistične metode

Anketirance smo merili in povezovali z odvisno spremenljivko »doživljanje izčrpanosti«, ki smo jo povezovali z neodvisnimi spremenljivkami; teh je bilo 61. Vsaka neodvisna spremenljivka je vsebovala podspremenljivko, tako da je bilo v raziskavi zajetih in obdelanih 215 postavk. Doživljanje izčrpanosti smo merili z 31 dejavniki, ki so se nanašali na medosebne odnose in delovne situacije. Združili smo jih v izvedeno spremenljivko po metodi, ki so jo oblikovali Teeri idr. (2008). Uporabili smo mersko lestvico: 0 = ne, $\frac{1}{2}$ = občasno 1 = da.

Pri ugotavljanju zadovoljstva z delom smo zajeli in merili 23 dejavnikov, ki so povpraševali po ocenjevanju dela s starostnikom. Uporabljena je bila merska lestvica: 0 = ne, $\frac{1}{2}$ = občasno 1 = da. Za merjenje težavnosti dela smo oblikovali izvedeno spremenljivko »težavnost dela«, v kateri smo zajeli pet delovnih nalog. Merska lestvica za vrednotenje težavnosti dela je bila: če se delovna naloga opravlja, smo jo vrednotili kot 1, sicer 0.

Z multiplo linearno regresijo so bile izračunane vrednosti koeficienta beta, t-vrednosti in p-vrednost. Statistična analiza je bila izvedena z SPSS programom, ver. 17.0.

3 Rezultati

Vzorec je bil prikazan na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve za kategorialne dejavnike oziroma povprečne vrednosti in standardnega odklona za numerične dejavnike ($PV \pm SO$). Povezava posameznih dejavnikov z doživljanjem izčrpanosti je bila izračunana z linearno regresijo. Izračunane so bile vrednosti koeficienta beta, t-vrednosti in p-vrednosti. Normalnost porazdelitev je izračunana s pomočjo Kolmogorov-Smirnovskega testa, ki je pokazal, da se komponente izčrpanosti ne porazdeljujejo normalno (čustvena izčrpanost: $Z = 6,862$, $p = 0,000$; depersonalizacija: $Z = 1,857$, $p = 0,002$ in znižana osebna izpolnitev: $Z = 2,427$, $p = 0,000$). Rezultat na posameznih komponentah izčrpanosti je bil izračunan kot povprečje odgovorov, ki spadajo pod posamezno komponento. Vpliv neodvisnih dejavnikov na doživljanje izčrpanosti smo preverjali na podlagi multiple regresije. Pri tem je bila odvisna spremenljivka: doživljanje izčrpanosti merjeno na treh komponentah: čustvena izčrpanost, depersonalizacija in osebna znižana izpolnitev. Neodvisne spremenljivke so bile: za-

dovoljstvo z delom, težavnost dela, število psihosomatskih simptomov, zdravstvena nega, razdeljevanje in priprava zdravil, delitev hrane, hranjenje, nega, pomoč v ožji okolici, starost, ženski spol, zadovoljstvo z delom, težavnost dela, zakonski stan, število otrok, stopnja izobrazbe, poklic ZT glede na druge poklice, DMS glede na druge poklice, bolničarji glede na druge, število delovnih izmen, v službi sodelavec prisoten, v izmeni, oddaljenost od doma do službe, delovna doba, delovna doba v trenutnem poklicu, pogodba o delovnem razmerju za nedoločen čas. Iz raziskave izhaja, da je znašal R (multipli korelacijski koeficient linearnega regresijskega modela) = 0,579. R^2 (količina pojasnjene izvirne variance) = 0,335, kar pomeni, da lahko z navedenimi neodvisnimi spremenljivkami pojasnimo 33,5 odstotka variabilnosti spremenljivke doživljanje izčrpanosti.

Izračunani linearni regresijski model statistično pomembno napoveduje doživljanje izčrpanosti ($p < 0,001$).

Sledi tabela 1 s prikazom ocen regresijskih koeficientov in njihove statistične značilnosti.

Tabela 1: Interakcija neodvisnih dejavnikov z doživljanjem izčrpanosti

<i>Neodvisni dejavniki</i>	<i>Beta</i>	<i>t-vrednost</i>	<i>p-vrednost</i>
1. zadovoljstvo z delom	-0,23	-2,93	0,004
2. težavnost dela	0,15	1,80	0,075
3. število psihosomatskih simptomov	0,17	2,09	0,038
4. zdravstvena nega	-0,06	-0,55	0,582
5. razdeljevanje, priprava zdravil	-0,04	-0,43	0,667
6. delitev hrane, hranjenje	0,15	1,74	0,084
7. nega	-0,06	-0,60	0,551
8. pomoč v OŽA	-0,01	-0,12	0,904
9. starost	0,01	0,04	0,967
10. ženski spol	0,03	0,43	0,670
11. zakonski stan	0,07	0,83	0,409
12. število otrok	-0,13	-1,55	0,124
13. stopnja izobrazbe	-0,08	-0,52	0,606
14. poklic ZT glede na ostale	0,15	0,72	0,473
15. poklic DMS glede na ostale	-0,04	-0,30	0,763
16. poklic bolničarja glede na ostale	0,20	0,86	0,393
17. število delovnih izmen v službi	0,12	1,09	0,277
18. sodelavec prisoten v izmeni	0,00	0,00	0,997
19. oddaljenost od doma do službe	-0,03	-0,42	0,677
20. delovna doba	-0,06	-0,26	0,797
21. delovna doba v trenutnem poklicu	0,03	0,26	0,795
22. pogodba o delovnem razmerju za nedoločen čas	-0,10	-1,08	0,280

V tabeli 1 so navedeni neodvisni dejavniki, standardiziran beta koeficient, t in p vrednost. Od 22 regresijskih koeficientov sta z doživljanjem izčrpanosti statistično pomembno povezana le zadovoljstvo z delom ($p = 0,004$) in število psihosomatskih dejavnikov torej zdravstveno stanje ($p = 0,038$). Zadovoljstvo z delom je negativno

povezano z doživljanjem izčrpanosti ($\beta = -0,23$), število psihosomatskih dejavnikov pa pozitivno ($\beta = 0,17$). Blizu statistične pomembnosti so še težavnost dela ($p = 0,075$, $\beta = 0,15$), delitev hrane – hranjenje ($p = 0,084$, $\beta = 0,15$) in število otrok ($p = 0,124$, $\beta = -0,13$). Če je β koeficient negativen, potem je neodvisni dejavnik negativno povezan z doživljanjem izčrpanosti, če je β koeficient pozitiven, pa je povezava pozitivna. Iz raziskave tako statistično pomembno izhaja, da je zadovoljstvo z delom negativno povezano z doživljanjem izčrpanosti. V praksi to pomeni, da tisti, ki je zadovoljen z delom, doživlja manjšo stopnjo izčrpanosti. Povezanost med številom psihosomatskih simptomov in doživljanjem izčrpanosti je tudi statistično pomembno pozitivno povezano, kar pomeni, da višje kot je število psihosomatskih simptomov, višja je stopnja izčrpanosti pri zaposlenih.

4 Razprava

Sindrom izgorevanja pri zaposlenih v zdravstveni negi pri delu s starostniki v socialnovarstvenih zavodih doslej ni bil dovolj empirično raziskan. Tudi v svetovni literaturi so pogosto raziskave omejene na študij primera ene same ustanove ali celo tima. Rezultati pričujoče raziskave so potrdili, da je pojav izgorevanja povezan z delovnimi nalogami, delovnimi situacijami, zdravstvenim stanjem osebja ter nekaterimi socio-demografskimi dejavniki. Kljub svoji različnosti so študije vendarle pokazale, da so zaposleni na področju zdravstvene nege dejansko izpostavljeni dejavnikom tveganja za nastanek izgorevanja (Leskovic in Vukovič, 2010). Podobne rezultate je ugotovil Åström (1990), saj je med negovalnim osebjem, ki dela s starejšimi, našel približno 25 odstotkov z visokimi vrednotami izgorevanja in približno 35 odstotkov takšnih, ki so bili že rizični za razvoj izgorevanja. Naši odstotki so malce višji, vendar težko delamo natančno primerjavo, saj je bila slednja raziskava opravljena v drugačnem okolju, izgorelost pa so merili z drugim merskim inštrumentom. Prvotne raziskave, ki so se spraševale, ali je izgorelost resnično drugačen fenomen od že uveljavljenih konstrukтов, so se osredotočile predvsem na depresijo in zadovoljstvo na delovnem mestu. Sprva se je pokazalo (Maslach in drugi, 2001), da se izgorelost povezuje z anksioznostjo in depresijo. Kasneje so razliko med izgorelostjo in depresijo tudi empirično dokazali v številnih študijah, v katerih so uporabili vprašalnik MBI in različne inštrumente za merjenje depresivnosti (Glass in McKnight, 1996, Leiter in Durup, 1994, v Maslach in drugi, 2001). Te študije so dognale, da naj bi bila izgorelost problem, ki je specifičen za delovno situacijo, depresija pa naj bi prežela vsa področja človekovega življenja in je primerljiva z našo raziskavo. Kljub temu velja, da naj bi bili za izgorelost bolj občutljivi posamezniki, ki dosegajo višje rezultate na lestvici nevroticizma in so zato bolj izpostavljeni depresivnosti. Jeriček Klanšček idr. (2008) vidijo duševno zdravje kot širok koncept, ki vključuje tako pozitivno duševno zdravje, na primer pozitiven odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, pozitivno samopodobo, visoko samospoštovanje, občutek moči, optimizem in sposobnost soočanja s težavami, kot tudi negativno duševno zdravje, na primer težave v duševnem zdravju in duševne bolezni. V ospredju spremljanja duševnega zdravja tako pri nas kot v tujini so še vedno pred-

vsem duševne motnje in bolezni, šele v zadnjem času poudarjajo tudi pozitivne vidike duševnega zdravja (Leskovic in Leskovar, 2012). V Sloveniji je bilo v zadnjih letih opravljenih le nekaj nacionalnih raziskav, ki so se deloma ali v celoti dotikale duševnega zdravja prebivalcev in posameznih populacijskih skupin. Najbolj celovit pregled in tudi največ pozitivnih vidikov duševnega zdravja najdemo v raziskavi o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije iz leta 2006, ki je pokazala, da ima 59 odstotkov vprašanih nizko stopnjo vitalnosti in energije (Indeks energije in vitalnosti). Povprečna vrednost indeksa je pri nas nižja (54,1) kot v drugih državah EU (od 59 do 65,2). Na enoti za krizne intervencije Psihiatrične klinike v Ljubljani je ugotovljeno, da je zaradi posledic izgorelosti hospitalizirana najmanj petina pacientov (Pšeničny, 2008, 58 – 62). V letu 2008 je Slovenija sprejela Zakon o duševnem zdravju, katerega namen je vzpostaviti pravni okvir za celostno in dolgoročno zasnovano varstvo duševnega zdravja. Skupna odsotnost z dela v Sloveniji je 15–25 odstotkov (Statistični podatki RS, 2010). V Sloveniji se je število invalidskih upokojitev vseh kategorij v zadnjih desetih letih bistveno spreminjalo. V vsem tem obdobju je upadalo število invalidskih upokojitev I. kategorije, medtem ko so invalidske upokojitve III. kategorije celo naraščale. Med invalidskimi upokojitvami I. kategorije so v istem obdobju kot razlog upokojitve na prvem mestu duševne bolezni, za III. kategorijo pa so glavni razlog bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva. Razlogi zdravstvenega absentizma v Sloveniji kažejo na nujnost takojšnjega ukrepanja za njegovo obvladovanje. Navedeni pojav ima namreč široke gospodarske razsežnosti, ki se kažejo tako v izdatkih za izplačila nadomestil kakor tudi v nižji produktivnosti. Na drugi strani pa je za uspešno obvladovanje tega pojava potrebno tudi zavedanje, da gre za izjemno občutljiv pojav, ki ima direkten ali indirektn vpliv na različna področja socialne varnosti (Bagari in Butala, 2004).

5 Sklep

Med delavcem in delovnim mestom obstaja dinamično ravnovesje, to ponazarja tehtnica delavčeve aktivnosti in zahtev delovnega mesta, ki mora biti ves čas v dinamičnem ravnovesju. Nalogo uravnovešenja tehtnice ima varnost pri delu, ki ima tako tehnično kot zdravstveno varnost. Če se dinamično ravnovesje poruši, pride do kazalnikov negativnega zdravja, nezadovoljstva, slabega počutja, utrujenosti, fluktuacije, to pa vpliva na celoten absentizem, bolniški stalež, poškodbe pri delu, poklicne bolezni, invalidnost, specifično umrljivost in ne nazadnje tudi na neučinkovitost in nekonkurenčnost podjetja, ustanove in družbe. Prav zato je pomembno, da podjetje k zniževanju pristopi celostno in sistematično, pomembni rezultati pa se navadno pokažejo šele čez leto ali celo več. Navadno parcialni pristopi ne dosegajo pričakovanih učinkov in jih zato organizacije pogosto že po kratkem času opustijo. Po naših izkušnjah je pomembno odkriti realno ozadje vzrokov izgorevanja, ki se od institucije do institucije navadno razlikujejo, in skladno s tem načrtovati aktivnosti. K nastanku sindroma izgorevanja prispevajo številni dejavniki, ki jih moramo poznati, če želimo preprečiti njegovo nastajanje. Mnogi avtorji jih še danes empirično preverjajo, do sedaj pa so v največji meri proučevali dejavnike, ki izvirajo iz delovne situacije. Vendar ljudje ne

reagiramo le na službene situacije, temveč tudi na razmere zunaj delovne situacije, predvsem socialno situacijo, osebne probleme ter posameznikove lastne želje in pričakovanja. Vedno moramo vzeti v premislek, kadar iščemo razloge za izgorevanje (Maslach, 1982; Maslach in drugi, 2001), kateri so dejavniki izgorevanja in jih interdisciplinarno obravnavati. Pojav izgorevanja ne nastane samo zaradi nerazrešenega konflikta na delovnem mestu, ampak nanj vpliva še mnogoteri dejavnik, ki izhaja iz posameznikove osebnosti/značaja, medosebnih odnosov v družini, torej dejavniki, ki izvirajo iz posameznikovega delovnega okolja in okolja, v katerem posameznik biva.

Ljiljana Leskovic, PhD, Robert Leskovar, PhD, Goran Vukovič, PhD

Interdisciplinary analysis of nurse burnout

The article concentrates on the complex nature of burnout among employees in nursing care. It describes the interaction of work, organizational, demographic, societal, and social factors. The research focused on identifying the variables which most frequently lead to staff burnout, and on discussing the phenomenon of burnout in Slovenia. We used the non-experimental quantitative descriptive method of research. The instruments of the research were two survey questionnaires based on the MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) burnout questionnaire and the Job Descriptive Index (JDI) questionnaire on job satisfaction. Based on the questionnaires, we modified an interview with closed-ended questions and a list of psychosomatic disorders that followed the international classification of psychosomatic disorders and illnesses. The research was conducted in November 2009 and January 2010 in ten randomly selected residential care homes for the elderly: Ljubljana Centre, Tabor-Poljane, Ljubljana Šiška, Ljubljana Bežigrad, Kočevje, Sežana, Črnomelj, Domžale, Litija, Dom ob Savinji Celje, and Obalni dom Koper. 215 women (94.3 %) and 13 men (5.7 %) participated in the survey. The reliability of the sample was calculated using Cronbach's alpha coefficient for three dimensions: experience of burnout ($\alpha = 0.78$), job satisfaction ($\alpha = 0.71$), and job difficulty ($\alpha = 0.77$) (Nunnally and Bernstein, 1997). The Kruskal-Wallis test showed that the components of burnout were not distributed normally (emotional exhaustion: $Z = 6.862$, $p = 0.000$; depersonalization: $Z = 1.857$, $p = 0.002$; lack of personal accomplishment: $Z = 1.030$, $p = 0.239$), while the distribution of burnout did not deviate from normal in a statistically significant manner ($Z = 1.030$, $p = 0.239$). The responses were measured and associated with the independent variable »experience of burnout«, which was associated with 61 independent variables. Every independent variable included a subvariable, so 215 items were included in the survey. The experience of burnout was measured with 31 statements about interpersonal relationships and work situations. The statements were joined under one variable according to the method devised by Teeri et al. (2008). The measurement scale that was used consisted of three items: 0 = no, $\frac{1}{2}$ = on occasions, and 1 = yes. To measure job satisfaction, 23 statements about assessing working with the elderly

were used. The measurement scale consisted of three items: 0 = no, ½ = on occasions, and 1 = yes. To measure job difficulty, we created the variable »job difficulty«, which consisted of five work duties. In the measurement scale used for the evaluation of job difficulty, 1 meant that the work duty was performed and 0 that it was not performed. Multiple linear regression was used to calculate the beta coefficient, t-value, and p-value. The statistical analysis was performed using SPSS 17.0. The sample was described using frequency and per cent distribution for categorical variables and the mean and standard deviation for numerical variables ($PV \pm SO$). The correlation between individual factors and the experience of burnout was calculated using linear regression. We also calculated the beta coefficient, t-value, and p-value. The result of individual components related to burnout is the mean value of the answers found in each of these components. The effect of independent variables on the experience of burnout was analysed using multiple linear regression. The dependent variable »experience of burnout« was measured on three components: emotional exhaustion, depersonalization, and lack of personal accomplishment. The independent variables were job satisfaction, job difficulty, number of psychosomatic symptoms, nursing care, distribution and preparation of medicines, distribution of meals, feeding assistance, care, assistance from others, age, female gender, job satisfaction, job difficulty, marital status, number of children, level of education, nurses with secondary education vs. others, registered nurses vs. others, care workers vs. others, number of work shifts, presence of co-workers, being on a shift, distance to work, general length of service, length of service in the current profession, and an employment contract of indefinite duration. The R coefficient (multiple correlation coefficient of the linear regression model) was 0.579; R^2 (explained variance) was 0.335, which means that the aforementioned independent variables explain 33.5 % of the variance of the dependent variable »experience of burnout«. The calculated linear regression model can statistically significantly predict the experience of burnout ($p < 0.001$). In the survey, the respondents listed mental and physical burden at the workplace, conflict between family members and employees, undervaluation of the profession in society, and being under-staffed. Of the 22 regression coefficients, only job satisfaction ($p = 0.004$) and the number of psychosomatic symptoms, i.e. health condition ($p = 0.038$), have a statistically significant relationship with the experience of burnout. Job satisfaction has a negative relationship with the experience of burnout ($\beta = -0.23$), while the number of psychosomatic symptoms has a positive relationship ($\beta = 0.17$). The statistical significance was almost reached by job difficulty ($p = 0.075$, $\beta = 0.15$), distribution of meals – feeding assistance ($p = 0.084$, $\beta = 0.15$), and the number of children ($p = 0.124$, $\beta = -0.13$). If the beta coefficient is negative, the independent variable has a negative relationship with experience of burnout; if the beta coefficient is positive, the relationship is positive. The research shows that job satisfaction has a statistically significant and negative relationship with the experience of burnout. In practice, this means that employees with a higher level of job satisfaction experience lower levels of burnout. The relationship between psychosomatic symptoms and the experience of burnout is also statistically significant and positive, which means that the level of burnout among employees rises with the number of psychosomatic symptoms. Burno-

ut among employees in nursing care of the elderly in social welfare institutions has not received adequate empirical attention. International case studies are also often limited to a single institution or team. The results of our research have confirmed that burnout is connected to work duties, work situations, staff health, and certain socio-demographic factors. Despite their differences, studies agree that employees in nursing care are exposed to true risk factors for burnout (Leskovic and Vukovič, 2010). Initial research, which was concerned with whether burnout really differed from already established phenomena, focused particularly on depression and job satisfaction. Burnout was initially (Maslach et al., 2001) associated with anxiety and depression. Differences between burnout and depression were later empirically proven in several studies which used the MBI questionnaire and other instruments for measuring depression (Glass and McKnight, 1996, Leiter and Durup, 1994, in Maslach et al., 2001). Their conclusion was that burnout was a problem specific to work situations, while depression impacted all aspects of human life, which is comparable with our research. Jeriček Klanšček et al. (2008) understand mental health as a broad concept consisting of positive mental health, e.g. a positive attitude towards self and others, success in meeting challenges, positive self-esteem, high self-respect, sense of mastery, optimism, and the ability to deal with problems, and of negative mental health, e.g. mental health problems and disorders. The most comprehensive overview and the highest number of positive aspects of mental health can be found in the 2006 survey on the mental health of Slovenian citizens, which showed that 59 % of the respondents have low levels of vitality and energy (energy and vitality index). The average score of the index for Slovenia is lower (54.1) than that of other EU states (59-65.2). A dynamic balance is maintained between the worker and the workplace, i.e. between the worker's activity and work requirements. The task of balancing the scale belongs to work safety, which comprises both technical and health safety. Upsets in the dynamic balance can lead to negative health indicators, dissatisfaction, poor welfare, fatigue, and employee turnover; all of which, in turn, have an impact on absenteeism, work injury, occupational disease, disability, cause-specific mortality, and lead to inefficiency and lack of competitiveness of enterprises, institutions, and companies. Therefore, it is important that companies take a holistic and systematic approach to burnout reduction, as results normally take a year or more to show. Piecemeal approaches usually fail to produce the desired results, and are typically given up by organizations after only a short period of time. In our experience, it is important to uncover the underlying causes of burnout - these usually differ from institution to institution - and plan prevention activities accordingly. The phenomenon of burnout does not occur only because of unresolved conflicts in the workplace. It is also influenced by a number of factors which arise from an individual's personality/character and interpersonal relationships in the family, i.e. factors which come from the individual's work and living environment.

LITERATURA

1. Åström, S. (1990). Attitudes, empathy and burnout among staff in geriatric and psycho geriatric care. Umeå University medical dissertations, 267, št. 1–19.
2. Babič, M. idr. (2007). Izzivi družinske medicine. Učno gradivo-zbornik seminarjev študentov. Maribor: Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru.
3. Bagari, N. in Butala, B. (2004). Zdravstveni absentizem – njegovo gibanje in razlogi za sprejem ukrepov za njegovo obvladovanje. Ljubljana: ZZZS.
4. Božič, J. (2011). Obvladovanje psihosocialnih tveganj na delovnih mestih na primerov dobre prakse v domačih in tujih podjetjih. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča.
5. Chaoping, L., Kan, S. and Zhengxue, L. (2003a). Work – family conflict and job burnout of doctors and nurses. Chinese Mental Health Journal, 17, št. 12, str. 807–809.
6. Chaoping, L., Kan, S. and Zhengxue, L. (2003b). An investigation on job burnout of doctor and nurse. Chinese Journal of Clinical Psychology, 11, št. 3, str. 170–172.
7. Demir, A., Ulusoy, M. and Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. International Journal of Nursing Studies, 40, št. 8, str. 807–827.
8. Greenglass, E. and Burke, R. J. (2002). Hospital restructuring and burnout, Journal of Health and Human Services Administration, 25, št. 1, str. 89–114.
9. International Labour Office (1992). Preventing stress at work.
10. Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. in Roškar, S. (2008). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
11. Leskovic, L. in Leskovic, R. (2012). Povezanost psihosomatskih simptomov z izgorevanjem zaposlenih v zdravstveni negi. V: Skela-Savič, B., Hvalič Touzery, S., Skinder Savič, K. in Zorc, J. (ur.). Zbornik predavanj z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 241–248.
12. Leskovic, L. in Vukovič, G. (2010). Psihične obremenitve na delovnem mestu in načini soočanja z njimi v domovih za starejše občane. V: Kern, T., Rajkovič, V., Paape, B. in Ferjan, M. (ur.), Človek in organizacija. Kranj: Moderna organizacija, str. 777–783.
13. Maslach, C. (1982). Burnout: The cost of caring. Englewood Clif: Prentice-Hall.
14. Maslach, C. in Leiter, M. P. (2002). Resnica o izgorevanju na delovnem mestu. Ljubljana: Educy.
15. Maslach, C., Schaufeli, W. B. and Leiter, M. P. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology, 52, str. 397–422.
16. Pšeničny, A. (2006). Recipročni model izgorelosti (RMI): prikaz povezave med interpersonalnimi in intrapersonalnimi dejavniki. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije, Psihološka obzorja.
17. Pšeničny, A. (2008). Raziskava o izgorelosti v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za razvoj človeških virov.
18. Rakovec Felser, Z. (2006). Pojav izgorevanja med zdravstvenim osebjem. Obzornik zdravstvene nege, 40, št. 3, str. 143–148.
19. Skinner, V., Madson, J. and Harris Humphries, J. (2007). Job satisfaction of Australian nurses and midwives. Callaghan: School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, The University of Newcastle.
20. Statistični podatki o invalidizaciji (2006). Pridobljeno s svetovnega spleta: http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/delovna_razmerja_in_pravice_iz_dela/varnost_in_zdravje_pri_delu/opredelitev-podrocja.
21. Statistični podatki RS. (2010). Pridobljeno s svetovnega spleta: <http://www.google.si/search?q=statistični+podatki+RS+2010&oq=statistični+podatki+RS+2010>.
22. Ščuka, V. (2008). Premagajmo sindrom izgorelosti na delovnem mestu. Motnje v življenjskem slogu prinašajo izgorelost. HMR, 10, str. 50–57.
23. Taylor, B. and Barling, J. (2004). Identifying sources and effects of career fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. International Journal of Mental Health Nursing, 13, št. 2, str. 117–125.

24. Teeri, S., Välimäki, M., Katajisto, J. and Leino-Kilpi, H. (2008). Maintenance of patients' integrity in long-term institutional care. *Nursing Ethics*, 15, št. 4, str. 523–535.
25. Turk, E. in Albreht, T. (2010). Ekonomsko breme duševnih bolezni. *Zdravstveni Vestnik*, 79, str. 531–536.

*Dr. Ljiljana Leskovic, višja predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto.
E-naslov: ljiljana.leskovic@guest.arnes.si*

*Dr. Robert Leskovar, redni profesor na Fakulteti za organizacijske vede Univerze Maribor.
E-naslov: robert.leskovar@fov.uni-mb.si*

*Dr. Goran Vukovič, redni profesor na Fakulteti za organizacijske vede Univerze Maribor.
E-naslov: goran.vukovic@fov.uni-mb.si*

The development of students' competences from the perspective of a clinical environment and the mentor's role

Scientific article

UDC 378.147:616

KEY WORDS: *clinical practice, mentors role, clinical environment, nursing*

ABSTRACT - *The clinical settings and mentor's role are relevant for successful clinical practice, and thus, for the quality of the nursing study. The aim of this study was to determine the effect of a clinical environment on the mentor's role. A combination of qualitative and quantitative research design was implemented. A survey was performed in four Slovenian psychiatric hospitals or departments of psychiatry where the clinical practice for nursing students was performed. The final sample consisted of 52 clinical mentors. Furthermore, 15 randomly selected clinical mentors participated in focus groups, where the aforementioned effect was discussed. Survey results indicate a strong ($\varphi = 0.732$), statistical significant ($p < 0.001$) correlation between clinical environments and the mentor's role. A qualitative analysis of the focus groups' transcripts confirms this correlation and indicates different categories relevant for improving the mentor's role: e.g. the mentor's lack of knowledge, the unpreparedness of the organisation for encouraging the mentor's role. This study shows that a clinical environment has a strong effect on the mentor's role.*

Znanstveni prispevek

UDK 378.147:616

KLJUČNE BESEDE: *klinična praksa, mentorska vloga, klinično okolje, zdravstvena nega*

POVZETEK - *Klinično okolje in mentorska vloga so ključni za uspešno klinično prakso in zato tudi za kakovost študija zdravstvene nege, ki večinoma poteka v obliki klinične prakse. Cilj pričujoče raziskave je bil ugotoviti učinek kliničnega okolja na mentorsko vlogo. Uporabljena je bila kombinacija kvantitativnega in kvalitativnega pristopa k raziskovanju, v štirih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah ali oddelkih, kjer se izvaja klinična praksa za študente zdravstvene nege. Končni vzorec je zajemal 52 kliničnih mentorjev, od katerih smo 15 naključno izbranih vključili v fokusno skupino, kjer je potekala razprava o omenjenem učinku. Rezultati študije kažejo na močno ($\varphi = 0,732$), statistično značilno ($p < 0,001$) korelacijo med kliničnim okoljem in mentorsko vlogo. Kvalitativna analiza zapisov posnetkov fokusnih skupin potrjuje omenjeno korelacijo in nakazuje na številne kategorije, ki so ključne za izboljšavo mentorjeve vloge v povezavi s kliničnim okoljem (npr. pomanjkanje znanja mentorjev na področju učenja/poučevanja, nepripravljenost organizacije za spodbujanje mentorske vloge). Pričujoča raziskava kaže, da ima klinično okolje močan vpliv na mentorsko vlogo.*

1 Introduction

Changes in society and the rapid development of science and technology have a significant impact on the health care system. Consequently, nurses require more knowledge, especially critical thinking skills, which are a prerequisite for effective decision making (Hoffman, 2008). Hence, during the study, students must develop competences required in the clinical environment.

Nursing educators have a difficult task to design study programmes which support the development of nursing competences. These can be developed by implementing acti-

ve teaching and learning methods in the pedagogical process and by reducing the traditional ones that merely promote rote memorization (Clayton, 2006).

One of the most effective active teaching and learning methods in nursing are simulations. These can be performed as clinical simulations or as a part of laboratory practice. During the simulations, students develop nursing skills in a controlled environment by using their theoretical knowledge (Comer, 2005). Another effective teaching and learning method is role play, i.e. a type of simulation, which allows practicing the skills required in real clinical practice (Clapper, 2010).

For the development of competences, the collaboration in a particular social context is very important. Hence, clinical practice is an ideal environment for the acquisition of nursing skills and competences. Successful clinical practice is relevant for the quality of the nursing study. The goals of the clinical practice are: the development of key and specific competences, the development of ethical decision-making, and the development of critical thinking. Kolb (1984), Dewey (1997), and Jarvis (2002) emphasize the importance of practical experience and the importance of the progressive learning environment, where these experiences can be achieved. These have an immediate effect on the perception of the clinical situation and on the students' approach in real settings. Clinical settings offer the students situation-, problem-, and experience based learning. Furthermore, the students interact with patients and other member of health care team.

Flanagan et al. (2000) state that teaching and learning in a clinical environment is connecting self-knowledge, expertise at work, and formal knowledge. Gopee (2000) defines that work-based learning is an important characteristic of health profession courses and as the body responsible for approving the educational programmes. According to the 77/452 EEC and 77/453 EEC Directives, approximately half of the direct contact hours is performed in clinical learning environments. Work-based learning in clinical practice provides an opportunity to learn and acquire professional skills, builds self confidence in performing nursing interventions, involves multi-professional working and is grounded in the real world and in realistic situations with variable resources.

Zachary (2011), states that motivation has an impact on sustainability and commitment. Mentors who facilitate effective learning relationships are comfortable using an assortment of related process skills (Zachary, 2011). The process tool kit consist of twelve generic skills: brokering relationships, building and maintaining relationships, coaching, communicating, encouraging, facilitating, goal setting, guiding, managing conflict, problem solving, providing and receiving feedback and reflecting.

Besides clinical settings, mentors play a prominent role in clinical practice. In nursing and health care in general, mentorship has become one of the most important strategies for teaching and learning. Jarvis (2002) and Herman & Mandell (2004) define mentorship as a relation, where the mentor guides and supports the student in the learning/teaching process by helping them to: achieve self-confidence, achieve the required skills, and socialize in the clinical settings. Thus, a good relationship between the mentor and the students is very important for successful clinical practice. Mentors

must be aware of the students' expectations, and vice versa; also the students must be informed about the mentor's expectations (Bartlett et al., 2000; Guilbert, 2004). Öhrling and Hallberg (2000) found the aspects of themes in the process of being a preceptor in nursing, i.e. place, time and security, creating space for learning, providing concrete illustration, exercising control and seeking reflection.

In some clinical learning environments the role of the mentor is even more crucial due to extreme situations which students experience for the first time (e.g. psychiatric hospitals). Kragelund (2011) found that student nurses learning during their clinical placement had to do with how they learned to interact and develop a therapeutic relationship with a psychiatric patient and the barriers associated with it.

Unfortunately, many institutions are not motivated to perform clinical practice. According to our experience not all clinical settings encourage the development of the mentors' role. Hence, many mentors are not motivated to perform clinical practice with the students. This can result in a reduction in the quality of clinical practice or even the abandonment of this important activity in some institutions. The aim of this study was to determine the effect of the clinical environment on the mentor's role. According to the literature review and our experience in this field, no relevant study has been conducted in Slovenian psychiatric hospitals.

2 Methods

To determine the aforementioned effect, a combination of qualitative and quantitative research design was implemented. The study was performed in the academic year 2011/12 in four out of six psychiatric hospitals or departments of psychiatry, where clinical practice for nursing students was performed. The managements of the four institutions under consideration approved our study. The study was performed with the help of the institutions' head nurses or clinical practice coordinators. Questionnaires were distributed to the clinical mentors and sent by post to the researchers.

Furthermore, after the survey, approximately one third of the participants were invited to participate in the focus group, where the effect of the clinical environment on the mentor's role was discussed. The focus group took place in one of the participating institutions and was conducted by one of the authors (VČ). Special attention was made to avoid reflexivity (where the participants of the focus group express what the researcher wants to hear).

2.1 Questionnaire

The questionnaire consisted of three sections: (I) basic demographic questions (gender, age, years of working experience); (II) 10 items regarding the variable mentor's role – the items were adopted from CLES+T (Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher evaluation scale) questionnaire (Saarikoski et al., 2002); (III) 10 items regarding the variable clinical learning environment – the items were adapted from Chan (2002), Henderson et al. (2006), and Newton et al. (2010).

The items were translated from English to Slovenian through the following steps - adopted from Råholm et al. (2010): (S1) forward translation by two researchers, independently; (S2) back translation, without any reference to the original instrument wording; (S3) comparison of the original and the translated version by another expert; (S4) revision of the translated questionnaire version according to the third researchers' knowledge and experience; (S5) examination of the translated questionnaire for clarity by five Slovenian clinical mentors; (S6) conducting a pilot study. All items in sections 2 and 3 were evaluated on a five-point Likert scale ranging from total disagreement to full agreement, mirroring the extent to which the individual item described the participant's personal opinion. The items are presented in Table 1.

2.2 Sample

All clinical mentors of the four institutions were invited to participate in the study. The final sample consisted of 52 clinical mentors in all four Slovenian psychiatric hospitals or departments of psychiatry, where clinical practice was performed. The average age of the participants was 42.6 years with a standard deviation of 8.6 years. The majority, i.e. 39 participants (75 %), were female, 13 (25 %) male. The participants had 18.9 (5.5) years of work experience.

The participation in the study was voluntary. All the participants agreed to take part in the study. Finally, approximately one third of the participants (15 clinical mentors from one clinical learning environment) were selected to participate in focus groups in order to discuss the competences of the mentor's role according to their experience in a clinical learning environment.

2.3 Statistical analysis

Univariate, bivariate and multivariate analysis were performed with the statistical package SPSS 20.0. Initially, Cronbach alpha was computed to determine the scale reliability of the variables; the clinical environment and the mentor's role. The average value, standard deviation, skewness and kurtosis were calculated. To test the correlation between the mentor's role and the clinical learning environment, Spearman's correlation coefficient (φ) was calculated, as the distribution of the variable clinical environment was not normal. Its kurtosis was above 1, which is higher than that recommended in the literature (Leech et al., 2005).

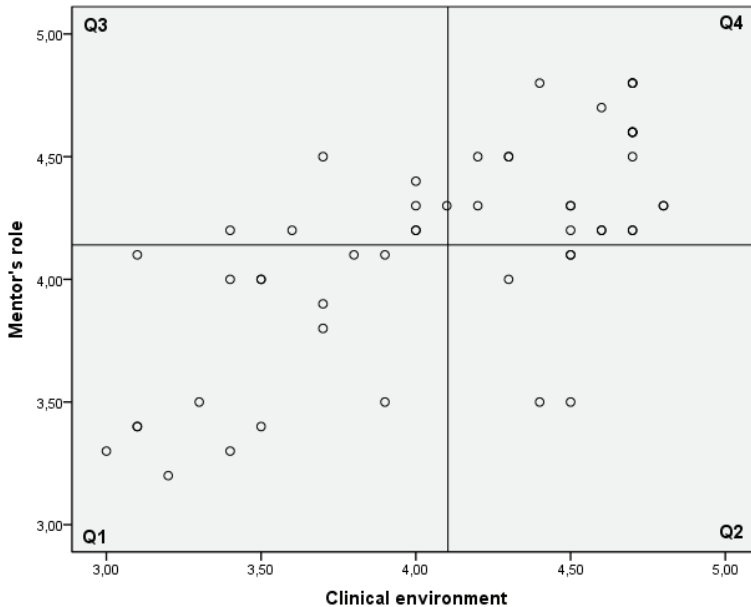
3 Results

Table 1 presents the results of the univariate analysis of each item of the variables mentor's role and the clinical learning environment. Table 2 presents the results of the scale reliability test along with the mean value, standard deviation, skewness and kurtosis of the aforementioned variables. Cronbach's alpha coefficients were higher than 0.7, which is the minimum recommended in the literature (Iivari, 1996). The final

variables mentor's role and clinical learning environment were computed by calculating the average value of their corresponding items.

