

1. CELJSKI DAN
ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Mostovi v zdravstveni in babiški negi: krepitev povezav med ravnmi zdravstvene obravnave

12. november 2025

Mednarodna znanstvena konferenca

1. Celjski dan zdravstvene in babiške nege Mostovi v zdravstveni in babiški negi: krepitev povezav med ravnmi zdravstvene obravnave

Zbornik prispevkov in povzetkov

Urednice: Zdenka Salobir, Alenka Presker Planko, dr. Tamara Štemberger Kolnik

Organizatorji: Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Splošna bolnišnica Celje, Zdravstveni dom Celje, Aktiv namestnic direktorjev za področje ZNO in vodij služb ZNO Celjske regije pri SSZS

Programsko - organizacijski in odbor: Tomislava Kordiš, dr. Tamara Štemberger Kolnik, dr. Andreja Hrovat Bukovšek, Zdenka Salobir, Mateja Podergajs Fijavž, Doroteja Štruc, Diana Glavaš

Recenzenti: Duška Drev, Lidija Fošnarič, dr. Andreja Hrovat Bukovšek, Branko Kešpert, Nataša Leskovšek, Andreja Ljubič, mag. Hilda Maze, mag. Darja Plank, dr. Tamara Štemberger Kolnik

Jezikovni pregled: dr. Ivanka Huber Kropec, Andreja Reberšak

Oblikovanje in grafična priprava: INICIAL, kreativni studio, d.o.o.

Izdajatelja in založnika: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje in Fakulteta za zdravstvene vede v Celju.

Leto izdaje: 2025

Publikacija je brezplačna. Spletna izdaja.

Dostopno na:

<https://www.fzvce.si/wp-content/uploads/2025/10/Zbornik.pdf>



FAKULTETA
ZA ZDRAVSTVENE
VEDE V CELJU



ZDRAVSTVENI
DOM CELJE

Aktiv namestnic direktorjev
za področje ZNO in vodij služb
ZNO Celjske regije pri SSZS



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE
NEGE SLOVENIJE - ZVEZA STROKOVNIH
DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



Splošna bolnišnica Celje



DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER,
BABIC IN ZDRAVSTVENIH
TEHNIKOV CELJE

Kataložni zapis o publikaciji (CIP)

Kataložni zapis o publikaciji (CIP)
pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 255807747

ISBN 978-961-6889-60-5 (Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, PDF)



Za vsebino prispevkov in povzetkov odgovarjajo avtorji sami. Brez pisnega dovoljenja založnika je reproduciranje, distribuiranje, dajanje v najem, javna priobčitev, predelava ali druga uporaba tega avtorskega dela ali njegovih delov v kakršnemkoli obsegu ali postopku, po veljavnem Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah prepovedano.

Kazalo

Uvodna nagovora	5
Plenarna predavanja	8
KAJ IMATA SKUPNEGA MANAGEMENT KAKOVOSTI IN HOLISTIČNA OBRAVNAVA PACIENTA?	9
PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO V LUČI PALIATIVNE OSKRBE	15
I. sklop: Zdravstvena pismenost skozi zdravstveni sistem	22
POMEN NAVIGACIJSKE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI	
IN POVEZANOST Z UPORABNOSTJO ZEMLJEVIDOV POTI PO ZDRAVSTV NEM SISTEMU	23
POT PACIENTA S KOŽNIM RAKOM	25
POT PACIENTA Z RAKOM PROSTATE	26
POT PACIENTA Z URINSKO INKONTINENCO	27
POT PACIENTA Z DEMENCO	28
II. sklop: Od študenta do strokovnjaka: učenje, refleksija in povezanost generacij	30
KREPITEV ZDRAVJA SKOZI IZOBRAŽEVANJE: VKLJUČENOST ŠTUDENTOV V PROMOCIJO ZDRAVJA V LOKALNI SKUPNOSTI	31
FORMATIVNO SPREMLJANJE V PODPORU UČENJU V KLINIČNEM OKOLJU	37
TEMELJI POKLICNE SAMOPODOBE MEDICINSKIH SESTER: IZOBRAŽEVANJE, PODPORA, REFLEKSIJA	43
MEDGENERACIJSKI IZZIVI V ZDRAVSTVU IN IZOBRAŽEVANJU V ZDRAVSTVENI NEGI	49
III. sklop: Ozaveščanje in opolnomočenje: vloga zdravstvene nege v spreminjajoči se družbi	58
PROJEKT »DOJENJU PRIJAZNO MESTO« KOT ELEMENT OPO NOMOČENJA ŽENSK PRI DOJENJU	59
OZAVEŠČENOST MLADOSTNIKOV O SPOLNOSTI	63
OZAVEŠČENOST MLADOSTNIKOV O HUMANEM PAPILOMA VIRUSU IN NJIHOV ODNOS DO CEPLJENJA	69
STALIŠČE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE O IZOBRAŽEV NJU IN USPOSABLJANJU V NAVIDEZNI RESNIČNOSTI	75
IV. sklop: Celostna obravnava starejših odraslih: gibanje oskrba in medosebna podpora	82
VPLIV TELESNIH AKTIVNOSTI NA ZMANJŠEVANJE PADCEV PRI STAREJŠIH	83
POMEN PREDAJE SLUŽBE MED IZMENAMI ZA OSKRBO STANOVALCEV DOMA OB SAVINJI CELJE	89
SPALNE NAVADE ODRASLIH LJUDI	95
PLES V TRETJEM ŽIVLJENSKEM OBDOBJU	100
POMEN NEFORMALNIH DRUŽINSKIH OSKRBOVALCEV PRI OSKRBI SVOJCA V PALIATIVNI OSKRBI	104
V. sklop: Zdravstveni delavci v ospredju: od stresa do sodelovanja	112
PSIHOLOŠKA IN ČUSTVENA RANLJIVOST MEDICINSKIH SESTER	
V POVEZAVI Z MEDKULTURNO KOMPETENTJOSTJO	113
MEDITACIJA PRI OBVLADOVANJU STRESA ZA ZAPOSLENE IN PACIENTE NA ONKOLOGIJI – KVALITATI NA ŠTUDIJA PRIMERA	118
FIZIČNO IN PSIHIČNO NASILJE PACIENTOV NAD ZAPOSLENIMI NA URGENCI	123
ČUJEČNOST KOT UČINKOVITA METODA PRI OBVLADOVANJU STRESA MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI	136
KREPITEV SODELOVANJA MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI	142
VI. sklop: Kakovost in varnost v zdravstveni negi: pristopi za celostno obravnavo pacienta in zaposlenega	144
ZNOTRAJ BOLNIŠNIČNI TRANSPORT PACIENTOV V ODSEKU INTENZIVNE MEDICINE OPERATIVNIH STROK SB CELJE	145
VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI SPODBUJANJU SAMOOSKRBE PO ZLOMU KOLKA: KVALITATIVNI PRISTOP	150
KRITIČNA TOČKA V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE: PREDAJA PACIENTA PATRONAŽNI MEDICINSKI SESTRI	155
ODNOS IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE DO PREPREČEVANJA POŠKODB ZARADI PRITISKA	159
SAMOMORILNOST PRI STAREJŠIH ODRASLIH IN VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE	168



Uvodna nagovora

Uvodna nagovora

Spoštovani,

pred nami je zbornik predavanj, pri katerem je poudarek na pomembnosti medsebojnega sodelovanja na vseh ravneh zdravstvene in babiške nege. Včasih imamo občutek, da vsakdo dela po svoje in v nekaterih primerih dobimo premalo povratnih informacij o pacientu med ravnmi stroke, da bi se lahko med seboj funkcionalno in strokovno povezovali, saj se pacient skozi svoje zdravstveno stanje pogosto premika med različnimi ravnmi oskrbe – od domače oskrbe in patronaže do bolnišnične nege in rehabilitacije. Brez učinkovitega prenosa informacij, usklajevanja med izvajalci in standardiziranih protokolov lahko prihaja do napak, zamud ali celo ogrožanja varnosti pacientov.

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je temeljna človekova pravica, ki jo priznavajo institucije Evropske unije in družba kot celota. V skladu z načeli, zapisanimi v Luksemburški deklaraciji (2005), imajo vsi bolniki pravico do varne, celostne in strokovno utemeljene zdravstvene oskrbe. To nalaga vsem zdravstvenim delavcem – od medicinskih sester do babic in zdravnikov – odgovornost za povezovanje in kakovostno sodelovanje na vseh ravneh zdravstvenega sistema.

Sodobni zdravstveni sistemi so vse bolj kompleksni in zahtevajo tesno sodelovanje med različnimi ravnmi oskrbe, tako primarno, sekundarno kot terciarno ter tudi z drugimi deležniki, kot so socialnovarstvene ustanove, zdravilišča, pacienti, svojci in njihova združenja. Krepitev povezav med temi ravnmi je ključnega pomena za zagotavljanje celostne in kontinuirane obravnave pacienta. V tem kontekstu postaja povezovanje različnih ravnih zdravstvene oskrbe – primarne, sekundarne in terciarne, pa tudi področij socialnega varstva, zdravilišč in skupnosti – izredno pomembno. Vloga zaposlenih v zdravstveni in babiški negi pri tem ni le podporna, temveč ključna in vodilna, saj prav oni koordinirajo oskrbo pacienta skozi celoten proces zdravljenja.

Vloga zaposlenih v zdravstveni in babiški negi

Zaposleni v zdravstveni in babiški negi so pogosto prva in zadnja vez med pacientom in zdravstvenim sistemom. V vsakodnevni praksi opravljajo več kot le klinične naloge. Skrbijo za koordinacijo oskrbe, komunikacijo med različnimi strokovnjaki, usklajevanje timov in vodenje pacientov skozi sistem.

Kot opozarja Kramar (2005), pa morajo zaposleni v zdravstveni in babiški negi znati reševati probleme, se pogajati, delegirati naloge in ves čas izpostavljati potrebe pacienta. Njihova vloga je zato organizacijska, komunikacijska, svetovalna in terapevtska hkrati.

Sodelovanje kot temelj varne in kakovostne zdravstvene nege in oskrbe

Sodobna zdravstvena nega in babištvo temeljita na multidisciplinarnem pristopu, kjer različni strokovnjaki sodelujejo z namenom doseganja skupnega cilja – varne, učinkovite in pacientu prilagojene oskrbe. Baggs in Schmitt (1994) definirata štiri ključne elemente sodelovanja, in sicer skupno odgovornost, skupno odločanje, odprto komunikacijo in koordinacijo.

Tschannen (2004) pa sodelovanje razume kot partnerstvo, ki temelji na prepoznavanju in spoštovanju znanja, moči in izkušenj vseh članov tima. V takšnem partnerstvu imajo zaposleni v zdravstveni in babiški negi ključno vlogo, ne nastopajo zgolj kot izvajalci nalog ampak kot ključni koordinatorji procesov zdravstvene nege in oskrbe. Poleg strokovnega znanja prinašajo tudi čustveno inteligenco, etični čut in zmožnost vzpostavljanja zaupanja s pacientom.

Medicinske sestre, zdravstveni tehniki in babice, babičarji vsakodnevno sodelujejo z zdravniki, fizioterapevti, socialnimi delavci in drugimi strokovnjaki v multidisciplinarnem timu. Njihovo delo zahteva visoko stopnjo komunikacije, koordinacije, pogajanja in stalnega osredotočanja na potrebe pacienta, ki je vedno v središču zdravstvene obravnave.

Povezovanje kot strateški cilj zdravstvenega sistema

Strategija sodobnega zdravstvenega sistema temelji na povezovanju vseh deležnikov: izvajalcev, plačnikov, izobraževalcev, raziskovalcev in pacientov. Le z jasno usmeritvijo v kakovost in varnost ter z odpravo obstoječih ovir bo mogoče zagotoviti učinkovit, pravičen in trajnosten zdravstveni sistem.

Prehod od hierarhičnih k partnerskim odnosom

Zdravstvena nega danes ni več podrejena medicini, temveč je enakovreden del celostne oskrbe pacienta (Ovijač, 2007). S tem se utrjuje partnerstvo med zdravstvenimi delavci in prehaja v model sodelovalnega odločanja, kjer se o zdravstveni obravnavi odloča timsko, ob aktivnem vključevanju pacienta. Ta prehod od hierarhičnih struktur k horizontalnim, sodelovalnim modelom zahteva tudi sistemske spremembe, in sicer od usklajenega razvoja izobraževalnih vsebin do vključevanja pacientovih izkušenj v načrtovanje in izboljševanje zdravstvenih storitev.