Results of bivariate analysis indicate a strong correlation between the variables mentor's role and clinical learning environment ($\phi = 0.732$, $p < 0.001$), which is also evident in the scatter chart (Figure 1). As some dots in Figure 1 overlap, the results are also presented in Table 3.

Figure 1: Scatter chart of the variables mentor's role and clinical environment



Different categories emerged in the analysis of the participants' affirmations in the focus groups. The category »lack of competence« was identified in the affirmations, for example:

»I feel that I am not competent for motivating and evaluating the students correctly.«

The category »unpreparedness of the organisation for fostering the mentor's role« was also identified:

»In the past, the faculty has organised mentorship trainings. Unfortunately, my institution does not recognize these trainings as formal education required for renewing nursing licenses.«

»I wish to gain more knowledge in the field of mentorship, but the organisation does not want to pay for this kind of education.«

The aforementioned correlation is evident in the following participants' affirmations:

»The organisation of the work and the insufficient number of nursing staff does not allow me to prepare for working with students.«

»Besides being a mentor I am also a nurse at this institution. This is my primary role and the work obligation does not allow me to concentrate more on students.«

Table 1: Variables and the corresponding items of the questionnaire

Variable	Item of the questionnaire	Mean	SD
<i>Clinical learning Environment</i>			
	1. Mentors in the clinical learning environment promote students' learning with planned activities.	4.46	0.61
	2. A positive atmosphere for teaching and learning was present in the clinical learning environment.	3.73	0.99
	3. A safe working environment for learning was guaranteed to students in the clinical learning environment.	4.38	0.63
	4. In the clinical learning environment the relationships between students and mentors is based on trust.	4.15	0.83
	5. The clinical learning environment fostered the transfer of knowledge and experience between the staff in the ward and with the students.	4.15	0.78
	6. The clinical settings are characterised by well-developed teamwork.	4.04	0.74
	7. Mentors in the clinical learning environment regularly discussed the effectiveness of learning with the students.	3.62	1.12
	8. Staff in the ward encouraged students to learn and gain new work experience.	4.08	0.84
	9. Students have enough opportunities to get involved with the process of handing over to the staff in the ward.	4.23	0.78
	10. Mentors in the clinical learning environment offered sufficient support.	4.19	0.63
<i>Mentor's role</i>			
	1. Mentors considered the characteristics of the clinical learning environment.	4.23	0.81
	2. Mentors considered the different learning needs of the students.	3.98	0.80
	3. Mentors operationalized learning goals in the clinical learning environment.	3.81	0.84
	4. Mentors in a clinical learning environment collaborated with the students.	4.31	0.70
	5. Mentors in a clinical learning environment linked theoretical knowledge and everyday clinical practice.	4.27	0.74
	6. Mentors in a clinical learning environment were able to create learning activities for students.	4.27	0.63
	7. Mentors have helped to increase the use of theoretical knowledge and practical skills.	4.25	0.76
	8. Mentors encouraged and supported the students' learning in a clinical learning environment.	4.46	0.64
	9. Mentors encouraged students to be active and autonomous at work in the clinical learning environment.	4.33	0.71
	10. As a mentor I promptly provided feedback about the effectiveness of the learning in the clinical learning environment.	4.04	0.84

Table 2: Descriptive statistics and the scale reliability test of the variables mentor's role and clinical learning environment (N=52)

Variable	No. of items	Cronbach alpha	Mean	SD	Skewness	Kurtosis
Mentor's role	10	0.897	4.10	0.54	-0.35	-0.43
Clinical learning environment	10	0.875	4.19	0.56	-0.49	-1.11

Table 3: Distribution of mentors according to the relative mean of variables clinical learning environment and the mentor's role (N=52)

Number (percentage) of mentors		Clinical environment		Total
		< rel. mean	≥ rel. mean	
Mentor's role	≥ rel. mean	8 (15.4 %)	23 (44.2 %)	31 (59.6 %)
	< rel. mean	16 (30.8 %)	5 (9.6 %)	21 (40.4 %)
Total		24 (46.2 %)	28 (53.8 %)	52 (100 %)

4 Discussion and conclusion

Advance reflective practice in nursing education is changing the processes of teaching and learning in a clinical learning environment and allows the development of nursing competencies. Furthermore, it is also an important element of the mentor's professional development. The characteristics of the mentor's roles are associated with professional, communication and social capabilities.

All the items of the variables mentor's role and the clinical learning environment were evaluated with relatively high values, considerably above the middle of the scale. The lowest values of the variable clinical learning environment received the item 7 (»Mentors in the clinical learning environment regularly discussed the effectiveness of learning with students«), followed by item 2 (»A positive atmosphere for teaching and learning was present in the clinical learning environment. This indicates that a lot has to be done towards the improvement of the discussion between mentors and students, which has an impact on the atmosphere for teaching and learning. Item 3 (»Mentors operationalized learning goals in the clinical learning environment«) and 2 (»Mentors considered the different learning needs of the students«) received the lowest values of the variable mentor's role. Our results indicate the lack of knowledge required for the operationalization of learning goals and consideration of the different learning needs of students, and therefore also the lack of education in the field of mentoring and nursing competence development. In the clinical learning environment the relationships between students and mentors are based on trust (item 4) and well developed teamwork (item 6).

The clinical learning environment fosters a positive atmosphere and promotes the transfer of knowledge and experience between the staff of the ward and the students. In the process of teaching and learning in the clinical learning environment, mentors should promote students' learning with plan activities. Our study shows that regular discussion with students (item 7) and a positive atmosphere (item 2) were evaluated

with the lowest values of the clinical learning environment items. However, both values were significantly above the middle of the scale.

The results of this study indicate the strong effect of the clinical learning environment on the mentor's role. The methodological triangulation was performed by combining the survey (quantitative results) and focus groups (qualitative results). The results of the survey indicate a strong correlation between the variables mentor's role and clinical learning environment ($\varphi = 0.732$, $p < 0.001$), which was also confirmed by the affirmations of the focus group participants. We can conclude that the clinical environment has a strong effect on the mentor's role. Similar results were reported by Ohrling and Hallberg (Öhrling and Hallberg, 2000). They discovered the main point of skills development in the process of being a preceptor in nursing. According to the The Nursing and Midwifery Council (2006) the key responsibilities of nursing mentors include: organising and coordinating student learning activities in practice; supervising students in learning situations; providing constructive feedback; setting and monitoring objectives; assessing students' skills, attitudes and behaviours; providing evidence of student achievement; liaising with others about student performance; identifying concerns; and agreeing the action to be taken about concerns. Kragelund (2011) found that in a psychiatric clinical learning environment the mentor's role is even more crucial due to the extreme situations which the students experience for the first time. She found that student nurses learning during their clinical placement had to do with how they learnt to interact and develop a therapeutic relationship with the psychiatric patient and the barriers associated with this.

The relative means of the clinical learning environment and the mentor's role divide the scatter chart into four quadrants (Figure 1: Q1 – Q4, also refer to Table 1). Q1 includes 16 mentors (30.8 %), who perceived that the clinical learning environment was not on the elevated level and also the mentor's role was relatively low. Q2 includes 5 mentors (9.6 %), who perceived that the clinical learning environment is at the appropriate level. However, they do not perceive themselves as good mentors. Q3 includes 8 mentors (15.4 %) who perceived that the mentor's role was on the appropriate level; opposite to the clinical learning environment, which according to their opinion does not foster the mentor's role. Finally, Q4 includes the majority of mentors ($n = 23$, 44.2 %), who perceived that the clinical learning environment was on the appropriate level and they perceived themselves as good mentors (high level of the mentor's role).

Mentoring is very important for the development of nursing skills. Mentor competences should be improved so that they can consider the different learning needs of the students and the specifics of clinical learning environments. The problem is that mentors do not always operationalize learning goals in the clinical environments and do not promptly provide feedback about the effectiveness of the learning. On the other hand, our study indicated that mentors very often encourage and support students learning (mean 4.3) and also encourage students to be active and autonomous while working in clinical settings (mean 4.5). Mentors also reported they felt most competent in clinical settings but they needed more support from the nursing management and need to develop more skills about the use of active learning and teaching methods.

Participants positioned in Q1, represent clinical mentors whose perceived low level of a mentor's role is probably a consequence of the low perceived level of the clinical environment. Similarly, mentors positioned in Q4, perceive that a high level of a mentor's role is probably a consequence of the high perceived level of the clinical learning environment. Thus, clinical mentors, positioned in Q1 and Q4, follow the correlation identified in our study. Organisations, with the majority of clinical mentors positioned in Q1, should consider the improvement of their clinical learning environment, which as a result will probably improve the level of the perceived mentor's role. In these organisations the development of students' competences and the appropriateness of the institution for the clinical learning environment should be taken into consideration. If there is an interest for performing clinical practice, the organisation should identify the reasons for this situation. Mentors positioned in Q3, probably represent a group of nursing clinical mentors who try to develop their mentor's role no matter that the level of clinical learning environment is low. We believe that this group of mentors represents the opinion leaders, which could provide the organisation with valuable information for improving the clinical learning environment. Special attention should also be given to the participants positioned in Q2, whose high perceived level of the clinical learning environment does not have an effect on their perceived level of the mentor's role. That this group of participants represent clinical mentors, which are critical of their mentor's role and hardly follow the requirements of the clinical learning environment regarding mentoring. Although is a small group (9.6 %), we believe that this group of mentors should be identified by the organisation, which should help them to improve their perceived level of a mentor's role with extra training and supervision.

This study indicates an important correlation for the development of nursing competence between the clinical learning environment and the mentor's role. Before generalising the results to broader populations, the following limitations should be considered. The results represent the opinion of mentors from all Slovenian psychiatric hospitals or departments of psychiatry, where clinical practice is performed. Thus, this study should also be further performed in other socio-cultural settings (e.g. different geographic areas, countries) and different nursing clinical settings (i.e. nursing homes, community nursing) before generalising the results to the broader population of nurses. Furthermore, the results reflect on the mentor's personal opinion, which often can be subjective. Hence, the use of other instruments, which will provide objective results, should be considered in future. However, our results provide interesting insights into the development of students' competences from the perspective of the clinical environment and the mentor's role.

The results of our study show a strong effect of the clinical learning environment on the mentor's role. Unfortunately, the mentor's lack of knowledge, the unpreparedness of the organisation for encouraging the mentorship represents a strong barrier for its development. Hence, special attention should be given to the identification of those factors that have a direct effect on the quality of the clinical environment, relevant for the development of mentorship.

dr. Vesna Čuk, dr. Irena Trobec, dr. Boštjan Žvanut

Razvoj kompetenc študentov zdravstvene nege z vidika kliničnega okolja in mentorske vloge

Nagle spremembe v družbi ter skokovit razvoj znanosti in tehnologije močno vplivajo na sistem zdravstvenega varstva, katerega pomemben sestavni del je zdravstvena nega. Sodobna zdravstvena nega je področje, ki mora slediti tem spremembam in se prilagajati zdravstvenim potrebam prebivalstva. Za to pa medicinske sestre potrebujejo več znanja in še posebno kritičnega razmišljanja, ki je nujno potrebno pri odločanju v vsakodnevni praksi zdravstvene nege in tudi v vsakdanjem življenju. Učitelji zdravstvene nege morajo zato razvijati ustrezne študijske programe, v katerih naj bi bodoče profesionalce opremili z znanjem in jih usposobili za učinkovito soočanje z nastalo situacijo. Zato naj bi v programe čim večkrat vključevali aktivne metode učenja in poučevanja. Številni avtorji, ki jih navajamo v prispevku, priporočajo, da se pri poučevanju vseh zdravstvenih strokovnjakov, ne samo medicinskih sester, uporablja kombinacija različnih pristopov izkustvenega in problemskega učenja z uporabo podpornih oblik učenja in informacijske tehnologije. Aktivne metode poučevanja in učenja omogočajo razvoj kompetenc, pomembnih za zdravstveno nego. Skladno z usmeritvami izobraževanja medicinskih sester v Evropi, ki jih navaja tudi Evropska direktiva (2005/36/ES), naj bi polovica predvidenih ur študija potekala v kliničnem učnem okolju. To okolje omogoča pridobivanje izkušenj na podlagi aktivnega dela. Prav zato se mora poučevanje in učenje zdravstvene nege izvajati v kliničnem okolju, med zagotavljanjem neposrednih zdravstvenih storitev in z izvajanjem celovite zdravstvene oskrbe. V kliničnem okolju je treba ustvariti pogoje za poučevanje in učenje sodobne zdravstvene nege, učno klimo ter razviti aktivne metode poučevanja in učenja. Klinična praksa in usposabljanje študentov potekata v realnem delovnem okolju in lahko zagotavljata kakovostno pridobivanje zahtevanih kompetenc.

Klinično okolje in mentorska vloga sta izredno pomembni za uspešno klinično prakso in zato tudi za kakovost celotnega študija zdravstvene nege. Izboljševanje kakovosti izobraževanja, in s tem kakovost pričakovanih izidov poučevanja in učenja, se kaže prav pri doseganju kompetenc, s tem pa tudi sposobnosti za prenos teorije v klinično prakso. Cilj pričujoče raziskave je bil ugotoviti učinek kliničnega okolja na razvoj mentorske vloge in razvoj kompetenc zdravstvene nege. Vsaka klinična situacija ima postavljene učne cilje, ki identificirajo ključne koncepte v zdravstveni negi in uporabo različnih učnih situacij. Pričakovani učni izidi se kažejo v razvoju spretnosti za razumevanje in uporabo znanja v klinični praksi, spretnosti za opazovanje, ugotavljanje potreb ter klinične presoje in odločanja. Na ta način se študenti naučijo reševanja problemov ter pridobijo spretnosti za komuniciranje in refleksijo v obliki povratne informacije, ki jo omogoča reflektivna klinična praksa.

Da bi preverili omenjeni učinek, smo izvedli raziskavo, ki temelji na kombinaciji kvantitativnega in kvalitativnega pristopa. Raziskava je bila izvedena v akademskemu letu 2011/12 v štirih od šestih slovenskih psihiatričnih bolnišnic, kjer se izvaja klinič-

na praksa za študente zdravstvene nege. Raziskavo smo izvedli v sodelovanju z glavnimi medicinskimi sestrami omenjenih institucij oziroma koordinatorji klinične prakse, ki so vprašalnike zaprtega tipa razdelili kliničnim mentorjem. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov: (I) vprašanja za zajem osnovnih demografskih podatkov (npr. spol, starost, leta delovnih izkušenj); (II) 10 trditev, ki se nanašajo na spremenljivko mentorska vloga; (III) 10 trditev, ki se nanašajo na spremenljivko klinično okolje. Anketiranci so trditve sklopa II in III ovrednotili s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice stališč. Končni vzorec je zajemal 52 kliničnih mentorjev, povprečna starost je bila 42,6 let (standardni odklon 8,6), povprečna delovna doba je znašala 18,9 let (standardni odklon 5,5). Večino anketirancev, tj. 39 (75 %) so predstavljale ženske, v raziskavo je bilo vključenih le 13 (25 %) moških. Po izvedeni anketi smo z eno tretjino sodelujočih izvedli fokusne skupine, kjer je potekala razprava o povezavi med kliničnim okoljem in mentorsko vlogo. Razpravo je vodila prva avtorica prispevka v eni od omenjenih ustanov, ker je potekalo klinično usposabljanje študentov zdravstvene nege. V klinično okolje študenti zdravstvene nege pogosto prihajajo s predsodki in stigmo do oseb z duševnimi motnjami, pogosto pa sta na začetku kliničnega usposabljanja prisotna tudi strah in negotovost. Zaradi pomanjkanja teoretičnega znanja je pri študentih zdravstvene nege ob vstopu v klinično okolje pogosto oviran prenos teorije v prakso in s tem težje pridobivanje kompetenc. Ključne kompetence, ki jih študenti razvijajo v specifičnem okolju na področju duševnega zdravlja in psihiatrije, so povezane z razumevanjem duševnih motenj, spretnostmi za opazovanje in prepoznavanje negovalnih problemov, sposobnostmi klinične presoje in oblikovanjem negovalnih diagnoz ter kliničnim odločanjem in izvajanjem terapevtskih aktivnosti v procesu zdravstvene nege. Prav tako je pomembno, da študenti razvijejo spretnosti terapevtske komunikacije v odnosu do pacientov, svojcev in pomembnih drugih, pa tudi druge sposobnosti za medsebojno komuniciranje na različnih ravneh interdisciplinarnega sodelovanja in timskega dela.

Rezultati naše raziskave kažejo, da sta bili mentorska vloga in klinično okolje ocenjeni razmeroma visoko. Pri spremenljivki klinično okolje je trditev 7 («Mentorji v kliničnem okolju so redno razpravljali o učinkovitosti učenja s študenti») bila najnižje ocenjena. Sledi trditev 2 («Pozitivno vzdušje za učenje in poučevanje je bilo prisotno v kliničnem učnem okolju»). Slednje kaže, da je treba še veliko postoriti na področju komunikacije med učitelji in študenti, saj to bistveno vpliva na vzdušje, potrebno za kakovostno učenje in poučevanje v kliničnem okolju. Pri spremenljivki mentorska vloga sta trditvi 3 («Mentorji so operacionalizirali učne cilje v kliničnem okolju») in 2 («Mentorji so upoštevali različne učne potrebe študentov») bili najnižje ocenjeni. Naši rezultati očitno kažejo na pomanjkanje znanja pri operacionalizaciji učnih ciljev in upoštevanju različnih učnih potreb študentov, kar kaže na pomanjkanje izobraževanja na področju mentoriranja in razvoja kompetenc v zdravstveni negi. Klinični mentorji so zaznali razkorak v pričakovanjih do študentov na začetku kliničnega usposabljanja in so se počutili odgovorni za izvajanje procesa poučevanja in učenja v kliničnem okolju. Kot razloge za neučinkovito mentorsko vlogo so v fokusni skupini navedli organizacijo dela, pomanjkanje človeških virov, pomanjkanje časa in opravljanje več dela sočasno. Študenti se učijo v kliničnem okolju od vseh članov tima ne samo od

kliničnih mentorjev. Ključna prvina komunikacije je medsebojni odnos in ustvarjanje pogojev učenja v kliničnem okolju ter izvajanje različnih učnih aktivnosti. Pomembna za študente in klinične mentorje je tudi povratna informacija o uspešnosti učenja kot tudi možnost refleksije izkušenj o delovanju študentov v kliničnem okolju.

V kliničnem okolju je pomembna vključenost študentov v timsko delo, razvoj sodelovanja in možnost aktivnega sodelovanja na strokovnih sestankih, kjer se posredujejo ključne informacije. Klinično okolje lahko spodbudi pozitivno učno atmosfero ter prenos znanja in izkušenj med študenti in vsemi zaposlenimi v kliničnem okolju. Mentor mora študente spodbujati k učenju z ustreznim načrtovanjem pedagoških aktivnosti. Žal pa rezultati naše študije kažejo, da sta bili ravno trditev, ki se nanaša na naklonjenost okolja k razpravi s študenti, in trditev o pozitivnem vzdušju v učnem okolju, najnižje ocenjeni od vseh trditev, ki se nanašajo na spremenljivko klinično okolje. Rezultati študije kažejo na močno ($\phi = 0,732$), statistično značilno ($p < 0,001$) korelacijo med kliničnim okoljem in mentorsko vlogo. Kvalitativna analiza zapisov posnetkov fokusnih skupin potrjuje omenjeno korelacijo in kaže na številne kategorije, ki so ključne za izboljšavo mentorjeve vloge v povezavi s kliničnim okoljem. Tako so se izrazito izpostavile kategorije pomanjkanje znanja mentorjev na področju učenja/poučevanja in nepripravljenost organizacije za spodbujanje mentorske vloge. Klinično okolje na specialnih področjih zdravstvene nege predstavlja izziv za izboljševanje kliničnega usposabljanja zdravstvene nege. Študenti in klinični mentorji imajo na začetku procesa poučevanja in učenja v povprečju različna pričakovanja in predstave o študentih, njihovem znanju in motiviranosti ter pripravljenosti za poučevanje in učenje. Prav tako se razkorak pokaže v spretnostih za prenos teorije v neposredno klinično prakso in uporabo terapevtske komunikacije in sposobnosti za sodelovanje in timsko delo. Klinični mentorji nastopajo v več vlogah, ki se v procesu učenja in poučevanja dopolnjujejo in izmenjujejo. Vloge se kažejo pri organizaciji dela ter vzpostavljanju pogojev in možnosti za učenje, ustvarjanju učne klime in aktivnosti za oblikovanje profesionalne vloge in profesionalnih medsebojnih odnosov.

Pričujoča raziskava kaže, da ima klinično okolje močan vpliv na mentorsko vlogo. Žal pa pomanjkanje znanja mentorjev na področju učenja in poučevanja, zlasti pa nepripravljenost organizacij za spodbujanje mentorske vloge predstavljata veliko oviro za njen razvoj. V bodoče je treba posebno pozornost posvetiti identifikaciji tistih dejavnikov, ki imajo neposreden učinek na kakovost kliničnega okolja in so ključni za razvoj mentorstva znotraj posamezne organizacije, pa tudi širše. Ne glede na to pa ni odveč previdnost pri posploševanju rezultatov, saj moramo upoštevati omejitve pričujoče raziskave. Prva je gotovo ta, da se rezultati nanašajo zgolj na mnenje mentorjev iz slovenskih psihiatričnih bolnišnic oz. oddelkov za psihiatrijo. Ocenjujemo, da bi morali izvesti primerljive raziskave tudi v ostalih sociokulturnih okoljih in na različnih področjih zdravstvene nege, da bi pridobili celovito sliko o omenjeni povezanosti. Prav tako se rezultati nanašajo na samoocenjevanje in stališča kliničnih mentorjev, kar je lahko subjektivno. Zato bi bilo pri tovrstnih študijah smiselno razmisliti o uporabi merskih instrumentov, ki bi omogočali pridobivanje objektivnejših rezultatov.

LITERATURA

1. Bartlett, H. P., Simonite, V., Westcott, E. and Taylor, H. R. (2000). A comparison of the nursing competence of graduates and diplomates from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing*, 9, št. 3, str. 369–379.
2. Clapper, T. (2010). Role play and simulations returning to teaching for understanding. *Education Digest*, 75, št. 8, str. 39–43.
3. Clayton, L. H. (2006). Concept mapping: an effective, active teaching-learning method. *Nursing Education Perspectives*, 27, št. 4, str. 197–203.
4. Comer, S. K. (2005). Patient care simulations: role playing to enhance clinical understanding. *Nursing Education Perspectives*, 26, št. 6, str. 357–361.
5. Dewey, J. (1997). *Experiance and education*. New York: Touchstone book.
6. Flanagan, J., Baldwin, S. and Clarke, D. (2000). Work-based learning as a means of developing and assessing nursing competence. *Journal of Clinical Nursing*, 9, No. 3, pp. 360–368.
7. Gopee, N. (2000). *Practice teaching in healthcare*. London: Sage.
8. Guilbert, J. J. (2004). Didaktični priročnik za učitelje na zdravstvenih šolah. Maribor: Unigrafika.
9. Herman, L. and Mandell, A. (2004). *From teaching to mentoring*. London: Routledge.
10. Hoffman, J. J. (2008). Teaching strategies to facilitate nursing students' critical thinking. *Annual Review of Nursing Education*, 6, št. 6, str. 225–236.
11. Jarvis, P. (2002). *Adult and continuing education: theory and practice*. London, New York: Routledge.
12. Kolb, D. (1984). *Experiential learning*. New Jersey: Prentice Hall.
13. Kragelund, L. (2011). The windmill of learning processes: a learning and teaching tool for student nurses and mentors. *Nurse Education Today*, 31, št. 1, str. 54–58.
14. Öhrling, K. and Hallberg, I. R. (2000). Student nurses' lived experience of preceptorship. Part 2 — the preceptor–preceptee relationship. *International Journal of Nursing Studies*, 37, št. 6, str. 25–36.
15. Saarikoski, M., Leino-Kilpi, H. and Warne, T. (2002). Clinical learning environment and supervision: testing a research instrument in an international comparative study. *Nurse Education Today*, 22, št. 4, str. 340–349.
16. Zachary, L. (2011). *The mentors guide. Facilitating effective learning relationships*. San Francisco: Jossey-Bass.

ACKNOWLEDGEMENT

This project is financed by ARRS — Slovenian research agency: research J5-4281 »Longitudinal study in the competency potential of university graduates and the gap between graduates' competences and the labour market requirements in technology, education and health«.

*Dr. Vesna Čuk, višja predavateljica na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem.
E-naslov: vesna.cuk@fvz.upr.si*

*Dr. Irena Trobec, višja predavateljica na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem.
E-naslov: irena.trobec@fvz.upr.si*

*Dr. Boštjan Žvanut, docent na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem.
E-naslov: bostjan.zvanut@fvz.upr.si*

Oglaševanje vs. oglaševanje zdravil

Znanstveni prispevek

UDK 659.1:615+174

KLJUČNE BESEDE: trženjsko komuniciranje, oglaševanje, zdravila brez recepta, oglaševanje zdravil, Slovenija

POVZETEK - Danes smo potrošniki neprestano pod vplivom tržnokomunikacijskih sporočil različnih gospodarskih subjektov. Rečemo celo lahko, da nam ta sporočila motijo naše vsakdanje dejavnosti, hkrati pa, če se zavedamo ali ne, vplivajo na naše potrošniške odločitve. Najpogosteje uporabljeno orodje trženjskega komuniciranja na trgu končnih potrošnikov je oglaševanje, pod katerim razumemo vsako neosebno obliko predstavitve in promocije zamisli, proizvodov ali storitev, ki jo plača znan naročnik, da preko medijev informira in prepriča ciljni trg. S tovrstnimi sporočili pa se potrošniki v Sloveniji vedno pogosteje srečujemo tudi na področju zdravil brez recepta. Prispevek najprej teoretično predstavi pojma oglaševanje in oglaševanje zdravil. Pri slednjem upoštevamo pravno ureditev tega področja v Sloveniji. V nadaljevanju pa so predstavljeni rezultati raziskave, katere namen je bil preučiti odnos Slovencev do oglaševanja nasploh v primerjavi z odnosom do oglaševanja zdravil brez recepta.

Scientific article

UDC 659.1:615+174

KEY WORDS: marketing communications, advertising, nonprescription medicine, medicine advertising, Slovenia

ABSTRACT - Today consumers are constantly influenced by the messages of marketing communication from various entrepreneurs. We can even say that these messages disturb our daily activities. At the same time, whether we know it or not, they effect our consumer decisions. On the market of end consumers, advertising is the most commonly used tool for marketing communications. Advertising is any paid form of non-personal presentation and promotion of ideas, goods or services paid by the known organization to inform and persuade the target market. Consumers in Slovenia are increasingly facing these messages in the field of non-prescription medicines, too. The article firstly presents the theoretical concept of advertising and medicine advertising. By representing medicine advertising the emphasis is made on the legal system in Slovenia. In the rest of the article the results of the research are shown, of which the purpose was to examine the attitude of Slovenes to advertising in general compared with the attitude towards non-prescription medicines advertising.

1 Uvod

Zahtevne gospodarske razmere od gospodarskih subjektov za uspeh na trgu terjajo ne samo kakovosten izdelek ali storitev, ampak tudi uspešno predstavitev blagovne znamke na ciljnim trgu. Uspeh je tako danes še bolj odvisen od usklajenosti orodij trženjskega spleta: proizvoda, cene, prodajne poti in trženjskega komuniciranja.

Čeprav se zdi, da podjetja v nekaterih dejavnostih uspejo brez večjega napora, pa to ne drži. Tako morajo tudi farmacevtska podjetja za uspešno prodajo svojega zdravila vložiti ogromno finančnih sredstev. To pa je še toliko pomembnejše, ker je razvoj novih izdelkov zelo drag. Trženjsko komuniciranje pa jim omogoča, da le z manjšimi popravki obstoječih zdravil naredijo novo zgodbo o uspehu. Vendar pa morajo biti farmacevtska podjetja pri tem odgovorna, saj so posledice neodgovornega oglaševanja lahko veliko usodnejše kot pri ostalih proizvodih in storitvah.

2 Oglaševanje

Tržno komuniciranje kot eden izmed elementov trženjskega spleta predstavlja komunikacijo med podjetjem in potrošniki oz. organizacijo in strankami z namenom vplivati na njihov odnos in obnašanje (Crane, 2013). Na splošno lahko rečemo, da je tržno komuniciranje oblikovano z namenom, da obvešča potrošnike o proizvodu, sproži nakup ali strinjanje z nečim, ustvari pozitivno mnenje o proizvodu in/ali da slednjemu simboličen pomen oz. pokaže, kako lahko posamezen proizvod reši potrošnikov problem bolje kot proizvod konkurence (Schiffman et al., 2008). Enako velja tudi za oglaševanje, ki skupaj s pospeševanjem prodaje, osebno prodajo, neposrednim trženjem in odnosi z javnostmi oblikuje splet.

Oglaševanje, ki predstavlja velik del trženjskega komuniciranja (Usunier, 2000), je vsaka plačana oblika neosebne predstavitve in promocije zamisli, proizvodov ali storitev, ki jo plača znani naročnik (Kotler, 2004), da preko medijev informira in prepriča ciljni trg. Poleg informiranja je namen oglaševanja tudi ustvarjati zavedanje o proizvodu oz. storitvi in vplivati na raven poznavanja le-teh (Hill, 2013) ter tako prepričevati in vplivati na spremembo določenih stališč, s tem pa posredno tudi na ustrezno akcijo potrošnika, s čimer podjetje dosega svoje cilje (Arens, 2006). Hill (2013) trditev podpira s tem, da oglasi služijo tudi kot nosilci orodij pospeševanja prodaje (kuponi za popuste).

Vse to pomeni, da mora biti oglaševanje usmerjeno na psihološke dejavnike, ki vplivajo na nakup (Florjančič in Ferjan, 2000), saj ti lahko ustvarijo intenzivno in dolgotrajno pripravljeno za nakup. Seveda pa morajo biti oglasi privlačni, kreativni in umeščeni v ustrezen medij (Goldsmith, 2009). Vsak izmed njih namreč omogoča dosegati točno določeno skupino ljudi, je pa res, da so stroški kreiranja oglasov in njihovega posredovanja javnosti lahko visoki (Crane, 2013). A glede na vloženi znesek, ki ga za leto 2012 ocenjujejo na 95 milijard dolarjev (Estimated total spending in 2012, 2014), se farmacevtska podjetja zavedajo, da oglaševanje deluje, zato ga tudi uporabljajo. Angell (2008) celo pravi, da je velik del tega, kar mislimo, da vemo o farmacevtski industriji, mitologija, ki si jo izmišlja njen ogromen aparat za odnose z javnostmi. Ne glede na vse pa se moramo zavedati, da je tržno komuniciranje na trgu zdravil zelo specifično, saj imajo farmacevtska podjetja pred sabo zelo različne skupine (Kalyanaram, 2008, str. 36), na katere delujejo s svojimi sporočili. In sicer so to potrošniki/pacienti, zdravniki in tudi farmacevti v lekarnah kot končni prodajalci zdravil.

3 Oglaševanje zdravil

Čeprav je bistvo prispevka osredotočeno na oglaševanje zdravil brez recepta, pa moramo vedeti, da tudi trženjske strategije na področju zdravil temeljijo na McCarthy in Perreault-ovem modelu (Stros et al., 2009), poznanem kot trženjski splet. S temi spremenljivkami trženjskega spleta podjetja vplivajo na potrošnikovo dojetje kakovosti izdelka (Balachandran in Gensch, 1974; v: Stros et al., 2009), a se moramo

zavedati, da vse spremenljivke nimajo enakega pomena pri oblikovanju potrošnikovih percepcij. Vsa podjetja, vključno s farmacevtskimi, se tako sprašujejo, kakšna kombinacija spremenljivk je optimalna (Balachandran in Gensch, 1974; v: Stros et al., 2009). Različni raziskovalci (Smith, 1983; Flechter, 1989; Dogramatis, 2002; v: Stros et al., 2009) tako menijo, da je na področju farmacevtskih izdelkov za uspeh pomembna produktna inovativnost, učinkovitost, blagovna znamka ter kakovost, pod katero pri zdravilih razumemo varnost ter dobro prenašanje.

Da posamezno podjetje na trgu raste (prihodki, dobiček, trg), je potreben bodisi nov produkt bodisi nov trg. Oboje pa zahteva ogromno finančnih sredstev. Tako na primer Kalyanaram, (2008) pravi, da je v farmaciji za razvoj izdelka potrebnih od 200 milijonov dolarjev naprej. Pogosto pa lahko gospodarskemu subjektu k rasti prometa prispeva samo dobro trženjsko komuniciranje, s katerim seznanijo potrošnike o obstoju izdelka na trgu. V farmaciji pa je to toliko težje, saj je treba o obstoju izobraziti in prepričati tudi zdravnike, pri čemer zakonodaja pogosto zahteva, da je treba tudi potrošnike izobraziti o učinkovitosti zdravila in o stranskih učinkih (Kalyanaram, 2008).

Ogláševanje zdravil je po svetu zelo različno urejeno. Danes v vseh družbah poznamo oglaševanje zdravil brez recepta, medtem ko je oglaševanje zdravil na recept neposredno potrošnikom dovoljeno samo v ZDA in na Novi Zelandiji (od leta 1991). A je ostali trg, zlasti trg Evropske unije, kjer se proda 1/3 vse svetovne proizvodnje zdravil, za farmacevtska podjetja z vidika oglaševanja tudi zanimiv. Tako so mnoga farmacevtska podjetja kljub omejitvam začela tržno komunikacijo usmerjati neposredno na potrošnike (Diehl et al., 2008).

Ogláševanje zdravil lahko definiramo kot sporočila farmacevtskih podjetij, s katerimi si ta prizadevajo informirati, prepričevati in celo zabavati ciljno publiko, da bi lahko vplivali na njeno mnenje in obnašanje. Slednje je za farmacevtska podjetja ključno (Diehl et al., 2008). Gre za oglaševanje na TV, v tiskanih medijih, na internetu in celo preko informacij v škatlicah zdravil.

Ob tem moramo opozoriti, da je tržno komuniciranje farmacevtskih podjetij zelo omejeno, saj so zaščiteni interesi potrošnika. To pomeni, da farmacevtska industrija materialov za zdravila ne more pripravljati popolnoma brez nadzora, saj so zdravila kljub znani koristnosti ob neustrezni uporabi lahko škodljiva. Zato morajo biti pravila o informiranju potrošnikov strogo določena (Amandma o zdravilih na recept, 2013).

Glede na ciljne skupine se oglaševanje zdravil deli na (Pravilnik o oglaševanju zdravil, Uradni list RS, št. 105/2008):

- oglaševanje v širši javnosti – laične skupine in posamezniki ter
- oglaševanje v strokovni javnosti – osebe, pooblašene za predpisovanje in izdajanje zdravil.

Glede na cilj raziskave bomo v nadaljevanju na kratko pregledali le ureditev oglaševanja zdravil v širši javnosti.

3.1 Oglaševanje zdravil v širši javnosti v Sloveniji

Na podlagi ZZdr-2 in Pravilnika je v širši javnosti dovoljeno oglaševati le zdravila, ki se izdajajo brez recepta. Zakon tako eksplicitno prepoveduje v širši javnosti oglaševanje zdravil na recept ter oglaševanje in objavljanje informacij o zdravilih, ki vsebujejo psihotropne ali narkotične snovi.

ZZdr-2 v nadaljevanju določa, da oglaševanje zdravila, za izdajo katerega zdravniški recept ni potreben, v širši javnosti ne sme vsebovati podatkov, ki:

- dajejo vtis, da sta posvet z zdravnikom ali kirurški poseg nepotrebna;
- nakazujejo, da so učinki jemanja zdravila zagotovljeni, da zdravilo nima neželenih učinkov ali da je boljše kakor drugo zdravilo ali enakovredno drugemu zdravljenu ali drugemu zdravilu;
- nakazujejo, da se zdravje osebe lahko izboljša le zaradi jemanja oglaševanega zdravila;
- nakazujejo, da bi se zdravje osebe lahko brez jemanja oglaševanega zdravila poslabšalo (izjema so programi cepljenja);
- so usmerjeni izključno ali pretežno k otrokom;
- se sklicujejo na priporočila znanstvenikov, zdravstvenih strokovnjakov ali v javnosti znanih oseb, ki bi zaradi svojega medijskega vpliva lahko spodbujali porabo zdravila;
- nakazujejo, da je zdravilo živilo, kozmetični ali drugi izdelek;
- nakazujejo, da sta varnost in učinkovitost posledica naravnega izvora zdravila;
- bi zaradi opisa ali podrobne predstavitve anamneze lahko privedli do napačne samodiagnoze;
- uporabljajo neprimerne, vznemirljive ali zavajajoče izraze o možnostih okrevanja ali
- uporabljajo neprimerne, skrb vzbujajoče ali zavajajoče izraze, slikovne predstavitve sprememb v človeškem telesu, ki jih je povzročila bolezen ali poškodba, ali delovanje zdravila na človeško telo ali dele telesa.

Poleg tega zakon prepoveduje tudi neposredno razdeljevanje zdravil v promocijske namene končnim uporabnikom zdravil, zdravstvenim delavcem in izvajalcem zdravstvene dejavnosti.

Zakon pa dopolnjuje tudi Pravilnik o oglaševanju zdravil (Uradni list RS št. 105/2008), ki pod pojmom oglaševanje v širši javnosti razume vse promocijske oblike in načine obveščanja laičnih skupin in posameznikov. Pri tem zahteva, da je oglaševanje izvedeno tako, da je oglaševalni značaj sporočila jasno prepoznaven in da je izdelek nedvoumno predstavljen kot zdravilo. Kako tovrstna sporočila razumejo slovenski potrošniki, pa predstavljajo rezultati raziskave, ki jjo predstavljamo v nadaljevanju.

4 Metodologija

O oglaševanju z vidika trženja in trženjskega komuniciranja je napisanega veliko, nekoliko manj pa je literature s področja oglaševanja zdravil. Slednje še posebej velja za Slovenijo. Pregled obstoječe strokovne in znanstvene literature je bil nare-

jen s pomočjo različnih baz podatkov (Emerald, Proquest) in COBIB.SI (Vzajemna bibliografsko-kataloška baza podatkov Slovenije). Aktualno zakonsko ureditev smo predstavili s pomočjo veljavne zakonodaje. Za empirični del smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja.

4.1 Opis instrumenta

Tehnika zbiranja podatkov je bilo anketiranje. Kot instrument raziskovanja smo uporabili strukturiran vprašalnik. In sicer je šlo za spletno anketo, ki smo jo izvedli s pomočjo portala www.1ka.si. Vprašanja so bila v glavnem zaprtega tipa (ang. closed questions), so pa imeli anketiranci pri posameznih vprašanjih možnost tudi dopisati pogled na posamezno tematiko, kar pomeni, da smo uporabili tudi polodprti tip vprašanj (ang. semi-open questions). Oblikovana so bila na osnovi pregledane literature in virov ter aktualnega stanja v Sloveniji.

4.2 Opis vzorca

Za potrebe raziskave smo se odločili za priložnostno vzorčenje (angl. accidental sampling), ki je ena izmed oblik neverjetnostnega vzorčenja. To je tudi sicer v praksi nadvse razširjeno, saj so taki vzorci mnogo cenejši in izvedbeno hitrejši. Ocene se velikokrat ne razlikujejo od ocen iz verjetnostnih vzorcev (Kaltón in Vehovar, 2001, str. 169). Dejstvo pa je, da pri tovrstnem vzorčenju ne moremo ugotavljati natančnosti vzorčnih ocen in z njim povezanega preizkušanja domnev o značilnosti populacije in določanja zaupanja vzorčnih ocen (Bregar et al., 2005, str. 43, 47).

Priložnostno vzorčenje, ena najbolj enostavnih oblik neverjetnostnega vzorčenja (Kaltón in Vehovar, 2001, str. 169), temelji na izbiri vzorčnih enot, ki so najlažje dosegljive. Pri tem je možnost za reprezentativnost vzorca (v tem primeru) majhna (Bregar et al., 2005, str. 44-45), zato je rezultate tovrstnih raziskav tvegano uporabljati za sklepanje o celotni populaciji, saj je pri takih vzorcih precejšnja verjetnost, da pride do pristranskosti (Kaltón in Vehovar, 2001, str. 170). Nedvomno pa so pridobljeni rezultati lahko pokazatelj odnosa potrošnikov do oglaševanja nasploh in do oglaševanja zdravil na recept.

V raziskavi je sodelovalo 995 anketirancev, med katerimi je bilo 71 % žensk (706 oseb). Največ anketiranih (27 %) je starih med 30 in 93 let. Temu sledijo stari od 20 do 29 let (26 %) ter od 40 do 49 let (24 %). Več kot 50 let pa je bilo starih 6 % anketirancev. Osebe v vzorcu so prihajale iz vseh delov Slovenije, pri čemer jih je bilo največ, in sicer 42 %, iz jugovzhodne Slovenije, 27 % jih je bilo iz osrednjeslovenske regije, 7 % iz Spodnjeposavske regije in 6 % iz podravske regije. Ostale regije pa so bile zastopane s 5 % anketirancev ali manj.

Anketiranci so se razlikovali tudi po izobrazbeni strukturi. 31 % anketirancev je imelo zaključeno štiriletno srednjo šolo, sledili so tisti z zaključeno visoko šolo oz. prvo bolonjsko stopnjo (30 % anketirancev), univerzitetni študij oz. drugo bolonjsko stopnjo je imelo 18 % anketirancev. Po 3 % oseb, zajetih v vzorec, je končalo triletno srednjo šolo, znanstveni magistririj in doktorski študij. Le 1 % anketirancev je imelo samo osnovno šolo ali manj.

4.3 Opis poteka raziskave in obdelava podatkov

Raziskava je bila narejena med prebivalci Slovenije, in sicer smo povezavo do spletne ankete po e-pošti posredovali osebni bazi naslovnikov, pri čemer smo naslovnike prosili, da povezavo do ankete posredujejo naprej. Prav tako smo anketo objavili na različnih socialnih omrežjih (Facebook, Twitter ...), kjer so jo posamezniki prav tako posredovali naprej. Raziskava je potekala od 1. aprila do 9. maja 2014. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vsem anketirancem pa je bila zagotovljena anonimnost.

Podatke, ki smo jih dobili s pomočjo anketnega vprašalnika, smo obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel in IBM SPSS Statistics 19.

5 Rezultati raziskave

Z raziskavo smo želeli preučiti odnos anketirancev do oglaševanja nasploh in do oglaševanja zdravil brez recepta, kakršnega poznamo danes v Sloveniji. In sicer smo najprej preverili odnos potrošnikov do oglaševanja na splošno ter mnenje potrošnikov o pomenu oglasov za posameznika z vidika njihove informacijske vrednosti. Za tem pa smo preverili še mnenje anketirancev o oglaševanju zdravil brez recepta ter informacijsko vrednost teh oglasov. Strinjanje anketirancev s posameznimi trditvami smo merili s petstopenjsko lestvico Likertovega tipa, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

Kot že rečeno, smo anketirance najprej vprašali, kakšno je njihovo mnenje o oglaševanju nasploh. Povprečne stopnje strinjanja s posameznimi trditvami prikazuje Tabela 1.

Tabela 1: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na oglaševanje nasploh

Trditev	N	\bar{x}	SD
Podjetja spodbujajo potrošnike, da kupujejo več, kot v resnici potrebujejo.	913	4,48	0,677
Kljub množičnemu oglaševanju je še vedno težko vedeti, katera blagovna znamka je boljša.	913	4,32	0,752
Oglaševalci bi morali biti v svojih oglasih bolj odgovorni.	912	4,30	0,770
Oglaševanje zavaja ljudi, da nespametno potrošijo svoj denar.	914	4,04	0,915
Večina oglasov služi zapeljevanju in ne informiranju potrošnikov.	914	4,00	0,926
Oglaševanje in stroški promocije po nepotrebem dvigujejo cene, ki jih morajo plačati potrošniki.	917	3,99	0,930

Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Ugotovili smo, da se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da z oglaševanjem podjetja spodbujajo potrošnike, da kupujejo več, kot v resnici potrebujejo ($\bar{x} = 4,48$). Hkrati pa menijo, da je kljub množičnemu oglaševanju še vedno težko vedeti, katera blagovna znamka je boljša ($\bar{x} = 4,32$), saj bi morali biti oglaševalci v svojih oglasih bolj odgovorni ($\bar{x} = 4,30$) oz. ocenjujejo, da večina oglasov služi zapeljevanju in ne informiranju potrošnikov ($\bar{x} = 4,00$). Prav o informativni vrednosti oglasov in pomenom le-teh zanje smo anketirance spraševali v nadaljevanju (Tabela 2).

Tabela 2: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na pomen oglasov za posameznika in njihovo informacijsko vrednost

Trditev	<i>N</i>	\bar{x}	<i>SD</i>
Družina in prijatelji priskrbijo boljše informacije kot oglasi.	884	3,79	0,801
Oglasom za izdelke, ki me zanimajo, posvetim večjo pozornost.	880	3,71	0,923
Oglaševanje je dober vir informacij.	881	3,13	0,978
Oglaševanje predstavi potrošniku stvari, ki jih sicer ne bi izvedel drugje.	879	2,97	1,010
Preden kupim izdelek, pogosto upoštevam informacije oglaševalcev.	878	2,65	0,972
Oglasi pomagajo ljudem kupiti izdelek, ki je zanje najboljši.	879	2,46	0,948
Oglasi običajno prikazujejo resnično podobo izdelka.	880	2,45	0,911

Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Po pregledu odgovorov ugotovimo, da se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da družina in prijatelji priskrbijo boljše odgovore kot oglasi ($\bar{x} = 3,79$), hkrati še vedno z visoko stopnjo strinjanja dodajajo, da oglasom za izdelke, ki jih zanimajo, posvetijo večjo pozornost ($\bar{x} = 3,71$). Prav tako menijo, da so oglasi dober vir informacij ($\bar{x} = 3,13$), saj oglasi potrošniku predstavijo stvari, ki jih sicer ne bi izvedel drugje ($\bar{x} = 2,79$). Nekoliko nižja povprečna stopnja strinjanja ($\bar{x} = 2,65$) je pri trditvi, da pred nakupom pogosto upoštevajo informacije oglaševalcev.

V drugem delu raziskave pa smo želeli preveriti pogled anketirancev na oglaševanje zdravil brez recepta. In sicer smo najprej želeli pridobiti njihovo mnenje o oglasih za zdravila na splošno (Tabela 3).

Tabela 3: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na oglaševanje zdravil brez recepta

	<i>N</i>	\bar{x}	<i>SD</i>
Oglasi za zdravila bi morali dati več informacij o tveganjih in/ali stranskih učinkih.	796	4,19	0,800
Oglasi zdravil predstavljajo zdravila boljša, kot v resnici so.	788	3,84	0,989
Oglasi zdravil bi morali dati več informacij o koristih njihovega jemanja.	795	3,84	0,836
Oglaševanje zdravil seznanja potrošnika z novimi zdravili.	787	3,63	0,820
Oglaševanje zdravil je odgovorno.	796	3,41	1,170
Oglaševanje zdravil je po mojem mnenju koristno.	792	3,04	0,926
Oglaševanje zdravil pomaga ljudem, da seložje odločajo v zvezi z zdravjem.	794	2,95	0,923
Menim, da so oglaševana samo zdravila, ki so varna za uporabo.	793	2,66	1,057
Zaupam informacijam iz oglasov.	794	2,48	0,857

Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Ugotavljamo, da anketiranci z najvišjo povprečno stopnjo strinjanja ocenjujejo trditev, da bi oglasi za zdravila morali dati več informacij o tveganjih in/ali stranskih učinkih ($\bar{x} = 4,19$), pri čemer prav visoko povprečno stopnjo strinjanja ($\bar{x} = 3,84$) namenjajo trditvama, da oglasi zdravila predstavijo boljša, kot so v resnici, in da bi morali oglasi dati več informacij o koristih njihovega jemanja. Z le nekoliko nižjo povprečno stopnjo strinjanja ($\bar{x} = 3,63$) anketiranci označujejo trditev, da oglasi zdravil seznanjajo potrošnika z novimi zdravili. Prav tako so anketiranci oglaševanje zdravil označili kot odgovorno ($\bar{x} = 3,41$) in koristno ($\bar{x} = 3,04$), saj ocenjujejo, da oglaševanje zdravil pomaga ljudem pri odločitvah v zvezi z zdravjem ($\bar{x} = 2,95$).

Informacijsko vrednost oglasov za zdravila smo preverjali tudi z naslednjim sklopom trditev, ki so jih anketiranci ravno tako ocenjevali po Likertovi lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam).

Tabela 4: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na informacijsko vrednost oglasov za zdravila brez recepta

	<i>N</i>	\bar{x}	<i>SD</i>
Oglasi za zdravila pomagajo ljudem pri odločanju o zdravlilih/zdravljenju.	764	3,19	0,952
Oglasi za zdravila posredujejo informacije, do katerih ima potrošnik pravico.	761	3,10	0,986
Oglaševanje zdravil potrošnike seznanja z načini zdravljenja, za katere sicer ne bi vedeli.	763	3,08	0,946
Oglasi za zdravila brez recepta omogočajo ljudem večjo vlogo pri skrbi za lastno zdravje.	764	3,07	0,978
Cilj oglaševanja zdravil je informirati potrošnika.	767	3,06	1,111
Oglasi za zdravila vsebujejo informacije, ki jih potrošniki potrebujejo.	767	2,81	0,928
Oglaševanje zdravil povečuje kakovost komunikacije med zdravniki in pacienti.	762	2,80	0,974
Lahko se zanesemo na to, da so informacije v oglasih za zdravila resnične.	762	2,64	0,944
Oglasi za zdravila izobražujejo ljudi o prednostih in slabostih zdravil.	759	2,61	0,921
Oglasi za zdravila so zanesljiv vir informacij.	759	2,56	0,922

Vir: Anketni vprašalnik, 2014.

Podobno kot pri prejšnjem sklopu trditev so tudi tu anketiranci s povprečno stopnjo ocenili trditev, da oglasi za zdravila pomagajo ljudem pri odločanju o zdravlilih oz. zdravljenju. Le nekoliko nižja povprečna stopnja strinjanja ($\bar{x} = 3,10$) je bila pri trditvi, da oglasi za zdravila posredujejo informacije, do katerih ima potrošnik pravico. Anketiranci tudi ocenjujejo, da oglasi potrošnike seznanjajo z načini zdravljenja, za katere sicer ne bi vedeli ($\bar{x} = 3,08$), in da jim omogočajo večjo vlogo pri skrbi za lastno zdravje ($\bar{x} = 3,07$). Najmanj pa se anketiranci strinjajo s trditvami, da so oglasi za zdravila zanesljiv vir informacij ($\bar{x} = 2,56$), da oglasi za zdravila izobražujejo ljudi o prednostih in slabostih zdravil ($\bar{x} = 2,61$) ter da se potrošniki lahko zanesemo na to, da so informacije v oglasih za zdravila resnične ($\bar{x} = 2,64$).

6 Razprava

Ne glede na vrsto trga velja, da danes skoraj ni mogoče novemu izdelku oz. storitvi zagotoviti uspešnega prodora na trg in potem prodaje brez ustreznega podprtega trženjskega komuniciranja. Med vsemi orodji tega komuniciranja pa ima na trgu končnih potrošnikov, na kar se je osredotočila naša raziskava na področju zdravil brez recepta, najpomembnejšo vlogo oglaševanje.

Oglaševanje zdravil na splošno je seveda specifično, saj, kot smo videli, Ladeira et al. (2011) pravi, da je treba trg in s tem odločitve na njem opazovati skozi tri aspekte:

- predpisovalec zdravil, ki je odločevalec,

- potrošnik oz. uporabnik zdravila (pacient) in
- plačnik, ki pa je lahko država in/ali posamezni potrošnik.

Čeprav se na prvi pogled zdi, da to velja samo za zdravila na recept, pa to ne drži. Pogosto namreč zdravniki potrošnike usmerjajo tudi na zdravila brez recepta. Prav tako moramo vedeti, da je oglaševanje zdravil veliko bolj regulirano, kot oglaševanje nasploh, saj je znano, da tudi če so zdravila koristna, pa so ob pretirani in/ali napačni uporabi lahko nevarna.

Raziskava je pokazala, da potrošniki oglase na splošno razumejo predvsem kot spodbudo, da kupujejo več, kot v resnici potrebujejo. Istočasno pa oglaševanju ne pripisujejo moči, da bi posameznik vedel, katera blagovna znamka je najboljša. Nekateri menijo, da oglasi zdravila predstavijo boljše, kot v resnici so. Tako je tudi razumljivo mnenje, da bi morali v oglasih več časa nameniti tveganjem in stranskim učinkom. Če pomislimo na oglase v slovenskem medijskem prostoru, se s tem moramo strinjati. Prav tako pa o tem pričajo tudi tuje raziskave. Tako Diehl et al. (2008) celo trdijo, da oglasi opisujejo samo koristi izdelka in prikrivajo morebitno tveganje in stranske učinke.

Čeprav so potrošniki pri oglaševanju nasploh menili, da bi oglaševalci morali biti bolj odgovorni pri snovanju oglasov pa pravijo, da oglasom za izdelke, ki jih zanimajo, posvetijo večjo pozornost in menijo, da so oglasi dober vir informacij. V njih namreč potrošnik pridobi informacije, ki jih ne bi dobil drugje, in jih upošteva pred nakupom. Podobnega mnenja pa so tudi pri oglaševanju zdravil. Tako relativno visoko povprečno ocenjujejo trditev, da jih oglaševanje zdravil seznanja z novih zdravilih ter posledično oglaševanje zdravil ocenjujejo kot koristno. Anketirani potrošniki menijo celo, da oglasi za zdravila posameznikom pomagajo do boljših odločitev v zvezi z zdravjem. O tem pričajo tudi tuje raziskave, med katerimi Mintzes et al. (2003) menijo, da oglasi potrošnike opolnomočijo. Oglase kot koristen vir z zdravjem povezanih informacij ocenjujejo tudi Diehl in sodelavci (2008). Do podobnih ugotovitev je prišel tudi Handlin s sodelavci (2003), ki meni, da oglasi za zdravila potrošnikom omogočajo večjo vpletenost v skrb za zdravje. Slovenski potrošniki sicer oglasov za zdravila ne razumejo kot »pomoč« pri kakovosti komunikacije med zdravniki in pacienti. Mogoče je to razlikovanje pogojeno tudi s kulturnim okoljem. Ne davno nazaj je dr. Saša Markovič na televiziji izjavila, da pri delu s pacienti pogreša ravno komunikacijo, ki jo med drugim poznajo v ZDA.

Pričujoča raziskava je tudi pokazala, da sicer slovenski potrošniki menijo, da družina in prijatelji priskrbijo boljše informacije kot oglasi, hkrati pa tudi mislijo, da so oglasi na splošno dober vir informacij. V povezavi z oglaševanjem zdravil celo menijo, da oglasi posredujejo informacije, do katerih ima potrošnik pravico, a hkrati so nekoliko manj prepričani, da oglasi dejansko posredujejo informacije, ki jih potrošniki potrebujejo. Diehl s sodelavci (2008) se sicer strinja, da se potrošniki s pomočjo oglasov za zdravila seznanijo z novimi zdravili in/ali alternativnimi oblikami zdravljenja bolezni. A se moramo zavedati, da potrošniki iz oglaševanja ne dobijo dovolj informacij za samodiagnosticsiranje in/ali izbiro ustreznega zdravljenja (Mintzes et al., 2003).

S pomočjo raziskave smo tudi ugotovili, da si potrošniki o oglaševanju zdravil niso popolnoma konsistentni. Tako namreč na eni strani menijo, da je oglaševanje

zdravil odgovorno in da je cilj oglaševanja zdravil informirati potrošnika, na drugi strani pa so zelo kritični do zanesljivosti informacij v oglasih za zdravila oz. dvomijo v resničnost informacij o zdravilih v oglasih. Ne glede na dobljene rezultate moramo upoštevati dejstvo, da primarni namen oglaševanja farmacevtov ni informirati, ampak vplivati na preference potrošnika do blagovne znamke (Diehl et al., 2008). Še posebej oz. nasploh pa je vprašljiva kakovost informacij in sposobnost potrošnikov za njihovo razumevanje. Po raziskavi Diehla in sodelavcev (2008) naj bi bilo kar 61 % anketirancev zmedenih glede prednosti in slabosti oglaševanih zdravil.

Ne glede na nejasno opredeljenost slovenskih potrošnikov pa morajo vpletene strani, še posebej farmacevtska podjetja, biti pri posredovanju informacij odgovornejša. Diehl in sod. (2008) namreč opozarjajo, da lahko potrošniki menijo, da je oglaševanje zdravil bolj kontrolirano, kot v resnici je, kar pa vodi do tega, da precenijo zaščito oz. varnost. To bi nedvomno treba v Sloveniji razširiti tudi na področje prehranskih dodatkov, kjer v zadnjem obdobju zaznavamo največji porast oglaševanja.

7 Sklep

Sodobni čas je do gospodarskih subjektov nedvomno neizprosno ne glede na to, v kateri dejavnosti podjetje deluje. Trženjsko komuniciranje, kjer ima pomembno vlogo oglaševanje, je tako za uspeh na trgu nujno.

Pregled slovenskega in tujega medijskega prostora kaže, da so oglasi vedno pogosteje uporabljeni tudi pri zdravilih, in sicer tako pri zdravilih na recept kot pri zdravilih v prosti prodaji. Zaenkrat je v Sloveniji dovoljeno le slednje. Kako bo v prihodnje, pa je odvisno od »pogajalske« moči vseh udeležencev na trgu. Ne glede na to, kako se bodo razmere uredile, pa se morajo vsi udeleženci, še posebej farmacevtska podjetja, zavedati svoje odgovornosti.

Malči Grivec, MSc

Advertising vs. medicine advertising

Regardless of the type of market, it is considered that today an enterprise cannot successfully penetrate the market with a new product and after sales without being adequately supported by marketing communications. Marketing communication as one of the tools of the marketing mix represents the communication between the consumers and the enterprise or organization and customers in order to influence their attitudes and behaviour (Crane, 2013). In general, we can say that marketing communication is designed with the aim to inform consumers about a product, to create a purchase or agreement with something that creates a positive opinion about the product and / or to give symbolic meaning to the product or to show how each product solves the problem better than the consumer product competition (Schiffman et al.,

2008). *The same applies for advertising, which together with sales promotion, personal selling, direct marketing and public relations forms a marketing communication mix. Among all the marketing communication tools intended for end consumers, on which our research in the area of non-prescription medicines was based on, advertising plays the most important role.*

Advertising is any paid form of non-personal presentation and promotion of ideas, goods or services paid by the known organization to inform and persuade the target market. All of this means that the advertising must be directed to the psychological factors that influence the purchase. With this, the enterprise can create an intense and long-term willingness to buy. However, the ads must be attractive, creative and placed in the appropriate media. All of this is now increasingly used by pharmaceutical companies. Depending on the target group, medicine advertising is divided into:

- Advertising to the general public – that are secular groups and individuals and*
- Advertising in the professional community – that is a person authorized to prescribe or supply medicinal products.*

But medicine advertising is specific. Marketing communications in pharmaceutical companies are very limited, because in this way consumer interests are protected. This means that the pharmaceutical industry can not prepare marketing materials without any surveillance, nevertheless, we know that the medicines are useful, but if they are used improperly they can be harmful as well. Therefore, the rules regarding consumer information must be strictly defined. Ladeira et al. (2011) says that it is necessary for the market and thus decisions on this market to be observable through the following three aspects:

- the person prescribing medicines being a decision-maker,*
- the consumer or user of medicine (patient) and*
- the client who pays, being either the state and / or the individual consumer.*

Although at first sight it seems that this only applies to prescription drugs, this is not true. Quite often, doctors guide consumers towards non-prescription medicines. But we also need to know that the advertising of medicinal products is much more regulated than advertising in general, because it is known that the drugs are helpful but overuse and / or misuse are also dangerous. After a theoretical review of advertising concepts and advertising of non-prescription medicine, the paper presents the results of the research, which was conducted in April 2014 among Slovenian consumers.

The fundamental purpose of the research was to examine the attitudes of respondents towards advertising in general, and the attitudes to advertising non-prescription medicines, which we know today in Slovenia. Namely, first we checked the overall consumer attitudes towards advertising in general, and consumer perceptions of the importance of ads for the individual in terms of their information value. After this, we checked the opinion of the respondents on the advertising of non-prescription medicines and the informational value of these ads. Respondents agreeing with particular statements were measured with a Likert-type five-point scale, where they stood: 1 - strongly disagree, 2 - disagree, 3 - neither disagree nor agree, 4 - agree and 5 - completely agree.

We found that respondents mostly agreed with the statement that companies with advertising encourage consumers to buy more than they really needed ($\bar{x} = 4.48$). At the same time they still believe that despite massive advertising it is still difficult to know which brand is better ($\bar{x} = 4.32$). The respondents were of the opinion that advertisers should be more responsible in their advertisements ($\bar{x} = 4.30$). They estimated that the majority of ads serve for seducing and not informing the consumers ($\bar{x} = 4.00$).

After reviewing the responses to the topic, the informative value of the ads and their importance to the consumer, we found that respondents mostly agreed with the statement that family and friends can provide better answers than the advertisements ($\bar{x} = 3.79$). At the same time, however, with still a high degree of agreement, they add that the advertisements for products of their interest obtain their greater attention ($\bar{x} = 3.71$). They also believe that ads are a good source of information ($\bar{x} = 3.13$), because the ads present things to the consumer which would not be carried out elsewhere ($\bar{x} = 2.79$). With a slightly lower average level of agreement ($\bar{x} = 2.65$), the respondents agreed with the statement that before they bought something they often took notice of the information in the advertisements. In the second part of the research, we wanted to check the view of the respondents on non-prescription medicine advertising. Namely, first we wanted to obtain the opinion of the respondents on medicinal advertisements in general. We found that the respondents with the highest average level of agreement evaluated the argument that advertisements for medicine need to give more information about the risks and / or side effects ($\bar{x} = 4.19$). They also showed a high average level of agreement ($\bar{x} = 3.84$) with the statements: »the ads present medicine better than they really are«, and »ads should give more information about the benefits of taking them«. With only a slightly lower average level of agreement ($\bar{x} = 3.63$), the respondents indicated that the statement that medicine ads familiarized consumers about new drugs. Also, the respondents qualify medicinal advertising as responsible ($\bar{x} = 3.41$) and useful ($\bar{x} = 3.04$), because they estimated that medicinal advertising helped people make better decisions in relation to their health ($\bar{x} = 2.95$).

In the scope of our study, we also found that respondents with an average rate of $\bar{x} = 3.19$ estimated the claim that medicinal advertisements helped people to make their (own) decisions about medicines and treatment. With only a slightly lower average level of agreement ($\bar{x} = 3.10$), respondents assessed the claim that medicinal advertisements provided information for which the consumer had a right to know. Respondents also rated that ads educated consumers about treatments, which they would not otherwise know ($\bar{x} = 3.08$) and that the ads allowed people a greater role in caring for their own health ($\bar{x} = 3.07$). Respondents least agreed with the statements that medicinal advertisements were a reliable source of information ($\bar{x} = 2.56$), that medicinal advertisements educated people about the pros and cons of medicines ($\bar{x} = 2.61$), and that the consumers can rely on the fact that the information in medicinal advertisements were true ($\bar{x} = 2.64$).

Ignoring the confusing boundness of Slovenian consumers towards the information value of medicinal advertisements, the involved parties, especially pharmaceutical companies, have to be more responsible in providing information. Deihl et al. (2008)

warned that it may happen that consumers believe that medicinal advertising was more controlled than it actually was; which could lead to the consumer overestimating the protection and safety.

LITERATURA

1. Amandma o zdravilih na recept (2013). Pridobljeno dne 21. 4. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.zps.si/nega-sport-zdravje/zdravila/amandma-o-zdravilih-na-recept.html?Itemid=627>.
2. Angell, M. (2008). Resnica o farmacevtskih podjetjih. Ljubljana: Krtina.
3. Arens, F. W. (2006). Contemporary advertising (10th ed.). Boston (Mass.): McGraw-Hill.
4. Crane, F. G. (2013). Marketing for entrepreneurs: concepts and applications for new ventures. Los Angeles: Sage Publications.
5. Diehl, S., Mueller, B. in Terlutter, R. (2008). Consumer responses towards non-prescription and prescription drug advertising in the US and Germany: They don't really like it, but they do believe it. *International Journal of Advertising*, 27, št. 1, str. 99-131.
6. Estimated total spending in 2012 (2014). Pridobljeno dne 1. 7. 2014 s svetovnega spleta: <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth>.
7. Goldsmith, E. B. (2009). Consumer economics: issues and behaviors (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education.
8. Handlin, A. et al. (2003). DTC pharmaceutical advertising: the debate's not over. *Journal of Consumer Marketing*, 20, št. 3, str. 227-237.
9. Hill, M. E. (2013). Marketing strategy: the thinking involved. Los Angeles: Sage Publications.
10. Kalyanaram, G. K. (2009). The endogenous modeling of the effect of direct-to-consumer advertising in prescription drugs. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 3, št. 2, str. 137-148.
11. Ladeira, W. J., Dalmoro, M., Maehler, A. E. in Araujo, C. F. (2011). Drug prescription practices in Brazil: a structural equation model. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 5, št. 4, str. 262-278.
12. Mintzes, B. et al. (2003). How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA. *Canadian Medical Association or its licensors*, 169, št. 5, str. 405-412.
13. Pravilnik o oglaševanju zdravil (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 105.
14. Schiffman, L. G. et al. (2008). Consumer behaviour: a European outlook. Harlow: FT Prentice Hall.
15. Stros, M. et al. (2009). The relevance of marketing activities in the Swiss prescription drugs market: two empirical qualitative studies. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 3, št. 4, str. 323-346.
16. Usunier, J. C. (2000). Marketing across cultures (3rd ed.). Harlow (England): Financial Times/Prentice Hall.
17. Zakon o zdravilih (ZZdr-2) (2014). Uradni list Republike Slovenije, št. 17.

Stereotipizirana stališča in prepričanja pri obravnavi oseb z depresijo

Znanstveni prispevek

UDK 616.89+316.647.8

KLJUČNE BESEDE: duševno zdravje, etika, stigma, diskriminacija, kakovost, izobraževanje, zdravstvena nega, študenti

POVZETEK - Pri izvajalcih zdravstvene nege je zaradi narave dela neposredno ob pacientu z depresijo možno pogostejše stereotipiziranje, kar lahko vodi v stigmatizirano in diskriminatorno ravnanje. Z raziskavo želimo ugotoviti, ali so pri študentih zdravstvene nege prisotna stereotipizirana prepričanja in stališča o osebah z depresijo in ali se ta izražajo skozi njihovo delovanje pri načrtovanju obravnave v skupnosti za te osebe. V raziskavo so bili vključeni študenti drugega letnika dodiplomskega študija. Uporabljeni sta bili kvantitativna metoda anketiranja z razvitim vprašalnikom in metoda analize vsebine projektnih nalog za njihovo oceno po tristopenjski lestvici. Vsi zbrani podatki so bili analizirani kvantitativno s programom SPSS 20.0. Pri respondentih so bila v 90 % prisotna stereotipizirana prepričanja in stališča o osebah z depresijo, pri kar 65,1 % študentov pa so le-ta vplivala na načrtovanje obravnave. Ugotovitve kažejo na nujno povečanje aktivnosti vseh, ki sodelujejo v izobraževalnem procesu, da študente zdravstvene nege z ustreznimi didaktičnimi pristopi spodbudijo v prepoznavanju in odpravljanju lastnih stereotipiziranih stališč in prepričanj.

Scientific article

UDC 616.89+316.647.8

KEY WORDS: mental health, ethics, stigma, discrimination, quality of education in care professions, nursing care providers

ABSTRACT - The risk of stereotyped behaviour is significant in providers of nursing care due to the nature of their work, being close to patients with depression, which may lead to stigmatizing and discriminatory behaviour. In order to reduce this risk, a research was conducted aimed at establishing whether stereotyped beliefs and views on persons with depression are present in nursing care students, and whether these are expressed through their performance when planning community treatment for persons with depression. The research included second-year undergraduate students. The methods used were a quantitative survey with a developed questionnaire and an analysis of the content of the project assignments according to their score on a three-level scale. All the collected data were quantitatively analysed with the SPSS 20.0 program. The results showed that 90 % of respondents held stereotyped beliefs and views on persons with depression, and that these influenced the treatment planning of 65.1 % of the students. The findings highlighted the need for increased activity by all persons participating in the education process, through appropriate didactical approaches, in order to encourage nursing care students to recognize and eliminate their own stereotyped beliefs and views.

1 Uvod

Ljudje so si na osnovi medijskih portretov ljudi z motnjami v duševnem zdravju in »ljudskega izročila, ki nezavedno prehaja iz roda v rod« izoblikovali stereotipizirano predstavo o vedenju in zmožnostih oseb z motnjo v duševnem zdravju. Ta predstava se je nezavedno vgradila tudi v prepričanja in stališča strokovnih delavcev na različnih področjih dela z ljudmi. Še posebej pa je prisotnost stereotipizirane predstave o osebah z motnjo v duševnem zdravju lahko moteča na področju skrbi za osebe z depresijo in njihove svojce. Quinn idr. (2013) navajajo, da se 20 milijonov ljudi letno sooča s simptomi depresije in posledično z osebno stisko zaradi lastnih reakcij in reakcij oko-

lja pod vplivom različnih vrst stereotipiziranega ravnanja. Pri izvajalcih zdravstvene nege je zaradi narave dela neposredno ob pacientu z depresijo prisotna povečana stopnja tveganja stereotipiziranega ravnanja, ki lahko vodi v stigmatizirajoče in diskriminatorno ravnanje ter (so)vpliva na to, da osebe s simptomi depresije ne vstopajo (dovolj zgodaj) v obravnavo in predčasno izstopijo iz nje. Švab (2009) poudarja, da lahko ravnanje na podlagi (nezavednih) stereotipiziranih stališč in prepričanj vpliva na izid zdravljenja in kakovost življenja oseb z depresijo. Stereotipizirana stališča pa so moteča tudi v izobraževanju, saj lahko prihaja do prehajanja le-teh z učitelja na učenca, kar se kasneje lahko odraža s stigmatizirajočim in diskriminatornim ravnanjem v poklicu.

1.1 Podrobna opredelitev problematike in temeljnih konceptov

Švab (2009) navaja, da stigma izhaja iz stereotipnih predstav o nevarnosti in nekompetentnosti ljudi z duševnimi motnjami ter predsodkih o njihovem nevarnem in nepredvidljivem vedenju. Kaže se s strahom in diskriminacijskim vedenjem do posameznikov. Stigma je lastnost, ki je za posameznika ali posameznico hudo diskreditirajoča (Kuhar, 2010) in se lahko izraža skozi delovanje pri vseh udeleženi v obravnavi in na podlagi (nezavednih) stališč ter prepričanj dokazano vpliva na izid zdravljenja in kakovost življenja oseb z depresijo. Thornicroft idr. (2007) sicer navajajo, da se stigo lahko obravnava kot splošni izraz, ki vsebuje tri elemente: težave zaradi znanja (nevednost), probleme odnosa (predsodki) in težave z vedenjem (diskriminacija).

Raziskave stališč in prepričanj o depresiji in o osebah z depresijo so namenjene prepoznavanju stigme kot posledice stereotipnega ravnanja, ki naj bi osebe ovirala pri vstopu v javno podporno mrežo na področju duševnega zdravja. Npr. Link in Phelan (2001) ugotavljata, da lahko stigo v zvezi s težavami v duševnem zdravju delimo glede na zaznavo javnega ponižanja v:

- stereotip zavesti (prepričanje udeležencev, da so ljudje na splošno stigmatizirani v družbi),
- osebno stigo - stereotip odgovora (udeleženceva osebna prepričanja o duševnih boleznih),
- samo-stigo (pogled udeležencev na lastno motnjo v duševnem zdravju).

Corrigan (2004) navaja, da lahko stigmatizacija poslabša zdravljenje prek javne zaznave stigme, ker se ji posameznik izogne z izločitvijo iz lokalnega okolja, in prek ponotranjene stigme, ker lahko osebe z motnjo v duševnem zdravju skušajo prepričati negativne občutke sramu in krivde tako, da se ne vključijo v zdravljenje. Crisp s sodelavci (2000) meni, da (dokazano) različne težave z duševnim zdravjem tvorijo različne vzorce stigmatizacije in diskriminacije z različnimi posledicami pri tistih, ki so prizadeti in pri njihovih bližnjih. Sicer obstajajo empirični podatki o učinkih stereotipiziranega prepričanja med izvajalci zdravstvene nege s področja duševnega zdravja pri vključevanju posameznikov v obravnavo ob pojavu simptomov depresije. V nekaterih so povezavo dokazali (Barney idr., 2009; Schomerus in Teichler, 2009), v drugih ne (Jorm, 2000; Ng idr., 2008).