Mostovi med ravnmi zdravstvene oskrbe

Za učinkovito zdravstveno oskrbo je nujna tesna povezanost med primarnim, sekundarnim in terciarnim nivojem zdravstvene dejavnosti, kot tudi med zdravstvom in socialnim varstvom. Ključni mehanizmi za to so:

- protokoli in klinične poti, ki zagotavljajo standardizirano in varno oskrbo,
- usklajeni programi kakovosti in varnosti, vključeni v letna izobraževanja,
- aktivno vključevanje pacientov, ki s svojimi izkušnjami pomagajo oblikovati boljše zdravstvene storitve,
- medinstitucionalno sodelovanje z zdravilišči, domovi za starejše in drugimi ustanovami.

Opolnomočenje družbe in zdravstvena pismenost

Mostovi v zdravstveni negi niso le profesionalne narave, temveč tudi družbene. Krepitev zdravstvene pismenosti in opolnomočenje državljanov pomenita, da družba aktivno sodeluje pri skrbi za zdravje, razume odločitve o zdravljenju in se vključuje v proces izboljševanja sistema.

Zaključek

Gradnja mostov v zdravstveni in babiški negi pomeni povezovanje vseh ravni oskrbe, strokovnjakov in uporabnikov v celovit, kakovosten in varen sistem. To zahteva odprto komunikacijo, sodelovanje, spoštovanje strokovne avtonomije ter aktivno vključevanje pacientov in družbe kot celote. Le z vzpostavitvijo takšnih mostov bomo lahko zagotovili zdravstveni sistem, ki bo trajnosten, pravičen in osredotočen na človeka. Gradnja mostov med ravnmi zdravstvene in babiške oskrbe ni enkratna naloga, temveč stalen, strateški proces. Povezovanje struktur, strokovnjakov in izkušenj vodi k boljši koordinaciji, večji varnosti pacientov in večjemu zadovoljstvu vseh vključenih. Zaposleni v zdravstveni in babiški negi so pri tem nepogrešljivi – ne le kot izvajalci storitev, temveč kot nosilci sprememb, pobudniki sodelovanja in graditelji mostov, ki povezujejo znanje, prakso in ljudi.

Ob tej priložnosti se zahvaljujem vsem sodelujočim, posebej Fakulteti za zdravstvene vede v Celju, da smo lahko izvedli konferenco.

Tomislava Kordiš
predsednica DMSBZT Celje

Zdravstvena in babiška nega sta v sodobnem zdravstvenem sistemu več kot le poklica, predstavljata strokovno, etično in človeško jedro celostne obravnave posameznika. V času nenehnih družbenih in tehnoloških sprememb, vse večje kompleksnosti zdravstvenih potreb ter demografskih izzivov postaja jasno, da kakovost zdravstvene oskrbe ni več odvisna le od posamezne stroke, temveč

od medsebojnega sodelovanja, povezovanja in razumevanja vseh ravni zdravstvene obravnave.

Zbornik 1. Celjskega dneva zdravstvene in babiške nege z naslovom »Mostovi v zdravstveni in babiški negi: krepitev povezav med ravnmi zdravstvene obravnave« je nastal prav z mislijo na te povezave: med teorijo in prakso, med izobraževanjem in kliničnim okoljem, med različnimi strokami in generacijami. Prispevki, zbrani v njem, osvetljujejo ključna področja sodobne zdravstvene in babiške nege od duhovnosti kot dela celostne obravnave, zdravstvene pismenosti in opolnomočenja pacientov, do skrbi za starejše odrasle, duševnega zdravja zaposlenih ter zagotavljanja kakovosti in varnosti v zdravstveni negi.

Vsak prispevek v zborniku je del širše zgodbe o razvoju profesije, ki se nenehno uči, reflektira in nadgrajuje. Avtorji in avtorice prihajajo iz različnih kliničnih okolji, izobraževalnih ustanov in raziskovalnih središč, a jih povezuje skupna vizija: razvijati zdravstveno in babiško nego kot znanstveno utemeljeno, etično in sočutno prakso, usmerjeno v človeka in njegovo dobrobit. Medresorno sodelovanje in interdisciplinarnost sta v tem kontekstu nujna. Le z odprtim dialogom in skupnim razumevanjem lahko gradimo mostove med ravnmi sistema, med različnimi strokami ter med izkušnjami zaposlenih in potrebami pacientov. Prav ti mostovi so temelj, na katerem lahko gradimo trajnostno, odzivno in kakovostno zdravstveno obravnavo.

Zahvala gre vsem, ki so prispevali k pripravi tega zbornika: avtorjem prispevkov, programsko organizacijskemu odboru, lektorici, oblikovalcema in urednicam. Njihovo delo potrjuje, da se razvoj stroke ne dogaja le v posameznih ustanovah, temveč v skupnosti, ki deli znanje, vrednote in vizijo prihodnosti.

Naj bo ta zbornik spodbuda k nadaljnjemu strokovnemu razvoju, raziskovanju in medsebojnemu povezovanju, v duhu gradnje mostov, ki nas kot zdravstvene in babiške delavce povezujejo v skupnem cilju: celostni, varni in človeku prijazni obravnavi.

dr. Tamara Štemberger Kolnik
dekanja Fakultete za zdravstvene vede Celje



Plenarni predavanja

KAJ IMATA SKUPNEGA MANAGEMENT KAKOVOSTI IN HOLISTIČNA OBRAVNAVA PACIENTA?

dr. Helena Kristina Halbwachs

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

hk.halbwachs@gmail.com



POVZETEK

Uvod: Kakovost v zdravstvu je večdimenzionalen koncept, ki hkrati zasleduje varnost, učinkovitost in izkušnje pacienta. Holistična obravnava pacienta zahteva organizacijske pristope tudi s strani managementa kakovosti. Namen tega članka je prikazati, kakšne so skupne značilnosti upravljanja kakovosti in holistične obravnave pacientov.

Metode: Izvedli smo hiter pregled literature s pomočjo PRISMA modela. Izbrane članke smo tematsko sintetizirali.

Rezultati: V končno sintezo je bilo vključenih 9 ustreznih virov. Identificirali smo naslednje skupne značilnosti holistične obravnave in managementa kakovosti: večdeležniško merjenje kakovosti; sistemska uvedba izidov in izkušenj s strani pacienta; standardizacija, ki omogoča individualizacijo; medpoklicno sodelovanje in koordinacija obravnave; razvoj odnosnih kompetenc.

Razprava in zaključek: Učinkovit preplet managementa kakovosti in holistične obravnave ni samoumeven - zahteva zavezanost k obema konceptoma in enako zagotavljanje glasu vsem pacientom. Management kakovosti in holistična obravnava sta povezana, vendar sam obstoj managementa kakovosti še ne pomeni, da je pacient deležen holistične obravnave.

Ključne besede: upravljanje kakovosti; celostna obravnava; na pacienta osredotočena oskrba; kazalniki kakovosti

ABSTRACT

Introduction: Quality in healthcare is a multidimensional construct that simultaneously pursues safety, effectiveness, and patient experience. Holistic patient care requires organizational approaches including those related to quality management. The aim of this article is to identify common characteristics of quality management and holistic care.

Methods: We conducted a rapid review guided by the PRISMA framework. The selected articles were synthesized thematically.

Results: Nine sources were included in the final synthesis. We identified the following common characteristics of holistic care and quality management: multi-stakeholder quality measurement; system-wide implementation of patient-reported outcomes and experiences; standardization that enables personalization; inter-professional collaboration and care coordination; and the development of relational competencies.

Discussion and Conclusion: Effective integration of quality management and holistic care is not automatic—it requires commitment to both concepts and equitable inclusion of all patients' voices. Quality management and holistic care are linked, but the mere existence of a quality management system does not guarantee that the patient receives holistic care.

Keywords: quality management; holistic care; patient-centered care; quality indicators

1 UVOD

Kakovost v zdravstvu je temelj varne, učinkovite in pacientu prijazne obravnave. Mednarodni okviri jo opredeljujejo kot večdimenzionalen konstrukt, ki zajema varnost, učinkovitost, osredotočenost na pacienta, pravočasnost, pravičnost in učinkovitost rabe virov (AHRQ, 2025).

Za holistično obravnavo pacienta pa je značilen celostni pogled na zdravje, kar predstavlja telesni, duševni, socialni in duhovni vidik ter integracija storitev skozi čas in med ravni zdravstvenega sistema (World Health Organization, 2016).

Namen tega članka je ugotoviti, kako se management kakovosti in holistična obravnava povezuje in dopolnjuje, saj sta oba koncepta v sodobnih zdravstvenih sistemih nujna za zagotavljanje varnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe.

2 TEORETIČNO OZADJE

Po uveljavljenem okviru Donabediana lahko kakovost v zdravstvu razumemo kot pojem z več razsežnostmi. Vključuje strukturno kakovost, kakovost procesov oziroma način uporabe virov in kakovost izidov, ki odraža učinke obravnave na zdravje pacientov (Donabedian, 1985). Da bi tak večdimenzionalni pogled zares deloval v praksi, mora sistem vodenja kakovosti temeljiti na organizacijski klimi visoke zanesljivosti in varnosti. Zanj so značilni medsebojno prepleteni procesi, kot so stalna pozornost do odklonov, kritično preverjanje ustaljenih postopkov in vsakodnevnih procesov ter njihove varnosti, zavezanost k varnosti ter dajanje prednosti strokovnemu znanju v odločanju (Vogus & Sutcliffe, 2007).

Danes se sodobno upravljanje kakovosti nanaša na oblikovanje sistemov, pravil in procesov, ki zmanjšujejo ali odpravljajo tveganja, obenem pa optimizira oskrbo in njene izide (Seelbach & Brannan, 2022). Obstajajo različni modeli in pristopi k vodenju kakovosti. Pregled obstoječih modelov vodenja kakovosti za bolnišnično zdravstveno varstvo je identificiral 64 različnih modelov, od katerih je 17 pridobilo priznanje kot pomembnih za sodobno klinično prakso (Maritz et al., 2019). Ključni principi sodobnega managementa kakovosti v zdravstvu vključujejo stalno izboljševanje, osredotočenost na pacienta, procesni pristop in upravljanje tveganj, vključevanje zaposlenih ter merjenje in transparentno poročanje (ISO, 2023; EFQM, 2025).

Osredotočenost na pacienta kot ključni princip sodobnega managementa kakovosti bi moral zagotavljati holistično obravnavo pacienta v sodobnih sistemih upravljanja kakovosti, saj ta pristop predstavlja praktični izraz holistike v vsakodnevni praksi. Holistični ali celostni pristop razume zdravje kot preplet fizičnih, psiholoških, socialnih in duhovnih dimenzij ter zahteva koordinirano oskrbo skozi celoten potek bolezni in med ravni zdravstvenega sistema. Sodobni okvir WHO IPCHS (Integrated People-Centred Health Services) utemljuje, da morajo biti storitve celovite, usklajene, (so) ustvarjene s pacienti in enako dostopne vsem (WHO, 2024). Ob tem se v zdravstvenih sistemih pogosto srečujemo z izzivi pri zagotavljanju holističnega ter na pacienta osredotočenega pristopa (Grover et al., 2022).

3 METODOLOGIJA

V raziskavi smo uporabili hitri pregled literature po modelu PRISMA. Hitri pregled literature je pospešena oblika sinteze dokazov, ki poenostavi celovit sistematični pregled, z namenom, da v kratkem času priskrbi uporabne odgovore. Je posebej primerna metoda za pridobitev splošnega vpogleda v raziskovalno vprašanje (Mikolajewicz & Komarova, 2019). Namen hitrega pregleda literature je bil identificirati in analizirati skupne koncepte, vrednote in načela managementa kakovosti ter holistične obravnave pacienta v zdravstveni negi in zdravstvenih organizacijah.

Osrednje raziskovalno vprašanje se je glasilo:

Katere skupne značilnosti povezujejo management kakovosti in holistično obravnavo pacienta v sodobni zdravstveni praksi?

Iskanje literature je bilo izvedeno v obdobju od 25. do 30. avgusta 2025. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah PubMed, Google Scholar (angleški jezik) in COBISS (slovenski jezik) (Tabela 1).