V presečni študiji na Finskem (N = 5160) so merili prepričanje o ljudeh z depresijo, njihovi odgovornosti za pojav bolezni in vstop v obravnavo ter odnos do antidepre-

sivov. Ugotavljajo, da ljudje z depresijo kažejo več tolerance do ljudi z ostalimi duševnimi obolenji in glede uporabe antidepresivov od tistih, ki nimajo motenj v duševnem zdravju (Aromaa, 2011). Lauber idr. (2006) so primerjali prisotnost stereotipov med osebami z motnjo v duševnem zdravju in strokovnjaki za duševno zdravje (N = 1073) v nemško govorečem delu Švice. Pri tem so kot spremenljivke uporabili negativne (nepredvidljiv, razmršen, čuden, grozen, nevaren, prestopnik, neumen, nekdo, ki grozi, nenormalen) in pozitivne stereotipe (ustvarjalen, visoko usposobljen, simpatičen, bister, šarmanten, družaben, razumen, avtonomen, zdrav). Ugotovili so, da v prisotnosti stereotipiziranih prepričanj ni razlike med splošnim prebivalstvom in strokovnjaki za duševno zdravje. Medicinske sestre so sicer manj stigmatizirale od psihiatrov, ter več od psihologov. Ugotovili so tudi, da imajo poklicno ozadje, delovne izkušnje in neodvisne spremenljivke, npr. starost, spol, delovne izkušnje, le malo vpliva na prisotnost stereotipov v posameznikovih stališčih in prepričanjih. Mccann idr. (2009) ugotavljajo, da ima neugoden odnos zdravstvenih delavcev do uporabnikov storitev večji vpliv na dolgoročne rezultate krepitve moči oseb z depresijo kot negativen odnos javnosti. Npr. Dein idr. (2007) navajajo, da imajo v jugovzhodni Angliji zdravstveni delavci bolj pozitiven odnos do tistih oseb z motnjo v duševnem zdravju, ki se lahko pozdravijo, kot do tistih, ki so odvisni, so pogosti povratniki in imajo kronično obolenje. Večina medicinskih sester verjame, da so ljudje s shizofrenijo in depresijo res izpostavljeni diskriminaciji (Ross in Goldner, 2009).

Programi za zmanjševanje stereotipiziranega ravnanja in stigme so, kot ugotavlja Quinn s sodelavci (2013), na področju duševnega zdravja največkrat splošne narave, zato je znanje za razvoj programov, ki zmanjšujejo stigo v zvezi z ljudmi z depresijo, omejeno. Za ciljno usmerjanje na in za osebe z depresijo so v vzorcu 18 držav Evropske unije, med njimi tudi Slovenije, prepoznali 26 programov. Izpostavljajo, da so med uporabljenimi pristopi predvsem različne oblike izobraževanja, vendar v zelo omejenem obsegu vključujejo komponento pozitivnega osebnega stika, čeprav je npr. že Corrigan s sodelavci (2002) dokazal, da pozitivni osebni stik v izobraževanju vodi k zmanjševanju stigmatizacije.

1.2 Vpliv izobraževanja na stereotipizirana stališča in prepričanja študentov v poklicih skrbi

Valić idr. (2013) na podlagi pregleda raziskav o stigmatizaciji in diskriminaciji, ki so bile objavljene v literaturi ali medijih pod okriljem Evropskega projekta ASPEN (Anti Stigma European Network) ugotavljajo, da primanjkuje raziskav o stigmatizaciji in diskriminaciji, povezanih z depresijo v ključnih okoljih, kot so klinična okolja in šola, več pa je raziskav o stališčih študentov do oseb z motnjo v duševnem zdravju na splošno. Npr. Strbad idr. (2008) primerjajo stališča pacientov in študentov v Sloveniji. Ugotavljajo, da imajo pacienti z motnjo v duševnem zdravju bolj stigmatizirajoč odnos do drugih ljudi z motnjami v duševnem zdravju kot študenti medicine. Maccann in Berryman (2009) pa ugotavljata, da tisti študenti, ki so bili priča ali so doživeli dejanja verbalnega in fizičnega nasilja oseb z motnjo v duševnem zdravju ali opazovali neskrbno/neprofesionalno vedenje zaposlenih na področju skrbi za duševno zdravje,

večinoma razvijejo negativen odnos do uporabnikov storitev. Webster (2009) pa poudarja, kako zelo pomembno je, da učitelji z izborom ustreznih pedagoških metod spodbudijo študente zdravstvene nege k izražanju občutkov, ki se jim porajajo pri delu z depresivnimi osebami, saj vsak študent doživi stvari drugače, na podlagi svojega ozadja vrednot. Avtor ugotavlja, da to preprečuje stigmo in olajša razvoj empatije. Corrigan idr. (2002) navajajo, da je najbolj konsistentne rezultate pri zmanjševanju stigmatizacije na področju duševnega zdravja dalo prav temeljno izobraževanje za poklic.

2 Namen in cilji raziskovanja

Z izvedeno raziskavo smo želeli ugotoviti, ali so pri študentih zdravstvene nege prisotna stereotipizirana prepričanja in stališča o osebah z depresijo ter ali se ta izražajo skozi njihovo delovanje pri načrtovanju zdravstvene obravnave oseb z depresijo. Cilj raziskave je bil dokazati, da stališča in prepričanja študentov zdravstvene nege o osebah z depresijo vplivajo na identificiranje organizacij v podporni mreži na področju duševnega zdravja za osebe z depresijo.

2.1 Raziskovalno vprašanje

Na podlagi tega je bilo oblikovano naslednje raziskovalno vprašanje: »Ali stališča in prepričanja študentov zdravstvene nege o osebah z depresijo vplivajo na identificiranje organizacij, ki delujejo v podporni mreži programov in storitev (načrtovanje obravnave) za osebe z depresijo v lokalnem okolju?«

2.2 Hipoteza

Izhajajoč iz raziskovalnega vprašanja je bila oblikovana tudi hipoteza: »Stališča in prepričanja študentov zdravstvene nege o osebah z depresijo vplivajo na identificiranje organizacij v podporni mreži na področju duševnega zdravja za osebe z depresijo. Več kot je pri študentih prisotnih stereotipiziranih stališč in prepričanj, nižjo oceno ustreznosti identifikacije organizacij v podporni mreži za osebe z depresijo so pridobili.«

3 Metodologija

V raziskavi sta bili uporabljeni metoda anketiranja z namensko razvitim vprašalnikom in metoda analize vsebine projektnih nalog, ki so jih pripravljali študenti pri seminarskih vajah v okviru predmeta mentalno zdravje, s poudarkom na oceni kakovosti terenske analize organizacij, ki delujejo v podporni mreži za osebe z depresijo. Na podlagi kvotnega vzorčenja so bili v študijo vključeni študenti 2. letnika programa zdravstvene nege ene fakultete (64 študentov), ki so se udeleževali seminarskih vaj pri predmetu mentalno zdravje. Študenti so se v raziskavo vključili na podlagi prošnje za sodelovanje z namenom ugotavljanja stopnje njihove pripravljenosti za delo z depresivnimi osebami. Namen raziskave jim ni bil natančno razkrit, saj bi potem obstajala

veliko večje tveganje, da bi se odločali »za družbeno ali za visokošolskemu učitelju sprejemljivejše odgovore«.

3.1 Instrument

Vprašalnik je vseboval 10 neodvisnih in 78 odvisnih spremenljivk, ki so bile razvrščene v sklopih. Definiranje in nabor spremenljivk, s katerimi so bila pri študentih preverjana stereotipizirana stališča in prepričanja ter tudi znanje, sta potekala na podlagi raziskav tujih avtorjev (npr. Aromaa idr., 2011; Caldwell in Jorm, 2008). Zadnji del vprašalnika je bil namenjen identifikaciji pripadajoče projektne naloge, v okviru katere so študenti v izbrani občini ljubljanske ali novomeške zdravstvene regije in na podlagi danega scenarija pripravili načrt obravnave ter identificirali organizacije z njihovimi programi in storitvami, ki bi bile lahko vključene v podporno mrežo oseb z depresijo.

3.2 Postopek obdelave podatkov in analiza

Podatki iz anketnega vprašalnika so bili analizirani kvantitativno s pomočjo računalniškega programa SPSS 20.0. Ocenjevanje prisotnosti stereotipiziranih mnenj in stališč je potekalo na podlagi ocenjevanja stopnje strinjanja glede na določene odvisne spremenljivke. Ocena prisotnosti, delne prisotnosti ali neprisotnosti stereotipiziranih stališč je pri posameznem študentu temeljila na številu doseženih točk. Na tak način pridobljene ugotovitve o prepričanjih in stališčih študentov o osebah z depresijo so bile lahko primerjane z oceno kakovosti terenske analize organizacij v občini prebivališča osebe z depresijo, kar je predstavljalo osnovo za oblikovanje odgovora na zastavljeno raziskovalno vprašanje in potrditev zastavljene hipoteze.

4 Rezultati

Rezultati so predstavljeni ločeno glede na način zbiranja podatkov in postopek analize.

V raziskavi je sodelovalo 46 (74,2 %) žensk in 16 (25 %) moških. Povprečna starost respondentov je bila 26 let ($\sigma = 7,61$). 54 (84,4 %) jih ima predhodno srednjo zdravstveno šolo, 6 (9,4 %) gimnazijo in 4 (6,3 %) kako drugo srednjo šolo. Trije respondenti (4,9 %) so že imeli lastno izkušnjo z depresijo, 5 (7,7 %) pa izkušnjo svojca osebe z depresijo. Delovne izkušnje iz redne zaposlitve na področju zdravstva ima 22 (34,9 %) respondentov. Da imajo poklicne izkušnje z depresivnimi osebami, se je opredelilo 24 (37,5 %) respondentov. 22 (34,9 %) jih meni, da ima dovolj znanja za delo s takimi osebami.

V prvem sklopu anketnega vprašalnika so se respondenti opredeljevali glede na običajno lestvico stališč (1 - se ne strinjam, 2 - se delno ne strinjam, 3 - se niti ne strinjam, niti se strinjam, 4 - se delno strinjam, 5 - se ne strinjam). V tabeli 1 so predstavljene aritmetične sredine (\bar{x}) standardni odkloni (σ) glede na trditev.

Tabela 1: Prepričanja in stališča o depresiji

Trditev	\bar{x}	σ
Depresija je posledica socialnih problemov.	4,1	1,0
Pristop družbe do ljudi z diagnozo depresija ni problematičen.	2,2	1,2
Ljudem z diagnozo depresija, ne bi smeli dovoliti, da se svobodno gibljejo znotraj družbe.	1,8	1,2
Za delo z depresivno osebo je potrebno veliko znanja.	4,4	0,7
Lahko bi se poročil z nekom, ki ima depresijo.	2,5	1,1
Svojega stanovanja ne bi dal v najem nekomu, ki ima depresijo.	2,4	1,3
Svojega otroka bi dal v varstvo nekomu, ki ima depresijo.	1,8	1,2
Depresija je stanje čezmerne žalosti.	4,0	1,0
Ljudje z depresijo so agresivni.	2,5	1,0
Ljudje z depresijo niso sposobni pravilne odločitve o svojem življenju.	3,2	0,8
Ljudje z diagnozo depresija so duševni bolniki.	3,8	1,1
Nič nimam proti, če v bližini mojega doma zgradijo rehabilitacijski center za osebe z depresijo.	4,3	0,9
Depresija ni bolezen, je le težava.	2,3	1,2
Depresija je samo stanje čustvene šibkosti posameznika.	2,7	1,1
Depresija je znak neuspeha posameznika.	2,5	1,1
Depresija je znak neuspeha družbe.	2,7	1,1
Ljudje z depresijo težko najdejo pomoč drugih ljudi za reševanje svojih problemov.	3,5	1,0
Depresivni ljudje se družijo samo med sabo.	2,1	1,0
Motnje v duševnem zdravju, kot je depresija, so znak občutljivosti posameznika.	3,3	1,1
Depresija kot bolezen ne obstaja, je le plod domišljije posameznika.	1,3	0,7
Osebe z depresijo so pogosto odvisne od prepovedanih drog.	2,3	1,2
Osebe z depresijo pogosto popijejo preveč alkohola.	2,8	1,1
Osebe z depresijo pogosto poskusijo storiti samomor.	4,1	0,7
Osebe z depresijo se pogosto ne razumejo z drugimi ljudmi.	3,3	0,9
Osebe z depresijo ne morejo dobro opravljati starševske funkcije.	3,2	1,0
Sprememba okolja igra pomembno vlogo pri premagovanju depresije.	4,0	0,9
Ljudje z depresijo nikoli popolnoma ne okrevajo.	2,6	1,1
Verski voditelji lahko pomagajo pri premagovanju depresije.	2,7	1,1
Depresija je ozdravljiva bolezen.	4,1	1,0
Depresija je ozdravljiva bolezen z zdravili.	3,7	1,0
Depresija je bolezen, ki je ozdravljiva s psihoterapijo.	4,1	0,9

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

V nadaljnjem postopku analize smo negativno orientirane trditve transformirali in izračunali Cronbachov koeficient alfa (0,634). Korelacij glede na neodvisne spremenljivke (test hi-kvadrat) nismo dokazali. Smo pa dokazali nekaj korelacij med odvisnimi spremenljivkami s pomočjo Pearsonovega korelacijskega koeficienta. Študentje, ki so višje ocenili stopnjo strinjanja, da je depresija znak neuspeha posameznika, se tudi bolj strinjajo, da je depresija samo stanje čustvene šibkosti posameznika in neuspeha družbe. Študentje, ki bi svojega otroka dali v varstvo depresivni osebi, tudi nimajo nič proti, če v bližini njihovega doma zgradijo rehabilitacijski center za take osebe,

se pa manj strinjajo s trditvijo, da se osebe z depresijo pogosto ne razumejo z drugimi ljudmi in da niso sposobni pravilne odločitve o svojem življenju. Študentje, ki menijo, da so ljudje z depresijo agresivni, menijo tudi, da depresija kot bolezen ne obstaja, temveč je le plod domišljije posameznika. V drugem sklopu smo preverjali stališča in prepričanja študentov glede na verjetne posledice depresije na podlagi predstavljenega primera. V tabeli 3 smo predstavili, koliko študentov se se strinja ali se ne strinja z navedeno vsebino trditve glede (ne)koriščenja strokovne pomoči.

Tabela 2: Verjetne posledice depresije

»Lucija je stara 30 let. V zadnjih nekaj tednih ima občutek nenavadne žalosti in nesreče. Ves čas je utrujena in ima vsako noč težave s spanjem. Hrana je ne zanima, apetita nima in močno je shujšala. Iz dneva v dan ima občutek, da je preveč obremenjena. Tudi v službi je že pod drobnogledom šefa, ki njeno znižanje produktivnosti vidi kot problem.«

Trditev (Verjetne posledice ob...so)	ob koriščenju strokovne pomoči		brez koriščenja strokovne pomoči	
	da	ne	da	ne
Popolno okrevanje brez nadaljnjih težav.	57 (89,1 %)	7 (10,9 %)	1 (1,6 %)	62 (98,4 %)
Popolno okrevanje, vendar bo imela težave.	38 (60,3 %)	25 (39,7 %)	28 (45,2 %)	34 (54,8 %)
Verjetno se bo depresija ponovno pojavila.	35 (55,6 %)	28 (44,4 %)	57 (90,5 %)	6 (9,5 %)
Možna je le delna povrnitev stanja kot pred boleznijo.	30 (47,6 %)	33 (52,4 %)	40 (65,6 %)	21 (34,4 %)
Počutila se bo večinoma slabo z občasnimi izboljšanimi.	14 (22,2 %)	48 (76,2 %)	51 (82,3 %)	11 (17,7 %)
Počutila se bo dobro, vendar s številnimi poslabšanji.	19 (30,2 %)	44 (69,8 %)	46 (73 %)	17 (27 %)

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Tabela 3: Koristnost intervencije za depresivne osebe s strani strokovnjakov

Kriterij (strokovnjaki, aktivnosti)	\bar{x}	Sum	rang
Psihiater.	1,13	72	1
Psihiatrična medicinska sestra.	1,14	73	2
Klinični psiholog.	1,16	74	3
Svetovalec v NVO.	1,24	78	4
Intervencija splošnega zdravnika ali zdravnika družinske medicine.	1,28	82	5
Pomoč njenega ožjega družinskega člana.	1,31	84	6
Pomoč njenih bližnjih prijateljev.	1,36	87	7
Telefonska svetovalna služba.	1,41	90	8
Socialni delavec.	1,63	104	9
Farmacevt v lekarni.	1,9	120	10
Duhovnik.	1,94	124	11
Poskus samoupravljanja s svojimi težavami.	2,05	131	12
Bioenergetik ali zeliščar.	2,09	134	13

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Študenti se bolj strinjajo, da bo ob strokovni pomoči prišlo do boljšega okrevanja, kot če oseba z depresijo te ne bi imela. Zdi se jim bolj verjetno, da se bo depresija brez strokovne pomoči ponovila. Približno polovica jih meni, da pri osebi ne bo prišlo do povrnitve stanja kot pred boleznijo.

Nadalje so študenti ocenjevali stopnjo koristnosti pomoči, intervencij strokovnjakov, uporabe nefarmakoloških ukrepov ter različnih zdravil za osebe z depresijo (1 - koristno, 2 - niti ni koristno, niti ni škodljivo, 3 - škodljivo). Ugotovitve so predstavljene v tabelah 4 in 5 v obliki aritmetične sredine, vsote doseženih točk in ranga (od najbolj (1) do najmanj koristnega).

Tabela 4: Uporaba nefarmakoloških ukrepov

<i>Kriterij (nefarmakološki ukrepi)</i>	\bar{x}	<i>Sum</i>	<i>rang</i>
Tečajji za sprostitev, obvladovanje stresa, meditacija.	1,17	74	1
Svetovanje v NVO.	1,17	74	1
Psihodinamična psihoterapija.	1,21	76	2
Kognitivna vedenjska terapija.	1,29	81	3
Zdravljenje odvisnosti od alkohola.	1,29	81	3
Povečanje telesne dejavnosti.	1,32	83	4
Branje knjige za samopomoč.	1,40	85	5
Hospitalizacija na psihiatrični oddelku (vstop na oddelek).	1,46	92	6
Hipnoza.	1,97	124	7
Posebna prehrana in izogibanje določeni hrani.	2,17	137	8
Elektrokonvulzivna terapija.	2,29	142	9
Pitje alkoholnih pijač za sproščanje.	2,84	179	10

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Najbolj koristen se študentom z vidika intervencij za osebe z depresijo zdi psihiater, psihiatrična medicinska sestra in klinični psiholog, najmanj koristno pa, da poskušajo sami upravljati s svojimi težavami ali s pomočjo duhovnika. Glede nefarmakoloških ukrepov menijo, da je z vidika depresivne osebe najbolj uporabno svetovanje v nevladnih organizacijah, najbolj škodljivo pa pitje alkoholnih pijač za sproščanje.

Ugotavljanje prisotnosti stereotipiziranih stališč in prepričanj je potekalo glede na vrednosti odgovorov pri izbranih trditvah. Sicer lahko trditve in kriterije v anketnem vprašalniku v grobem delimo v dva sklopa: znanje in stereotipi.

4.1 Rezultati ocenjevanja uspešnosti terenske analize organizacij v izbrani občini

Ocenjevanje kakovosti terenske analize organizacij, ki bi lahko delovale v podporni mreži depresivne osebe v občini njenega stalnega prebivališča, je potekalo po tristo-penjski lestvici (1 - ustrezen interdisciplinarni pristop pri izboru organizacij v lokalni skupnosti in interpretacija, 2 - ustrezen izbor organizacij z ožjega strokovnega področja s sledovi interdisciplinarnega pristopa in neprepričljiva interpretacija, 3 - pomanjkljiv seznam tako z vidika interdisciplinarnega pristopa, kot z vidika strokovnega področja ter neprepričljiva interpretacija). 22 (34,9 %) študentov je pri izboru organizacij upoštevalo interdisciplinarni pristop in v seznam vključilo organizacije, ki presegajo okvire zdravstvenega varstva ter tehtno argumentiralo izbor. 32 (50,8 %) jih je pripravilo ustrezen

seznam samo s področja zdravstvenega varstva, pomanjkljivo pa je pripravilo seznam in pojasnilo potrebo po vključitvi organizacij z drugih strokovnih področij (socialno varstvo itd.). 9 (14,3 %) študentov pa ni pripravilo zadovoljivega seznama organizacij, ki delujejo v podporni mreži za depresivne osebe in ni dalo ustrezne argumentacije.

4.2 Preverjanje hipoteze

Preverjanje hipoteze je potekalo s Spearmanovim korelacijskim koeficientom. Spremenljivki »ocena terenske analize« in »prisotnost stereotipiziranih stališč in prepričanj« statistično značilno korelirata pri $\alpha < 0.05$ ($\rho = 0,382$ ($p < 0.01$)). Korelirata tudi spremenljivki »ocena terenske analize« in »število točk pri ugotavljanju stereotipiziranih stališč in prepričanj« pri $\alpha < 0.05$ ($\rho = 0,404$ ($p < 0.01$)). To potrjuje hipotezo, da stališča in prepričanja študentov zdravstvene nege o osebah z depresijo vplivajo na identificiranje organizacij v podporni mreži na področju duševnega zdravja za depresivne osebe. Več kot je pri študentih prisotnih stereotipiziranih stališč in prepričanj, nižjo oceno ustreznosti identifikacije organizacij v podporni mreži za osebe z depresijo so pridobili.

5 Razprava

Skladno s pričakovanji se je pokazalo, da so pri študentih zdravstvene nege v 90 % prisotna stereotipizirana prepričanja in stališča, ki so nezavedno vplivala na identificiranje organizacij v podporni mreži za depresivne osebe pri 65,1 % študentov. Glede na podatke ocenjujemo, da samo pri 10 % študentov ni prisotnih stereotipiziranih prepričanj in stališč, pri 24,9 % pa se kažejo stereotipizirana stališča, ki pa jih študenti že obvladujejo tako, da se ne izražajo v delovanju. Pri tem imamo pomisleke glede vpliva (ne)znanja na ugotovljeno prisotnost stereotipiziranih prepričanj in stališč, npr. glede opravljanja starševske funkcije ali sposobnosti odločanja depresivnih oseb, čeprav v nadaljevanju študenti jasno navajajo, da je depresija ozdravljiva bolezen ob koriščenju strokovne pomoči, predvsem z zdravili in psihoterapijo, kar preprečuje tudi ponavljanje bolezni, kot navaja Švab (2009). Ob rangiranju ocene študentov o koristnosti posameznih intervencij za depresivne osebe je razvidno, da so izpostavili pomen medicinske in psihološke obravnave. Visoko uvrščajo tudi aktivnosti svetovalcev v nevladnih organizacijah (torej psihosocialno rehabilitacijo) in pomoč svojcev. Socialni pomoči, verski podpora itd. so pripisali manjši pomen. Študenti so kot škodljivo ovrednotili zatekanje k alternativni. Sicer tudi npr. Potter idr. (2013) navajajo, da alternativni terapevt, ki verjame, da lahko vsako bolezen pozdravi s prakso, ki jo on izvaja, in pri tem izključuje učinkovito konvencionalno zdravljenje, ni nič drugačen od zdravnika, ki predpiše analgetik, a pri tem ne upošteva masaže, relaksacijskih vaj in ostalih nekonvencionalnih načinov blaženja bolečine. Integracija najboljšega iz konvencionalne in alternativne/dopolnilne terapije deluje v korist celovite zdravstvene obravnave. Najbolj škodljiv, kot kažejo podatki, je za respondente poskus samoupravljanja s svojimi težavami, čeprav je to zelo pomembno v procesu okrevanja in cilj krepitve moči depresivne osebe. Glede nefarmakoloških ukrepov izpostavljajo pomen sproščanja, kar je povezano z današnjim stresnim načinom življenja. Na seznamu nefarmakoloških

ukrepov je bila navedena tudi hospitalizacija na zaprtem oddeleku, ki se je uvrstila na šesto mesto, kar je ugoden rezultat v prizadevanjih za preusmerjanje pozornosti na obravnavo v skupnosti. Njihova prepričanja o zdravilih nakazujejo na potrebno raven znanja glede zdravljenja depresivnih oseb.

Na podlagi rezultatov ocene uspešnosti načrtovanja obravnave in identifikacije organizacij, ki bi lahko delovale v podporni mreži depresivne osebe, se je izkazalo, da v izobraževalnem procesu bodočih izvajalcev zdravstvene nege ni treba več pozornosti nameniti samo prepoznavanju in razvijanju strategij ravnanja z lastnimi stereotipiziranimi prepričanji in stališči, temveč tudi širjenju pogleda študentov zdravstvene nege na celostni pristop v obravnavi pacientov. Ključna naloga visokošolskih institucij, ki izobražujejo za poklice na področju skrbi za sočloveka, je, da izobrazijo in vzgojijo svoje študente v vsestransko usposobljene strokovnjake za profesionalno, kakovostno in varno delovanje, ki spoštujejo dostojanstvo vsakega pacienta ne glede na lastna osebna prepričanja, zdravstveno stanje, vzrok, posledice ali okoliščine tega stanja in so usmerjeni k pacientu kot celoviti osebnosti. Prepričanja in stališča, ki jih študenti pridobijo v procesu socializacije, so sicer sorazmerno trajna, odvisna od skupinskih norm, jih pa je mogoče spreminjati, kot navaja Musek (2010). Nujno je, da se v času priprave na poklic bodoči strokovni delavci v poklicih skrbi podajo na pot (samo)refleksije. Pot samorefleksije in samoanalize je, kot navaja Jevšnik (2005), lahko boleča, saj pripelje do uvida v svoje lastno početje in s tem tudi do prepoznavanja lastnih stereotipnih prepričanj in predsodkov. Pri izvajalcih zdravstvene nege je zaradi narave dela neposredno ob pacientu, v stanjih povečane stopnje tveganja še toliko bolj pomembno, da lahko s svojim samonadzorovanim delovanjem preprečujejo, da bi se pri njih prisotna stereotipizirana stališča odražala v delovanju.

6 Zaključek

V raziskavi je bilo dokazano, da stališča in prepričanja študentov zdravstvene nege vplivajo na identificiranje organizacij, ki bi lahko delovale v podporni mreži za osebe z depresijo v občini njenega stalnega bivališča.

Prisotnost stereotipiziranih stališč in prepričanj zagotovo negativno vpliva na kakovost celovite obravnave. Za raziskovanje na tem področju je treba metodologijo in instrument v prihodnje še ustrezno prilagoditi. Žal na podlagi te analize ne moremo popolnoma izključiti vpliva pomanjkljivega znanja o značilnostih depresije in njenem vplivu na vsakdanje življenje osebe v lokalnem okolju. Zaključujemo pa, da so tudi visokošolski učitelji tisti, ki morajo biti pozorni in sposobni z ustreznim metodološkim pristopom ob posredovanju načrtovane učne vsebine krepiti zanimanje študentov zdravstvene nege za samorefleksivno in samonadzorovano delovanje, za prepoznavanje lastnih stereotipiziranih stališč in prepričanj, širjenje pogleda na celovito obravnavo in na potrebe depresivnih oseb, nenehna vrednotenja rezultatov ter ozaveščanja o duševnem zdravju, kar vključuje tudi spopadanje s stigmo in z morebitnim diskriminatornim ravnanjem.

Vesna Zupančič, MSc

Stereotyped beliefs and views in the treatment of persons with depression

People have formed a stereotyped opinion on the behaviour and abilities of persons with mental health disorders based on media portrayals of them and »folk tradition passing inadvertently from generation to generation«. This notion has also inadvertently entered the beliefs and views of practitioners in different professions dealing with people. The presence of the stereotyped view of persons with mental health disorders can be particularly troublesome in the area of care for persons with depression and their families. The risk of stereotyped behaviour is significant in providers of nursing care due to the nature of their work being close to patients with depression, which may lead to stigmatizing and discriminatory behaviour. In order to reduce this risk, a research was conducted aimed at establishing whether the stereotyped beliefs and views on persons with depression are present in nursing care students, and whether these are expressed through their performance when planning community treatment for persons with depression. The developed hypothesis was, »The beliefs and views of nursing care students on persons with depression affect the identification of organizations in the mental health support network for persons with depression.« The research respondents included second-year undergraduate nursing care students at the School of Health Sciences Novo mesto. The methods used were a quantitative survey with a developed questionnaire and an analysis of the content of the project assignments according to their quantitative score on a three-level scale. Respondents were not told the exact aim of the research, as this would have risked the students selecting answers that were »more socially acceptable or acceptable to teachers«. The first part of the survey included several sets of questions aimed at recognizing the presence of stereotyped beliefs and views in respondents, and the latter part of the survey was aimed at identifying the corresponding project assignments, within which students prepared a community treatment plan based on a given scenario and identified the organizations and their programmes and services that could be included in the support network of a person with depression. The presence of stereotyped beliefs and views was evaluated based on the expressed level of agreement according to the determined dependent variables. The assessment of presence, partial presence or absence of stereotyped views by each student was based on their accumulated score. These findings on the beliefs and views of students on persons with depression could then be compared to the score on the quality of their field analysis of the organizations in the municipality where a person with depression resides, which represented the basis for formulating an answer to the posed research question and confirming the hypothesis. All the collected data were quantitatively analysed with the SPSS 20.0 program. The research included 46 (74.2 %) women and 16 (25.8 %) men. The average age of the respondents was 26 ($\sigma = 7.61$). 54 (84.4 %) had previously finished a secondary nursing school, 6 (9.4 %) a general upper secondary school, and 4 (6.3 %)

a different secondary school. Three respondents (4.9 %) had had a personal experience with depression, while 5 (7.7 %) had a family member that had experienced depression. 22 (34.9 %) respondents had work experience from regular employment in health care. 24 (37.5 %) respondents claimed to have professional experience working with persons with depression. 22 (34.9 %) respondents believed to have enough knowledge to work with persons with depression. The results showed that 90 % of respondents held stereotyped beliefs and views on persons with depression, and that these influenced the treatment planning of 65.1 % of students. In the first part of the survey, respondents expressed their beliefs and views on persons with depression by selecting replies to given statements according to an ordinal scale of opinions. Correlations between independent variables (chi-square test) were not proven. However, some correlations between dependent variables were proven by using Pearson's correlation coefficient. The students that expressed a higher degree of agreement with depression being a sign of an individual's failure also agreed largely that depression was only a state of an individual's emotional weakness and social failure. The students that would entrust the care of their child to a person with depression did not mind if a rehabilitation centre for persons with depression was built in the vicinity of their home; however, they did not largely agree with the statement that persons with depression often did not get on with other people and were not capable of making the right decisions regarding their lives. The students that believed persons with depression to be aggressive also believed that depression as an illness did not exist and that it is only a figment of one's imagination. They then evaluated the level of usefulness of assistance, professional intervention, use of non-pharmacological measures, and various medications for people with depression. The students largely agreed that recovery is aided by seeking professional assistance compared to not doing so. They expressed a high probability of depression recurrence when professional assistance was not sought. Approximately half of them expressed the opinion that the person could not return to the pre-illness state. In terms of intervention for persons with depression, the students assessed that a psychiatrist, a psychiatric nurse and a clinical psychologist were most beneficial, while the least useful were attempts at self-managing one's own problems and seeking a priest's counsel. Regarding non-pharmacological means, they considered it most beneficial that persons with depression sought counsel in non-governmental organizations, while the most damaging was drinking alcoholic beverages for relaxation. The presence of stereotyped views and beliefs was identified according to the values of the answers to the selected statements. The statements and criteria in the survey questionnaire can generally be divided into two sets: knowledge and stereotypes. 18 statements were selected for measuring stereotyped beliefs with the »Cronbach Alpha if Item Deleted« function, which helped reach a higher level of measurement reliability (Cronbach Alpha (α) = 0.81). The quality assessment of the field analysis of organizations that could operate within the support network for persons with depression in the municipality where they permanently reside was carried out according to a three-level scale (1—appropriate interdisciplinary approach in selecting organization in the local community and interpretation, 2—appropriate selection of organizations within the immediate technical field with traces of an interdisciplinary

approach and an unconvincing interpretation, 3-deficient list from both the interdisciplinary approach viewpoint and the technical field viewpoint and an unconvincing interpretation). Of all the respondents, 22 (33.9 %) took an interdisciplinary approach into consideration in planning community treatment for a person with depression and included organizations outside the health care framework in their lists and provided valid arguments for their selection. A further 32 (50.8 %) students prepared an adequate list of organizations exclusively in the health care domain, but their lists and explanations of the need to include organizations from other areas of expertise (e.g., social assistance) were deficient. The remaining 9 (14.3 %) students did not prepare a satisfactory list of organizations within the support network for persons with depression and did not provide an adequate argumentation. The hypothesis was tested with Spearman's correlation coefficient. The »field analysis score« and »presence of stereotyped beliefs and views« variables, correlate statistically characteristically at $\alpha < 0.05$ ($\rho = 0,382$ ($p < 0.01$)). The »field analysis score« and »score on determining stereotyped beliefs and views« variables also correlate at $\alpha < 0.05$ ($\rho = 0,404$ ($p < 0.01$)). This confirms the hypothesis that the beliefs and views of the nursing care students on persons with depression affect the identification of organizations in the mental health support network for persons with depression. The more stereotyped beliefs and opinions students held, the lower the score they received on the accuracy of identifying organizations in the support network for persons with depression. The research has thus proved that the views and beliefs of nursing care students affect their identification of organizations that may be part of the support network for persons with depression in the municipality where they permanently reside. The data thus shows that only 10 % of students do not hold stereotyped beliefs and views, while in 24.9 %, stereotyped views are present, but students manage them so that they are not evident in their actions. We are concerned about the effect of (the lack of) knowledge on the identified presence of stereotyped beliefs and views. It is thus necessary that the education process of future nursing care providers dedicate more attention to identifying and developing strategies for dealing with one's stereotyped beliefs and views, as well as to broadening nursing care students' notions of a comprehensive approach in patient treatment. The findings highlight the need for increased activity by all persons participating in the educational process to be mindful and capable, through appropriate approaches, of increasing the interest of nursing care students in self-reflection and self-control in their actions, recognizing their own stereotyped beliefs and views, spreading the notion of comprehensive treatment and the needs of persons with depression, and constantly evaluating the results and raising mental health awareness, which also includes combating stigma and potential discriminatory treatment.

LITERATURA

1. Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. and Wahlbeck, K. (2011). Personal stigma and use of mental health services among people with depression in the general population in Finland. Pridobljeno dne 13. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/52>.

2. Barney, L. J., Griffiths, M. K., Christensen, H. and Jorm, A. F. (2009). Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. Pridobljeno dne 17. 4. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654888/>.
3. Boškovič, R. (2005). Krepitev moči - kritična presoja koncepta. Pridobljeno dne 23. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://druzboslovnerazprave.org/clanek/2005/48/10/>.
4. Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. Pridobljeno dne 24. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://doyougetit.und.edu/health-wellness/healthy-und/how-stigma-interferes-with-mental-health-care-kay.pdf>.
5. Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P. and Uphoff-Wazowski, K. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. Pridobljeno dne 23. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.psychcontent.com/content/n34168571jp20m34/>.
6. Crisp, A., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, H. and Rowlands, O. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. Pridobljeno dne 23. 4. 2013 s svetovnega spleta: <http://bjp.rcpsych.org/content/177/1/4.full>.
7. Dein, K., Williams, P. S. and Dein, S. (2007). Ethnic bias in the application of the Mental Health Act 1983. Pridobljeno dne 24. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://apt.rcpsych.org/content/13/5/350.full>.
8. Jevšnik, A. (2005). Svet kot vprašanje ali kako je z vzgojo tolerance. *Socialna pedagogika*, 9, št. 4, str. 391–422.
9. Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. Pridobljeno dne 24. 5. 2013 s svetovnega spleta: http://bjp.rcpsych.org/content/177/5/396.abstract?ijkey=fa97ebc26521d35c7203b4c9c00727d872683e70&keytype2=tf_ipsecsha.
10. Kuhar, R. (2010). Na križiščih diskriminacije – večplastna in intersekcijska diskriminacija. Ljubljana: Mirovni inštitut.
11. Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C. and Russler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? Pridobljeno dne 14. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://onlinelibrary.wiley.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x/full>.
12. Link, B. G. and Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. Pridobljeno dne 23. 4. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.jstor.org.nukweb.nuk.uni-lj.si/stable/2678626>.
13. Maccann, T. and Berryman, C. (2009). Mental health literacy of Australian Bachelor of Nursing students: a longitudinal study. Pridobljeno dne 17. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://onlinelibrary.wiley.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/10.1111/j.1365-2850.2008.01330.x/full>.
14. Musek, J. (2010). Psihologija življenja. Ljubljana: Institut za psihologijo osebnosti.
15. Ng, T. P., Ho, R., Chua, H. C., Fones, C. S. and Lim, L. (2008). Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban Singaporean adults. Pridobljeno dne 12. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=99026>.
16. Potter, J. E., Mckliney, S. and Delaney, A. (2013). Research participants' options of delayed consent for a randomised controlled trial of glucose control in intensive care. Pridobljeno dne 24. 6. 2013 s spletne strani: <http://link.springer.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/article/10.1007/s00134-012-2732-8#page-1>.
17. Quinn, N., Kniffon, L., Goldie, I., Van Bordel, T., Dowds, J., Lasalvia, A. and Scheerder, G. et al. (2013). Nature and impact of European anti-stigma depression programmes. Pridobljeno dne 23. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://heapro.oxfordjournals.org.nukweb.nuk.unilj.si/content/early/2013/01/24/heapro.das076.short>.
18. Ross, C. A. and Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. Pridobljeno dne 23. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://onlinelibrary.wiley.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x/full>.
19. Strbad, M., Švab, I., Zalar, B. and Švab, V. (2008). Stigma of mental illness: comparison of patients' and students' attitudes in Slovenia. *Zdravstveni vestnik*, 77, str. 481–485.