Podatkovna baza	Iskalna strategija
PubMed	((("quality management"[tiab] OR "quality improvement"[tiab] OR "QMS"[tiab]) AND ("holistic care"[tiab] OR "holistic nursing"[tiab] OR "patient-centered care"[tiab]))
Cobiss +	KW = ("na pacienta osredotočena oskrba" OR "na pacienta osredotočena zdravstvena nega" OR "holistična zdravstvena nega" OR "holistična oskrba") AND KW = ("management kakovosti" OR "upravljanje kakovosti" OR "zagotavljanje kakovosti")
Google Scholar	(intitle:"quality improvement" OR intitle:"quality management" OR intitle:QMS) AND (intitle:"holistic" OR intitle:"patient-centered care")

Tabela 1. Iskalna strategija literature

Iskanje je bilo omejeno na recenzirane znanstvene članke, objavljene med letoma 2020 in 2025, v angleškem ali slovenskem jeziku. Kriteriji vključitve so bili znanstveni članki s področja zdravstvene nege, managementa kakovosti ali na pacienta usmerjene obravnave, ki opisujejo koncepte ali modele uporabne v zdravstvenih organizacijah, in članki, ki vsebujejo povezavo med kakovostjo, celotno oskrbo ali zadovoljstvom pacienta. Izključili pa smo nerecenzirane publikacije; diplomska, magistrska in doktorska dela; članke, ki obravnavajo kakovost v zdravstvenih kontekstih in publikacije brez dostopnega povzetka ali polnega besedila.

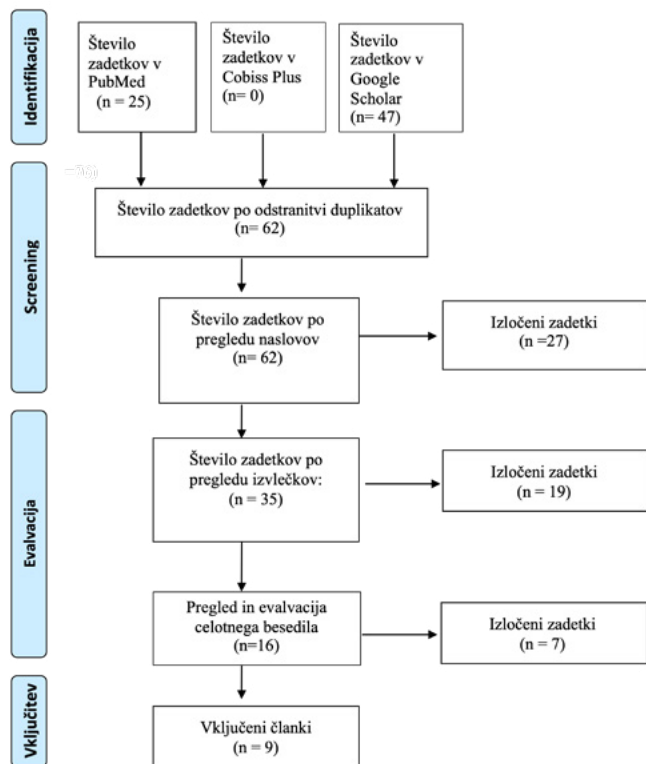
4 REZULTATI

S pomočjo hitrega pregleda po PRISMA modelu smo identificirali 9 primernih člankov za namen naše raziskave (slika 1), ki jih prikazujemo v Tabeli 2.

S pomočjo tematske sinteze smo torej ugotovili, da so skupne značilnosti managementa kakovosti in holistične obravnave pacienta naslednje: osredotočenost na pacienta, stalne izboljšave, timsko delo; upoštevanje glasu pacienta; večdeležniško, interdisciplinarno merjenje kakovosti; koordinacija in kontinuiteta oskrbe; standardizacija, ki omogoča individualni pristop; odnosne kompetence (vzpostavitev zaupanja, empatija); medpoklicno sodelovanje.

Avtorji	Originalni naslov članka	Revija / Letnica	Metodologija	Rezultati (ključni izidi)	Povezava med holistično obravnavo in kakovostjo
Claessens F., Seys D., Vanhaecht K., idr.	Measuring in-hospital quality multidimensionally by integrating patients', kin's and healthcare professionals' perspectives	BMC Health Services Research 2023	Razvoj in validacija instrumenta; uporabljen pristop več metod in deležnikov; validirano v več centrih	Dobro prilagajanje modelov; visoka notranja skladnost; instrument omogoča sočasno zajemanje perspektiv pacientov/svojcev in zaposlenih.	Merjenje kakovosti iz večdeležniških perspektiv udejanja načelo celostne/na pacienta osredotočene obravnave v sistemu upravljanja kakovosti in podpira določanje priorit et kakovosti.
Janerka C., Leslie G. D., Gill F. J.	Development of patient-centred care in acute hospital settings: A meta-narrative review	International Journal of Nursing Studies 2023	Meta-narativni pregled 2012–2021; 124 študij	Identificirani posredovalci, grožnje, rezultati in elementi na pacienta osredotočene obravnave; večina intervencij na mikro ravni izboljša oskrbo.	Okvirji in intervencije na pacienta osredotočene obravnave povezujejo organizacijske prakse izboljšanja kakovosti z vrednotami celostne obravnave.
Marco-Ibáñez A., Aguilar-Palacio I., Aibar C.	Does virtual consultation between primary and specialised care improve healthcare quality? A scoping review of healthcare quality domains assessment	BMJ Open Quality 2023	Scoping pregled (2017–2022); 235 člankov, ocena domen kakovosti	Najpogostejše ocenjena učinkovitost; manj raziskani varnost in osredotočenost na pacienta; virtualno svetovanje lahko izboljša dostop, koordinacijo.	Digitalne poti krepijo koordinacijo in pravočasnost, kar sta elementa sistema upravljanja kakovosti ter omogočajo bolj kontinuirano pacientovo izkušnjo in usklajeno oskrbo.
Petrie S., Laur C., Rios P., idr.	Quality measures of virtual care in ambulatory healthcare environments: a scoping review	BMJ Open 2024	Scoping pregled (2015–2023); 66 študij	Najpogostejši kazalniki izkušenj pacienta; potreba po uravnoteženem naboru kazalnikov in trajnostnih merilih	Umešča merjenje pacientove in izvajalčeve izkušnje v sistem upravljanja kakovosti ter podpira širše razumevanje kakovosti skladno s holističnimi cilji.
Ernst S. K., Steinbeck V., Busse R., Pross C.	Toward System-Wide Implementation of Patient-Reported Outcome Measures: A Framework for Countries, States, and Regions	Value in Health 2022	Kvalitativni, intervjuji z 28 strokovnjaki iz 12 držav + validacijski intervjuji; razvoj okvirja	Okvir 5 stopenj in 7 dimenzij za sistemsko implementacijo PROM/PREM (izidi/izkušnje, ki jih poročajo pacienti); poudarek na uporabi za izboljšave in poročanje.	Izidi in izkušnje pacientov prevajajo glas pacienta v sistem upravljanja kakovosti in usmerjajo odločanje, kar je jedro holistične obravnave.
Davidson A. R., Kelly J., Ball L., Morgan M., Reidlinger D. P.	What do patients experience? Interprofessional collaborative practice for chronic conditions in primary care: an integrative review	BMC Primary Care 2022	Integrativni pregled; 48 študij; kvalitativni in kvantitativni izidi	Tri teme: interakcija s timi, vrednotenje dostopnosti/koordinacije, aktivacija samourejevanja; večinoma pozitivne izkušnje.	Medpoklicna obravnava podpira holistično obravnavo in je hkrati strategija upravljanja kakovosti za koordinacijo in načrtovanje oskrbe.
Birgisdóttir D., Duarte A., Dahlman A., idr.	A novel care guide for personalised palliative care – a national initiative for improved quality of care	BMC Palliative Care 2021	Razvoj orodja; pilotiranje v več okoljih; interdisciplinarni proces z vključevanjem pacientov/družin	Orodje vsebuje tri dele za identifikacijo, oceno in spremljanje potreb; omogoča skupno razumevanje potreb in dokumentiranje.	Vodnik strukturira celostno oskrbo in družinsko podporo ter jo vključuje v sistem upravljanja kakovosti kot standardizirano prakso.
Al-Shameri N., idr	Total Quality Management in Yemeni Public Hospitals: Enhancing Customer Satisfaction and Patient-Centered Care	International Journal of Innovation Scientific Research and Review 2023	Pregled pristopov upravljanja kakovosti v javnih bolnišnicah Jemna; opisni/analitični pristop (na osnovi literature in konteksta)	Načela popolnega sistema upravljanja kakovosti so povezana z večjim zadovoljstvom in boljšo na pacienta osredotočeno obravnavo; priporočila za implementacijo.	Načela, kot so osredotočenost na pacienta, stalne izboljšave in timsko delo, so primerna kot konceptualna podlaga sistema upravljanja kakovosti v smeri celostne obravnave.
Perera S., Dabney B. W.	Case management service quality and patient-centered care	Journal of Health Organization and Management 2020	Empirično anketiranje pri 67 pacientih	Največji vpliv na kakovost in zadovoljstvo imata večšina vzpostavitev zaupanja in empatija.	Poudarja pomen odnosnih kompetenc (zaupanja, empatije) kot vzvodov upravljanja kakovosti in celostno obravnavo pacienta.

Tabela 2. Pregled člankov, ki vsebujejo povezavo med holistično obravnavo in kakovostjo



Slika 1. Rezultati hitrega pregleda po PRISMA modelu

5 RAZPRAVA

Naši izidi kažejo, da se upravljanje kakovosti in holistična obravnava lahko srečata v mnogih značilnostih. Pogled v prakso pa kaže, da to ni povsem samoumevno, temveč zahteva določeno zrelost sistema upravljanja kakovosti, regulativ in akreditacij ter strateških usmeritev. Tak primer predstavljajo PROM in PREM indikatorji (Patient-Reported Outcome/Experience Measures = izidi/izkušnje, ki jih poročajo pacienti). Kot smo prikazali, uvedba in uporaba teh indikatorjev pomeni sistematično upoštevanje pacientovega glasu in njegovo pretvorbo v akcijo oziroma izboljšanje kakovosti (Ernst et al., 2022). Vendar mnogo sodobnih zdravstvenih sistemov teh kazalnikov nima integriranih v sisteme zagotavljanja kakovosti (Farkaš-Lainščak et al., 2022). Tudi v Sloveniji ti kazalniki še niso povsem sistematično uvedeni, spremljamo jih v omejenem obsegu (Grabnar et al., 2025; OECD, 2025). Spremljanje PROM/PREM je povezano z drugo ugotovitvijo naše raziskave, in sicer, da je večdeležniško merjenje kakovosti pomembno za določanje prioritet izboljšav, ki odražajo celotno izkušnjo pacienta in s tem vplivajo na holistično oskrbo (Claessens et al., 2023). Ob tem je potrebno opozoriti, da je pogosto zbiranje teh informacij digitalno, kar vpliva na odsotnost ali šibkejši glas določenih ranljivih skupin in povečuje neenakosti, zato je smiselno dodati alternativne kanale (npr. asistiranje zbiranje, papir/telefon) in spremljati reprezentativnost vzorca (Casaca et al., 2023).

V povezavi s PREM indikatorji je potrebno omeniti tudi naše izsledke, v katerih so bile izpostavljene odnosne kompetence – empatija in veščina vzbujaanja zaupanja kot determinant kakovosti obravnave (Perera & Dabney, 2020). Znano je, da je zaupanje veljaven indikator kakovosti, ker je empirično povezano z izidi, vedenji in

zadovoljstvom (Birkhäuser et al., 2017). Kot del odnosne kakovosti in soudeležnosti zaupanje podpira celostno obravnavo, saj integrira klinične, komunikacijske in socialne dimenzije pacientove izkušnje (Doyle et al., 2013). Merjenje zaupanja tako predstavlja pomemben PREM indikator, vendar tovrstno merjenje v vsakdanji praksi še ni sistematično prisotno. S konceptom zaupanja je močno povezana tudi empatija zdravstvenih delavcev, saj njena prisotnost krepi zaupanje, kar posredno vpliva na oceno kakovosti obravnave (Wu et al., 2021). Empatija zdravstvenih delavcev je dosledno povezana z boljšimi kazalniki kakovosti, kot je na primer zadovoljstvo, ter z ugodnejšimi kliničnimi izidi, vključno pri kronični bolečini (Derksen et al., 2013; Licciardone et al., 2024). Zato bi bilo v praksi smiselno obravnavati empatijo kot ključen vidik holistične, k pacientu usmerjene kakovosti.