20. Švab, V. (2009). Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje.
21. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. and Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? Pridobljeno dne 15. 5. 2013 s svetovnega spleta: http://bjp.rcpsych.org/content/190/3/192.abstract?ijkey=b021e98e0ca703a2883ff9e0511fa87b8f3278dd&keytype=tf_ipsecsha.
22. Valič, M., Knifton, L. and Švab, V. (2013). A review of the literature and media reports of patterns of mental health stigma and addressing stigma in Slovenia until 2010. Pridobljeno dne 23. 5. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.degruyter.com/view/j/sjph.2013.52.issue-1/sjph-2013-0006/sjph-2013-0006.xml>.
23. Webster, D. (2009). Addressing nursing student's stigmatizing beliefs toward mental illness. Pridobljeno dne 23. 4. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19835318>.

Psihologija kot pomembna znanost v interdisciplinarnem povezovanju z zdravstveno nego

Strokovni članek

UDK 614.253+159.922

KLJUČNE BESEDE: humanistična psihologija, zdravstveni delavec, zdravstvo, življenjski cilji, vrednote

POVZETEK – Psihologija je v svojem znanstvenem razvoju veliko prispevala k opisu človekove osebnosti, njegovih glavnih značilnosti in tudi patologije. V prispevku se bomo osredotočili na pomen in prikaz »tretje sile« v psihologiji – humanistične psihologije, ki je nastala kot reakcija na psihoanalitično in behavioristično razlago človeka. Za razliko od psihoanalitičnih in behaviorističnih teorij humanistična psihologija prinaša spoznanja o avtentičnih človekovih potrebah, o njegovi vrednostni orientaciji, o njegovih življenjskih ciljeh in zmožnosti odgovornega vedenja glede svojega zdravja ali bolezni. Cilj humanistične psihologije je, da prispeva k temu, da bo človek živel polnejše, avtentično življenje, ne glede na okoliščine. Poskusi odkrivanja in raziskovanja humanistične podobe človeka imajo implikacije tako v vzgoji kot terapiji. Ker vsak zdravstveni delavec, ki ima pred sabo pacienta, že vstopa v odnos, je zelo pomembno, s kakšnim znanjem ga opremimo. Pomembno je, ali resnično razume pacienta, njegovo doživljanje, njegove specifične osebnosti ali pa ostane v praksi le izvajalec zdravstvene nege.

Professional paper

UDC 614.253+159.922

KEY WORDS: humanistic psychology, health care professional, health care, goals in life, values

ABSTRACT – In its scientific development, psychology has contributed a great deal to the definition of man's personality, the main characteristics and pathology. The paper will focus on the meaning and demonstration of »third force« in psychology – humanistic psychology, which arose as a reaction to the psychoanalytical and behaviouristic explanation of man. As opposed to psychoanalytical and behaviouristic theories, humanistic psychology provides answers about authentic man's needs, value orientation, aims in life and the capability of responsible behaviour with regard to health or sickness. The goal of humanistic psychology is to contribute with its learning to a fuller, authentic life of man, regardless of circumstances that occur in life. The attempts to detect and research the humanistic image of man have implications in upbringing as well as therapy. Since health workers who have a patient in front of them already enter into a relationship, it is very important with what knowledge they are equipped. It is important if they really understand the patient, his/her experience, the specifics of his/her personality or if they remain only nursing care providers in practice.

1 Uvod

Psihologija je s svojim znanstvenim in predvsem aplikativnim znanjem na področju teorij osebnosti veliko prispevala k vsem naravoslovnim in tudi družboslovnim znanostim. Teorije osebnosti izhajajo iz dveh velikih psiholoških disciplin, in sicer iz teoretične in klinične psihologije.

Teoretična psihologija se ukvarja z empiričnim preučevanjem psihičnih zakonitosti in z deduktivnim preučevanjem le-teh, velikokrat tudi med seboj prepletjenih.

Klinična psihologija pa se ukvarja z duševnimi motnjami in duševnimi stiskami, v skladu s tem pa je razvila tudi mnogo psihoterapevtskih pristopov, ki ima vsak svojo

metodologijo, teoretična izhodišča in tehnike dela, ki nudijo pomoč posameznikom in skupinam.

Zelo veliko psiholoških teorij je dobilo odločilne pobude iz drugih znanstvenih disciplin, npr. kulturne antropologije, sociologije, filozofije, medicine in kibernetike, kar že v osnovi kaže na nujnost interdisciplinarnega povezovanja.

2 Klasifikacija psiholoških teorij

Prva med bolj znanimi klasifikacijami (Musek, 2010) je delitev na celostne in elementaristične teorije.

Za celostne teorije je značilno, da posameznikove osebnostne značilnosti gledajo z vidika celostne osebnostne integracije.

K celostnim teorijam spadajo vse tipologije, psihoanalitične teorije, teorije polja, gestalt teorija itd.

Za elementaristične teorije pa je značilna analiza ustroja celotne osebnosti. V to skupino pa spadajo factorske teorije, teorije osebnostih potez in tudi kar nekaj fiziološko ter behavioristično usmerjenih teorij.

Druga klasifikacija pa je razdelitev osebnostnih teorij v tri smeri:

- psihoanalitične teorije,
- objektivistične teorije,
- humanistične teorije.

2.1 Psihoanalitične teorije

Ortodoksna psihoanalitična teorija temelji na delih Sigmunda Freuda (1942–1952). Glavni vir njegovih spoznanj je bila njegova klinična praksa s psihiatričnimi in nevrotičnimi pacienti. Psihične težave pacientov je pripisoval posameznikovim nagonskim, praviloma seksualnim težnjam, ki pa so bile potlačene in zato jih je potem s svojo metodo psihoanalize priklical v posameznikov spomin. Ponovno spominjanje takih »pozabljenih« dogodkov je najlažje dosegel s pomočjo asociativnega nizanja. Ugotovil je, da že samo spominjanje in podoživljanje pozabljenih dogodkov ugodno vpliva na potek zdravljenja ali celo na izgubo simptomov. Ob tem pa je tudi ugotovil, da so se značilnosti notranjega doživljanja pacientov pojavljale v simbolični obliki v vsebini sanj in drugih, zavestno manj kontroliranih dejavnostih, na primer v domišljiji, igri, bralnih napakah itd.

Freud je v kasnejših letih dodal spolnemu nagonu še en primarni nagon, in sicer agresivnost – kot instinktivno težnjo po uveljavljanju. Dokončno pa je izoblikoval hipotezo o dveh nagonskih temeljih. Prvega je imenoval eros – nagon po življenju, drugega pa thanatos – nagon po uničevanju in samouničevanju.

Freud je tudi prvi opozoril na psihične konflikte kot gibala, ki usmerjajo in oblikujejo posameznikovo vedenje, in tako vnesel v teorijo osebnosti dialektično pojmovanje psihičnih procesov, ki jih mnoge kasnejše teorije niso prepoznale.

Freudova teorija je zelo obsežna, ne smemo pa pozabiti, da je bil njen glavni namen utemeljiti nov terapevtski pristop, zato v vsebinskih pogledih bolj ustreza tistim, ki se ukvarjajo s klinično psihologijo, kot pa z zdravim posameznikom.

Predvsem pa moramo poudariti, da mnoge kulturne in razvojne značilnosti, ki naj bi bile instinktivno pogojene in zato tudi obče veljavne, nikakor niso univerzalne, zato je dejstvo, da psihoanaliza ne upošteva socialnih in kulturnih dejavnikov, kar je njena velika pomanjkljivost.

Naslednja psihoanalitična predstavnik sta bila Alfred Adler s svojo individualno psihologijo in C. G. Jung s svojo analitično psihologijo.

V naslednjem obdobju so se razvile različne neoanalitične smeri, ki so dopolnile psihoanalizo predvsem s pomenom socioloških in družbenih vplivov. Najvidnejši predstavniki so: Reichova teorija osebnosti, neoanalitična teorija osebnosti Karen Horneye, socialno umerjena psihoanalitična teorija Erika Eriksona itd.

2.2 Objektivistične teorije

Njihov predmet preučevanja je to, kar je možno objektivno opazovati, to pa so procesi reakcije, vedenja in fiziološki procesi. Zavestni in podzavestni procesi jih zelo malo zanimajo, ali pa sploh ne. Razdelimo jih lahko v tri skupine:

- behavioristične teorije (Skinner, Dollard – Milerjeva in Mowrerjeva teorija), te govorijo največ o zunanjem obnašanju, predvsem z vsemi procesi učenja,
- faktorske teorije (Cattellova, Guilfordova in Eysenckova teorija), te obravnavajo statistično izračunane faktorje,
- fiziološke teorije (Pavlov), te povezujejo osebnostne lastnosti s fiziološkimi procesi v organizmu, zlasti z živčevjem.

Skinner (1972), kot najvidnejši predstavnik behaviorističnih teorij, je celotno človekovo obnašanje determiniral z zunanjimi okoliščinami. Po njegovem so torej rešnični vzroki obnašanja zunaj organizma, ki pa so velikokrat tudi nepoznani. Okolje je njegov lastni proizvod, človek pa nadzoruje samega sebe tako, da spreminja pogoje, v katerih živi, in ti pogoji potem vplivajo na njegovo obnašanje in obnašanje drugih.

Svojo metodo imenuje »funkcionalna analiza obnašanja«, s predpostavko, da obnašanje lahko neposredno nadzorujemo in spreminjamo. Iz tega razloga tudi zavrača pojme, kot so nagon, potreba, emocije, osebnostne poteze. Po njegovem mnenju to niso vzroki obnašanja, ampak obnašanje samo ali vsaj del njega.

Patološko vedenje, kot tudi vse druge vrste vedenja, so posledica istih principov učenja. Nevroza ali psihoza je posledica poprejšnjega napačnega pogojevanja. Tako je na primer za nastanek depresije vzrok splošno pomanjkanje odzivnosti, ker okolje ni nudilo ustreznih ojačanj ali pa se je njegova odzivnost kaznovala.

Njegovo učenje je imelo velik vpliv predvsem na terapijo psihotikov in otrok. Po njegovem mnenju v klinični praksi sploh ni potreben terapevt, temveč strokovnjak za operativno pogojevanje, ki mora ugotoviti, katere oblike obnašanja je treba spreminiti, in določiti nove, zaželene oblike obnašanja. Terapija torej ni osredotočena na odstranjevanje vzrokov, ampak neposredno na vedenje.

Skinner je imel veliko privržencev in tudi kritikov. Zlasti Rogers in pristaši fenomenoloških smeri, ki zavračajo behaviorizem, so v njegovi teoriji videli napad na človekovo svobodo in dostojanstvo. Upravičene so tudi kritike, ki mu očitajo podcenjujočo vlogo razuma, vpogleda in ustvarjanja, skratka, preveč poenostavljeno in deterministično pojmovanje človeka in njegovega obnašanja.

2.3 Humanistične teorije

Humanistične teorije (Musek, 2010) so predvsem teorije zavesti, ki so poskušale preseči prejšnje teorije, »teorije človekovega pomanjkanja«, in dodale pojme, kot so samorealizacija, samomotivacija ipd. Predhodniki teh teorij so že organizmične teorije (Goldstein in Angyal) in Allportova teorija o funkcionalni avtonomnosti motivov.

Glavne naloge humanistične psihologije so bile usmerjene v raziskovanje zdravega in polnega človeškega življenja, ob tem pa je bilo treba določiti cilje, metodologijo in teoretične temelje humanističnega koncepta človekove narave. Humanistična psihologija se osredotoča na človekovo doživljanje kot na primarni, nenadomestljivi fenomen raziskovanja. V svoj raziskovalni prostor pa vnaša človekove kvalitete, kot so ustvarjalnost, izbira, vrednotenje, zanimanje za razvoj potencialnih možnosti človeka.

Odkrivanje in raziskovanje humanistične podobe človeka imata implikacije tako v terapiji kot v vzgoji. Najvidnejši predstavniki humanističnih teorij:

- Carl R. Rogers,
- Abraham Maslow,
- C. Bühler.

Nedirektivna teorija Carla R. Rogersa

Najprej se je Rogers (1964) naslanjal na Freudova dinamična stališča, vendar gre v njegovi teoriji za težnjo po združitvi religije in znanosti, intuitivnega z objektivnim, kliničnega in statističnega. Za spoznavanje subjektivnega sveta doživljanja je poskušal uveljaviti objektivne metode znanosti, terapija pa mu pomeni doživetje, v katerem se odraža človekova subjektivnost. V njegovih delih se torej teorija, pogled na človeka in na življenje medsebojno prepletajo. Vsak posameznik je usmerjen k pozitivnemu in z vsem svojim bistvom teži k samoaktualizaciji, zrelosti in socializaciji, s predpostavko, da se lahko doživlja brez omejitev, in k svoji avtentični naravi.

Rogers izhaja iz fenomenološkega stališča, da posameznik zaznava svet na njemu lasten in edinstven način. To pomeni, da tako kot zaznava svet okoli sebe, tako se nanj tudi odziva. Torej v svoje fenomenalno polje vključi tako zavestne kot podzavestne zaznave, tako tiste, ki so simbolizirane, kot tiste, ki niso. Pri zdravih ljudeh so pomembnejše simbolizirane zaznave, saj določajo posameznikovo vedenje. Fenomenalno polje je posameznikov privatni svet, vendar tudi mi lahko vstopimo vanj, če pogledamo na njegovo vedenje z njegovimi očmi.

Razlikuje tudi med subjektivnim (glede na lastni referenčni okvir) in objektivnim spoznanjem (tisto, kar vemo, ponovno preverjamo z opazovanjem drugih). Obema pa je dodal še medosebno spoznanje, pri katerem uporabljamo svoje empatične sposobnosti, da bi lahko razumeli fenomenalno polje drugega. To »fenomenološko spoz-

nanje« je nujen in zakonit del psihologije kot znanosti. Raziskovanje pa naj bi bilo usmerjeno prav v razumevanje pojavov subjektivnega in medsebojnega doživljanja.

V svojem preučevanju človekove osebnosti se ni osredotočal na preučevanje posameznih nagonov in motivov, ki vodijo posameznika v aktivnost in k cilju, ker je zanj posameznik že v osnovi aktiven in uresničuje samega sebe. Kadar koli govori o strukturi osebnosti, vedno poudari njeno spreminjanje. Človek je vedno usmerjen naprej, pri tem pa dinamika ni osredotočena na redukcijo napetosti, kot so utemeljevali behavioristi, ampak je važnejša težnja po samoaktualizaciji in rasti. Torej njegov osrednji teoretični model sestavlja motiv po samoaktualizaciji. Iz posameznikove aktivnosti, ki bogati in razvija organizem, sledita tudi veselje in zadovoljstvo, saj organizem vedno teži k nečemu novemu, k bolj aktivnemu življenju.

Proces osebnostne rasti poteka preko diferenciacije, avtonomnosti in socializacije. Pri zdravem človeku se razvije kongruentnost med podobo »sebe« in doživljanjem, pri nevrotični osebi pa se podoba »sebe« strukturira na način, ki ne ustreza izkustvom organizma. Vsa doživetja, ki so nekongruentna s podobo »sebe«, dojema kot grožnjo nastalemu organizmu in jih potem mora zanikati ali poiskati izkrivljeno pot v simbolizaciji. Prav tako gleda tudi na psihotično stanje kot na vedenje, ki je nekonsistentno s podobo »sebe«.

Po njegovem mnenju se slabo prilagojena oseba svojih stališč, ki nasprotujejo »sebi«, niti ne zaveda, zato se poskuša izogniti vsem tistim vrstam izražanja, ki bi jih razkrivale. Prav tako doživlja tudi tesnejše stike z drugimi kot nevarne, zato se jih raje izogiba. Nasprotno pa zdrava oseba rada izraža in doživlja svoja občutja, in se ne boji, da bi tvegala lastni »jaz« v odnosih z drugimi.

V psihoterapiji je Rogers (1951) razvil »na klienta osredotočeno« nedirektivno terapijo, kjer ga je zlasti zanimalo, kako pride do spreminjanja človekove osebnosti. V svojih novejših delih poudarja, da poteka spreminjanje iz fiksiranosti v spremenljivost in iz rigidne strukture v proces. Spreminjanje predstave o »sebi« in način doživljanja vodi do sprememb v vedenju. To se zgodi na več ravneh, in sicer vrednote drugih zamenjajo lastne vrednote, poveča se odprtost v doživljanju samega sebe, razvije se jasnejši, pozitivnejši »jaz«, ob tem ko se razvije občutek za lastno vrednost, se spremeni tudi vrednotenje drugih.

Rogersov največji prispevek je povezovanje klinične prakse s teorijo in raziskovanjem. Bil je izredno znanstveno dosleden, navkljub intuitivnemu kliničnemu delu, saj je razvil klinično ustrezna merila osebnosti in prikazal vrednosti raziskovanja na tem področju.

Samoaktualizacijska teorija Abrahama H. Maslowa

Maslow (1962) je dal pobudo za ustanovitev Združenja za humanistično psihologijo, tako imenovano »tretjo silo« v psihologiji, poleg behaviorizma in psihoanalize.

V svojih delih poudarja humanistično podobo človeka, ki do najvišje stopnje lahko uresniči svoje potenciale. Osredotočil se je predvsem na preučevanje zdrave osebnosti

in želel dopolniti podobo, ki jo je psihologija ustvarila s preučevanjem depriviranega posameznika.

Njegovo izhodišče je zajeto v naslednjih postavkah (Maslow, 1954):

1. Vsak posameznik ima biološko dano notranjo naravo, ki je v določenih mejah ni mogoče spreminjati in se tudi ne spreminja.
2. Posameznikova notranja narava je enkratna, neponovljiva, deloma pa je značilna za vrsto.
3. Notranjo naravo je možno raziskati in odkriti, kakšna je.
4. Človekova notranja narava ni močna in nezmotljiva, kot so živalski instinkti, navede, kulturni pritiski jo zlahka prekrijejo.
5. Človekova notranja narava ohrani dinamično učinkovitost, tudi če je potlačena. Dinamična učinkovitost se kaže v nujni rasti, v želji po zdravju in tako omogoča vzgojo in psihoterapijo.
6. Posameznik svojo notranjo naravo delno odkriva, delno pa soustvarja.
7. Človekova narava ni sama po sebi slaba, lahko jo označimo kot dobro ali nevtrarno, zato jo je treba odkriti in opogumiti.
8. Posameznik ne more biti zdrav, če on sam in ljudje, s katerimi živi, ne sprejmejo njegove notranje narave.

Maslow obravnava teme človekove notranje narave, ki jih je delil na teorijo motivacije in psihologijo bivanja.

Za teorijo motivacije so značilne temeljne potrebe, hierarhija motivov, teorija grafitikacije motivov, razlikovanje med motiviranim in nemotiviranim vedenjem, potrebe pomanjkanja in potrebe rasti. Temeljne potrebe so značilne za človekovo notranjo naravo (potrebe po varnosti, ljubezni in pripadnosti, po spoštovanju in samospoštovanju, po samoaktualizaciji, po znanju in razumevanju, estetske potrebe). Te potrebe so hierarhično razvrščene, šele ko so zadovoljene potrebe, ki so najnižje na lestvici, se lahko uresničuje višje razvrščena potreba. V to hierarhijo pa niso vključeni ljudje, ki se žrtvujejo za svoje ideale in vrednote. Prav tako lahko trdimo, da človekovo vedenje motivira več potreb hkrati. Maslow je raziskoval predvsem posledice zadovoljitve temeljnih človekovih potreb, za razliko od motivacijskih teorij, ki so preučevale predvsem posledice frustracije motivov. Tako kot posameznik zadovoljuje temeljne potrebe, toliko je tudi duševno zdrav. Kadar je na primer zadovoljena potreba po ljubezni in spoštovanju, se bodo v posameznikovem značaju razvijale poteze ljubeznivosti, zaupanja vase, gotovosti. Prav zadovoljevanje višjih potreb vodi k nastanku zdrave osebnosti, k samoaktualizaciji posameznika, torej stran od vsega patološkega. Razlike med bolno in zdravo osebnostjo utemeljuje s svojima pojmomoma: potrebami pomanjkanja in potrebami rasti. Zadovoljitev nezadovoljenih potreb pomanjkanja ozdravi bolezen. Potrebe pomanjkanja so praznine, ki jih je treba zapolniti s pomočjo drugih ljudi, torej je posameznik zelo odvisen od odnosov v okolju. Potrebe rasti pa so potrebe po samoaktualizaciji, to je težnja po uresničevanju človekovih možnosti, tisto, kar je za človeka bistveno. Izkušnja rasti potrjuje samo sebe, saj vsak posameznik nosi v sebi sile, ki ga potiskajo naprej. Rast pa ne pomeni zgolj ugodja, temveč tudi bolečino, saj

je vsak napredek tudi tveganje, pomeni opustitev nečesa znanega, lažjega načina življenja za bolj zahtevno in težje. Od posameznika zahteva tudi pogum in moč.

Psihologija bivanja pravi, da je stanje bivanja k cilju usmerjeno vedenje oziroma motiviranost s potrebo po rasti. Maslow pravi: »Proces rasti je proces nastajanja človeka; biti človek, bivanje, je nekaj drugega« (Maslow, 1962, str. 112). V svojih delih navaja, da je resničen opis stvarnosti odvisen od duševnega zdravja posameznika. Nevroze, psihoze pomenijo ovirano rast, saj kot kognitivna obolenja izkrivljajo percepcijo, pomnjenje, mišljenje. Kot ena od najpomembnejših značilnosti osebe, ki se aktualizira, je integriranost. Zdravje in posameznikova zrelost se kažeta v integraciji zajemanja iz predzavestnega, zavestnega in podzavestnega. Zato je zdrava osebnost sposobna integrirati svoj notranji psihični svet z zunanjo stvarnostjo in živeti v obeh. To pa še ne pomeni, da zdravi ljudje ne doživljajo konfliktov, tesnob, frustracij, krivde. Zrelost pomeni, da se znajo odmakniti od nevrotičnih problemov k resničnim – eksistenčnim problemom. Maslowa teorija pomeni velik prispevek k razumevanju sebe in soljudi, pa tudi družbe v celoti. Osredotoča se na bistvo človeka – kaj zmore in kam je usmerjen, kar je večer predmet psihologije kot znanosti, pa tudi vzgoje in psihoterapije.

Humanistična teorija osebnosti Charlotte Bühler

V eni od najbolj branih del C. Bühler *Psychologie im Leben unserer Zeit* (1962) je postavljena teza, da sodobna psihologija lahko pomaga človeku živeti ustvarjalnejše, polnejše in bolj avtentično življenje.

Bühler pravi, da je osebnost kot dinamičen sistem, ki je v nenehnem razvijanju in spreminjanju ter v vzajemnem odnosu z okoljem. Vedno pa je ta sistem usmerjen k nekemu cilju. Hierarhični sistem ciljev omogoča notranjo enotnost osebnosti, kontinuiteto in daje vtis lastnosti. Osrednja problematika njene teorije je človekova motivacija, ki jo definira s pojmi življenjskih ciljev in vrednotami. K človekovi izpolnitvi vodijo štiri življenjske težnje:

- težnja po osebni zadovoljivosti v spolnosti, ljubezni in samopotrditvi,
- težnja po prilagajanju, samoomejevanju, pripadnosti, varnosti,
- težnja po izražanju samega sebe in ustvarjalnosti,
- težnja po združevanju in vzdrževanju notranjega reda.

Izpolnitev pomeni, da je posameznik napredoval v vseh štirih težnjah, ne glede na to, katera je bila pomembnejša. Končni cilj izpolnitve pa se pokaže v uspešnem življenju. Kadar je bilo življenje uspešno, je to omogočilo posamezniku širjenje in prilagajanje ter vzpostavitev notranjega reda.

Življenjski cilji v smislu teženj po izpolnitvi obstajajo vse življenje in gredo skozi razvojne faze posameznika od otroštva do odraslosti. Močno je poudarjena vloga, ki jo imajo cilji in vrednote v posameznikovem življenju. Tudi pri psihoterapiji je avtorica zelo poudarila pomoč, ki jo daje terapevt pri vzpostavljanju človeku ustreznega vrednostnega sistema. »Psihoterapija, ki temelji na razumevajočem odnosu do življenja, je zahteva današnjega časa« (Bühler 1972, str. 85).

Največji prispevek njene teorije je, da so njene teoretične postavke rezultati analize dela v psihoterapevtski praksi (kriza vrednot, osamljenost, problemi iskanja lastne identitete, iskanje življenjskega smisla), torej so izšle iz izkustva o življenju človeka.

3 Sklep

Teoretična psihologija, ki se ukvarja z empiričnim preučevanjem človekove osebnosti, je pravzaprav z vsako teorijo osebnosti razkrila in utemeljila del naše notranjosti. V zgodovinskem pregledu se zelo dobro vidi, kako je potekalo to raziskovanje in kako se slika naše osebnosti vedno bolj izpopolnjuje tako pri zdravem kot pri bolnem posamezniku.

Nemogoče si je zamisliti delovanje naših psihičnih procesov brez poznavanja naše instiktivne narave, podzavestnih procesov in pomena zgodnjih doživetij otroka, ki nam jih je razkril Freud in njegovi učenci.

Objektivistične teorije so nam dokazale, kako pomembne so človekove reakcije, vedenje in fiziološki procesi. Vse behavioristične teorije se zelo uspešno uporabljajo v terapevtske namene zdravljenja odvisnosti in drugih psihičnih težav, saj izhajajo iz predpostavke, da posameznik lahko spremeni pogoje okolja sebi v prid.

S humanistično usmerjenimi teorijami pa smo pridobili vpogled v raziskovanje zdravega človeka, ki s svojo ustvarjalnostjo in cilji stremi k samoaktualizaciji. Teorije, pogledi na človeka in življenje, se vedno bolj interdisciplinarno prepletajo in dokazujejo, da človek ni samo nagonsko bitje, niti ni samo bitje, ki odreagira na določene dražljaje v svojem okolju, temveč je zlasti bitje, ki želi uresničiti svoje potenciale, se nenehno spreminjati in se preizkušati, kaj zmore. V ozadju je torej vedno težnja po napredovanju in osebnostni rasti. Kadar posameznik zboli, pa je v ozadju vedno neka kriza lastne identitete, kriza vrednot in pomanjkanja življenjskih ciljev.

Kadarkoli imamo pred sabo pacienta ali svojca, je verjetno najpomembnejše vprašanje, ali bo zdravstveni delavec s to osebo prišel v spoštljiv in dober odnos, ali bo znal prepoznati njene vrline, pa tudi pomanjkljivosti, ali pa bo v njej videl le človeka, ki boleha za to in to boleznijo. Vsak pacient je mnogo več kot »bolezen«. Je osebnost, ki je sestavljena iz vseh čustvenih, spoznavnih, vrednostnih usmeritev. Je osebnost, v kateri se prepletajo vsa pretekla doživetja in upanje v prihodnost, in je osebnost, ki želi kljub bolezni živeti svoje življenje.

Zdenka Zalokar Divjak, PhD

Psychology as an important science in interdisciplinary integration with health care

Psychology with its scientific and especially applied knowledge in the field of theories of personalities has contributed a lot to all the natural as well as sociological sciences. The theories of personalities originate from two big psychological disciplines; from theoretical psychology and clinical psychology.

Theoretical psychology is concerned with empirical studies of psychic laws and deductive studies of psychic laws, many times intertwined among themselves. Clinical psychology, however, is concerned with mental disorder and mental distress and has accordingly developed many psychotherapeutic approaches, each of them with its own methodology, theoretical basis and work techniques that offer help to individuals and groups.

The first among the more well-known classifications is the division into integral and elementaristic theories. It is typical for integral theories to view an individual's personality traits from the viewpoint of overall personal integration. Belonging among integral theories are all typologies, psychoanalytic theories, field theories, the Gestalt theory etc.

For elementaristic theories, however, it is the typical analysis of personality into elements that induce the structure of a whole personality. Into this group are included factorial theories, trait theories of personalities and many physiologically- and behaviourist-oriented theories.

The second classification is the division of personality theories into three directions:

- psychoanalytic theories,*
- objectivistic theories,*
- humanistic theories.*

In the article, humanistic theories will be especially presented, which are especially theories of consciousness and tried to surpass previous theories »theories of human deficiency« and added concepts such as self-realization, self-motivation etc. Organismic theories (Goldstein and Angyal) are already the predecessors of these theories and Allport's theory of the functional autonomy of motives.

The main tasks of humanistic psychology were oriented into the research of a healthy and full human life, and thereby determining the goals, methodology and theoretical basis of a humanistic concept of a human's nature. Their concept is focused on man's experiencing as the primary, irreplaceable phenomena of research. Into their research area, they enter man's qualities, such as creativity, choice, valuation, interest in the development of man's potential possibilities.

The detection and research of a humanistic image of man have implications in therapy as well as in education.

As the most apparent representatives of humanistic theories, the following will be presented:

- *Carl Ransom Rogers,*
- *Abraham Maslow,*
- *Charlotte Bühler.*

Ad 1) Non-directive theory of Carl R. Rogers

He tried to implement objective methods of science for the study of a subjective world of experiencing; therapy to him means an experience, in which man's subjectivity is reflected.

In his study of man's personality, he did not focus on studying individual instincts and motives that led an individual into activity and led him towards his goal, because to him, an individual is fundamentally active and realizes himself. Man is always oriented forward, whereby the dynamics are not focused on the reduction of tension as behaviours argued, they favoured the tendency for self-actualization and growth.

In psychotherapy, he developed »client-centred« non-directive therapy (1951), where he was especially interested how it comes to changes in human personality.

Rogers' greatest contribution is connecting clinical practice with theory and research. He was extremely scientifically consistent, despite intuitive clinical work, because he has developed clinically appropriate standards of personality and showed the values of research in this area.

Ad 2) Self-actualization theory of Abraham Harold Maslow

Maslow (1962) gave the initiative for founding the Association for humanistic psychology, the so-called »third force« in psychology, next to behaviourism and psychoanalysis.

In his work, he emphasizes the humanistic image of man, who can realize their full potential. He focused mainly on studying mentally healthy individuals and wanted to supplement the image psychology created by studying underprivileged individuals. His basis is gathered in the following statements:

- 1. Every individual has an essential biologically-based inner nature, which cannot be altered and which does not change.*
- 2. An individual's inner nature is unique, one of a kind, and is partly characteristic of the species.*
- 3. Inner nature can be researched and uncovered what it is like.*
- 4. Man's inner nature is weak, not strong and infallible like animal instincts; habits cultural strains can easily overcome it.*
- 5. Man's inner nature keeps its dynamic efficiency even if it is suppressed. Dynamic efficiency is shown in urgent growth, a wish for health, and thus enables education and psychotherapy.*
- 6. An individual partly discovers and partly co-creates his inner nature.*
- 7. Man's nature is inherently not bad; it can be labelled as good or neutral, therefore it has to be discovered and encouraged.*

8. *An individual cannot be healthy if he himself and the people that he lives with do not accept his inner nature.*

Maslow deals with themes of man's inner nature, which he divides into:

- *theory of motivation,*
- *psychology of being.*

Ad a) Basic needs, hierarchy of motives, theory of gratification of motives, differentiation between motivated and unmotivated behaviour, needs of deficiency and needs of growth are typical for the theory of motivation.

He establishes the differences between an unhealthy and healthy personality with his concepts: deficiency needs and needs for growth. The satisfaction of unsatisfied needs of deficiency heals diseases. Deficiency needs are voids that need to be filled with the help of other people; therefore, an individual is very dependent on relations from the environment.

The needs of growth are the needs of self-actualization, the tendency to realize man's potential; that is what is fundamental for man. Growth does not mean only comfort but also pain, because each amount of progress is a risk; it means abandoning something familiar, as an easier way of life for a more demanding and more difficult one. It also demands courage and strength from the individual.

Ad b) Psychology of being

The states of being are goal-oriented behaviour or motivation with growth needs. Maslow states: »The process of growth is the process of becoming a person. Being a person is different«.

In his works, he states that the real description of reality depends on the mental health of an individual. Neurosis and psychosis mean hindered growth, because cognitive diseases distort perception, retention, and thinking.

Maslow's theory signifies a great contribution towards understanding oneself and other people, as well as society as a whole. It focuses on man's basis – what he can do and where he is headed, which is the eternal object of psychology as a science as well as education and psychotherapy.

Ad 3) Humanistic theory of personality by Charlotte Bühler

*In one of the most read books by Charlotte Bühler, *Psychologie im Leben unserer Zeit*, a thesis that modern psychology can help man live a more creative, fuller and more authentic life is presented.*

Charlotte Bühler defines personality as a dynamic system, which is constantly developing and changing, and is in mutual relationship with the environment. This system is, however, oriented towards a goal. The central problem of her theory is man's motivation, which she defines with concepts of life goals and values. Four life tendencies lead to man's fulfilment:

1. *the tendency for personal satisfaction in sexuality, love and self-conformation,*
2. *the tendency for adjustment, self-limitation, belonging, safety,*
3. *the tendency for expressing oneself and creativity,*

4. *the tendency for combining and maintaining inner order.*

Fulfilment means that an individual has improved in all four tendencies, regardless of which tendency was more important. The final goal of fulfilment is shown by a successful life. When life is successful, it enables individuals to expand, adapt, and restore their inner order.

The greatest contribution of her theory is that her theoretical points are the results of work analysis in psychotherapeutic practice (crisis of values, loneliness, problems in searching of one's own identity, searching for the meaning of life), therefore stemming from the experiences of a person's life.

Theoretical psychology, which is concerned with the empirical study of an man's personality, has with each theory actually revealed and established parts of our inwardness.

It is impossible to imagine our psychic processes functioning with knowing our instinctive nature, the subconscious processes and the meaning of a child's early experiences that were revealed to us by Freud and his disciples.

Objectivistic theories have proved to us how important man's reactions, behaviour and physiological processes are. All behaviourist theories are very successfully used for the therapeutic purposes of addiction treatment and other physical problems, because they originate in the presumption that an individual can change the environmental conditions in his favour.

With humanistically oriented theories, however, we have gained an insight into the research of healthy man, who strives for self-actualization with his creativeness and goals. Theories, views of man and life are increasingly interdisciplinary intertwined and prove that man is not only an instinctive creature, which reacts to different stimuli in his environment but is in particular a creature that wishes to realize his potentials, to constantly change and test himself of what he is capable. There is therefore in the background always a tendency for progress and personal growth. When an individual is sick, there is, however, always a sort of personal identity crisis in the background, a crisis of values and a lack of goals in life.

Whenever there is a patient or a family member in front of us, the most important question is probably whether the health worker will enter a respectful and good relationship with that person, whether he will be able to recognize his virtues as well as imperfections or whether he will see him only as a man that suffers from this or that disease. Every patient is a lot more than »just a disease«. He is a personality combined from all emotional, cognitive, value views, and standpoints. He is a personality in which all past experiences and hopes for the future are intertwined and he is a personality that wishes to live his life despite disease.

LITERATURA

1. Bühler, Ch. (1962). *Psychologie im Leben unserer Zeit*. München/Zürich: Droemer Knaur.
2. Bühler, Ch. (1972). *Introduction to humanistic psychology*. Monterey: Brooks and Cole Publishing Company.
3. Freud, F. (1942 – 1952). *Gesamtaufgabe*. London: Band I-XVIII und Zusatzband.
4. Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
5. Maslow, A. H. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton: D. van Nostrand.
6. Musek, J. (2010). *Psihologija življenja*. Vnanje Gorice: Inštitut za psihologijo osebnosti.
7. Rogers, C. R. (1951). *Client-centred therapy*. Boston: Houghton Mifflin Co.
8. Rogers, C. R. (1964). *Toward a science of the person*. Chicago: The University of Chicago Press.
9. Skinner, B. F. (1972). *Beyond freedom and dignity*. London: Jonathan Cape.

Vloga in pomen družine pri socialni opori starostnikom

Strokovni članek

UDK 316.36 – 053.9

KLJUČNE BESEDE: starost, staranje, družina, pluralizacija, socialna omrežja, opora starostnikom, tretje življenjsko obdobje

POVZETEK - Avtorica v prispevku predstavlja tretje življenjsko obdobje, obdobje staranja. Osredotoča se na težave, s katerimi se spopadajo družba in starostniki. Staranje je del našega življenja in predstavlja enega ključnih problemov sodobne družbe. Načela, ki jih obravnava in zagovarja socialna gerontologija, postajajo utopija tako za starostnike kot tudi za sodobno družbo, ki naj bi zagotovila ljudem, da preživijo starost v okolju, v katerem so bili v svojih najproduktivnejših letih, ustrezno oskrbo tistim, ki v domačem okolju ne morejo živeti, hkrati pa obojim zagotoviti zdravstveno in socialno varnost. Avtorica poudari pomen družine kot bistvenega socialnega omrežja, ki je v preteklosti zagotovilo oskrbo starejšim družinskim članom. S pluralizacijo se je struktura družine preoblikovala, nove oblike kohabitacij, tako družinskega kot partnerskega življenja, v sodobni družbi narekujejo drugačne potrebe družinskih članov, kar pa seveda vpliva tudi na medgeneracijska omrežja in starostno varstvo.

Professional paper

UDC 316.36 – 053.9

KEY WORDS: age, aging period, family, pluralization, social nets, support for elderly people, third life period future

ABSTRACT - In the article the author presents the third life period, i.e. the period of aging. She focuses on the problems which not only society but also elderly people face. Getting old is part of our life. In modern society and the time we live in, aging presents one of the key problems for modern society. The principles, discussed and promoted by the social gerontology, become a utopia not only for elderly people but for modern society as well. The social gerontology should guarantee three of its main views, i.e. it should allow elderly people to live their life in an environment they used to be during their most productive years and those who are not able to live the third life period in their domestic environment and simultaneously offer an adequate health and social care. The author states and stresses the meaning of the family as the basic social net which in the past offered the care for older family members. Due to pluralization the family structure has been transformed. Thus, new forms of cohabitation, family and partner living in a modern society call for adequately changed needs of the family members. However, this surely influences the inter-generation networks as well as the third life period care.

1 Uvod

Splošna načela socialne gerontologije upoštevajo dejstvo, da je treba vsakega človeka pripraviti in mu zagotoviti varno starost. Mejo prestopa v to obdobje je težko določiti, ker se oznaka za tretje življenjsko obdobje zaznamuje z biološko starostjo 60-65 let, druga klasifikacija tega prestopa pa z delovno aktivnostjo posameznika. Starost prinaša številne prednosti, vse bolj pa jo pestijo ekonomsko-socialni problemi.

V delu Poglavlja iz sociologije medicine avtorici ugotavljata, da je delež starejših v celotni strukturi prebivalstva v obdobju od 2006 do 2010 naraščal počasneje kot v letih pred tem. V tem obdobju je starostno mejo 65 let prestopila generacija, ki se je

rojevala med drugo svetovno vojno, ko je bilo število rojenih otrok bistveno nižje kot v letih pred njo (Bezenšek in Barle, 2007).

Po podatkih raziskav Statističnega urada Republike Slovenije in drugih svetovnih organizacij, npr. World Health Organization (2007), delež starejše populacije strmo narašča. Med leti 2010 in 2030 se bo dvignil za kar 57 odstotkov. V Republiki Sloveniji bo do leta 2020 okoli 102.000 prebivalcev starih nad 80 let, do leta 2050 pa kar 200.000, kar predstavlja 10 odstotkov njenega celotnega prebivalstva.

Družina je bila v preteklosti ključna enota v življenju posameznika in s tem družbe kot celote. Kot primarna in elementarna družbena skupina je nudila prostor, v katerem so se odvijali najpomembnejši procesi, med njimi tudi socializacija posameznika (Turnbull, 1984 v Giddens, 1993, v Dremelj, 2003). Ule in Rener 1991 (v Dremelj, 2003) navajata, da je družina osnovna institucija življenja, tako zasebnega kot družbenega, in se v njej oblikujejo pomembni družbeni odnosi. Od vseh ostalih družbenih skupin se loči po tem, da se v njej odzivamo na potrebe družinskih članov. Sloni na prostorski in časovni povezanosti njenih članov, ki so povezani sorodstveno, čustveno in solidarno. Družina se v primerjavi z ostalimi institucijami loči po svojevrstnem sistemu vrednot, nalog in dolžnosti.

2 Gerontologija kot znanost in težave starostnikov v sodobnih družbah

Države se na najrazličnejše načine spopadajo s težavami, ki jih prinaša tretje življenjsko obdobje posameznikov. Po nekaterih študijah so prikazani različni nacionalni pristopi na področju izobraževanja z namenom, da se zagotovi lepša in kakovostnejša starost. Zelo zanimiv pogled na problematiko socialnega varstva starejših ljudi je na konferenci o staranju leta 2005 v Beli hiši predstavila profesorica poklicne terapije in nevrologije Carolyn Baum. Pogled na staranje in starost vidi kot družinsko zaposlitev. Poudarja tudi, da starost ne prinaša zgolj težav, pač pa da ima v bistvu (tudi) skrite potenciale. Opozarja na zelo hitro naraščanje deleža starejšega prebivalstva, na drugi strani pa daje možnost še drugačnemu pogledu na staranje. Na tej konferenci so sodelovali še predstavniki nove, dokaj »neznane« družboslovne panoge iz 19. stoletja, imenovane »zaposlitvena terapija«. Njeno znanstveno področje temelji na prepletu področij družboslovja, psihologije in medicine ter predstavlja popolnoma drugačen vidik staranja. Človeka razume kot produktivno bitje, delo pa kot najpomembnejši dejavnik smisla življenja. Poudarek je na ustvarjalnosti in ne toliko na produktivnosti. Ta smisel življenja naj bi temeljil ravno na usklajevanju, ustvarjalnosti, ki bo sposobna premostiti razlike med poklicnim življenjem in družino, hkrati pa v ospredje postaviti človeka kot izviren in temeljni prispevek k skupnosti. Jasno sporočilo te konference je bilo, da staranje ne prinaša samo težav, pač pa tudi nove priložnosti. V Nemčiji so se problema celostne terapije lotili s pomočjo humorja. Priznani terapevt Waleed Anthony Salameh (2007) posveča veliko svojega raziskovanja vprašanju: Kaj je humor in ali lahko humor učinkuje kot terapevtsko sredstvo? Prepričan je, da smeh igra v življenju eno poglobitnih vlog, hkrati pa pripomore k osebni rasti tudi v poznih letih, v fazi

staranja. Avtor vidi cilj v potrebi po skupni oskrbi starejše populacije v sistemih socialnega varstva ter zdravstvene nege in oskrbe. Obstaja veliko programov, ki nudijo emocionalno in socialno-varstveno podporo starejšim ljudem. Zelo zanimiv je podatek o primerljivih programih oskrbe starejših v ZDA in na Švedskem. Leta 2006 je bil objavljen primerjalni projekt izobraževalnih programov, v katerem je bil poudarek na spreminjanju izobraževalnih programov nege starejšega prebivalstva. Študija, ki je zajela 26 študentov na Švedskem in 202 na Aljaski, je imela namen ugotoviti, kakšna je praksa v bolnišnični negi oziroma v domovih za ostarele, pri tem pa primerjati programe izvajanja nege. Razlike so se pokazale predvsem pri izobraževalnih programih v obeh državah, pa tudi v številu programov. Tu je pomemben učni načrt za področje zdravstvene nege. Študija je pokazala, da se bo v prihodnje treba bolj posvetiti medkulturnemu dialogu in skrbi za človeške vire (<http://www.inst-antonatrstenjaka.si/slike/266-1.pdf>).

Ugotavljamo, da je vsem študijam skupna ugotovitev, da je starejši populaciji treba zagotoviti geriatrično oskrbo in tudi emocionalno podporo. Stari ljudje postajajo vse bolj asimilirani, kar se zazna tako v institucionalni oskrbi kot tudi na področju socialnega varstva v evropskih in tudi neevropskih državah. Poglavitni razlog za to strokovnjaki vidijo tudi v strukturni spremembi družine. Predvsem oblikovanje sodobne družine je izrazito poseglo tudi na področje socialnega varstva starejšega prebivalstva.

Splošna načela socialne gerontologije upoštevajo dejstvo, da mora družba na najrazličnejše načine poskrbeti za svoje stare prebivalce. Ti naj bi čim dlje ostali v tistem okolju, kjer so ustvarjali, živeli in delali. Eno izmed pomembnih načel sodobne socialne gerontologije je, da se posameznikom, ki ne morejo več živeti v individualnih gospodinjstvih, zagotovi bivanje v domovih za ostarele (Accetto, 2006).

Poleg teh domov, ki služijo kot bivalni prostor in socialna opora starostnikov, pa sistem oskrbe starejšega prebivalstva vključuje tudi geriatrične ustanove.

Na vprašanje o njihovi pomembnosti Accetto (2006) odgovarja, da predvsem v starosti medicinska problematika ne zadeva samo bolezninega organa ali skupine bolezni, temveč celoten organski sistem. Torej gre za več bolezni hkrati, zato mora zdravnik pri obravnavi starejšega pacienta imeti širok spekter znanja s področja medicinskih in socioloških ved (Accetto, 2006). Star človek naj se obravnava enako kot v aktivnih letih življenja (Accetto, 2006).

Zelena knjiga EU razpravlja o populacijski politiki in mogočih scenarijih na področju starajoče se populacije.

Rodnostna stopnja 2,1 otrok na eno žensko, ki je nujna za ohranjanje avtohtonega prebivalstva, je v številnih članicah EU pod 1,5 otroka na žensko. Nove članice EU imajo še nižjo stopnjo, v Sloveniji pa je le-ta med najnižjimi.

Med leti 2010 ter 2030 se bo število starih ljudi v Evropi dvignilo za 57 odstotkov. Najbolj narašča število ljudi po 85. letu starosti, to pa je del populacije, ki potrebuje največ socialne in zdravstvene oskrbe. Danes lahko govorimo o tako porušenem številčnem sorazmerju med mlado, srednjo in starejšo generacijo kot še nikoli doslej. V naslednjih desetletjih pa se pričakuje še večje nesorazmerje. Bistvo Zelene knjige je

izpostaviti problematiko »izgubljanja« stikov med mlado in staro, t. i. tretjo generacijo. Mlada, srednja in starejša generacija imajo med sabo tako malo stikov, da druga druge ne poznajo oziroma se med seboj pozabljajo, zato med njimi vladajo predsodki in stereotipi. V preteklosti je bila starejša generacija izredno pomembna predvsem v smislu prenosa informacij mlajšim generacijam. Ne zgolj informacij, pač pa veščin, znanja, bistvenih napotkov za preživetje. Zato je pri medgeneracijskem sodelovanju prenos izkušenj in znanja mlajšim generacijam najpomembnejše. Danes pa je tretja generacija zelo težko dovzetna za informacijske novice, ki jim tudi zelo težko sledi (Bezenšek, Barle, 2007).

Tanja Rener (1997) v prispevku Rastoča manjšina – problem negovalnega dela, prav tako ugotavlja, da so starejši ljudje, še posebej stari 80 in več let, manjšina, ki se najhitreje povečuje. Poleg navedenega dejstva pa je to manjšina, ki je tako socialno, kot tudi družbeno najbolj ranljiva skupina prebivalstva. Renerjeva tu omenja predvsem stare ženske. Izpostavlja podatek, da se je v državah EU v zadnjih 30-ih letih število prebivalcev, starejših od 60 let povečalo za skoraj 50 %, kar predstavlja petino celotnega prebivalstva oziroma 70 milijonov (Ditch, 1994, v Rener, 1997).

Po Baldocku (1993, v Rener, 1997) je dovolj razlogov za tezo mnogih avtorjev, da bosta staranje in starajoča se družba poglavitna problema socialne politike in oskrbe starejšega prebivalstva v industrijskih državah naslednjega stoletja. Zastavlja tudi vprašanje, kako smo kot družba pripravljeni na starost in starajočo se družbo, saj sta to, podobno kot otroštvo in mladost, predvsem socialna konstrukta, ki ju regulira družbena institucionalizacija.

V nadaljevanju Renerjeva navaja razliko med dvema načinoma življenja starih ljudi. V zvezi z negovalnim delom je bistveno primernejša delitev na tiste, ki niso zaposleni, a so ohranili fizične in mentalne sposobnosti. V gospodarski sistem so vpleteni kot potrošniki in so hkrati pomemben segment v gospodarstvu pri menjavi blaga in storitev. V drugo skupino sodijo »biološko stari ljudje«, ki potrebujejo pomoč od zunaj in so omejeni v funkcioniranju.

Obe skupini prebivalstva sta odvisni od:

- materialnih virov: dohodka, lastništva, stanovanjskih razmer, bivalnega okolja in kakovosti le-tega;
- telesnih virov in fizičnega zdravja in s tem povezano funkcionalnostjo posameznika;
- dostopa do institucij, ki zagotavljajo psihosocialno oskrbo ter zdravstveno pomoč in varstvo na domu;
- obstoja sorodstvenih, družinskih, negovalnih in varovalnih mrež.

Za starejšo populacijo, ki je popolnoma odvisna od intenzivne oskrbe, je zadnji vir - obstoj sorodniških, družinskih in negovalnih mrež - odločilnega pomena (Rener, 1997).

Ugotovitve Renerjeve (1997) lahko primerjamo z današnjimi podatki in ugotovimo, da se hipoteze o težavah starostnikov iz leta 1997 ne le potrjujejo, pač pa se nujnost raziskovanja problematike starostnikov tudi stopnjuje. Vsak izmed naštetih virov predstavlja enega izmed poglavitnih problemov postmoderne družbe. Predvsem proces

pluralizacije je na področju družinskega življenja omajal negovalne in varovalne mreže starejših. Le-ta je nekoč zagotavljal večji negovalni in bivalni segment v družini.

Voljč (2008) poudarja, da mora družinsko oskrbo podpirati sistem dolgotrajne oskrbe, ki pa je v Sloveniji šele v nastajanju. Za njegovo delovanje je potreben enoten nacionalni koncept, ki, po Voljču (2008), naj ne bi zagotovil le sodelovanja z lokalnim zdravstvom in, krajevno skupnostjo, pač pa tudi z bolnišnicami in negovalnimi ustanovami. Tu seveda ne gre zanemariti duševne in duhovne podpore vseh, ki so kakorkoli vključeni v oskrbo starejših.

3 Sorodstvene vezi ter pomen družine pri podpori starostnikov

Pomembnost družine se v sodobni družbi kaže v zagotavljanju vrste socialne opore posamezniku, zlasti starejšim. Predvsem sprememba funkcij reorganizirane razširjene družine po 2. svetovni vojni je skrb za starejše ljudi bistveno spremenila. V prvih povojnih letih je imela večina starega prebivalstva oskrbo v družini, v kateri so mladi poskrbeli zanje.

Zaradi industrializacije, agrarne reforme in preseljevanja družin iz vaških okolij v mestna - urbana naselja, se je struktura oskrbe starejšega prebivalstva drastično spremenila. Dremelj (2003) med drugim navaja, da so predvsem okoliščine sodobne družbe tiste, ki pospešujejo individualizacijo ter krhanje socialnih omrežij družine, sorodnikov in prijateljev. Beck (2001, v Dremelj, 2003) navaja, da se pri spremembah okoliščin sodobne družbe oblikujejo individualizirane oblike, in s tem tudi način bivanja posameznika. Giddens (1991, v Dremelj, 2003) pa, da je posameznik postavljen v množico izbir in na podlagi teh vzpostavlja odnose z drugimi. S pluralizacijo izbir so se po 2. svetovni vojni pričeli spreminjati tudi odnosi znotraj družine. Sociologi govorijo o krizi družine. Eno izmed izoblikovanih stališče je, da se je družina na nek način odpovedala svojim odgovornostim, predvsem pa osnovni funkciji družine, ki naj bi nudila medsebojno oporo, in je prenesla to odgovornost na državo (Stannard, 1979, v Dremelj, 2003).

Družina je bila v preteklosti ključna v življenju posameznika in družbe kot celote. Je primarna družbena skupina, ki je kot elementarna celica vseskozi nudila prostor za najpomembnejše procese, med njimi tudi socializacijo posameznika. Med sabo je povezovala tudi različne generacije (Turnbull, 1984, v Giddens, 1993, v Dremelj, 2003).

Družinska solidarnost ima pri socialni oskrbi starejšega prebivalstva in v kontekstu družinskega življenja vsaj dve pomembni implikaciji. Prva je vprašanje skrbi za starejše. Tu je potrebno poudariti razmerje med državo in družino, predvsem pri delitvi odgovornosti za oskrbo starejših. Neformalna družinska oskrba starejših ljudi zajema predvsem delitev dela po spolu. Skrb za starejše je še vedno pripisana ženskam. Druga implikacija se nanaša na dejstvo, da starejši ljudje zagotavljajo varstvo predšolskih otrok svojih potomcev. Tako lahko rečemo, da staranje prebivalstva močno vpliva na medgeneracijska razmerja, tako na odnose v družini kot tudi na sodelovanje med generacijami (Rener, 2006, v Hvalič Touzery, 2007).

Poleg podaljšane mladosti, ki spreminja vzorec družine ne zgolj po časovni, pač pa tudi po strukturi dimenziji, se pomembne družinske spremembe dogajajo v segmentu starejše populacije (Švab, 2001). Vzrok za to (kot vsi ostali raziskovalci) vidi v podaljševanju življenjske dobe. Po drugi strani pa so sociologi ugotavljali ravno obratno, in sicer, da je družina postala preobremenjena, in da to lahko vodi tudi v njen razkroj (Keniston, 1960, Demos, 1979, v Dremelj, 2003).

Kakovost življenja ljudi je v sodobni družbi tesno povezana z različnimi socialnimi oporami, ki nudijo prebivalstvu, predvsem pa starejšim, varnost, stabilnost ter integracijo in medgeneracijsko povezavo. Ko obravnavamo socialna omrežja, je treba poudariti naslednje: težišče pozornosti se prenaša iz formalnih institucij na zasebno sfero (Mandič, Hlebec, 2005). Avtorici opozarjata še, da je ta družbeni prostor relevanten za kakovost življenja kot nek vmesni prostor, ki je vpet med formalno institucionalno sfero javne politike na področju zdravstva, izobraževanja, stanovanjskih situacij ter socialne varnosti in potrebe vsakdanjega življenja posameznika.

Tako lahko postavimo definicijo, da socialna omrežja posameznikom omogočajo definiranje situacij, presojanje v določeni situaciji, skratka, artikuliranje problemov (Mandič, Hlebec, 2005).

Funkcije socialnih omrežij so za posameznika in njegov obstoj ter funkcioniranje v družbi izjemnega pomena, saj predstavljajo:

- forum za diskusijo,
- prostor za refleksijo in učenje o skupnih problemih,
- preko njih se večja kolektivna moč, saj lahko posamezniki kolektivno izrazijo svoje probleme in opozarjajo na različne probleme, kar pa okrepi njihovo moč pri odločanju,
- skupnostni prostori so lahko tudi kot arena za socialne interakcije, tu ne govorimo o javnih in zasebnih prostorih, pač pa o tretjih prostorih, kjer je vzdušje sproščeno. Pogovor je tu ključna aktivnost, ti prostori pa so dostopni različnim uporabnikom, zato tudi uporaba izraza »arena« (Mandič, Hlebec, 2005).

Raziskave pri nas in v svetu potrjujejo, da svojci lahko veliko pomagajo starejšemu človeku v stiski. V Sloveniji ugotavljamo, da je najboljše medgeneracijsko sožitje, ko starejši posamezniki živijo v isti hiši, vendar pa ne v skupnem gospodinjstvu. Največ takšnih oblik gospodinjstev lahko najdemo v predmestnem okolju, kjer še vedno prevladujejo družinske hiše. V mestu živi največ ljudi samih, na podeželju pa prevladujejo skupna gospodinjstva. Predvsem je omembe vredno, da mlada in srednja generacija živita v hitrem tempu, kar pomeni, da v večini primerov ne moreta zagotoviti oskrbe in redne pomoči starejšim. Sodeč po raziskavah (Hojnik - Zupanc, 1997) otroci nudijo predvsem občasno pomoč: čiščenje stanovanja, prinašanje dobrin iz trgovin, prevoz k zdravniku, urejanje finančnih zadev. Najpomembnejša pa je čustvena opora, ki jo starejši iščejo v otrocih in v partnerju. Na ta način se počutijo bolj varne.

4 Strukture družbene neenakosti v tretjem življenjskem obdobju: aktivnosti v prostem času in upokožitev

Simone Scherger, James Nazroo ter Paul Higgs (2011) so v raziskovanju odnosov med tretjim starostnim obdobjem, upokojitvijo in socialnimi neenakostmi glede na aktivnosti v prostem času izpostavili dve poglavitni vprašanji:

- Ali tretje življenjsko obdobje in predvsem prehod v upokožitev vplivata na udeležbo v treh selekcioniranih aktivnostih; in
- Ali se socialne neenakosti v teh aktivnostih spreminjajo glede na starost in upokožitev?

Longitudinalna študija vključuje tri možne aktivnosti v prostem času: hobije, vključitev v določeno društvo ter obiskovanje družabnih dogodkov (kino, gledališče, muzeji, galerije, razstave, opera). Scherger, Nazroo in Higgs (2011) ugotavljajo, da je udeležba v zgoraj omenjenih aktivnostih najpogosteje odvisna od ekonomsko-socialnega položaja posameznika. Nekatere družbene znanosti in tudi družbe kot take gledajo na upokožitev samo kot na »preostanek življenja«. To ne pomeni, da je to »tretje« življenjsko obdobje poglavje zase, ampak samo dodatek k produktivni - delovni dobi. To velja tako za britanska kot tudi ameriška stališča. Britanska stališča obravnavajo to življenjsko obdobje z vidika strukturno okrepljene revščine, ki jo doživlja starejša generacija (Phillipson, 1982, 1998, Townsend, 1991, 2006, Walker, 1980, v Scherger et al., 2011).

Tudi Kevin Morgan, Helen Dalleosso, E. Joan Bassey, Shan Ebrahim, P. H. Fentem in T. H. D. Arie (1991), preučujejo, kako psihološko in fizično stanje ter zmožnost posameznika vplivajo na udejstvovanje v kulturnem in družabnem življenju v tretjem življenjskem obdobju. Študija je zajemala 1042 posameznikov, starih petinšestdeset let in več, njihove aktivnosti pa so bile ocenjene glede na fizično in zdravstveno zmožnost ter njihov prispevek h kapaciteti funkcioniranja. Študija je preučevala tudi strukturo fizičnih aktivnosti in asociacije med stopnjami aktivnosti, moralo in mentalnim zdravjem. Pri ženskah in moških so jasne razlike pri organizaciji vzorcev njihovih aktivnosti. Te razlike so se kazale v odnosih med aktivnostjo in učinkom le-te. Rezultati so pokazali, da je med starejšo populacijo in upokojenimi posamezniki odnos med stopnjami fizične aktivnosti in psihološkim blagostanjem šibkejši, indirektn in za vsak spol specifičen (Morgan et al., 1991). Primerjava obeh študij pokaže, da so aktivnosti v prostem času zelo tesno povezane s statusom posameznika že v aktivnem življenjskem obdobju. Poleg finančnega statusa je ključnih še nekaj faktorjev, kot so: fizična in mentalna zmogljivost, udejstvovanje in zmožnost vključitve v kulturno življenje, društva in ostale aktivnosti.

5 Zaključek

Analiza prispevkov o socialni opori starejšega prebivalstva in analiza s področja gerontologije nas opozarjata, da je starejša populacija, ki statistično intenzivno narašča, čisto v ospredju družbene problematike. Sprememba na področju družinskega in par-

tnerskega življenja je opozorila na potrebo po novih oblikah socialnega varstva starostnikov. Pred moderno obliko družine je socialno oskrbo starejšega prebivalstva zagotovila (vertikalno) razširjena družina. Danes pa zaradi spremenjenega načina družinskega in partnerskega življenja družina kot osnovna družbena skupina ni več osnovni vir za zagotavljanje varstva starostnikov. Tako je potreba po socialni oskrbi vse večja, ravno tako strmo narašča delež te populacije, ki potrebuje nego s področja zdravstva (geriatrična obravnava starostnikov) in socialne opore. Zelo veliko vlogo pri zagotavljanju kakovostnega življenja (tudi preživljanja prostega časa) po upokojitvi igra družbeni status pred upokojitvijo. Prispevek tudi prikaže, da so možnosti posameznika tesno povezane z aktivnostmi in finančnim statusom, ki jih ima v obdobju pred upokojitvijo.

Kleopatra Kodrič

The function of the family within the social support to the aged

The post-modern era is characterized by several changes in the field of family. As an elementary social cell, the family (mainly) in the past provided the most basic elements for an individual's survival. As such, apart from processes (mainly of primary and secondary socialization) it provided the care and a home for the elderly. The functionalists, first and foremost Parsons (Haralambos and Holborn, 1999, p. 389-390 and 330) saw the nuclear form of family as an ideal. According to Parsons the family is an environment providing emotional support to both husband and wife and their children. It is the place where an adequate atmosphere for emotional support and the stabilisation of personality is created. Due to pluralization and new forms of cohabitation the family is transferred into a »field« in which is demanded everything. Simultaneously, the family is burdened with new tasks by society. Within a very important element these tasks (also) refer to the elderly.

After WW II, the field of sociology of the family intensively treated the theme and problems of the future of the family in modern societies. Until the mid-sixties, the family crisis was the centre of problematization. The main question focused on what the function of the family was or rather how the family functioned to the advantage of modern man. Several activities and obligations started to transfer from the family to other social institutions. The key and basic idea of national »well-being« was, by its service to provide general social care for people and to take the load off the family members in the sense of the woman's function and tasks. At the same time this idea allowed an equality of both sexes (Dremelj, 2003, p. 154).

Apart from changes in the field of family, today sociology intensively discusses the problems of the elderly who in post - modern society faced several changes. Researches present several assimilation processes on elderly individual experiences in the post- modern society. There are three main individual as well as group assimilation processes. The first refers to the field of family life. As presented in the research, the family has experienced major structural changes, which consequently (also) influen-

ced the social care and care of the elderly. Before the period of the post-modern era this care worked and was provided in the extended form of the family. The elderly population experienced the second assimilation process mainly in the field of social care. Thus, the care of the elderly was transferred from the extended family (and individual households as well) to institutional care. It also provides geriatric care. In institutional care the elderly face various accommodation processes which consequently influence not only the condition but also the status an elderly person has in the institution. Thus, the status an elderly person has in the institution is connected with the financial situation of the individual. The third assimilation process refers to the social position an individual »brings« into the institution. In the article we learn about several various projects which research and at the same time offer new possibilities in the third age period. We also learn about the research which has proved that the social status of an individual before retirement and consequently entering institutional care is an »entrance ticket« for the social status of an individual in the third life period. This social status is mainly connected with the financial status of the individual before the period of retirement and after it. Often, the period of retirement is the milestone in the life cycle we connect when we enter the third age period.

According to the WHO statistical data (2007) in Slovenia and elsewhere in the world, an increase in the older population can be noted. Each society faces problems concerning the older population, each in its own way and depending on its possibilities. These problems mainly refer to the geriatric care of individuals as well as institutional care and social support. The quality of life of the elderly in a modern society also depends on various social support systems. The latter should offer help, stability, security and integrational connections between the generations. This social field is a social environment which allows the elderly to define several situations. However, it is also an environment developing between the institutional, medical and educational pole of the individual on one side and everyday's needs on the other. These functions of the social environment are fundamental for the individual and his / her functioning in society. The functions of the social environment include discussion forums, learning groups, group rooms where interactions of the individual take place (Mandič, Hlebec, 2002, p. 264).

Countries face problems caused by aging in different ways. However, it has to be mentioned that societies do not only see negative elements in aging but also positive ones, e.g. the encouragement of the younger generation. The latter is supposed to treat the older generation as an ideal, to transfer and accept values and norms the older generation definitely provides. In this case we must not forget the transfer of knowledge to the younger generation. Some studies present various educational approaches on a national level. This article introduces the study about how people in different countries in the world faced aging. Carolyn Baum (2005), professor of professional therapy and neurology, in 2005, in the White House, presented a very interesting approach about how to face aging. She said that aging as a process should be regarded from the view of employment, which is family employment according to her view. There are not only problems in aging, but also new challenges and potentials. At the mentioned

conference she also stressed the information about a very high part of the older population as well as the fact that in the following years this percentage would increase. Thus, the third age period presents a multi-dimensional problem. This is the problem of care, geriatrics as well as the emotional security of the elderly in society. All these problems are mainly influenced by education in the field of gerontology. In Germany, a very interesting project was presented as part of a whole therapy. This project put humour in first place. The therapist Waleed Anthony Salameh (2007) dedicated a major part of his research to humour, what it is, how it works as a therapeutic means. His conviction is based on the fact that laughter has a key function in the person's personality growth, which also refers to the third age period. The author sees a common result in providing not only social health care of the elderly but also emotional support for the elderly (<http://www.inst-antontrstenjaka.si/slike/266-1.pdf>).

The family plays a basic role especially in the field of emotional support. The family has experienced several changes. Family life has faced a lot of changes in the period from the modern to the post-modern era. All these processes have also influenced the social health care of the elderly. The changes in the field of family life, as named by Švab (2001) in the post-modern period do not mean transition from a modern to a post-modern model, but principles of variety and difference are dominant in this case. These principles are basic for the functioning of the family. This is why post-modernism is not understood as a radical cut with modernism, but it is a group of processes which are specific for the modern family, and post-modern processes which occur as new ones. Švab (2001) states that post-modernism is the most specific in the functionality of the family. The main conditions of preserving the modern character of the family in post-modernism include family pluralization or the co-existence of various differing understandings of individual segments of family life. Family pluralization can be understood as a process, like the pluralization of family forms and family styles, connected with the pluralization and the change of family values. All processes which form a complex of family pluralization are tightly connected and create co-depending relations. When presenting the pluralization of family forms, the co-existence of various forms and ways of family life according to the individuals' decisions have to be mentioned. This process is connected with changes, such as a decrease in the number of marriages, an increase in the number of cohabitations, more divorces and a high number of children born out of wedlock etc. The pluralization of life styles is tightly connected with the above-mentioned forms which have an influence on various forms of family and partner relationships as well. An extra segment of family pluralization is the changing of family values (Švab, 2001, p. 79-86). It is the change of family values and styles which also includes the field of social care for the elderly population provided by the extended family in the period before post-modernism.

For modern society the aging of the population presents a wide spectrum of new questions in the field of family policy, institutional care, relationship environment, geriatrics and the national economic policy as well. The majority of individuals wish to spend (also) their time after retirement in an environment in which the individual lived and functioned during his / her active years of life. The researches prove this is

not possible with every individual. A huge part of the elderly population spends the third age period in institutional care. Institutional health care presents a »new life« environment for an individual. However, it does not provide only positive elements. Apart from adaptation problems within the institutional care, the individual also faces financial restrictions depending on his / her possibilities. Such a delicate field as the care of the elderly population is, it requires a socially wide-spread discussion and at the same time a critical problematization of the latter.

LITERAURA

1. Accetto, B. (2006). Med zdravniki in bolniki: 40 let od ustanovitve Inštituta za gerontologijo in geriatrijo. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
2. Bezenšek, J. in Barle, A. (2007). Poglavlja iz sociologije medicine. Maribor: Medicinska fakulteta.
3. Dremelj, P. (2003). Sorodstvene vezi kot vir socialne opore posameznikov. Družboslovne razprave, 19, št. 43, str. 149-170.
4. Haralambos, M. in Holborn, M. (1999). Sociologija: teme in pogledi. Ljubljana: DZS.
5. Hojnik-Zupanc, I. (1997). Dodajmo življenje letom: nekaj spoznanj in nasvetov, kako se smiselno in zdravo pripravljati na starost in kako jo tako tudi živeti. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
6. <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/slike/266-1.pdf>.
7. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2007.pdf?ua=1.
8. Hvalič Touzery, S. (2007). »Tukaj smo! Opazite naše delo! Pomagajte nam!« - Raziskava o oskrbi starega človeka v družini. Kakovostna starost, 10, št. 2, str. 4-27.
9. Mandič, S. in Hlebec, V. (2005). Socialna omrežja kot okvir upravljanja s kakovostjo življenja in spremembe v Sloveniji med letom 1987 in 2002. Družboslovne razprave, 21, št. 49/50, str. 263-285.
10. Morgan, K., Dalleosso, H., Bassey, E. J., Ebrahim, S., Fentem, P. H. and Aire, T. H. D. (1991). Customary Activity, Psychological Wellbeing and Successful Ageing. Ageing and Society, 11, p. 399-415.
11. Rener, T. (1997). Rastoča manjšina. Problem negovalnega dela. Družboslovne razprave, 13, št. 24/25, str. 40-48.
12. Scherger, S., Nazroo, J. and Higgs, P. (2011). Leisure activities and retirement: do structures of inequality change in old age? Ageing and Society, 31, p. 146-172.
13. Švab, A. (2001). Družina: od modernosti k postmodernosti. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, Zbirka Sodobna družba.
14. Voljč, B. (2008). Dolgoživost, dolgotrajna oskrba in etika medgeneracijskih razmerij. Kakovostna starost, 11, št. 3, str. 29-33.

Organizacija prehranske podpore v bolnišnicah

Strokovni članek

UDK 613.2:614.21

KLJUČNE BESEDE: prehrana, organizacije, bolnišnice, interdisciplinarni timi

POVZETEK – Zdravstveni delavci si pri iskanju bolnikov, ki potrebujejo prehransko podporo, pomagamo s kliničnimi smernicami, standardi in priporočili za prehransko podporo. Služijo nam kot usmeritev, da bolnikom izberemo in zagotovimo najbolj ustrezno prehransko podporo ob najprimernejšem času. Za uspešno izvajanje prehranske podpore je potrebno multidisciplinarno sodelovanje oseb z različnimi izkušnjami in pridobljenim znanjem o prehrani. Da bi bilo zagotavljanje prehranske podpore varno in stroškovno učinkovito, je torej potreben tim za prehransko podporo (TPP), sestavljen iz strokovnjakov različnih strok. Organizirane skupine ali timi za prehransko podporo pripomorejo k ugodnim izidom zdravljenja, krajši hospitalizaciji in so ekonomsko upravičeni. Vsak član tima mora upoštevati standarde ravnanja za svoje področje. Za zagotavljanje kakovosti in izboljšanje učinkovitosti TPP je potrebno merjenje njihove uspešnosti. Pred tem moramo določiti merljive cilje in namen delovanja TPP. Člani TPP so vključeni v številne službe v sistemu za izvajanje zdravstvenega varstva in so najprimernejša organizacijska oblika za zagotavljanje specializirane prehranske podpore.

Professional paper

UDC 613.2:614.21

KEY WORDS: nutritional support, organisation, hospital, interdisciplinary team

ABSTRACT – The aim of the clinical guidelines, standards and recommendations for nutritional support is to help health professionals correctly identify patients who need nutritional support, and enable them to choose and deliver the most appropriate nutritional support at the most appropriate time. For its successful implementation, people from different disciplines need to work together to achieve results. They should also have diverse skills and the knowledge of nutrition. A multi-professional nutritional support team (NST) is required to provide safe and cost-effective artificial nutritional support. Organised nutritional support services or teams are associated with improved patient outcomes, decreased length of hospitalisation and improved cost-effectiveness. Each member of the team needs to follow the standards of practice for their disciplines. An important principle of assuring the quality and improving the performance of an NST is establishing performance goals or aims that can be measured. The members of NSTs are included in numerous services in the health care system and are the most appropriate organisational unit for providing specialised nutritional support.

1 Uvod

Tako kot ZDA se tudi za nas začena novo obdobje korenitih sprememb, ko spremembe v zdravstveni politiki silijo izvajalce zdravstvenega varstva v večjo osredotočenost na stroške, kakovost in preglednost obravnave bolnikov. Za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti bolnišnične obravnave je potreben ponovni razmislek o podhranjenosti pri hospitaliziranih bolnikih in prehranski podpori med okrevanjem bolnika (Tappenden idr., 2013).

Pregled publikacij o bolnišnični podhranjenosti v Evropi kaže, da je le-ta še vedno zelo visoka, prisotna je pri 37 odstotkih hospitaliziranih bolnikov (Kondrup in Sorensen, 2009). Kljub temu ostaja pogosto spregledana. Po zadnjih ocenah je ob sprejemu v bolnišnico podhranjenih vsaj tretjina bolnikov. Če podhranjenosti ne namenimo zadostne pozornosti, se stanje prehranjenosti mnogih bolnikov še naprej slabša, kar

lahko negativno vpliva na potek zdravljenja, poveča tveganje za nastanek zapletov in tveganje za ponovni sprejem (Tappenden idr., 2013). Bolnišnična podhranjenost predstavlja dolgoletni izziv in ni nov problem. Butterworth (1974) jo že tedaj označi kot »okostnjak v bolnišnični omari« (Butterworth, 1974, v Tappenden idr., 2013).

V prispevku je poudarjen pomen interdisciplinarnega pristopa k obravnavanju podhranjenosti. Znano je, da je podhranjenost povezana s slabšimi izidi zdravljenja. Čeprav se podatki študij razlikujejo, razpoložljivi dokazi kažejo, da zgodnje prehransko ukrepanje lahko zmanjša pogostost zapletov, dolžino bivanja v bolnišnici, število ponovnih sprejemov, smrtnost in stroške oskrbe. Ključno je, da bolnike, ki so podhranjeni ali s tveganjem za podhranjenost, sistematično prepoznavamo in nemudoma ukrepamo (Tappenden idr., 2013).