Ugotovili smo tudi, da lahko standardizirani postopki pomagajo identificirati, oceniti in slediti individualnim potrebam v paliativi (Birgisdóttir et al., 2021). Podobno je tudi raziskava o standardizaciji odpustnih pisem potrdila, da ta podpira varnost in zdravstveno pismenost, kar sta temelja holistične oskrbe (Schwarz et al., 2024). Ob tem pa je potrebna previdnost, saj nekateri avtorji opozarjajo, da se je ravnotežje v praksi preveč nagnilo k standardizaciji na škodo personalizacije in s tem individualnega, na pacienta osredotočenega pristopa (Sinsky et al. 2021). Tudi Timmermans in Mauck sta že dolgo tega opozarjala, standardizirane smernice preveč uniformirajo odločanje in zmanjšajo prostor za individualni pristop (2005). Članek Samarasinghe s sodelavci prav tako obravnava konflikt med standardizacijo in individualizacijo, zagovarja pa integrativne pristope. Navaja, da potrebujemo rešitve, ki vključujejo prednosti tako standardizacije kot tudi individualizacije in ki se prilagajajo lokalnemu okolju (2025).

Eden od pomembnih skupnih značilnosti upravljanja kakovosti in holistične obravnave je medpoklicno sodelovanje. Raziskava Davidsona s sodelavci (2022) je na primeru obravnave kronično bolnih na primarni ravni pokazala, da medpoklicno sodelovanje vpliva na izkušnjo, koordinacijo in aktivacijo pacientov. Švicarska študija, ki je prav tako raziskovala medpoklicno sodelovanje, vendar z vidika zdravstvenih delavcev, je pokazala, da razumejo to sodelovanje kot učinkovito intervencijo za izboljšanje prehodov v oskrbi kompleksnih pacientov. Vendar so ugotovili, da se pri medpoklicnem sodelovanju soočajo z mnogimi organizacijskimi ovirami v okviru zdravstvenega sistema (Geese & Schmitt, 2023). Seveda ob medpoklicnem sodelovanju ne gre zanemariti tudi drugih dejavnikov, ki vplivajo na kakovost obravnave pacienta. Eden od teh dejavnikov je tudi izboljšanje dostopnosti obravnave. Celovit pregled virtualne oskrbe je na primer pokazal, da se z njo lahko znatno izboljša dostop in koordinacija oskrbe (Marco-Ibáñez et al., 2023; Petrie et al., 2024). Vendar je tudi tu potrebno opozoriti, da je enakost dostopa do digitalnih storitev praktično nemogoče zagotoviti – sistematični pregledi o digitalni pravičnosti v telemedicini in e-zdravju poudarjajo, da socioekonomski status, starost, invalidnost, jezik/kultura in podeželskost vplivajo na dostopnost – zato so potrebne tudi alternativne rešitve (Petretto et al., 2024). Enakost dostopa je namreč močno povezana z zagotavljanjem kakovosti in s celostnim, koordiniranim pristopom skozi življenjski potek (WHO, 2016).

Pri naši raziskavi je šlo za hiter pregled literature po modelu PRISMA z omejenim časovnim oknom iskanja, tremi bazami in jezikovno omejitvijo, kar predstavlja omejitve tega pregleda. Kljub temu smo zaznali, da le malo študij eksplicitno obravnava holistično oskrbo pacienta kot samostojno domeno kakovosti. Menimo, da bi moral biti koncept holistične oskrbe pacienta ključna komponenta sistema zagotavljanja kakovosti, saj smo tudi s hitrim pregledom dokazali, da med tema področjema obstajajo številne povezave.

6 ZAKLJUČEK

Naš hitri pregled literature pokaže, da se management kakovosti in holistična obravnava pacienta dopolnjujeta in skupaj ustvarjata okvir za varno, učinkovito ter na pacienta osredotočeno zdravstveno oskrbo. V praksi bi bilo smiselno vzpostaviti redno, večdeležniško merjenje kakovosti in sistematično vključiti izide ter izkušnje, ki jih poročajo pacienti, ob čemer je pomembno zagotoviti pristope zbiranja podatkov, ki so dostopni vsem. Prav tako je priporočljiva standardizacija postopkov na način, ki omogoča individualizacijo in soudeležbo pacientov pri odločanju. V skladu z našimi ugotovitvami nadalje priporočamo še krepitev medpoklicnega sodelovanja ter integrativnih pristopov, razvoj odnosnih kompetenc ter uskladitev sistema zagotavljanja kakovosti s strateškimi dokumenti in sodobnimi standardi. Nenazadnje pa je potrebno zapolniti raziskovalno vrzel s študijami, ki bodo poglobile znanje o zagotavljanju holistične obravnave pacienta kot ključne sestavine managementa kakovosti.

LITERATURA

1. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). (2025). *The six domains of health care quality*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>
2. Al-Shameri, N. (2023). Total Quality Management in Yemeni public hospitals: Enhancing customer satisfaction and patient-centered care. *International Journal of Innovation Scientific Research and Review*, 5(7), 4894-4900. https://www.researchgate.net/publication/373398007_TOTAL_QUALITY_MANAGEMENT_IN_YEMENI_PUBLIC_HOSPITALS_ENHANCING_CUSTOMER_SATISFACTION_AND_PATIENT-CENTERED_CARE#fullTextFileContent
3. Birgisdóttir, D., Duarte, A., Dahlman, A., Sallerfors, B., Rasmussen, B. H. & Fürst, C. J. (2021). A novel care guide for personalised palliative care—A national initiative for improved quality of care. *BMC Palliative Care*, 20(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00874-4>
4. Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C. & Gerger, H. (2017). *Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis*. *PloS one*, 12(2), e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
5. Casaca, P., Schäfer, W., Nunes, A. B. & Sousa, P. (2023). Using patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures to elevate the quality of healthcare. *International journal for quality in health care*, 35(4), mzad098. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad098>
6. Claessens, F., Seys, D., Van der Auwera, C., Jans, A., Castro, E. M., Jacobs, L., De Ridder, D., Bruyneel, L., Leenaerts, Z., Van Wilder, A., Brouwers, J., Lachman, P. & Vanhaecht, K. (2023). Measuring in-hospital quality multidimensionally by integrating patients', kin's and healthcare professionals' perspectives: Development and validation of the FlaQuM-Quicksan. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1426. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10349-2>
7. Davidson, A. R., Kelly, J., Ball, L., Morgan, M. & Reidlinger, D. P. (2022). What do patients experience? Interprofessional collaborative practice for chronic conditions in primary care: An integrative review. *BMC Primary Care*, 23(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01595-6>
8. Derksen, F., Bensing, J. & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76-e84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
9. Donabedian A. (1985). *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1985.
10. Doyle, C., Lennox, L. & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*, 3(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
11. EFQM (European Foundation for Quality Management). (2025). The EFQM Model 2025. <https://efqm.org/the-efqm-model/#download>
12. Ernst, S. K., Steinbeck, V., Busse, R. & Pross, C. (2022). Toward system-wide implementation of patient-reported outcome measures: A framework for countries, states, and regions. *Value in Health*, 25(9), 1539-1547. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.04.1724>
13. Farkaš-Lainščak, J., Grabar, D., Kobal Straus, K., Marušič, D., Poldrugovac, M. & Simčič, B. (2022). *Kakovost in varnost v zdravstvu: Priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce*. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/2-DRZAVNI-ORGANI-MZ/5-O-ministrstvu/Sektor-za-dolgotrajno-oskrbo/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu-prirocnik-februar-2022.pdf>
14. Geese, F. & Schmitt, K.-U. (2023). Interprofessional Collaboration in Complex Patient Care Transition: A Qualitative Multi-Perspective Analysis. *Healthcare*, 11(3), 359. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030359>

15. Grabnar, D., Simčič, B. & Robida, A. (2025). *Osnove kakovosti in varnosti v zdravstvu*. <https://niz.si/wp-content/uploads/2025/05/Osnove-kakovosti-in-varnosti-NIJZ-19-maj-2025.pdf>
16. Grover, S., Fitzpatrick, A., Azim, F. T., Ariza-Vega, P., Bellwo-od, P., Burns, J., Burton, E., Fleig, L., Clemson, L., Hoppmann, C. A., Madden, K. M., Price, M., Langford, D. & Ashe, M. C. (2022). Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient education and counseling*, 105(7), 1679-1688. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004>
17. ISO. (2023). ISO 7101:2023 - *Healthcare quality management systems* - Requirements. <https://www.iso.org/standard/81647.html>
18. Janerka, C., Leslie, G. D. & Gill, F. J. (2023). Development of patient-centred care in acute hospital settings: A meta-narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 140, 104465. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104465>
19. Licciardone, J. C., Tran, Y., Ngo, K., Toledo, D., Peddireddy, N. & Aryal, S. (2024). Physician Empathy and Chronic Pain Outcomes. *JAMA Network Open*, 7(4), e246026. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.6026>
20. Marco-Ibáñez, A., Aguilar-Palacio, I. & Aibar, C. (2023). Does virtual consultation between primary and specialised care improve healthcare quality? A scoping review of healthcare quality domains assessment. *BMJ Open Quality*, 12(4), e002388. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002388>
21. Maritz, R., Scheel-Sailer, A., Schmitt, K. & Prodinger, B. (2019). Overview of quality management models for inpatient healthcare settings. *A scoping review*. *Int J Qual Health Care*, 31(6), 404-410. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy180>
22. Mikolajewicz, N. & Komarova, S. V. (2019). Meta-analytic methodology for basic research: A practical guide. *Frontiers in Physiology*, 10, 203. <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00203>
23. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2025). *PROMoting quality of care through patient-reported outcome measures (PROMs)*. <https://dx.doi.org/10.1787/c17bb968-en>
24. Perera, S. & Dabney, B. W. (2020). Case management service quality and patient-centered care. *Journal of health organization and management*, ahead-of-print(ahead-of-print), 10.1108/JHOM-12-2019-0347. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2019-0347>
25. Petrie, S., Laur, C., Rios, P., Suarez, A., Mekanjuola, O., Burke, E., Bhattacharyya, O. & Mukerji, G. (2024). Quality measures of virtual care in ambulatory healthcare environments: A scoping review. *BMJ Open*, 14(4), e078214. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078214>
26. Petretto, D. R., Carrogu, G. P., Gaviano, L., Berti, R., Pinna, M., Petretto, A. D. & Pili, R. (2024). Telemedicine, e-Health, and Digital Health Equity: A Scoping Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 20, e17450179279732. <https://doi.org/10.2174/0117450179279732231211110248>
27. Samarasinghe, B. S. W., et al. (2025). Bridging the divide? Why the integration of standardisation and individualisation matters. *BMJ Leader*, 9(3), 292-296. <https://doi.org/10.1136/leader-2023-000920>
28. Schwarz, C. M., Hoffmann, M., Smolle, C., Borenich, A., Fürst, S., Tuca, A. C., Holl, A. K., Gugatschka, M., Grogger, V., Kamolz, L. P. & Sendlhofer, G. (2024). Patient-centered discharge summaries to support safety and individual health literacy: A double-blind randomized controlled trial in Austria. *BMC Health Services Research*, 24(1), 789. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11183-w>
29. Seelbach, C. L., & Brannan, G. D. (2022). *Quality Management*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557505/#_article-28143_s6_
30. Sinsky, C. A., Bavafa, H., Roberts, R. G. & Beasley, J. W. (2021). Standardization vs customization: Finding the right balance. *Annals of Family Medicine*, 19(2), 171-177. <https://doi.org/10.1370/afm.2654>
31. Timmermans, S. & Mauck, A. (2005). The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Affairs*, 24(1), 18-28. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.1.18>
32. Vogus, T. J. & Sutcliffe, K. M. (2007). The Safety Organizing Scale: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical care*, 45(1), 46-54. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000244635.61178.7a>
33. WHO (World Health Organization). (2016). *Framework on integrated, people-centred health services (IPCHS)* (A69/39). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf
34. WHO (World Health Organization). (2024). *Updates and future reporting: strengthening integrated, people-centred health services*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_32-en.pdf
35. Wu, Q., Jin, Z. & Wang, P. (2022). The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *Journal of general internal medicine*, 37(6), 1388-1393. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07008-9>

PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO V LUČI PALIATIVNE OSKRBE

Marjana Iršič, dipl. m. s.

Zdravstveni dom Celje

marjana.irsic@zd-celje.si



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Paliativna oskrba na domu zahteva celostno obravnavo, ki temelji na interdisciplinarnem sodelovanju in zgošnjem vključevanju zdravstvenega osebja. Ključno vlogo pri tem ima patronažna medicinska sestra, ki poleg izvajanja zdravstvene nege skrbi za koordinacijo oskrbe, čustveno podporo pacientu in svojcem ter zagotavljanje kontinuitete obravnave. Teoretična izhodišča temeljijo na domačih in tujih študijah, ki poudarjajo pomen timskega pristopa, jasne komunikacije ter organizacijske podpore pri izvajanju paliativne oskrbe.