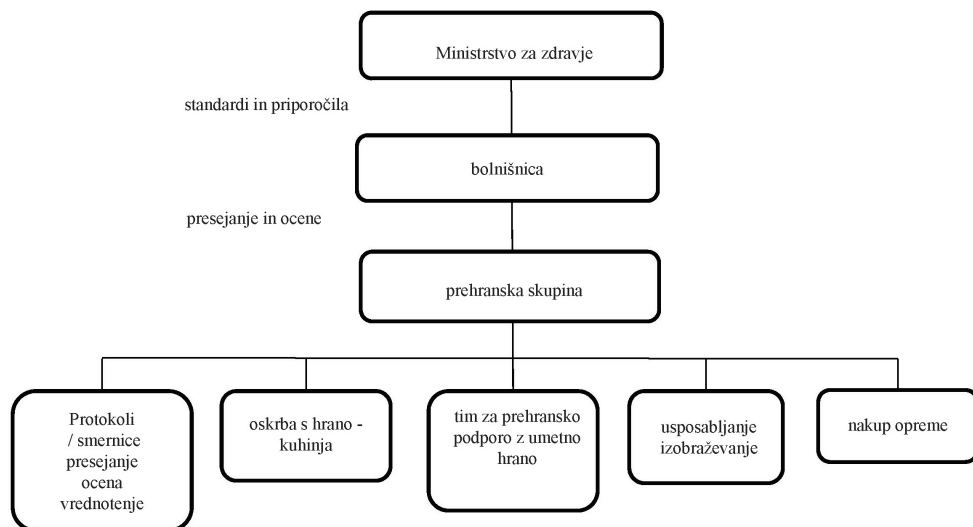
Pripravili smo pregled priporočil o organizaciji prehranske podpore v bolnišnicah krovnih evropskih in ameriških organizacij, ki se ukvarjajo s klinično prehrano; evropskega združenja za klinično prehrano in metabolizem (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – ESPEN), ameriškega združenja za enteralno in parenteralno prehrano (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition – ASPEN), britanskega združenja za parenteralno in enteralno prehrano (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition – BAPEN) in nacionalnega inštituta za zdravje in klinično odličnost (National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE). Predstavili smo potek interdisciplinarne prehranske podpore, algoritem s potmi odločanja o vrsti prehranske podpore ter se dotaknili teme izboljšanja učinkovitosti timov za prehransko podporo (TPP).

2 Multidisciplinarna organizacija prehranske obravnave

Za učinkovito reševanje problema bolnišnične podhranjenosti je potrebno medsebojno sodelovanje strokovnjakov različnih kliničnih ved (Tappenden idr., 2013), katerih izkušnje in pridobljena znanja o prehrani so različna (NICE, 2006). V mnogih ameriških bolnišnicah se z obravnavo podhranjenosti ukvarjajo pretežno dietetiki – z znanji, ki jih imajo. Prihaja nova era kakovostnejše obravnave, ki zahteva bolj celovit in interdisciplinaren pristop k obravnavi tega kritičnega problema (Tappenden idr., 2013).

Zaželeno je, da vodstvo bolnišnice imenuje multidisciplinarno prehransko skupino, ki vodi in nadzira vse vidike prehranske obravnave od gostinske oskrbe s hrano do umetne prehrane. Skupina lahko vključuje direktorje, gostince, zdravnike, medicinske sestre, dietetike, farmacevte in člane TPP (slika 1) (Allison in Stanga, 2004; NICE, 2006).

Slika 1: Organizacija prehranske podpore v bolnišnicah



Vir: Allison, S. P. in Stanga, Z. (2004). Organization of nutritional care. V: Sobotka, L. (ur.). Basics in clinical nutrition. Praga: GALEN, ESPEN, str. 135–139.

2.1 Tim za prehransko podporo

Organizirane skupine ali time za prehransko podporo povezujejo z ugodnimi izidi zdravljenja, krajšo hospitalizacijo in so ekonomsko upravičene(i) (Ukleja idr., 2010). Kot priporočila ASPEN, naj organizirano skupino ali tim za prehransko podporo v instituciji, kadar le-ta obstaja, vodi zdravnik, ki ima primerno izobrazbo, specializirana znanja ali izkušnje za zagotavljanje prehranske terapije. Organizirana skupina ali tim naj vključuje zdravnika, medicinsko sestro, dietetika in farmacevta. Vsak naj sledi standardom ravnanja za svoje discipline. Če institucija nima posebne skupine ali tima za prehransko podporo, kot je to v večini slovenskih bolnišnic, je priporočljivo, da specifično prehransko podporo zagotavlja interdisciplinarni tim. V tem primeru naj se prehranska podpora zagotavlja z interdisciplinarnim pristopom, ki vključuje lečečega zdravnika, medicinsko sestro, dietetika in farmacevta (Ukleja idr., 2010). V interdisciplinarno prehransko obravnavo morajo torej biti vključeni vsi člani zdravstvenega tima (Tappenden idr., 2013):

- medicinske sestre, ki opravljajo začetno prehransko presejanje in bolnika z inovativnimi pristopi spodbude k večjemu sodelovanju pri zdravljenju,
- dietetiki, ki opravijo oceno stanja prehranjenosti, podajo prehransko diagnozo in predlagajo z dokazi podprte ukrepe,
- farmacevti, ki ocenijo morebitne interakcije med zdravili in prehrano, in
- zdravniki, ki izvajajo nadzor nad načrtom obravnave in skrbijo za dokumentacijo, ki je osnova za plačilo storitve.

Obstajajo razlike med skupino in timom. Vsak tim na začetku deluje kot skupina in se šele nato oblikuje in se razvije v tim. V primerjavi z delom v skupini pomeni tim-

sko delo izboljšano kakovost in možnost delovanja, saj pospešuje sproščanje ustvarjalnih potencialov in kreiranje novih zamisli. Tim je običajno združba ljudi iz različnih strokovnih področij, ki želijo rešitev problema doseči na timski način. To pomeni, da med seboj sodelujejo, se podpirajo, združujejo svoje moči, znanja, izkušnje, izmenjujejo informacije, sodelujejo, so pri tem ustvarjalni in skupno odgovorni za opravljeno delo (Mušič, 2006).

ESPEN priporoča, naj TPP vključuje medicinsko sestro, specializirano za področje prehrane, zdravnika, dietetika in farmacevta (Allison in Stanga, 2004; Powell-Tuck, 2007). Njihovo delovanje naj bo podprto z nasveti biokemika, mikrobiologa, hematologa. Leta 1997 se je v Evropi delež bolnišnic, ki so imele TPP, gibal od 2 do 37 odstotkov, odvisno od države. In to kljub dejstvu, da je delež mehanskih, metabolnih zapletov in infekcij parenteralnega hranjenja močno večji v bolnišnicah brez TPP. Taki timi lahko delujejo na več ravneh (Allison in Stanga, 2004):

- Kot skupina, ki svetuje in izvaja prehransko podporo na oddelkih. Ta sistem ima pomanjkljivost, da ima TPP malo kontrole nad izvajanjem predlaganih ukrepov, ker niso stalno vpeti v zdravstveno obravnavo bolnika. Tako so prednosti prehranske podpore lahko hitro izničene. Večji učinek tovrstnega načina prehranske podpore je viden pri sodelovanju z enako mislečimi zdravniki.
- Kot posebna specializirana enota za prehrano, kamor so bolniki napoteni za specializirano umetno prehrano. To zagotavlja dobro usklajeno upravljanje v vseh pogledih, vključno s prehrano in rezultati so odlični. Problem je, da v takih enotah običajno ni dovolj postelj za obvladovanje vseh bolnišničnih potreb.
- Kombinacija prvega in drugega sistema, kjer TPP deluje v specializirani enoti, tam rešuje najbolj problematične primere in je dostopen za konziliarno svetovanje tudi drugim oddelkom ali enotam bolnišnice.
- Amsterdamski TPP je šel še korak dlje in so vpeti v vse vidike hranjenja bolnikov, tudi oskrbo s prehrano. Ta pristop zahteva sodelovalen TPP, ki vlaga veliko truda v prehransko izobraževanje vseh in namenja veliko pozornosti primernim izobraževalnim programom za bolnišnično osebje.

NICE priporoča, da bi imele bolnišnice z akutnimi obravnavami bolnikov multidisciplinarni TPP, ki lahko vključuje: zdravnike (npr. gastroenterologe, visceralne kirurge, anesteziologe ali druge zdravnike s posebnim zanimanjem za prehransko podporo), dietetike, medicinske sestre, specializirane za prehrano, druge medicinske sestre, farmacevte, osebje mikrobiološkega in biokemičnega laboratorija in druge zdravstvene delavce (na primer jezikovno-govornega terapevta) (NICE, 2006).

2.2 Protokoli, smernice

Temelj vsakega načrta prehranske obravnave je prepoznavanje bolnikov s prehranskim tveganjem (Allison in Stanga, 2004). Prehranska priporočila, orodje za presejanje NRS 2002, ki služi za prepoznavo prehransko ogroženih bolnikov in proces prehranske obravnave so v zadnjih letih predmet javnih predstavitev in izobraževanj tudi v Sloveniji (Rotovnik-Kozjek in Milošević, 2008; Sedej idr., 2011).

2.3 Oskrba s hrano

Po podatkih študij je kar 30 do 70 odstotkov bolnišnične hrane zavržene, ker je politika oskrbe s hrano usmerjena k zunanjim izvajalcem, namesto da bi bila ciljno usmerjena na potrebe bolnikov. Zavržena hrana je povezana z nezadostnim hranilnim vnosom, ki pogosto dosega le 50 do 70 odstotkov priporočenih potreb. Še tako dobra hrana je neuporabna, če je bolnik ne zaužije. Delo na oddelkih naj bo organizirano tako, da diagnostični postopki, nega in vizite ne motijo obrokov, izjemno pomembno je vključevanje medicinskih sester in prostovoljcev pri hranjenju bolnikov kot tudi zagotovitev posebnih pripomočkov za tiste, ki jih potrebujejo (invalidni, bolniki z motnjami požiranja ...). Vnos hrane mora biti spremljan in vrednoten. Uvedejo naj se organizacijske spremembe ali drugi ukrepi, če je to potrebno. Dokazano je na primer, da imajo starejši koristi od majhnih energijsko in beljakovinsko gostih obrokov, medtem ko mladi ortopedski bolniki potrebujejo večje obroke. Jedilniki naj bodo prilagojeni potrebam različnih skupin bolnikov glede na starost, bolezensko stanje, versko pripadnost (Allison in Stanga, 2004). Lastna kuhinja ima v tem pogledu veliko prednost.

2.4 Usposabljanje in izobraževanje

Stopnja znanja in zavedanje o prehrani med zdravniki in sestrami je različno. Po priporočilih ESPEN je koristno, da ima ustanova za uspešno izvajanje prehranske obravnave redna usposabljanja s področja prehrane za medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje. Prenos znanja lahko dobro izboljšamo tudi tako, da ima vsak oddelek medicinsko sestro, ki je specializirana za prehrano in se udeležuje prehranskih sestankov (Allison in Stanga, 2004).

3 Prehranska obravnava in prehranska podpora

Prehranska obravnava je metoda za celostno sistematično reševanje bolnikovih prehranskih težav, ki zagotavlja varno, učinkovito in posamezniku prilagojeno prehransko oskrbo. Sestavljajo jo štirje različni, vendar medsebojno tesno povezani postopki: ocena prehranskega stanja, prehranska diagnoza, prehransko ukrepanje in spremljanje njegovega izvajanja ter vrednotenje uspešnosti. Navedene postopke uvedemo po predhodnem prehranskem presejanju ogroženih bolnikov (Sedej in Janjoš, 2010). Postopki in model prehranske obravnave v ambulantnem in hospitalnem okolju so opisani v prispevkih Sedej in Janjoš (2010) in Sedej idr. (2011).

Metode za izboljšanje ali ohranjanje vnosa hranil imenujemo prehranska podpora. Prehranska podpora zajema:

- oralno prehransko podporo – na primer obogatena hrana, dodatni prigrizki oziroma oralni prehranski napitki,
- enteralno hranjenje po sondi – hranjenje po sondi neposredno v črevesje s popolno enteralno prehrano, ki predstavlja edini vir hranil,
- parenteralna prehrana – intravenozno hranjenje.

Te metode lahko izboljšajo izide zdravljenja, vendar so odločitve o najbolj učinkovitih in varnih metodah kompleksne. Pomagamo si s kliničnimi smernicami, standardi in priporočili za prehransko podporo, ki nam služijo kot usmeritev, da bolnikom izberemo in zagotovimo najbolj ustrezno prehransko podporo ob najprimernejšem času. Potek prehranske podpore lahko poenostavljeno prikažemo v petih zaporednih korakih: 1. »poišči«, 2. »prepoznaj«, 3. »zdрави« skozi usta oziroma po sondi oziroma parenteralno, 4. »spremljaj in beleži«, 5. »preglej«. Prehransko podporo zaokrožimo s prvim korakom in po potrebi ponovimo proces (NICE, 2006). Večina bolnikov svoje prehranske potrebe zadovolji že z osnovno bolnišnično prehrano. Manjši delež jih potrebuje oralne prehranske dodatke ali hranjenje preko sond, le peščica pa parenteralno prehrano (Powell-Tuck, 2007). Algoritmi s potmi odločanja o prehranskih ukrepih za posamezna bolezenska stanja so opisani v slovenskih priporočilih za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah (Rotovnik-Kozjek in Milošević, 2008).

Za uspešno izvajanje prehranske podpore je nujno interdisciplinarno sodelovanje (NICE, 2006).

4 Merjenje učinkovitosti prehranskih timov

Da bi bili TPP učinkoviti, morajo delovati po praksah, ki temeljijo na dokazih (Schneider, 2006). Vsak član tima mora upoštevati standarde ravnanja za svoje discipline (Ukleja idr., 2010). Za izboljšanje učinkovitosti TPP je potrebno merjenje njihove uspešnosti. Pred tem je potrebno opredeliti merljive cilje in namene delovanja TPP (Schneider, 2006).

Primeri ciljev, ki lahko predstavljajo merilo timske učinkovitosti (Schneider, 2006):

- Prehranska podpora mora biti indicirana. Noben bolnik naj ne prejme dragega, potencialno tveganega zdravljenja, razen če to ni nujno potrebno.
- Cilj: TPP bo izboljšal sistem naročanja tako, da bodo izpolnjene vse vnaprej določene klinične indikacije, preden se zdravljenje začne.
- Pot vnosa hranil mora biti primerna. Neprimerna metoda za zagotavljanje specialne prehranske podpore povzroči nepotrebne stroške in tveganja.
- Cilj: TPP bo izboljšal izbor poti vnosa hranil tako, da bodo vsi bolniki, ki so lahko hranjeni enteralno, tudi hranjeni po tej poti. »Če črevo deluje, ga uporabi!«
- Pojavnost zapletov naj bo nizka. Zapleti so neizogibni, vendar jih je možno z uporabo pravih tehnik zmanjšati.
- Cilj: TPP bo standardiziral naročanje, pripravo in vodenje prehranske podpore tako, da se bo na primer zmanjšalo število okužb, pogostost glukoznega in elektrolitskega neravnovesja.
- Bolnik mora biti seznanjen s tveganji in koristmi predlagane terapije. Odločitev o terapiji mora vključevati bolnika.
- Cilj: TPP bo izboljšal izobraževanje bolnikov tako, da bodo razumeli tveganja in koristi prehranske podpore, preden se zdravljenje začne, kar je razvidno iz podpisane soglasja.

- Naročena mora biti primerna količina substratov – hranil. Preveč ali premalo lahko bolniku škodi.
- Cilj: TPP bo izboljšal proces naročanja tako, da bolniki ne bodo preveč ali premalo hranjeni. Zagotavljanje hranil naj bo v skladu z veljavnimi prehranskimi priporočili.
- Količina prehranske podpore naj bo primerna. Če je prehranska podpora dana napačno, potem bolnik prejme napačne količine hranil, četudi je bilo naročilo izvedeno ustrezno.
- Cilj: TPP bo izboljšal metode dajanja prehranske podpore, tako da bodo vsi bolniki dobili sebi primerne količine hranil.
- Bolnik ne bi smel doživeti škodljivih interakcij zdravil s hrano. Prehrana ima lahko negativne interakcije z drugimi predpisanimi zdravili.
- Cilj: TPP bo izboljšal proces iskanja naročil v lekarno pri bolnikih, ki prejemajo prehransko podporo.
- Bolnik mora prejeti prehransko podporo pravočasno. To je takoj, ko so sprejete odločitve o terapiji.
- Cilj: TPP bo zmanjšal čas od prvega naročila do začetka dajanja terapije na dve uri. Za zagotavljanje kakovosti prehranske podpore je potrebno merjenje uspešnosti zastavljenih ciljev.
- Schneider (2006) glede na zgoraj zastavljene cilje predlaga spodnje kazalnike za merjenje učinkovitosti TPP. Merjenje in spremljanje:
 - deleža bolnikov, ki potrebujejo prehransko podporo po vnaprej določenih kriterijih,
 - deleža bolnikov, pri katerih je bila uporabljena pravilna pot vnosa hranil,
 - deleža bolnikov s prehransko podporo, ki so izboljšali bilanco dušika,
 - pogostosti hipo- in hiper-glikemij, tekočinskega in elektrolitskega neravnovesja in kislinsko-bazičnih sprememb pri bolnikih s prehransko podporo,
 - števila bolnikov, ki so dali pisno soglasje ob seznanitvi s tveganji in koristmi terapije,
 - števila bolnikov, ki so dobili drugačno prehransko podporo, kot je bila predpisana,
 - števila bolnikov, pri katerih so bile zaznane interakcije zdravil s hranili,
 - števila bolnikov, ki so prejeli predpisano terapijo kasneje kot v dveh urah po sprejetju odločitvi.

5 Organizacija prehranske podpore v Sloveniji

V Sloveniji je edina redno delujoča ambulanta za klinično prehrano na Onkološkem inštitutu. V njej sistematično obravnavajo prehranske težave bolnikov in so vzpostavili tudi sistem parenteralne prehrane na domu. Ambulanta je pričela z delovanjem leta 2008 (Najžer, 2013).

Slovensko ministrstvo za zdravje se je z razlogom zagotavljanja ustrezne prehrane bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane že leta 2004 prizadevalo uvesti določila Resolucije ResAP (2003) 3 o prehrani in prehranski oskrbi v bolnišnicah, ki jo je leta 2003 sprejel Odbor ministrov EU (Svet Evrope, 2004). Uved-

ba in izpeljava omenjene resolucije je bila ena izmed nalog za zagotavljanje ustrezne prehrane bolnikov v bolnišnicah tudi v kasnejši Resoluciji o prehranski politiki 2005 – 2010, v kateri se v slovenskem prostoru prvič kot naloga omeni potreba po organizaciji prehranske podpore v bolnišnicah. Slednja omenja tudi, da bo potrebno urediti status tedanjih služb za bolniško prehrano in dietoterapijo v bolnišnici (Uradni list RS, št. 39, 2005). Oskrba s hrano sodi med storitvene dejavnosti, medtem ko dietoterapija med zdravstvene dejavnosti.

Danes imamo priročnik Priporočila prehranske obravnave bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane, ki na pregleden način, na osnovi z dokazi potrjenih ugotovitev, opredeljujejo prehransko obravnavo, terapevtske ukrepe in njihovo evaluacijo pri posameznih obolenjih (Rotovnik-Kozjek in Milošević, 2008; Sedej idr., 2011). Priporočila so v Praktikumu jedilnikov zdravega prehranjevanja bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane praktično prevedena v jedilnike za posamezna bolezenska stanja (Sedej, Koroušič-Seljak in Mlakar-Mastnak, 2008).

V Splošni bolnišnici Novo mesto sledimo priporočilom in predvsem v zadnjih letih izvajamo velike premike na področju prehranske podpore bolnikov. Leta 2009 je pričela delovati ambulanta za klinično prehrano, leta 2011 je bil ustanovljen prehranski tim zdravstvene nege, v zadnjem letu pa namenjamo veliko pozornosti interdisciplinarni prehranski obravnavi podhranjenih bolnikov na oddelkih. Načrtujemo širitev ali preoblikovanje prehranskega tima v smeri vidnejše vloge zdravnikov različnih specializacij v njem. Delamo na dveh ravneh: obravnavamo ambulantne bolnike, ki so k nam napoteni s strani osebnega zdravnika ali zdravnika specialista, in konziliarno obravnavamo bolnike, ki potrebujejo prehransko obravnavo v bolnišnici. Naša prednost je hiter prenos potreb po prilagojeni prehrani v lastno kuhinjo, ki mora biti vse bolj fleksibilna. Ambulanta deluje v okviru anesteziološkega oddelka. V času njenega delovanja smo opravili 500 obravnav. Obravnavamo onkološke bolnike, prehransko vodimo bolnike pred predvidenim bariatričnim ali drugim operativnim posegom ter bolnike z drugimi prehranjevalnimi težavami. Bolnik po obravnavi prejme obvestilo zdravniku. Zapisi obravnav so elektronsko dokumentirani. Urnik ambulante je objavljen na spletni strani bolnišnice. S posodobljenim internim izobraževalnim programom bomo poskrbeli tudi za širitev zavedanja o pomenu prehranske podpore med bolnišnično osebje.

6 Prednostne naloge za izboljšanje prehranske podpore bolnikov

Alliance je ameriška zveza, ki interdisciplinarno združuje najpomembnejša ameriška združenja in društva medicinskih sester, dietetikov, zdravnikov, bolnikov, drugih strokovnih sodelavcev, vključenih v obravnavo bolnikov in farmacevtske industrije. V letošnjem letu so s skupnimi močmi izdali priporočila za prehransko obravnavo z namenom izboljšanja prehranske obravnave v praksi tako, da bo vsak podhranjen bolnik ali bolnik s tveganjem za podhranjenost prepoznan in učinkovito obravnavan.

Ugotavljajo, da je za doseg tega cilja potrebno premostiti šest ključnih ovir (Tappenden idr., 2013):

1. Kljub temu, da je vsaj ena tretjina hospitaliziranih bolnikov podhranjenih že ob sprejemu, jih večina ostane neprepoznanih ali pa je bilo presejanje na prehransko ogroženost opravljeno neustrezno.
2. Pogosto je za prehransko obravnavo bolnikov odgovoren dietetik. Številne institucije nimajo zadosti razpoložljivega osebja za ustrezno prehransko obravnavo vseh bolnikov.
3. Prehranska obravnava je v praksi pogosto odložena zaradi bolnikovega zdravstvenega stanja, pomanjkljivega naročila prehrane ali pomanjkanja časa za prehranski posvet. V bolnišnici Johns Hopkins v Baltimoru (Maryland, ZDA) so ugotovili, da od sprejema do posveta mine skoraj pet dni, kar je podobno povprečni ležalni dobi bolnikov. Tega podatka za našo bolnišnico nimamo.
4. Medicinske sestre še niso dosledno vključene v prehransko obravnavo, kljub temu, da skrbijo za zagotavljanje in nadzor nad oskrbo bolnikov 24 ur na dan 7 dni v tednu, spremljajo vnos hrane in težave pri prehranjevanju, in so v nenehnem stiku z bolnikom, njegovimi svojci ali skrbniki.
5. Da se prehranski načrt prične izvajati, je v mnogih okoljih potrebna odobritev zdravnika. Priporočila dietetikov izvajajo le pri štirih od desetih bolnikov.
6. Mnogo bolnikov potrebuje pomoč pri hranjenju, kar poleg drugih prehranjevalnih težav prispeva k temu, da več kot polovico bolnikov ne poje celih obrokov.

Prednostne naloge za izboljšanje prehranske podpore lahko torej strnemo v šest točk (Tappenden idr., 2013).

Tabela 1: Allianceove prednostne naloge za izboljšanje prehrane bolnikov (Tappenden idr., 2013)

<i>Vspostaviti pozitiven odnos do prehrane v instituciji</i>	<input type="checkbox"/> Poznavati dejstva – prehrana izboljša izide zdravljenja <input type="checkbox"/> Zadostno in ustrezno prehransko ukrepati <input type="checkbox"/> Med zdravstvenimi delavci prepoznati motivirane posameznike
<i>Ponovno opredeliti vlogo zdravnikov, ki vključuje skrb za prehrano</i>	<input type="checkbox"/> Povečati vloge dietetikov <input type="checkbox"/> Vključiti vodilne zdravnike in medicinske sestre <input type="checkbox"/> Vključiti prehrano v interdisciplinarni pristop obravnave bolnika; omogočiti timsko delo npr. z dnevnimi sestanki
<i>Poiskati VSE podhranjene bolnike in tiste s tveganjem za podhranjenost</i>	<input type="checkbox"/> Zavedati se odgovornosti za prepoznavo podhranjenosti <input type="checkbox"/> Uporabiti ustrezno orodje za prehransko presejanje in kriterije za oceno/diagnozo podhranjenosti <input type="checkbox"/> Kriterije za prepoznavo podhranjenosti vključiti v dokumentacijo
<i>Prehranske ukrepe izvajati hitro in jih stalno spremljati/vrednotiti (monitoring)</i>	<input type="checkbox"/> Zagotovljati pogoje, da se prehransko ukrepanje prične v 24 urah po presejanju na prehransko ogroženost <input type="checkbox"/> Prehrano naročiti takoj po presejanju prehranske ogroženosti <input type="checkbox"/> Spremljati vnos zaužite hrane in oralnih prehranskih dodatkov
<i>Prehranski načrt posredovati vsem vključenim v zdravljenje bolnika</i>	<input type="checkbox"/> Standardizirati prehransko dokumentacijo <input type="checkbox"/> Omogočiti označevanje resnosti podhranjenosti (huda, zmerna, blaga), kadar je le ta prisotna; kot stanje ob primarni diagnozi <input type="checkbox"/> Zagotoviti, da diskusija o obravnavi bolnika vključuje prehrano
<i>Ob odpustu izdelati prehranski načrt za domače okolje in izobraziti bolnika/svojce</i>	<input type="checkbox"/> Prehranski načrt vključiti v odpustno pismo <input type="checkbox"/> Izobraziti bolnika in svojce/skrbnike <input type="checkbox"/> Prehranski načrt in svetovanje uskladiti/sporočiti ostalim izvajalcem

Dokumentiranje zdravstvenih podatkov je v razvitem svetu v večini elektronsko. Med prednostnimi nalogami za izboljšanje prehranske obravnave v bolnišnici je elektronsko dokumentiranje kriterijev, ki nakazujejo podhranjenost (npr. NRS 2002, delež zaužitih obrokov vsak dan ob vsakem obroku, beleženje prehranjevalnih težav, telesna teža, indeks telesne mase, biokemični parametri ...) in samodejno opozarjanje, da je potrebno prehransko ukrepanje. Med predlaganimi ukrepi je tudi samodejen elektronski prepis terapije (tudi prehrane) ob premestitvi na drugo enoto in šele naknadno menjava in usklajevanje terapije z vsemi izvajalci zdravljenja bolnika.

Tudi BAPEN podarja, da je najpomembnejše povečati zavedanje o pomenu prehranske podpore na vseh področjih klinične prakse (Powell-Tuck, 2007).

7 Sklep

Prehranska podpora je pomemben del okrevanja. V dobi, ko sta v ospredju zniževanje stroškov, kakovost in učinkovitost, je za dosego odlične prehranske obravnave v bolnišnici in po odpustu potrebno interdisciplinarno sodelovanje dietetikov, medicinskih sester, zdravnikov in farmacevtov. Izboljšana organizacija prehranske obravnave ima klinične in ekonomske koristi. Dokazano je bilo, da dva dni zgodnejša prehranska intervencija privarčuje dan bivanja v bolnišnici. Nekatere skupine, na primer starejši in kronični bolniki, imajo večje tveganje za podhranjenost in morajo biti prepoznani in zdravljeni. TPP so najprimernejša organizacijska oblika za zagotavljanje specializirane prehranske podpore. Merjenje učinkovitosti in stalno izboljševanje kakovosti je nujno za zagotavljanje koristi prehranske terapije, ki je pomembna, a tudi tvegana oblika zdravljenja. Po pregledu literature sva avtorici ugotovili, da smo v Splošni bolnišnici Novo mesto na pravi poti, poti razvitih dežel, k izboljšanju prehranske podpore bolnikov.

Irena Sedej, PhD, Lučka Kosec

The organisation of nutritional support in hospitals

We are entering a new era of healthcare delivery in which changes in the health-care policy are driving an increased focus on costs, quality, and transparency of care. This new focus on improving the quality and efficiency of hospital care highlights an urgent need to revisit the long standing challenge of hospital malnutrition and elevate the role of nutritional care as a critical component of patient recovery. The prevention and treatment of hospital malnutrition offer a tremendous opportunity to optimize the overall quality of patient care, improve clinical outcomes, and reduce costs. Unfortunately, it is often overlooked with many hospitalized patients. Between 15 and 60 % of hospital admissions in Europe are undernourished, half severely so. The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition estimated that at least one-third of hospital admissions are malnourished. If left untreated, many of these patients will continue

to decline nutritionally, which may adversely impact their recovery and increase their risk of complications and readmission.

We underscore the importance of an interdisciplinary approach to addressing malnutrition both in the hospital and in the acute post-hospital phase. The process of structured nutrition support is still far from being generally implemented. On the other hand it is well recognized that malnutrition is associated with adverse clinical outcomes. The available evidence shows that early nutrition intervention can reduce complication rates, length of hospital stay, readmission rates, mortality, and the cost of care. The key is to systematically identify patients who are malnourished or at risk and to promptly intervene.

Effective management of malnutrition requires collaboration among multiple clinical disciplines. However, the new era of quality care will require a deliberately more holistic and interdisciplinary process to address this critical issue. Healthcare professionals should ensure that all people who need nutrition support receive coordinated care from a multidisciplinary team.

The first step is for health authorities to adopt good nutrition as a policy, with explicit written nutritional standards, protocols and guidelines. The aim of the clinical guidelines, standards and recommendations for nutritional support is to help healthcare professionals correctly identify patients who need nutritional support, and enable them to choose and deliver the most appropriate nutritional support at the most appropriate time. Studies have shown that 30 to 70 % of hospital food is thrown away and wasted, because hospital feeding policies are based on other institutional catering rather than being targeted to the needs of the sick. This is associated with inadequate nutrient intake which is often only 50 to 70 % of recommended requirements with correspondingly low intakes of minerals and micro nutrients. Wonderful food is useless unless it passes the patient's lips.

A multi-professional nutrition support team is required to provide safe and cost-effective artificial nutritional support. It is desirable that hospitals should appoint a multidisciplinary nutrition steering group to oversee all aspects of care from catering to artificial nutrition. This could include managers, caterers, clinicians, nurses, dietitians, pharmacists and other members of the nutrition support team. They may have diverse skills and acquired nutritional education.

In 1997, the percentage of hospitals in Europe with any form of nutrition support team ranged from as little as 2 % in some countries to 37 % in others. All members of the clinical team must be involved, including nurses who perform the initial nutritional screening and develop innovative strategies to facilitate patient compliance, dietitians who complete the nutritional assessment / diagnosis and develop evidence-based intervention(s), pharmacists who evaluate drug-nutrient interactions, and physicians, including hospitalists, overseeing the overall care plan and documentation to support reimbursement for their services. They may be supported by advice from a biochemist, a microbiologist, a haematologist...

Such teams have evolved four levels of functioning:

- 1. A group who tour the wards advising on nutritional support and carrying it out. This system suffers from the problem that any benefits of nutrition may be negated by shortcomings in other aspects of management over which the team may have little control.*
- 2. A specialized nutrition unit to which patients are sent for specialized artificial nutrition. This ensures well coordinated management in all aspects including nutrition and the results are excellent. The problem is that the number of beds in such units is too few to cope with the demand throughout the hospital.*
- 3. A combination of first and second in which the team is based on a specialized unit where they manage the most difficult problems and then, as well, provide an outreach service for the rest of the hospital.*
- 4. The Amsterdam team have taken a step further involving the team in all aspects of feeding patients and hospital policies involved, including catering. This requires a cooperative team effort with all those concerned with appropriate training programmes for hospital staff.*

If an institution does not have a defined nutrition support service or team, as the majority of the hospitals in Slovenia, it is recommended that an interdisciplinary team provides specialized nutritional support (level of functioning No.1).

Based on these levels an overview of the organization of nutritional support in Slovenian hospitals is presented in the article.

Collaboration among all hospital stakeholders, including dietitians, nurses, physicians, and administrators, each of whom must fulfil their role in the nutritional support is necessary. Their responsibilities are translated into a practical interdisciplinary nutrition care algorithm, which is shown in the article.

Methods to improve or maintain nutritional intake are known as nutritional support. These include: (a) oral nutritional support – i.e. fortified food, additional snacks and/or sip feeds, (b) enteral tube feeding – the delivery of a nutritionally complete feed directly into the gut via a tube or (c) parenteral nutrition – the delivery of nutrition intravenously. The provision of nutritional support can be seen as an inverted triangle in which the majority have their needs met by hospital food, a smaller number need supplementation or sip feeds, and still fewer need tube feeding and just a small minority need parenteral nutrition. These methods can improve outcomes, but decisions on the most effective and safe methods are complex. The route selected to provide nutritional support therapy shall be appropriate to the patient's medical condition and should periodically be assessed for continued appropriateness as well as for its adequacy in meeting the goals of the nutritional care plan. The decision-making process with the route of the administration algorithm is presented in the article.

To be effective, nutrition support teams need to practice at an evidence-based level and measure their performance. Each member of an organized nutrition support team should follow the standards of practice for their disciplines. An important principle of assuring the quality and improving the performance of a nutrition support team, is establishing performance goals or aims. The emphasis of these goals is the expecta-

tion of patients and the clinical outcome of the patient, not the structure and process of how specialized nutritional support is provided. These goals should be stated in a way that performance can be measured. Some examples of performance aims framed as measurable team performance goals are presented in the article. Also examples of tools for measuring performance that can be used are shown.

If we are to make progress toward improving nutritional care practices that guarantee every malnourished or at-risk patient is identified and treated effectively, we must proactively identify the barriers impacting the provision of nutritional care. Towards this the American interdisciplinary consortium Alliance suggest at least six key challenges that must be overcome: inadequate nutritional screening, lack of dietitians, delayed nutritional care, nurses are not constantly included in nutritional care, doctors do not implement dietitian recommendations in a nutritional care plan and finally half of hospitalized patients do not finish their meals. According to those challenges they present a novel care model and toolkit to drive improvement, emphasizing the following six principles: (1) create an institutional culture where all stakeholders value nutrition, (2) redefine the clinicians' roles to include nutritional care, (3) recognize and diagnose all malnourished patients and those at risk, (4) rapidly implement comprehensive nutritional interventions and continued monitoring, (5) communicate nutritional care plans, and (6) develop a comprehensive discharge nutritional care and education plan.

Based on this model, we will identify our barriers impacting the provision of nutritional care in our hospital and suggest some future actions to overcome them.

Nutrition support is a potentially lifesaving treatment. A nutrition support team should assess and manage patients who require or may require nutrition support therapy. Improved organization of nutritional care will have both clinical and economic benefits in the hospital service. It has been shown that two days' earlier dietary intervention saves one day in hospital. If a hospital does not have a designed nutrition support team, the care used to provide nutrition support therapy should be interdisciplinary. The interdisciplinary team approach is the evidence-based standard for optimizing treatment outcomes for administering nutrition support effectively and safely. Nutrition support teams include many of the components of the healthcare delivery system that are advocated for the future and should be encouraged as the preferred system of providing specialized nutrition support.

LITERATURA

1. Allison, S. P. and Stanga, Z. (2004). Organization of nutritional care. In: Sobotka, L. (ur.). Basics in clinical nutrition. Praga: GALEN, ESPEN, str. 135–139.
2. Kondrup, J. and Sorensen, J. M. (2009). The Magnitude of the Problem of Malnutrition in Europe. The Economic, Medical/Scientific and Regulatory Aspects of Clinical Nutrition Practice: What Impacts What?, 12, 1–14.
3. Mušič, D. (2006). Timsko delo v zdravstvu. Diplomsko delo. Koper: Univerza na Primorskem.
4. Najžer, E. B. (2013). Nada Rotovnik Kozjek: »Hrana je lahko tudi zdravilo«. Za srce, 22 št. 3–4, str. 6–9.