Metoda: Raziskava je bila izvedena z metodo sistematičnega pregleda literature. Analizirani so bili relevantni znanstveni viri, ki obravnavajo vlogo patronažnih medicinskih sester in izzive, s katerimi se srečujejo pri obravnavi paliativnih pacientov na domu. Vsebina je bila kategorizirana glede na dve raziskovalni vprašanji, kar je omogočilo strukturirano interpretacijo ugotovitev in sintezo ključnih tem.

Rezultati: Rezultati kažejo, da patronažne medicinske sestre predstavljajo osrednji člen paliativne oskrbe na domu, saj poleg tehničnih nalog prevzemajo tudi koordinacijsko, svetovalno in odnosno vlogo. Kljub temu je njihova vloga pogosto nejasno opredeljena, kar vpliva na učinkovitost in strokovno avtonomijo. Med glavnimi ovirami so bile prepoznane pomanjkljiva dokumentacija ob odpuštu, preobremenjenost, izgorelost, slaba integracija med različnimi ravni oskrbe ter rutinizacija dela, ki zmanjšuje občutek smisla in čustveno povezanost s pacientom.

Razprava: Ugotovitve potrjujejo potrebo po sistemski podpori, jasni opredelitvi nalog ter priznanju vloge patronažnih medicinskih sester znotraj zdravstvenih timov. Le z ustrezno organizacijsko strukturo, kontinuiranim izobraževanjem in medsebojnim zaupanjem je mogoče zagotoviti kakovostno paliativno oskrbo, ki spoštuje dostojanstvo pacienta in hkrati podpira izvajalce oskrbe. Raziskava prispeva k boljšemu razumevanju vloge patronažnih medicinskih sester v paliativni oskrbi in odpira možnosti za nadaljnje raziskovanje, zlasti na področju sistemskih rešitev ter psihološke podpore izvajalcem.

Ključne besede: patronažna medicinska sestra, paliativna oskrba, paliativni tim, pacient

ABSTRACT

Theoretical Background: Home-based palliative care requires a holistic approach grounded in interdisciplinary collaboration and early involvement of healthcare professionals. A key role in this process is played by the community nurse, who, in addition to providing clinical care, ensures coordination of services, emotional support for patients and their families, and continuity of care. The theoretical framework is based on national and international studies that emphasize the importance of teamwork, clear communication, and organizational support in delivering effective palliative care.

Methods: The research was conducted using a systematic literature review. Relevant scientific sources were analyzed, focusing on the role of community nurses and the challenges they face when caring for palliative patients at home. The content was categorized according to two research questions, allowing for a structured interpretation of findings and synthesis of key themes.

Results: The findings indicate that community nurses are central figures in home-based palliative care, assuming not only technical responsibilities but also roles in coordination, counseling, and relationship-building. However, their role is often poorly defined, which affects both their effectiveness and professional autonomy. Major challenges identified include insufficient discharge documentation, workload burden, burnout, poor integration across levels of care, and task routinization, which diminishes the sense of purpose and emotional connection with patients.

Discussion: The results confirm the need for systemic support, clear role definitions, and formal recognition of community nurses within healthcare teams. Only through appropriate organizational structures, continuous education, and mutual trust can high-quality palliative care be ensured - care that respects patient dignity.

and supports care providers. This research contributes to a deeper understanding of the role of community nurses in palliative care and opens avenues for further investigation, particularly in the areas of systemic reform and psychological support for practitioners.

Keywords: *community nurse, palliative care, interdisciplinary team, patient*

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Paliativna oskrba je nepogrešljiv del sodobne zdravstvene obravnave, saj izboljšuje kakovost življenja pacientov z napredovalo kronično ali neozdravljivo boleznijo. V Sloveniji se njen razvoj usmerja v večjo dostopnost, zgodnjo vključitev in boljšo koordinacijo med izvajalci (Ebert Moltara & Bernot, 2024). Čeprav jo pogosto povezujemo s terminalno fazo bolezni, se po mnenju Saje in Filej (2014) začne takoj, ko postane potrebna, kar omogoča celostno in pravočasno podporo pacientu ter njegovi družini. Učinkovitost zgodnje paliativne oskrbe potrjuje tudi raziskava Yosick in sodelavci (2019), ki je pokazala, da skupnostni programi zmanjšajo stroške, število hospitalizacij in izboljšajo kakovost oskrbe ob koncu življenja.

Zdravstveni sistemi doma in po svetu se soočajo z intenzivnimi družbenimi spremembami, ki izhajajo iz hitrega razvoja medicine, tehnologije in dostopnosti informacij. Zaradi večje zdravstvene pismenosti pacientov se od zdravstvenih delavcev pričakuje ne le poglobljeno strokovno znanje, temveč tudi sposobnost sodelovanja, razumevanja in povezovanja z drugimi strokovnjaki (Bandelj et al., 2018).

Paliativna oskrba mora temeljiti na interdisciplinarnem pristopu, ki omogoča celostno in kakovostno odzivanje na potrebe pacientov. Takšna obravnava mora biti usmerjena k posamezniku in dostopna vsem, ne glede na zdravstveno stanje ali okolje bivanja (Razlag Kolar et al., 2019). Ključno je medpoklicno sodelovanje na vseh ravneh zdravstvenega sistema, ob dobrem poznavanju koncepta paliativne oskrbe (Wallerstedt et al., 2019). Fernando in Hughes (2019) poudarjata, da je uspešnost interdisciplinarnih timov odvisna od organizacijske strukture, učinkovite komunikacije, vodstva, medsebojnega spoštovanja ter sposobnosti obvladovanja konfliktov in krepitve timske odpornosti.

Še posebej je pomembna vloga patronažne medicinske sestre, ki vstopa v domače okolje pacienta in zagotavlja celostno obravnavo, ki vključuje fizične, psihološke, socialne in duhovne vidike (Saje & Filej, 2014; Ramšak Pajk, 2017). Pomembna je tudi vključitev družinskih članov, saj njihova prisotnost prispeva k boljši podpori in kakovosti oskrbe (Krajnc & Berčan, 2020). Paliativna oskrba na domu zahteva usklajeno sodelovanje različnih zdravstvenih strokovnjakov (Oostrerveld-Vlug et al., 2019), pri čemer ima patronažna medicinska sestra osrednjo vlogo pri začetni oceni potreb pacienta in njegove družine. Kot poudarja Berčan (2025), prav ta začetna ocena omogoča oblikovanje individualiziranega načrta oskrbe, ki temelji na celostnem pristopu in spoštovanju pacientovih želja.

Učinkovita komunikacija predstavlja temeljno večščino patronažnih medicinskih sester, saj morajo jasno in empatično posredovati kompleksne informacije o bolezni, zdravlilih ter načrtu oskrbe pacientom in njihovim družinam (Schroeder & Lorenz, 2018; Berčan, 2019). Poleg informiranja imajo pomembno vlogo pri izobraževanju in nujenju podpore vse do konca življenja. S svojo prisotnostjo in vzpostavitvijo zaupanja prispevajo k detabuizaciji smrti, saj omogočajo odprto razpravo o koncu življenja in pomagajo zmanjšati strah pred umiranjem (Johansen et al., 2020; Wilkin et al., 2024). Njihova strokovnost zagotavlja, da se želje pacientov slišijo in upoštevajo. Kot poudarjajo (Danielsen et al., 2018; Midlöv & Lindberg, 2020; Skorpen Tarberg et al., 2020), so prav patronažne medicinske sestre tiste, ki »držijo prostor« za umiranje doma – s svojo podporo in koordinacijo omogočajo, da se smrt zgodi v domačem okolju, v skladu z željami pacientov in njihovih bližnjih.

Hagan in sodelavci (2018) poudarjajo, da je zagovorništvo eden temeljnih elementov paliativne oskrbe, ki se tesno prepleta z bistvom zdravstvene nege. Patronažne medicinske sestre morajo na vseh ravneh delovanja potrditi svojo vlogo zagovornic pacientov, saj s tem prispevajo k lažšanju trpljenja in izboljšanju kakovosti življenja pacientov z življenjsko omejujočimi boleznimi. Kot ugotavljajo Wu in sodelavci (2021), so patronažne medicinske sestre pogosto prvi stik za paciente in njihove družine ter zagotavljajo neprekinjeno podporo in odzivnost. Njihova vloga presega zgolj klinično oskrbo, saj vključuje gradnjo zaupanja, čustveno spremljanje, podporo ob koncu življenja in odzivanje na kompleksne potrebe pacientov, pogosto tudi izven delovnega časa. Kot izpostavljajo Skorpen Tarberg in sodelavci (2020), je sočutje osrednji element kakovostne paliativne oskrbe, ki zahteva premišljeno oblikovanje okolja brez hrupa in konfliktov.

Za učinkovito obvladovanje bolečin in simptomov na domu je nujno znanje, ki ga patronažna medicinska sestra uporablja pri vsakodnevni oskrbi, ob tem pa mora imeti možnost sprotnega posvetovanja s specialisti paliativne oskrbe, da se zagotovi pravočasno in strokovno ukrepanje (Seow & Bainbridge, 2018). Kot poudarjata tudi Trontelj Zavratnik in Červek (2016), je dostop do ustreznih zdravil in strokovne podpore ključen za zagotavljanje dostojanstva in lažšanje trpljenja ob koncu življenja.

V raziskavah Frey in sodelavci (2018) in Skorpen Tarberg in sodelavci (2020) poudarjata, da medicinske sestre v paliativni oskrbi pogosto doživljajo izgorelost in sočutno utrujenost, kar je posledica intenzivnega čustvenega dela ter zahtevnih odnosov s pacienti in njihovimi družinami. Ključni zaščitni dejavniki, kot so psihološka moč, občutek predanosti delu in ustrezno izobraževanje s področja paliativne oskrbe, prispevajo k večjemu zadovoljstvu pri delu in zmanjšujejo psihološke obremenitve. Zato je nujno zagotoviti podporo tako na ravni posameznika kot tudi celotnega zdravstvenega sistema.

Timski pristop predstavlja temelj kakovostne paliativne oskrbe pacientov z življenjsko ogrožajočimi boleznimi, kar potrjujejo številne študije, med njimi Bandelj in sodelavci (2018). Kljub temu se v praksi pogosto pojavljajo organizacijske ovire, ki omejujejo njegovo učinkovito izvajanje. Vloga medicinske sestre kot koordi-

natorke zdravstvene nege (resource nurse) je po ugotovitvah Johansen in sodelavcev (2022) pogosto podizkoriščena, predvsem zaradi preobremenjenosti in pomanjkanja sistemske podpore. Patronažne medicinske sestre ob svojem rednem delu prevzemajo dodatne naloge, kot so svetovanje, izobraževanje sodelavcev in medpoklicno sodelovanje, za kar pa pogosto nimajo dovolj časa. Avtorji poudarjajo, da bi ustrezna podpora vodstva, večja časovna razpoložljivost in boljše sodelovanje med ravnimi zdravstvene oskrbe bistveno prispevali k izboljšanju kakovosti paliativne obravnave. Vloga koordinatorke zdravstvene nege ima velik potencial za krepitev kompetenc znotraj tima in za zagotavljanje bolj celostne oskrbe pacientov.

2 METODE

2.1 Raziskovalna metoda

Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop in deskriptivno metodo raziskovanja. Podatke smo pridobili s tehniko sistematičnega pregleda znanstvene in strokovne literature, osredotočene na vlogo patronažne medicinske sestre v paliativni oskrbi. Za potrebe raziskave smo zbrali literaturo iz slovenskih in mednarodnih podatkovnih baz COBISS.SI, PubMed in Medline. Iskanje je bilo omejeno na publikacije v slovenskem in angleškem jeziku, objavljene med letoma 2015 in 2025. V analizo smo vključili le tiste vire, kjer je bilo dostopno celotno besedilo.

Kriteriji	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Zdravstveni delavci	patronažna medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra	drugo
Področje	paliativna oskrba, paliativna oskrba na domu, paliativni tim	drugo
Kraj obravnave	domače okolje, bolnišnično okolje	institucionalno varstvo
Vrsta publikacije	objavljeni članki (izvirni, pregledni, znanstveni, strokovni članki)	učbeniki, necenzurirani in poljudni članki
Časovno obdobje	2014-2025	2013 in starejši
Dostop	celotno besedilo	kratka poročila, povzetki, opisi
Jezik	slovenski in angleški	drugi jezik

Tabela 1. Vključitveni in izključitveni kriteriji

2.3 Opis vzorca

Uporabili smo namenski vzorec znanstvenih in strokovnih virov, ki ustrezajo vnaprej določenim vključitvenim kriterijem. Skupno smo identificirali 52 virov v slovenskem in angleškem jeziku. Po vsebinski analizi smo število relevantnih enot zožili na 45, od katerih smo v končno obravnavo vključili 9 člankov. Vsi izbrani viri so obravnavali vlogo patronažne medicinske sestre v paliativnem timu in izpostavljali ovire pri obravnavi pacientov na domu.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Iskanje literature je potekalo med 25. julijem 2025 in 1. avgustom 2025. Pri iskanju smo upoštevali metodologijo PRISMA, ki omogoča transparenten prikaz postopka izbora virov. Vse izbrane članke

Raziskava je temeljila na naslednjih raziskovalnih vprašanjih:

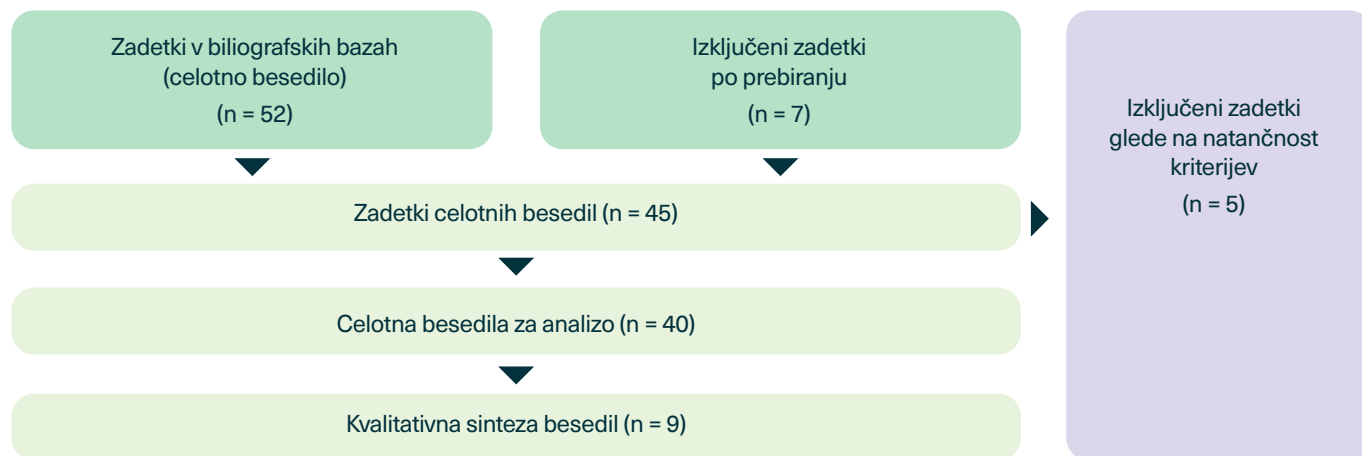
- Kakšna je vloga patronažnih medicinskih sester v paliativnem timu pri obravnavi paliativnih pacientov na domu?
- S kakšnimi ovirami se patronažne medicinske sestre srečujejo pri obravnavi paliativnih pacientov na domu?

2.2 Opis instrumentarija

Za ugotavljanje pomena vloge patronažne medicinske sestre v paliativni oskrbi in najpogostejših ovir pri obravnavi pacientov na domu smo izvedli sistematični pregled literature. Ključne besede za iskanje slovenskih virov so bile: patronažna medicinska sestra, paliativna oskrba, paliativni tim, pacient, medtem ko smo za angleške vire uporabili izraze: community nurse, palliative care, interdisciplinary team, patient. Ključne besede smo kombinirali z Boolovimi operatorji (AND), da bi optimizirali iskalne rezultate. Vključitveni in izključitveni kriteriji za izbor člankov so bili določeni glede na področje obravnave, vrsto publikacije, jezik, dostopnost celotnega besedila in časovno obdobje objave. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo kvalitativne vsebinske analize.

Vključitveni in izključitveni kriteriji za uvrstitev člankov v pregled so prikazani v Tabeli 1.

smo analizirali s pomočjo kvalitativne vsebinske analize, pri čemer smo izpostavili ključne ugotovitve posameznih avtorjev, primerjali njihove poglede in identificirali najpogostejše ovire pri obravnavi paliativnih pacientov na domu. Ocena kakovosti virov je temeljila na znanstveni utemeljenosti, aktualnosti tematike in vsebinski ustreznosti.



Shema 1. Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

3 REZULTATI

Avtorji	Originalni naslov članka	Revija / Letnica	Metodologija	Rezultati (ključni izidi)
Bandelj, A., Kaučič, B. M., & Filej, B. (2018)	Deskriptivna metoda; pregled znanstvene literature; kvalitativna vsebinska analiza	Predstaviti pomen timskega pristopa v paliativni oskrbi, potrebe po izobraževanju zdravstvenih delavcev in ovire pri obravnavi pacientov	12 znanstvenih člankov iz slovenskih in mednarodnih baz (COBISS.SI, MEDLINE, ProQuest)	Timski pristop je ključen za kakovostno paliativno oskrbo.
Berčan, M. (2019)	Kvantitativna raziskava; anketni vprašalnik; statistična analiza (SPSS, regresija, faktorska analiza)	Opredeliti ključne dimenzije paliativne oskrbe v patronažnem varstvu na domu z vidika patronažnih medicinskih sester	181 patronažnih medicinskih sester iz vseh regij Slovenije (28,3 % populacije v patronažnem varstvu)	Identificiranih je bilo sedem dimenzij paliativne oskrbe.
Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018)	Kvalitativna študija; pol-strukturirani intervjuji; tematska analiza	Raziskati izkušnje in izzive patronažnih medicinskih sester in osebnih zdravnikov pri paliativni oskrbi na domu	20 udeležencev (patronažne medicinske sestre in osebni zdravniki) na Norveškem	Kakovostna paliativna oskrba zahteva tesno sodelovanje med pacientom, družino in zdravstvenimi delavci.
Engel, M., van Zuylen, L., van der Ark, A., & van der Heide, A. (2021)	Kvalitativna študija; pol-strukturirani intervjuji; analiza po metodi "framework approach"	Raziskati, kako medicinske sestre – nosilke paliativne oskrbe – razumejo svojo vlogo, odgovornosti in dodano vrednost v bolnišnicah in patronažni službi	16 medicinskih sester iz dveh bolnišnic in štirih patronažnih služb na jugozahodu Nizozemske	Glavna naloga je širjenje informacij o paliativni oskrbi med sodelavci; omejeno sodelovanje z ekspertno ekipo; nejasna opredelitev vloge; potreba po jasnih nalogah, usposabljanju in podpori.
Johansen, H., Grøndahl, V. A., & Helgesen, A. K. (2022)	Kvalitativna študija; skupinski intervjuji; sistematična kondenzacija besedila	Raziskati vlogo t. i. "resource nurse" (referenčne medicinske sestre) v paliativni oskrbi v bolnišnicah in patronažnih službah	Skupinski intervjuji z referenčnimi medicinskimi sestrami na Norveškem	Referenčne medicinske sestre igrajo ključno vlogo pri prenosu znanja in dobrih praks v paliativni oskrbi.
Ramšak Pajk, J. (2017)	Kvalitativni raziskovalni pristop; tematska analiza; vprašalnik s šestimi odprtimi vprašanji	Raziskati vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pri obravnavi onkološkega pacienta	6 strokovnjakinj s področja patronažnega varstva iz različnih regij Slovenije (namenski vzorec)	Identificirane štiri ključne pod teme.
Robinson, J., Goodwin, H., Williams, L., Anderson, N., Parr, J., Irwin, R., & Gott, M. (2022)	Kvalitativna študija; pol-strukturirani telefonski intervjuji; kritični realistični okvir; tematska analiza	Raziskati percepcije in izkušnje žalujočih družinskih članov glede kakovosti paliativne oskrbe ob koncu življenja, s poudarkom na integraciji storitev	23 družinskih članov pacientov, ki so umrli v dveh zdravstvenih okrožjih v Aucklandu, Nova Zelandija	Nega na domu opisana kot »storitev nalog«, hospic kot »pogovorna storitev«; pomanjkanje integracije med službami; potreba po novem integriranem modelu paliativne oskrbe.
Skorpen Tarberg, A., Landstad, B. J., Hole, T., Thronæs, M., & Kvangarsnes, M. (2020)	Kvalitativna raziskava; hermenevitični pristop; fokusne skupine	Raziskati, kako medicinske sestre doživljajo sočutno oskrbo pacientov z rakom in njihovih svojcev v različnih fazah paliativne poti	21 medicinskih sester iz primarne ravni zdravstvenega varstva in domov za ostarele na Norveškem; štiri fokusne skupine (3–7 udeleženk v vsaki)	Sočutna oskrba se izraža različno v posameznih fazah paliativne poti.
Wu, C. Y., Wu, Y. H., Chang, Y. H., Tsay, M. S., Chen, H. C., & Hsieh, H. Y. (2021)	Kvalitativna deskriptivna študija; pol-strukturirani intervjuji; tematska analiza	Razumeti, kako patronažne medicinske sestre izvajajo paliativno oskrbo na domu, kakšne priprave so potrebne in s kakšnimi izzivi se soočajo	15 patronažnih medicinskih sester na Tajvanu, izbranih z namenskim vzorčenjem	Medicinske sestre potrebujejo dodatno usposabljanje in čustveno pripravljenost za paliativno oskrbo.

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

4 RAZPRAVA

Namen sistematičnega pregleda literature je bil prepoznati in osvetliti vlogo patronažnih medicinskih sester v paliativni oskrbi in identificirati ovire, ki vplivajo na kakovost njihovega dela pri obravnavi pacientov na domu. V okviru raziskave smo si zastavili dve raziskovalni vprašanji:

1) Kakšna je vloga patronažnih medicinskih sester v paliativnem timu pri obravnavi pacientov na domu?

Literatura soglasno potrjuje, da patronažne medicinske sestre predstavljajo nepogrešljiv člen paliativnega tima, saj njihova vloga presega zgolj izvajanje zdravstvene nege na domu. Delujejo kot **koordinatorice oskrbe, svetovalke, izvajalke nege in čustvena opora** pacientom ter njihovim družinam, kar jim omogoča celostno obravnavo posameznika v njegovem domačem okolju (Ramšak Pajk, 2017; Danielsen et al., 2018).

Njihovo delo temelji na **interdisciplinarnem sodelovanju**, kjer je ključnega pomena **zgodnje vključevanje v paliativno pot** in **vzpostavljanje zaupanja** med vsemi vpletenimi. S tem se omogoča boljše načrtovanje oskrbe, ki je prilagojeno posameznikovim potrebam in željam pacientov (Skorpen et al., 2020; Berčan, 2019). Pomembno je, da patronažne sestre delujejo v okolju, kjer je timski pristop temelj kakovostne paliativne oskrbe. Bandelj in sodelavci (2018) in Wu in sodelavci (2021) poudarjajo, da je **podpora izkušenih kolegov** bistvena za samozavestno in učinkovito delovanje patronažnih medicinskih sester, še posebej v kompleksnih situacijah, ki jih prinaša paliativna obravnava.

Engel in sodelavci (2021) ter Johansen in sodelavci (2022) opisujejo patronažne medicinske sestre kot promotorice paliativne oskrbe, ki s svojim znanjem in izkušnjami širijo zavedanje o pomenu paliativne oskrbe med sodelavci in v skupnosti. Kljub temu pa opozarjajo, da je njihova vloga pogosto nejasno opredeljena, kar lahko vodi v neenotno razumevanje njihovih nalog.

Robinson in sodelavci (2024) pa dodajajo pomembno dimenzijo, in sicer da patronažne medicinske sestre poleg tehničnih nalog razvijajo **strategije za ohranjanje odnosa s pacientom**, kar vključuje empatijo, prilagajanje komunikacije in spoštovanje pacientovega dostojanstva. Ta vidik potrjuje njihovo **edinstveno vlogo v paliativnem timu**, ki ni zgolj funkcionalna, temveč tudi globoko človeška.

2) S kakšnimi ovirami se patronažne medicinske sestre srečujejo pri obravnavi paliativnih pacientov na domu?

Patronažne medicinske sestre se pri obravnavi paliativnih pacientov na domu soočajo s številnimi izzivi, ki vplivajo na kakovost njihovega dela in strokovno avtonomijo. Nejasno opredeljene vloge in pričakovanja (Engel et al., 2021; Johansen et al., 2022) kažejo, da je njihova vloga v paliativnem timu pogosto nejasno definirana, kar vodi v zmedo glede odgovornosti in nalog. To lahko povzroči izključenost iz strokovnega odločanja in zmanjšano strokovno avtonomijo, zlasti v primerih, ko ni jasne koordinacije med različnimi člani tima. Pomanjkanje formalnega usposabljanja in podpore (Bandelj et al., 2018; Wu et al., 2021) kaže, da patronažne medicinske sestre pogosto nimajo dostopa do sistematičnega izobraževanja s področja paliativne oskrbe, kar zmanjšuje njihovo

samozavest pri obravnavi kompleksnih primerov.