5. NICE National institute for health and clinical excellence. (2006). Nutrition support in adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition, Clinical guideline 32. London: NHS.
6. Powell-Tuck, J. (ur.) (2007). Organisation of Food and Nutritional Support in Hospitals. BAPEN. Pridobljeno dne 11. 10. 2013 s svetovnega spleta [http://www.bapen.org.uk/ofnsh / OrganizationOfNutritionalSupportWithinHospitals.pdf](http://www.bapen.org.uk/ofnsh/OrganizationOfNutritionalSupportWithinHospitals.pdf).
7. Rotovnik-Kozjek, N. (ur.) in Miloševič, M. (ur.) (2008). Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
8. Schneider, P. J. (2006). Nutrition Support Teams: An Evidence-Based Practice. Nutrition in Clinical Practice, št. 21, str. 62–67.
9. Sedej, I. in Janjoš, T. (2010). Ambulantna prehranska obravnava bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2. V: Klavs, J. (ur.) in Žargaj, B. (ur.). Oskrba bolnika s sladkorno boleznijo na primarni ravni. Moravske Toplice: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji, str. 61–79.
10. Sedej, I., Koroušič-Seljak, B. in Mlakar-Mastnak, D. (2008). Praktikum jedilnikov zdravega prehranjevanja bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
11. Sedej, I., Kosec, L. in Špilek, B. (2011). Vloga medicinske sestre pri prepoznavi in obravnavi prehransko ogroženih bolnikov v bolnišnicah. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
12. Svet Evrope, O. m. (2004). Resolucija ResAP(2003) 3 o prehrani in prehranski oskrbi v bolnišnicah. Ministrstvo za zdravje.
13. Tappenden, K. A., Quatrara, B., Parkhurst, M. L., Malone, A. M., Fanjiang, G. and Ziegler, T. R. (2013). Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition, Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 113, št. 9, str. 1219–1237. Pridobljeno s svetovnega spleta: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212267213006412>.
14. Ukleja, A., Freeman, K. L., Gilbert, K., Kochevar M., Kraft, M. D., Russell, M. K. idr. (2010). Standards for Specialized Nutrition Support: Adult Hospitalized Patient. Nutrition in clinical practice, 25, str. 403–413.
15. Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010 (ReNPPP) (2005). Uradni list Republike Slovenije št. 39.

Dr. Irena Sedej, klinična dietetičarka v Splošni bolnišnici Novo mesto.

E-naslov: irena.sedej@sb-nm.si

Lučka Kosec, predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto.

E-naslov: lucka.kosec@sb-nm.si

Vitamin C v prehrani starostnikov

Strokovni članek

UDK 577.164.2 – 053.9

KLJUČNE BESEDE: vitamin C, prehrana, starostniki, prehranski dodatki

POVZETEK - Vitamin C je v prehrani starostnikov zelo pomemben, kajti to je skupina ljudi, ki ima povečane potrebe po vitaminu C zaradi slabše absorpcije vitaminov, manjšega vnosa in težav z motoriko. Zato bi morali v prehrano vsakodnevno vključevati živila, ki vsebujejo ta vitamin. S pomočjo ankete smo ugotavljali, ali se starostniki zavedajo pomembnosti vitamina C. Anketni vprašalnik je bil izveden med naključno izbranimi člani društva upokojencev. Sestavljen je bil iz 18 vprašanj, od tega je bilo 10 vprašanj zaprtega tipa in 8 vprašanj polodprtega tipa z možnostjo dopisa odgovora. Anketna raziskava je pokazala, da so skoraj vsi starostniki enotnega mnenja, da vitamin C deluje pozitivno na telo in zdravje, le nekateri so menili, da lahko deluje na telo tudi negativno. Starostniki lahko dobijo potrebno količino vitamina C v telo s pomočjo uživanja različnih vrst sadja in zelenjave, kot tudi s pomočjo količinsko ustreznih prehranskih dodatkov. Prehranski dodatki so potrebni, kadar s prehrano ali zaradi različnih bolezenskih stanj v telo ni mogoče vnesti ustrezne količine vitamina C, ki je potreben za normalno delovanje in razvoj ter ohranjanje zdravja.

Professional paper

UDC 577.164.2 – 053.9

KEY WORDS: vitamin C, food, elderly, food supplement

ABSTRACT - Vitamin C in the diet of elderly people is very important because elderly people are a group of people who have an increased need for vitamin C due to the poor absorption of vitamins, low-input and problems with motor skills. Accordingly, in the daily diet foods containing vitamin C should be included. We conducted a survey to determine whether the elderly are aware of the importance of vitamin C. The questionnaire was carried out among randomly selected members of the chosen Senior Society in Slovenia. The questionnaire was composed of 18 questions, 10 of these were closed-type questions and 8 semi-open types, where they had the opportunity to write an answer. The obtained results were graphically presented. The questionnaire showed that almost all elderly have the same opinion that vitamin C has a positive effect on the body; since only 3 % answered that it acts negatively on the body. Elderly patients may obtain the necessary amount of vitamin C in the body through fruit and vegetables, as well as by means of food supplements. Nutritional supplements are necessary if the diet is not possible to provide the necessary amount of vitamin C in the body for normal development and maintenance of health.

1 Uvod

Vitamin C je skupno ime za vse spojine, ki kvalitativno kažejo biološko aktivnost L-askorbinske kisline (Medić-Šarić, Buhač, Bradamante, 2002), ki je pri fiziološkem pH v obliki monoaniona-askorbata. V organizmu se reverzibilno oksidira do dehidroaskorbinske kisline, ki ima popolno vitaminsko aktivnost. Skladišči se v jetrih, nadledvičnih žlezah in drugih celicah. Absorpcija vitamina C poteka primarno z aktivnim transportom iz črevesja, enako tudi tubularna reabsorpcija v ledvicah in nalaganje v celice. Skozi ledvice se izloči 2–3 ure po zaužitju (Rozman in Gašperlin, 2009). Vitamin C je topen v vodi (Lippincott, 2011) in alkoholu ter skorajda netopen v kloroformu in etru. Na zraku pod vplivom baz, alkalij, železa in bakra hitro oksidira (Medić-Šarić, Buhač, Bradamante, 2002, str. 71). Občutljiv je na visoko temperaturo, kisik, vlago, predolgo skladiščenje (Unger, 2007, str. 48) in zdravila (Merljak in Koman, 2011).

Vitamin C dobimo z vnosom živil, kot so: acerola, črni ribez, šipek, peteršilj, borovnice, kreša, bezeg, kivi, jagode, citrusi, pesa ... (Merljak in Koman, 2011). Nahaja se tudi v svežem mesu in jetrih (Rozman in Gašperlin, 2009). Vitamin C ima pomembne fiziološke funkcije v telesu, saj sodeluje v presnovi beljakovin (Milić, Kuščer, Pirš, Koren in Perc, 2008, str. 178), spodbuja lastni imunski sistem telesa, stimulira tvorbo in delovanje vezivnega sistema telesa, skrbi za močne kosti in zobe ter ožilje, spodbuja celjenje ran, izboljšuje absorpcijo železa iz živil in omogoča predelavo (Unger, 2007, str. 45) ter skupaj z železom sodeluje pri tvorjenju hemoglobina v rdečih krvničkah (Milić, et al., 2008, str. 178).

2 Starostniki in vitamin C

Med starostniki se velikokrat pojavlja enolična in vitaminsko pomanjkljiva prehrana (Pandel Mikuš, Poljšak, 2011). Pomembno je, da z uživanjem sadja in zelenjave vnašajo v telo vitamine, folno kislino, karotene, ogljikove hidrate, tekočino, mineralne snovi in prehranske vlaknine. Na dnevnem jedilniku mora biti vsaj ena tretjina sadja in zelenjave surova, preostali dve tretjini pa naj bi starostniki zagotovili s kompoti, sokovi ali kuhano zelenjavo. Dnevna prehrana starostnikov naj vsebuje vsaj 400 g sadja in/ali zelenjave (Bukovec, 2010).

Starejši ljudje imajo pogosto nizke vrednosti askorbinske kisline v plazmi v primerjavi z mlajšimi zaradi manjšega vnosa, težav z zobovjem in mobilnostjo. Prav tako so bolj dovzetni za bolezni, ki vplivajo na količino askorbinske kisline v plazmi (Vitamin and mineral requirements in human nutrition, 2004). Pomanjkanje vitamina C lahko pripomore k nastanku razjed zaradi pritiska in k infekcijam (Peršolja Černe, Poklar Vatovec in Jordana, 2011, str. 71-72).

Najpogostejši znaki pomanjkanja vitamina C so krvavenje okrog zob iz dlesni in pokanje kapilar pod kožo (Peršolja Černe, Poklar Vatovec in Jordana, 2011, str. 71-72), šibkost, suha usta in kožne spremembe (Lippincott, 2011, str. 88). Zato naj bi starostniki dnevno zaužili 40 mg vitamina C (Widgerowitz, 2009, str. 105). Pri starostnikih potrebe po vitaminu C najlažje pokrijemo v obliki pijač, ki so obogatene s tem vitaminom, npr. 100 % pomarančni sok in sok črnega ribeza. Lahko pa tudi s citrusi, papriko ali kivijem (Peršolja Černe, Poklar Vatovec in Jordana, 2011, str. 71-72).

3 Prehranski dodatki

Na trgu obstaja veliko pripravkov, ki vsebujejo vitamin C (Jamison, 2007). Najdemo ga v različnih oblikah, kot so: trde tablete, tablete s podaljšanim delovanjem, tablete za žvečenje, sirupi, praški in pastile (Ursell, 2003, str. 42). Farmacevtske oblike vitamina C se gibljejo v odmerkih od 25 do 1500 mg. Teoretično najbolj smiselno je uporabljati tableto s postopnim sproščanjem, saj se tako izognemo nasičenju transportnega sistema iz prebavnega trakta in dosežemo večji delež absorpcije (Rozman

in Gašperlin, 2009). Praške, šumeče tablete ali kapsule lahko dobimo tudi v obliki depotnih kapsul, kar pomeni, da osem do deset ur neprekinjeno izločajo v telo vitamin C. Vendar pa ta oblika vitamina ne more nadomestiti uravnovešene prehrane, ampak pomeni le dodatek (Despeghel-Schöne, Alamouti in Pütz, 2003).

Gabrijelčič Blenkuš in Stanojevič Jerković (2010, str. 30) pravita, da starejši odrasli, ki so dovolj telesno dejavni in uživajo visoko hranilno kakovostna živila ter so brez večjih zdravstvenih težav, lahko živijo brez vitaminsko-mineralnih dodatkov. Po drugi strani pa so epidemiološke raziskave pri tistih, ki so s hrano zaužili večjo količino vitaminov C in E pokazale, da uživanje dodatkov zniža pojavnost bolezni srca in ožilja ter raka (Poljšak et al., 2007). Epidemiološki znaki kažejo tudi, da se relativno majhen delež prebivalcev prehranjuje po smernicah zdravega prehranjevanja in s tem vnesejo vse potrebne snovi. Prehranske dodatke je potrebno uživati: kadar s prehrano zaradi nepravilnega življenjskega sloga in averzije do nekaterih živil ne vnesemo zadostne količine makro in mikro hranil, ki so potrebna za normalen razvoj in ohranjanje zdravja (Krbavčič, Gobec, 2011, str. 10), pri pomanjkanju apetita, pomanjkanju okusa/vonja, depresiji, zmanjšani funkciji prebavnega trakta, revni prehrani (diete, pomanjkanje financ, pomanjkanje interesa za hrano), pri izključevanju posameznih skupin živil, povečanem delovanju oksidantov iz okolja (tobak, alkohol), različnih zdravstvenih indikacijah (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojevič Jerković, 2010, str. 30), boleznih, pri kroničnih škodljivih učinkih zdravil, slabem žvečenju in požiranju ter psihičnih omejitvah (Lippincott, 2011, str. 88). Vendar Dujmovič in Poklar Vatovec (2012) opozarjata, da lahko določeni vitamini in elementi v prekomernih količinah delujejo škodljivo, zato moramo vnos pravilno načrtovati. Za samozdravljenje je najbolje jemati multivitaminske dodatke. Prav tako Stoppard (2004, str. 174) v ameriški študiji svari, da lahko velike količine vitamina C in E povzročajo resne stranske učinke in preprečijo absorpcijo drugih pomembnih substanc v telo. Tudi Harrar in Gordon (2009, str. 165) sporočata, da so dolgoletne študije pokazale, da visoki dodatki vitaminov, kot so A, E in C, ne zagotavljajo nobenih zdravstvenih prednosti. Uživanje sadja in zelenjave zniža nastanek prostih radikalov v telesu in s tem povzročene oksidativne poškodbe DNK. Raziskovalci so uspeli dokazati tudi znižano pojavnost raka ter bolezni srca in ožilja le pri ljudeh, ki zaužijejo dovolj veliko količino sadja in zelenjave, ne pa pri osebah, ki uživajo dopolnila vitaminov.

4 Namen in cilji

Namen prispevka je bil predstaviti rezultate ankete o starostnikih in njihovem znanju o vitaminu C. Z anketo smo hoteli ugotoviti, koliko se starostniki zavedajo pomembnosti vitamina C v njihovi vsakodnevni prehrani, ali ga uživajo, kakšno je njihovo znanje o njem in kakšno mnenje imajo o prehranskih dodatkih ter če jih tudi uporabljajo.

Raziskovalni vprašanji, ki smo si ju postavili, sta: Koliko se starostniki zavedajo pomena vitamina C v prehrani? Katera živila, ki ga vsebujejo, najpogosteje jedo?

5 Metode

Uporabljena je bila kvantitativna metoda dela. Merski instrument, s katerim smo zbrali podatke, je bila anketa.

5.1 Opis instrumenta

Anketa je vsebovala 18 vprašanj z več možnimi odgovori. Od tega je bilo 10 vprašanj zaprtega tipa in 8 polodprtega tipa, kjer so anketirani imeli možnost dopisati odgovor. Vprašalnik je bil sestavljen tako, da je bilo treba obkroževati dane odgovore. V petih primerih so imeli možnost obkrožiti več odgovorov, v ostalih so lahko obkrožili enega. Z vprašalnikom smo želeli izvedeti več o prehrani starostnikov, uporabi vitamina C in ostalih prehranskih dodatkov. Vprašanja za anketo smo oblikovali sami glede na cilje in raziskovalna vprašanja. V analizi smo uporabili samo vprašalnike, ki so jih starostniki nad 65 let izpolnili v celoti. Razdeljenih jih je bilo 35; od tega jih pet ni bilo rešenih v celoti, zato smo jih izločili iz analize.

5.2 Opis vzorca

Anketa je potekala v izbranem društvu upokojencev med 30 naključnimi člani v starosti od 65 do 89 let. Anketiranci so z veseljem sodelovali, nihče ni odklonil sodelovanja. Med anketiranci je bilo 47 % predstavnic ženskega in 53 % predstavnikov moškega spola. Od tega je bilo 69 % anketiranih starih med 65 in 70 let, 28 % med 71 in 80 let, ostali 3 % pa med 81 in 90 let. Izmed 30 anketiranih jih ni imelo dokončane osnovne šole 13 %, 20 % jih je imelo dokončano osnovno šolo, 57 % poklicno ali srednjo šolo in 10 % jih je imelo višjo, visoko ali univerzitetno izobrazbo.

5.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje predsednice društva upokojencev, kjer je bila izvedena raziskava. Upoštevali smo vsa načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Helsinško deklaracijo. Pred anketiranjem so bili sodelujoči obveščeni o namenu in ciljnih raziskave, o načelu zaupnosti in varovanju podatkov. Raziskava ni nikogar k ničemur obvezovala, udeleženci so bili vanjo vključeni prostovoljno z možnostjo zavrnitve sodelovanja. V raziskavi so ostali anonimni. Vprašalnike smo razdelili osebno med priložnostno izbranimi osebami društva. Nekateri so jih izpolnili takoj, drugi so rabili nekoliko več časa; vsi so nam vprašalnike izročili osebno. Najprej smo podatke obdelali ročno, prešteli število posameznih odgovorov ter izračunali delež glede na celoto. Dobljene rezultate smo predstavili v odstotkih in tudi z grafičnim prikazom.

6 Rezultati

V anketno raziskavo je bilo vključenih 30 naključnih članov v starosti od 65 do 89 let. Približno enako sta bila zastopana oba spola, nekoliko več je bilo moških. Iz vpra-

šanja, koliko obrokov zaužijejo dnevno, smo izvedeli, da nihče ne zaužije samo enega obroka, 16 % starostnikov ima 2 obroka, 68 % ima 3 obroke in 16 % ima 4 ali več obrokov na dan. Med živili, ki jih največ zaužijejo, je na prvem mestu meso (60 %), sledi zelenjava (23 %), nato testenine in riž (10 %) in na zadnjemu mestu sadje (7 %).

Na vprašanje, zakaj je po njihovem mnenju pomembno jemati vitamin C, je 47 % anketiranih odgovorilo, da ta vitamin preprečuje razvoj virusov, 22 %, da ščiti pred infekcijami, 9 % jih je menilo, da ščiti pred rakastimi obolenji, 22 %, da zmanjšuje utrujenost, nihče pa ni menil, da je še zaradi česa drugega pomembno uživati vitamin C. Glede povečane potrebe po njem, jih je 58 % odgovorilo, da ga telo potrebuje več ob prehladu, 34 %, da je potreba povečana pri gripi, 8 %, da pri stresu, nihče pa ni menil, da je povečana potreba po vitaminu C drugje.

Na vprašanje, kako dobi človek vitamin C, 50 % starostnikov odgovorilo, da ga človek dobi v telo z uživanjem citrusov, kivija, jagod, črnega ribeza. 41 % jih je menilo, da ga dobi z uživanjem listnate solate, 9 %, da ga dobi z uživanjem peteršilja, bezga, kreše, krompirja itd.

Tabela 1: Najpogosteje zaužita živila, ki vsebujejo vitamin C

<i>Sadje in / ali zelenjava</i>	<i>Odstotek starostnikov, ki najpogosteje uživajo izbrano živilo</i>
Krompir	31 %
Limone, pomaranče, grenivke, mandarine	24 %
Kivi	14 %
Paprika, paradižnik	14 %
Brokoli, brstični ohrovt	10 %
Črni ribez, jagode	4 %
Zelje, špinaca	3 %
Kosmulje, koromač	0 %

Na vprašanje, katera živila, ki vsebujejo vitamin C, najpogosteje zaužijejo (tabela 1), so starostniki odgovorili zelo različno, in sicer jih 31 % najpogosteje uživa krompir, 24 % citruse (limone, pomaranče, grenivke, mandarine), 14 % kivi, papriko in paradižnik, 10 % brokoli in brstični ohrovt, 4 % črni ribez in jagode, 3 % jih najpogosteje uživa zelje in špinaco, nihče od njih ne uživa najpogosteje kosmulj in koromača.

Na vprašanje, kako pomemben se vam zdi vitamin C v prehrani, je 23 % starostnikov odgovorilo, da je vitamin C zelo pomemben v prehrani, večina, in sicer kar 67 %, jih je menila, da je vitamin C pomemben v prehrani, 10 %, da je manj pomemben, nihče pa, da je ta vitamin v prehrani nepomemben.

Naslednji dve vprašanji sta se navezovali na premajhno in preveliko količino vitamina C. Po podatkih je 10 % anketiranih menilo, da nastane zaradi pomanjkanja tega vitamina sladkorna bolezen, večina (kar 90 %) pa, da je to skorbut, nihče od njih pa ni mislil, da zaradi pomanjkanja vitamina C pride do hipertenzije ali hiperholesterolemije. Na vprašanje, kakšni so znaki, ki nastanejo zaradi prevelike količine vitamina C, je 49 % anketirancev odgovorilo, da je znak prevelike količine tega vitamina driska, 23 % jih je menilo, da so znak želodčni krči, 15 % jih je obkrožilo slabost, 3 % ledvične kamne in 10 % motnje srčnega ritma. 3 % anketiranih starostnikov uporabljajo

vitaminske dodatke zelo pogosto, 43 % pogosto, 37 % manj pogosto, 17 % pa jih nikoli ne uporablja. Pri vprašanju o škodljivosti vitaminskih dodatkov so 3 % menili, da vitaminski dodatki škodujejo organizmu, večina pa (87 %) jih je menila, da pozitivno delujejo na telo, 10 %, da jih je priporočljivo uživati, toda prevelike količine škodujejo.

7 Razprava

Spoznali smo, da so starostniki izbranega društva upokojencev dobro ozaveščeni glede vitamina C, kar potrjuje, da je njegova promocija dobra. O tem vitaminu so veliko izvedeli iz televizijskih oddaj, sledile so radijske oddaje ter pogovori s prijatelji in znanci. Nekateri so izvedeli več o njem iz literature, knjig, izobraževanja in seminarjev. Starostniki se tudi zavedajo, da spadajo v skupino ljudi s povečano potrebo po vitaminu C.

Upokojenci so večinoma pravilno ugotovili, kako dobimo vitamin C, saj nihče od njih ni menil, da ga telo samo proizvede. Od vseh živih bitij namreč le človek, opica in še nekatere eksotične živali ne morejo proizvajati vitamina C (Strunz, Jopp, 2007b), saj nimajo α -glukono- γ -laktoksidaze; encima, potrebnega v zadnji stopnji sinteze vitamina C. Ostale živali pa lahko vitamin C sintetizirajo iz glukoze (Rozman in Gašperlin, 2009). Ugotovili smo, da starostniki uživajo zelo različna živila, ki vsebujejo vitamin C. Največkrat uživajo krompir, sledijo pa: citrusi, kivi, paprika, paradiznik, brokoli, brstični ohrovt, črni ribez, jagode, zelje, špinaca, na zadnjem mestu pa sta kosmulja in koromač, ki ga nihče od anketirancev ne uživa najpogosteje. Skoraj polovica jih je menila, da vitamin C ščiti pred virusnimi in drugimi infekcijami. Glede povečane potrebe po njem pa jih je več kot polovica pravilno odgovorila, da ga telo več potrebuje ob prehladu in pri gripi. Tudi Strunz in Jopp (2007a) menita, da ta vitamin ščiti imunske celice pred prostimi radikali, še posebej pri gripi, nahodu, različnih okužbah in drugih obolenjih ter po operaciji.

Večina anketiranih je pravilno ugotovila, da pomanjkanje vitamina C povzroča skorbut. Zgodovinski opisi skorbuta navajajo počasno celjenje ran, krvavenje iz nosu, hematome, zatečene dlesni z izpadanjem zob ter sladkast zadah (Medić-Šarić, Buhač in Bradamante, 2002, str. 73). Pri prevelikih dnevnih količinah vitamina C so anketiranci menili, da pride do driske in želodčnih krčev. Pri uživanju nad več kot 1000 mg dnevno res lahko pride do driske (Hoffman in Metcalf, 2008, str. 437), vetrov, napeňjanja (Milić, et al., 2008, str. 179) in preobremenitev z železom (Hlastan Ribič, 2009, str. 57). Veliki odmerki lahko zmanjšajo tudi učinek kontracepcijske tablete (Stoppard, 2004, str. 174). Povečano potrebo po vitaminu C imajo starejši, kadilci, nosečnice, doječe matere, športniki, delavci, ki so izpostavljeni visokim temperaturam, ženske, ki jemljejo kontracepcijske tablete, otroci z akutno zastrupitvijo, kadar je prisoten stres, pri nevarnosti okužb, pri proteinsko bogati prehrani, pri zdravljenju opeklin in hudih ran, posledicah narkoze (Unger, 2007, str. 46–47), dializnih bolnikih, hudih telesnih naporih, infekcijah (Rozman in Gašperlin, 2009), bolnikih s povečanim krvnim tlakom, srčnih bolnikih (Merljak in Koman, 2008, str. 282) in sladkornih bolnikih (Milić et al., 2008, str. 178–179).

Več kot štiri petine anketiranih članov društva upokojencev meni, da bi največ vitamina C ohranili, če bi ga dodali v ohlajen čaj, le ena petina pa bi dodala limono v vroč čaj. Oyetade in sodelavci (2012) trdijo, da temperatura nad 100 °C uniči večino vitamina C, saj je občutljiv na visoko temperaturo in svetlobo, vendar se ne uniči pri izpostavljanju temperaturi pod 100 °C, zato lahko damo limono v vroč čaj in se bo kljub temu ohranila visoka koncentracija vitamina C.

8 Zaključek

Vitamin C je v prehrani starostnikov zelo pomemben, saj pomaga preprečiti posamezne bolezni in poskrbi za boljše zdravje. Starejše je treba ozaveščati, kako pomemben je v njihovi vsakodnevni prehrani. Če ga ne morejo zaužiti s sadjem in zelenjavo, ga lahko zaužijejo s pomočjo vitaminskih dodatkov, o katerih kontinuirano poteka več študij, ki dajejo različne rezultate. Nekatere ugotavljajo, da bi prehranski dodatki v večjih količinah lahko povzročali posamezne bolezenske spremembe, vsekakor pa se večina študij zaključuje s priporočili, da se v posameznih starostnih obdobjih in stanjih z zmanjšano odpornostjo redno jemlje vitaminske dodatke, tudi vitamin C.

Nataša Stušek, Sabina Fijan, PhD, Ana Habjanič, PhD

Vitamin C in the diet of the elderly

Vitamin C is the common name for substances that quantitatively exhibit the biological activity of L-ascorbic acid (Medić-Šarić, Buhač, Bradamante, 2002). Vitamin C is stored in the liver, adrenal glands and other cells. Vitamin C is primarily absorbed in the body by the active transport from the intestine and through renal re-absorption and accumulated in the cells (Rozman and Gašerlin, 2009). Sources of Vitamin C include: acerola, black currants, rose hips, parsley, blueberries, elder, kiwifruit, strawberries, citrus fruits, beetroots etc (Merljak and Koman, 2013) as well as fresh meat and liver (Rozman and Gašerlin, 2009). Vitamin C has numerous important physiological functions in the body including the metabolism of proteins (Milić, Kuščer, Pirš, Koren, Perc, 2008), it encourages the body's immune system, stimulates the formation and operation of the connective tissue, bones and teeth, blood vessels, promotes healing of wounds, improves the absorption of iron from food (Unger, 2007, p. 45), and together with iron is involved in the formation of haemoglobin in the red blood cells (Milić, et al., 2008).

Among the elderly, an inadequate diet deprived of vitamins is very common (Pandel Mikuš, Poljšak, 2011). It is important that the elderly eat enough fruit and vegetables in order to consume vitamins, folic acid, carotenes, carbohydrates, fluids, minerals and fibres. The daily food intake of the elderly should contain at least 400g of fruit and/or vegetables (Bukovec, 2010). The elderly often have low plasma ascorbic acid concen-

trations compared to younger individuals due to a lower intake as well as poor dentition and mobility. Elderly people are also more likely to have underlying subclinical diseases which can also influence the plasma ascorbate concentrations (Vitamin and mineral requirements in human nutrition, 2004). Vitamin C deficiency can also contribute to the formation of bedsores and infections. The most common signs of vitamin C deficiency are bleeding gums, petechial haemorrhages (Peršolja Černe, Poklar Vatovec, Jordana, 2011) as well as weakness, dry mouth and skin changes (Lippincott, 2011, p. 88). Consequently, the recommended daily intake of vitamin C for the elderly is 40mg (Widgerowitz, 2009, p. 105). In the elderly, the need for vitamin C is easily covered in the form of drinks; for example 100 % orange juice and blackcurrant juice. Citrus and kiwifruit are also recommended (Peršolja Černe, Poklar Vatovec, Jordan, 2011).

There are many products that contain vitamin C on the market (Jamison, 2007) such as: solid tablets, tablets for chewing, syrups, powders and pastes (Ursell, 2003). Pharmaceutical forms of vitamin C range at doses from 25 to 1,500mg. Tablet supplements with a gradual release to avoid saturation of the transport system in the digestive tract and reach a larger absorption ratio, are most useful (Rozman, Gašperlin, 2009). However, such supplements cannot compensate for a balanced diet (Despeghel-Schöne, Alamouti, Pütz, 2003).

Gabrijelčič Blenkuš and Stanojevic Jerkovic (2010) have noted that elderly adults, who are sufficiently physically active, have no major health problems and enjoy high nutritional quality foods and can live without vitamin and mineral supplements. On the other hand, epidemiological research has shown that subjects consuming a greater amount of vitamins C and E with food and supplements have shown that consuming supplements reduced the incidence of cardiovascular disease and cancer (Poljšak et al., 2007). Epidemiological signs also indicate that a relatively small proportion of the population consume all the necessary nutrients according to the guidelines for healthy eating, therefore it is necessary to consume dietary supplements, especially in the following cases of: improper lifestyle, aversion to certain foods, insufficient intake of macro- and micro- nutrients that are necessary for normal development and the maintenance of health (Krbavčič, Muzzle, 2011, p. 10), lack of appetite, lack of taste or smell, depression, decreased function of the digestive tract, poor food intake (diets, lack of interest in food), exclusion of certain food groups, increased operation of environmental oxidants (tobacco, alcohol), various medical indications (Gabrijelčič Blenkuš and Stanojevic Jerkovic, 2010), diseases associated with chronic adverse drug reactions, poor chewing and swallowing and mental limitations (Lippincott, 2011). However, Dujmovic, Poklar Vatovec (2012) point out that certain vitamins and elements in excessive quantities can be harmful, therefore it is necessary to correctly determine a dosage plan. Multivitamin supplements are best for self-medication. Also Stoppard (2004) in a U.S. study warns that large doses of vitamin C and E can cause serious side effects and prevent the absorption of other important substances in the body. Even Harrar and Gordon (2009) notified that years of studies have shown that high supplements of vitamins such as A, E and C, do not provide any health benefits. Fruit and vegetable consumption reduces the formation of free radicals in the body and thus reduce oxida-

tive DNA damage. Researchers have been able to demonstrate a reduced incidence of cancer and cardiovascular disease only in people who consume a large amount of fruits and vegetables, but not in subjects who consume vitamin supplementation.

The aim of this study was to demonstrate the results of the survey on the elderly and their knowledge of vitamin C. The fundamental goals were to determine if the elderly are aware of the importance of vitamin C and which foods contain the highest concentrations of vitamin C. The survey contained 18 questions with multiple possible answers. 10 questions were closed multiple-choice and 8 questions were semi-closed, where respondents were able to write their own opinion. 35 questionnaires were divided among the elderly at the chosen association of pensioners. Five questionnaires were not completed and therefore were excluded from the analysis. The age of the randomly chosen respondents ranged between 65 and 89 years (47 % female; 53 % male). 13 % of the respondents did not complete primary school, 20 % completed primary school, 57 % completed secondary school and 10 % of the respondents completed post-graduate education. 16 % of the respondents consumed two meals per day, 68 % consumed 3 and 16 % consume more than 3 meals per day. The question, *Why is it important to consume vitamin C?*, yielded various answers among the elderly respondents as follows: vitamin C prevents virus development (47 %); protects against infections (22 %); protects against cancer (9 %) or reduces tiredness (22 %). The respondents answered that an increased need for vitamin C is necessary during a common cold (58 %), flu (34 %) or stressful conditions (8 %). 50 % of the respondents agreed that citrus fruits, kiwifruits and black currants were the main fruits that contain vitamin C. Of the foods that contain vitamin C a third of the respondents most commonly consume potatoes, a quarter of the respondents mainly consume citrus fruits, 14 % consume kiwifruits, 10 % consume broccoli or Brussels sprouts. The respondents were mainly familiar with the sickness that is caused by vitamin C deficiency as 90 % agreed that scurvy is caused by vitamin C deficiency (10 % answered diabetes). Almost half (43 %) of the respondents often take vitamin supplements, whilst 17 % never take vitamin supplements. 87 % of the respondents agreed that vitamin supplements have a positive effect, whilst 10 % answered that although it is recommended to consume supplements, increased amounts are harmful.

From the survey it is obvious that most elderly respondents correctly answered how to obtain vitamin C, since none of the respondents considered that vitamin C is produced by our body. This is correct, because of all living creatures only man, monkeys and some exotic animals cannot produce vitamin C (Strunz and Joppe, 2007b), since we do not have α -glucono- γ -lactone oxidase; which is the enzyme needed in the last stage of the synthesis of vitamin C (Rozman and Gašperlin, 2009). Most of the respondents correctly answered that the lack of vitamin C causes scurvy. Historical descriptions of scurvy indicate slow healing of wounds, nose bleeds, hematomas, swollen gums, sweet breath (Medic-Saric, Pyrethrum, Bradamante, 2002). In the case of excessive daily amounts of vitamin C the elderly correctly noted the symptoms of diarrhea and stomach cramps. The consumption of more than 1,000 mg per day can cause diarrhea (Hoffman and Metcalf, 2008), flatulence, bloating (Milic et al., 2008)

and iron overload (Hlastan-Ribič, 2009). Large doses of vitamin C can even reduce the effect of birth control pills (Stoppard, 2004).

Vitamin C in the diet of elderly people is very important because it helps in preventing disease and improving overall health. Therefore, the elderly should be aware of the importance of vitamin C in their daily diet. If it is not possible to consume enough vitamin C with fruit and vegetables, vitamin supplements are recommended.

LITERATURA

1. Bukovec, M. (2010). Pravilna prehrana in dodatki za optimalno počutje starostnika. Naša lekarna, 44, str. 114–121.
2. Despeghele-Schöne, M., Alamouti, D. in Pütz, J. (2003). Ne dajte se letom!: načrt v petih korakih za takojšnji začetek. Ljubljana: Kres.
3. Dujmovič, B. in Poklar Vatovec, T. (2012). Prehransko svetovanje plesalcem. V: Babnik, K. in Kocbek, M. (ur.). Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti. Koper: Založba na Primorskem, str. 163–169.
4. Gabrijelčič Blenkuš, M. in Stanojević Jerković, O. (2010). Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših – pregled stanja. Inštitut za varovanje zdravja. Pridobljeno dne 13. 5. 2014 s svetovnega spleta: http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2012/30_publikacija.pdf.
5. Harrar, S. in Gordon, D. L. (2009). Zdravstveni vodnik za dolgo življenje: hitri in preprosti načini, da ostanete čili in zdravi v vsaki starosti: zasnovano na več kot 500 kliničnih študijah. Ljubljana: Mladinska knjiga.
6. Hlastan Ribič, C. (2009). Uvod v prehrano. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
7. Hoffman, M. in Metcalf, E. (2008). 1001 domače zdravilo: zanesljiva pomoč za vsakdanje zdravstvene težave. Ljubljana: Mladinska knjiga.
8. Jamison, J. (2007). Healthcare for an aging population: meeting the challenge. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
9. Krbavčič, A. in Gobec, S. (2011). Prehranska dopolnila: strokovno izpopolnjevanje za inženirje farmacije in farmacevtske tehnike v letu 2011. Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
10. Lippincott, W. (2011). Lippincott's nursing guide to expert elder care. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott William & Wilkins.
11. Medić-Šarić, M., Buhač, I. in Bradamante, V. (2002). Vitamini in minerali: resnice in predsodki. Kranj: Gorenjski tisk.
12. Merljak, M. in Koman, M. (2008). Zdravje je naša odločitev. Ljubljana: Prešernova družba.
13. Merljak, M. in Koman, M. (2011). Zdrava prehrana je prava odločitev. Ljubljana: Prešernova družba.
14. Milič, K., Kuščer, S., Pirš, M., Koren, M. in Perc, M. (2008). Vitamini, minerali in druga prehranska dopolnila. Ljubljana: Mladinska knjiga.
15. Oyetade, O. A., Oyeleke, G. O., Adegoke, B. M. and Akintunde, A. O. (2012). Stability Studies on Ascorbic Acid (Vitamin C) From Different Sources. IOSR Journal of applied chemistry, 2, št. 4, str. 20–24.
16. Pandel Mikuš, R. in Poljšak, B. (2011). Zdrava prehrana kot temelj zdravja starejših. V: Rugelj, D. in Sevšek, F. (ur.). Posvetovanje aktivno in zdravo staranje. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, str. 31–45.
17. Peršolja Černe, M., Poklar Vatovec, T. in Jordana, M. (2011). Razsežnosti kakovostnega staranja. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.
18. Poljšak, B., Lampe, T., Ostan, I. in Raspor, P. (2011). Antioksidanti v prehrani: varnost, zdravje in potencialna tveganja. V: Rugelj, V. (ur.). Zbornik predavanj / Posvetovanje varna in zdrava hrana na mizi potrošnika. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, str. 47–58.

19. Rozman, B. in Gašperlin, M. (2009). Vitamin C in njegovi derivati v farmacevtskih in kozmetičnih izdelkih. V: Vovk, T. in Obrež, A. (ur.). Prehranska dopolnila I: minerali in vitamini: podiplomsko izobraževanje. Ljubljana: Fakulteta za farmacijo, str. 77–84.
20. Stoppard, M. (2004). Uprimo se staranju: mladostni v poznejša leta. Ljubljana: Domus, str. 174.
21. Strunz, U. in Jopp, A. (2007a). Vitaminska revolucija: več energije z vitamini, krepitev imunskega sistema za zaščito celic, zmanjšanje tveganja za nastanek rakavih celic. Ljubljana: Mladinska knjiga.
22. Strunz, U. in Jopp, A. (2007b). Minerali: učinkovite snovi za živce in možgane, več energije za srce in krvni obtok, zaščita celic pred rakom. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 73–80.
23. Unger, U. (2007). Vitamini: zdrave aktivne snovi. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 45–48.
24. Ursell, A. (2003). Vitamini in minerali. Tržič: Učila International, str. 42.
25. Vitamin and mineral requirements in human nutrition. (2004). World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations.
26. Widgerowitz, C. (2009). Zdrave kosti, mišice in sklepi: vodnik za aktivno življenje. Ljubljana: Mladinska knjiga.

*Nataša Stušek, diplomantka na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru.
E-naslov: nstusek@gmail.com*

*Dr. Sabina Fijan, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru.
E-naslov: sabina.fijan@um.si*

*Dr. Ana Habjanič, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru.
E-naslov: ana.habjanic@um.si*