Skorpen in sodelavci (2020) ter Berčan (2019) izpostavljajo sistemske in organizacijske omejitve, v katerih patronažne medicinske sestre delujejo. Oskrbno okolje je pogosto časovno omejeno, logistično zahtevno in administrativno obremenjeno. Pomanjkanje kadra, neustrezna razporeditev virov in neenotna politika paliativne oskrbe dodatno otežujejo izvajanje kakovostne nege na domu.

Čustvene obremenitve in izgorelost so pogosti spremljevalci v paliativni oskrbi. Ramšak Pajk (2017) ter Robinson in sodelavci (2024) poudarjajo, da delo s paliativnimi pacienti zahteva visoko stopnjo čustvene angažiranosti. Patronažne medicinske sestre se soočajo z izgubo, žalovanjem, zahtevnimi pogovori in etičnimi dilemami, kar lahko vodi v čustveno izčrpanost in izgorelost, zlasti ob pomanjkanju ustrezne psihološke podpore. Danielsen in sodelavci (2018) opozarjajo na komunikacijske ovire z družinami in pacienti, zlasti kadar ti niso pripravljeni sprejeti paliativne narave oskrbe ali imajo nerealna pričakovanja. V takšnih primerih se patronažne medicinske sestre znajdejo v vlogi mediatorja, kar zahteva visoko stopnjo empatije, potrpežljivosti in razvite komunikacijske veščine.

Neprepoznavnost njihovega prispevka je ena izmed ključnih ovir, s katerimi se patronažne medicinske sestre soočajo. Robinson in sodelavci (2024) opozarjajo, da je njihov prispevek pogosto spregledan v širšem zdravstvenem sistemu. Čeprav razvijajo kompleksne strategije za ohranjanje odnosa s pacientom in izvajajo tehnično zahtevne naloge, njihovo delo ni vedno ustrezno priznано ali ovrednoteno.

5 ZAKLJUČEK

Sistematični pregled literature je pokazal, da patronažne medicinske sestre predstavljajo nepogrešljiv člen paliativnega tima, saj njihova vloga presega tehnično izvajanje zdravstvene nege. Delujejo kot koordinatorice oskrbe, svetovalke, promotorice paliativnih pristopov ter čustvena opora pacientom in njihovim družinam. Njihovo delo temelji na interdisciplinarnem sodelovanju, zgodnjem vključevanju v paliativno pot in spoštovanju dostojanstva posameznika. Kljub temu pa se v praksi soočajo z vrsto ovir, kot so nejasno opredeljene vloge, pomanjkanje formalnega usposabljanja, čustvena izčrpanost, komunikacijski izzivi ter sistemske in organizacijske omejitve, ki vplivajo na kakovost njihovega dela in strokovno avtonomijo.

Ugotovitve raziskave prispevajo k boljšemu razumevanju kompleksnosti dela patronažnih medicinskih sester v paliativni oskrbi in opozarjajo na nujnost sistemskih sprememb. Doprinos k znanosti se kaže v osvetlitvi premalo raziskane vloge patronažnih medicinskih sester v domačem okolju, medtem ko je doprinos k stroki predvsem v pozivu k jasnejši opredelitvi njihovih nalog, večji organizacijski podpori ter razvoju programov za izobraževanje in psihološko krepitev. Nadaljnje raziskave bi lahko poglobile razumevanje izkušenj patronažnih medicinskih sester v različnih kulturnih in zdravstvenih sistemih ter preučile učinke strukturiranih podpor njih modelov na njihovo delovanje in dobrobit.

LITERATURA

1. Bandelj, A., Kaučič, B. M., & Filej, B. (2018). Timski pristop v paliativni oskrbi – pregled literature. *Revija za zdravstvene vede*, 5, 61–73. <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/68/69>
2. Berčan, M. (2019). Sedem pomembnih dimenzij paliativne oskrbe v patronažnem varstvu. *Kakovostna starost*, 22(2), 3-14. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-RNAH-TXCO>
3. Berčan, M. (2025). Potrebe pacientov v paliativni oskrbi na domu z vidika patronažne medicinske sestre. *Kakovostna Starost*, 28(2), 3-18. <https://www.inst-antontrstenjaka.si/izdelki/185.pdf>
4. Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC palliative care*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
5. Ebert Moltara, M., & Bernot, M. (2024) Modeli organizacije paliativne oskrbe odraslih. *Zdravniški vestnik*, 93, (9-10), 339-351. RN:NBN:SI:doc-IME8RYC5 from <http://www.dlib.si>
6. Engel, M., van Zuylen, L., van der Ark, A., & van der Heide, A. (2021). Palliative care nurse champions' views on their role and impact: a qualitative interview study among hospital and home care nurses. *BMC palliative care*, 20(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00726-1>
7. Fernando, G., & Hughes, S. (2019). Team approaches in palliative care: a review of the literature. *International journal of palliative nursing*, 25(9), 444-451. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.9.444>
8. Frey, R., Robinson, J., Wong, C., & Gott, M. (2018). Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Applied nursing research* : ANR, 43, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.003>
9. Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., & Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse education today*, 61, 216-219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>
10. Johansen, H., Grøndahl, V. A., & Helgesen, A. K. (2022). Palliative care in home health care services and hospitals - the role of the resource nurse, a qualitative study. *BMC palliative care*, 21(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00956-x>
11. Krajnc, A., & Berčan, M. (2020). Family-centered care: A scoping review. *RUO. Revija za Univerzalno Odličnost*, 9(4), 357-371. https://www.fos-unm.si/media/pdf/RUO/2020-9-4/RUO_193_Krajnc_Bercan.pdf
12. Midlöv, E. M., & Lindberg, T. (2020). District nurses' experiences of providing palliative care in the home: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(1), 15-24. <https://doi.org/10.1177/2057158519857002>
13. Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C., & Francke, A. L. (2019). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC palliative care*, 18(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7>
14. Ramšak Pajk, J. (2017). Patronažna zdravstvena nega onkološkega pacienta včeraj, danes, jutri. *Onkološka zdravstvena nega včeraj, danes, jutri*, 73-86. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-HBRRTF8L>
15. Razlag Kolar, T., Filej, B., & Kaučič, B. M. (2019). *Razvoj mobilnih paliativnih timov za obvladovanje potreb po paliativni oskrbi v domačem okolju – pregled literature*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. 231-241. https://www.fzv.um.si/sites/default/files/2020/Zbornik_11%C5%A0K_24.5.2019.pdf
16. Robinson, J., Goodwin, H., Williams, L., Anderson, N., Parr, J., Irwin, R., & Gott, M. (2024). The work of palliative care from the perspectives of district nurses: A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 80(8), 3323-3332. <https://doi.org/10.1111/jan.16030>
17. Saje, M., & Filej, B. (2014). Celostna obravnava paliativnega pacienta v domačem okolju. *Revija za zdravstvene vede*, 1(1), 54-70. <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/5>
18. Schroeder, K., & Lorenz, K. (2018). Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 5(1), 4-8. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17
19. Seow, H., & Bainbridge, D. (2018). A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. *Journal of palliative medicine*, 21(1), S37-S44. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0392>
20. Skorpen Tarberg, A., Landstad, B. J., Hole, T., Thronaes, M., & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *Journal of clinical nursing*, 29(23-24), 4818-4826. <https://doi.org/10.1111/jocn.15528>

21. Trontelj Zavrtnik, M., & Červek, J. A. (2016). Paliativna oskrba ob koncu življenja. *Revija za zdravstvene vede* 3(1), 117-131. <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/42>
22. Wallerstedt, B., Benzein, E., Schildmeijer, K., & Sandgren, A. (2019). What is palliative care? Perceptions of healthcare professionals. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(1), 77-84. <https://doi.org/10.1111/scs.12603>
23. Wilkin, K., Fang, M. L., & Sixsmith, J. (2024). Implementing advance care planning in palliative and end of life care: a scoping review of community nursing perspectives. *BMC geriatrics*, 24(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04888-4>
24. Wu, C. Y., Wu, Y. H., Chang, Y. H., Tsay, M. S., Chen, H. C., & Hsieh, H. Y. (2021). Community Nurses' Preparations for and Challenges in Providing Palliative Home Care: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 11838. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211838>
25. Yosick, L., Crook, R. E., Gatto, M., Maxwell, T. L., Duncan, I., Ahmed, T., & Mackenzie, A. (2019). Effects of a Population Health Community-Based Palliative Care Program on Cost and Utilization. *Journal of palliative medicine*, 22(9), 1075-1081. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0489>



I. sklop

**Zdravstvena
pismenost skozi
zdravstveni sistem**

POMEN NAVIGACIJSKE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI IN POVEZANOST Z UPORABNOSTJO ZEMLJEVIDOV POTI PO ZDRAVSTVENEM SISTEMU

dr. Tamara Štemberger Kolnik

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

tamara.stemberger-kolnik@fzvce.si

RAZŠIRJENI POVZETEK

Zdravstvena pismenost je opredeljena kot sposobnost pridobivanja, obdelave in razumevanja zdravstvenih informacij za sprejemanje ustreznih zdravstvenih odločitev (Emanuel & Gallagher, 2020; Liu idr., 2020). Vključuje znanje o zdravju in zdravstvenih sistemih, obdelavo zdravstvenih informacij ter ohranjanje zdravja z lastnim upravljanjem in sodelovanjem z izvajalci zdravstvenih storitev (Liu et al., 2020). Nizka raven zdravstvene pismenosti je povezana s povečanim številom hospitalizacij, večjo uporabo nujne medicinske pomoči in višjimi stroški zdravstvene oskrbe, pa tudi s slabšimi zdravstvenimi izidi in večjo smrtnostjo (Coughlin idr., 2020). Prav tako negativno vpliva na samoupravljanje bolezni, zdravstvena vedenja in pravočasen dostop do zdravstvene oskrbe (Coughlin et al., 2020). Javno zdravje ima ključno vlogo pri spodbujanju zdravstvene pismenosti prek različnih pobud, partnerstev z izvajalci zdravstvenih storitev in kulturno ustreznih izobraževalnih programov (Štemberger Kolnik, 2020). Uvajanje elementov zdravstvene pismenosti na nacionalnem nivoju je bistveno za opolnomočenje posameznikov in skupnosti, zmanjševanje stroškov zdravstvene oskrbe ter izboljšanje splošnih zdravstvenih izidov (Štemberger Kolnik, 2020). Na individualni ravni je zdravstvena pismenost kompleksen in večdimenzionalen koncept, ki vključuje znanje, motivacijo in kompetence posameznika za iskanje, razumevanje, presojo in uporabo zdravstvenih informacij z namenom ohranjanja in izboljšanja zdravja (Sørensen et al., 2012). Med različnimi dimenzijami zdravstvene pismenosti je v zadnjih letih vse več pozornosti usmerjene v t. i. navigacijsko zdravstveno pismenost, ki se nanaša na zmožnost posameznika, da se učinkovito znajde v zdravstvenem sistemu, dostopa do ustreznih zdravstvenih storitev in razume, kako so ti procesi organizirani. Navigacijska zdravstvena pismenost je sposobnost dostopa do informacij o zdravstvenih sistemih in storitvah, njihovega razumevanja, vrednotenja in uporabe (Griese et al., 2020). Za paciente je ključnega pomena, da se znajo učinkovito orientirati v zapletenih zdravstvenih sistemih (Loignon et al., 2018; Izbassarov et al., 2025). Nizka zdravstvena pismenost ni le individualni koncept, nesorazmerno namreč prizadene tudi določene družbene skupine in ustvarja ovire pri dostopu do zdravstvenega varstva (Loignon et al., 2018). Navigacijska zdravstvena pismenost

ima ključno vlogo v sodobnih zdravstvenih sistemih, ki so vedno bolj kompleksni, vključujejo številne akterje in zdravstvene storitve ter zahtevajo, da pacient prevzame aktivno vlogo v procesu zdravljenja. Posameznik mora znati pravočasno poiskati ustrezno zdravstveno storitev, razumeti potek napotitve, izbrati izvajalca in se soočiti s postopki, povezanimi z zavarovanjem in financiranjem. Slaba navigacijska zdravstvena pismenost lahko vodi v zamude pri dostopu do zdravstvene obravnave, podvajanje storitev, večje tveganje za zaplete in povečane stroške za posameznika ter zdravstveni sistem. Študije kažejo, da imajo osebe z nižjo navigacijsko pismenostjo pogostejše težave pri upoštevanju navodil zdravnika, redkeje izkoriščajo preventivne storitve in težje uveljavljajo svoje pravice v zdravstvenem sistemu (Vandenbosch et al., 2016). V tem kontekstu pridobivajo pomen različna orodja za vizualizacijo poti pacienta skozi zdravstveni sistem, med katerimi so posebej uporabni zemljevidi poti (angl. patient journey maps). Gre za shematične prikaze, ki pacientu ponujajo pregled nad zaporedjem korakov, ki ga čakajo od prvega stika z zdravstvenim sistemom do različnih faz diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in spremljanja. Zemljevidi poti lahko vključujejo informacije o vrstah zdravstvenih storitev, ki so na voljo, kontaktne točke, predvidene čakalne dobe, potrebne dokumente, pa tudi podporne storitve, kot so socialna pomoč, psihološko svetovanje ali podporne skupine v lokalni skupnosti. Navigacijska zdravstvena pismenost je tesno povezana z zemljevidi poti po zdravstvenem sistemu. Na eni strani zemljevidi poti krepijo navigacijsko zdravstveno pismenost, saj pacientom omogočajo boljše razumevanje strukture zdravstvenega sistema in njihove lastne poti skozi zdravstveni sistem. Pacienti tako postanejo bolj kompetentni pri načrtovanju, postavljanju vprašanj in aktivnem sodelovanju pri odločanju. Po drugi strani pa osebe z višjo navigacijsko pismenostjo lažje uporabljajo tovrstne vizualne pripomočke, saj znajo interpretirati predstavljene informacije in jih povezati s svojimi potrebami. Poti pacientov po zdravstvenem sistemu so orodje upravljanja za standardizacijo in izboljšanje kakovosti oskrbe v celovitih mrežah (Richter & Schlieter, 2020). Michael & Urmila (2018) opisujeta pot, ki jo pacienti opravijo od napotitve do okrevanja, vključno s postopki in dokumentacijo. Pregled poti pacienta je nov pristop k ocenjevanju klinične prakse, ki se osredotoča na prepoznavanje dejanskih zdravstvenih dejavnosti v praksi in raziskovanje razlogov za klinično pomembne dogodke (Kwok

et al., 2021). Razvoj poti pacientov vključuje oblikovanje »idealne« poti, določanje »dejanskih« poti z uporabo kritičnega razmišljanja in vključevanje perspektiv različnih deležnikov (Kwok et al., 2021).

Sklenemo lahko, da navigacijska zdravstvena pismenost predstavlja ključen element sodobne zdravstvene pismenosti, saj odraža praktične sposobnosti posameznika za učinkovito uporabo zdravstvenega sistema. Zemljevidi poti po zdravstvenem sistemu pa so konkretno orodje, ki to dimenzijo podpira in razvija, hkrati pa prispeva k večji preglednosti in učinkovitosti zdravstvenega sistema. S tem se ne povečuje zgolj individualna zmožnost pacienta za uspešno navigacijo, temveč tudi celotna odzivnost in pravičnost zdravstvenega sistema.

Ključne besede: pot pacienta po zdravstvenem sistemu, orientacija, zdravstveni sistem

LITERATURA

1. Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. *Journal of Environment and Health Sciences*, 6(1), Article 1.
2. Emanuel, A. S., & Gallagher, K. M. (2020). Health Literacy. V K. Sweeny, M. L. Robbins, & L. M. Cohen (Ur.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology* (1. izd., str. 287–296). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch78>
3. Izbassarov, M. Sh., Dauletaliyeva, Sh. A., Makhanbetchin, E. Zh., DeLellis, N., Bolatova, Zh. E., Yerdessov, N. Zh., Zhamantayev, O. K., Kayupova, G. S., Nukeshtayeva, K. E., Makulbek, A. S., & Takaudina, A. I. (2025). Navigational and vaccination health literacy. *Medicine and ecology*, 1, 17–29. <https://doi.org/10.59598/ME-2305-6053-2025-114-1-17-29>
4. Kwok, C. S., Muntean, E.-A., & Mallen, C. D. (2021). The Patient Pathway Review: A New Method of Evaluating Clinical Practices to Understand the Complexities of Real-world Care. *Critical Pathways in Cardiology: A Journal of Evidence-Based Medicine*, 20(4), 213–219. <https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000267>
5. Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2), Article 2. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
6. Loignon, C., Dupéré, S., Fortin, M., Ramsden, V. R., & Truchon, K. (2018). Health literacy – engaging the community in the co-creation of meaningful health navigation services: A study protocol. *BMC Health Services Research*, 18(1), 505. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3315-3>
7. Michael, M., & Urmila, R. (2018). Preparation of the Patient for Surgery. V J. C. Watkinson, R. W. Clarke, L. J. Clark, A. J. Donne, R. James, H. M. Mehanna, G. W. McGarry, & S. Carrie (Ur.), *Scott-Brown's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery* (8. izd., str. 301–308). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9780203731031-30>
8. Richter, P., & Schlieter, H. (2020). Paving the Way for Patient Pathways: Synthesizing a User-Centered Method Design with Results from a Systematic Literature Review. V *WI2020 Zentrale Tracks* (str. 648–663). GITO Verlag. https://doi.org/10.30844/wi_2020_f6-richter
9. Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
10. Štemberger Kolnik, T. (2020). Health literacy. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(3), 196–203. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.3.3057> Griesse, L., Berens, E.-M., Nowak, P., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5731. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>
11. Vandenbosch, J., Van Den Broucke, S., Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., & Callens, M. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(10), 1032–1038. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206910>

POT PACIENTA S KOŽNIM RAKOM

dr. Karmen Erjavec

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede

karmen.erjavec@uni-nm.si



Uvod: Zdravstvena pismenost in dobro poznavanje poti pacienta sta ključna dejavnika pri zgodnjem odkrivanju, uspešnem zdravljenju in dolgoročnem obvladovanju kožnega raka. Rak kože je ena najpogostejših oblik raka, njegova incidenca pa narašča. Če je odkrit zgodaj, je bolezen dobro obvladljiva, vendar pacienti pogosto naletijo na vrsto izzivov, kot so: dolge čakalne dobe, pomanjkanje jasnih informacij, neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev, nezadostno psihosocialno podporo in pomanjkljivo komunikacijo med zdravstvenimi izvajalci. Namen raziskave je bil oblikovati in evalvirati pot pacienta s kožnim rakom v slovenskem zdravstvenem sistemu, identificirati morebitne pomanjkljivosti in predlagati izboljšave.

Metode: Raziskava je bila izvedena v okviru CRP-projekta Navigacijska zdravstvena pismenost in izbor petih kroničnih bolezni/stanj (V3-2327), ki ga sofinancirata Javna agencija za znanstveno-raziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije (ARIS) in Ministrstvo za zdravje. Uporabljena je bila kvalitativna raziskovalna metodologija z izvedbo poglobljenih polstrukturiranih intervjujev. V raziskavi je sodelovalo 12 udeležencev, med njimi osem zdravstvenih delavcev na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva ter štirje pacienti z osebnimi izkušnjami bolezni. Pri pacientih je bil glavni vključitveni kriterij osebna izkušnja z diagnozo in zdravljenjem kožnega raka, pri strokovnjakih pa vsakodnevno delo s pacienti v klinični praksi. Intervjuji so potekali v dveh delih: identifikacija korakov pacientove poti skozi sistem in ocena ustreznosti poti pacienta s kožnim rakom. Zbrane podatke smo analizirali s tematsko analizo, pri čemer smo izpostavili ključne teme in ponavljajoče se vzorce.

Rezultati: Na podlagi intervjujev je bila oblikovana celostna pot pacienta s kožnim rakom, ki se začne s preventivo, kjer sta ključna zaščita pred UV-sevanjem in samopregledovanje kože. Ob pojavu spremembe na koži pacient najprej obišče zdravnika družinske medicine, ki ga po potrebi napoti k dermatologu. Sledi klinični pregled z dermatoskopijo, po potrebi odstranitev lezije in patohistološka analiza, katere rezultat pacient prejme v 3–6 tednih. Pri pozitivnem izvidu je pacient vključen v dodatno diagnostiko (CT, MRI, PET-CT, UZ) in multidisciplinarno obravnavo na Onkološkem inštitutu. Glede na stadij bolezni zdravljenje vključuje kirurške posege, sistemsko zdravljenje (imunoterapija, tarčna terapija, kemo-

terapija) in/ali radioterapijo. Po zaključenem zdravljenju pacient vstopi v program rednega spremljanja in celostne rehabilitacije, ki zajema fizično, psihosocialno in socialno podporo. V primeru napredovale bolezni je vključen v paliativno oskrbo. Izsledki raziskave so pokazali na ključne probleme in sicer predolge čakalne dobe, nezadostne informacije za paciente, neenakosti v dostopu do storitev ter pomanjkanje koordinacije med strokovnjaki.

Diskusija: Ugotovitve potrjujejo, da je slovenski sistem zasnovan celostno in temelji na multidisciplinarnem pristopu, vendar obstajajo resne ovire pri dostopnosti in koordinaciji. Dolge čakalne dobe ogrožajo pravočasno obravnavo in prognozo bolezni. Pacienti poročajo o občutnem pomanjkanju jasnih informacij, kar negativno vpliva na njihovo zmožnost aktivnega sodelovanja v procesu zdravljenja. Pomembno je okrepiti psihosocialno podporo in izboljšati komunikacijo med vsemi ravni zdravstvenega sistema. V prihodnje bi bile smiselne dodatne raziskave z večjim vzorcem pacientov in kvantitativnim pristopom, da bi se ugotovila razširjenost posameznih težav na nacionalni ravni ter oblikovali ukrepi za krepitev zdravstvene pismenosti in optimizacijo poti pacienta.

Zaključek: Raziskava ponuja celovit prikaz poti pacienta s kožnim rakom in razkriva ključne pomanjkljivosti. Za izboljšanje kakovosti oskrbe je treba skrajšati čakalne dobe, pacientom zagotoviti boljše informacije, izboljšati koordinacijo med zdravstvenimi izvajalci in razviti sistematično psihosocialno podporo. Ključno je tudi, da pacienti razumejo svojo pot skozi zdravstveni sistem in da z boljšo zdravstveno pismenostjo pridobijo sposobnost aktivnega sodelovanja pri odločanju o zdravljenju. Povezovanje zdravstvene pismenosti in jasne opredelitve poti pacienta tako omogoča večjo proaktivnost, zmanjšuje negotovost in prispeva k boljšim zdravstvenim izidom.

Ključne besede: navigacijska zdravstvena pismenost, kožni rak, multidisciplinarna obravnavo

POT PACIENTA Z RAKOM PROSTATE

Andreja Ljubič, mag. zdr. neg.

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

andreja.ljubic@fzvce.si



RAZŠIRJENI POVZETEK

Teoretična izhodišča: Rak prostate je ena izmed najpogostejših oblik raka pri moških, zlasti v starejši populaciji. Diagnostični postopki, kot so krvni testi za prostatični specifični antigen (PSA), digitalni rektalni pregled, biopsija in slikovne tehnike, so kompleksni in pogosto zahtevajo natančno usklajevanje med različnimi zdravstvenimi službami. Zdravljenje pogosto vpliva na kakovost življenja pacientov, saj povzroča urinsko inkontinenco in erektilno disfunkcijo, kar poudarja potrebo po učinkoviti podporni oskrbi in rehabilitacijskih storitvah, ki so ključne komponente celostne obravnave pacientov. Namen raziskave je bil oblikovati in evalvirati pot pacienta z rakom prostate v slovenskem zdravstvenem sistemu, za krepitev navigacijske zdravstvene pismenosti vseh deležnikov.

Metode: Izvedena je bila obsežna kvalitativna raziskava v okviru CRP-projekta Navigacijska zdravstvena pismenost in izbor petih kroničnih bolezni/stanj (V3-2327), ki ga sofinancirata Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije (ARIS) in Ministrstvo za zdravje. V raziskavi je sodelovalo 8 strokovnjakov in 8 pacientov z rakom prostate. Izvedena je bila v treh fazah: (1) sistematični pregled spletnih vsebin vladnih in zdravstvenih institucij, (2) polstrukturirani poglobljeni intervjuji z uporabniki zdravstvenega sistema in strokovnjaki, ter (3) validacija predlagane poti pacienta z rakom prostate s strani pacientov in strokovnjakov. Podatki so bili analizirani s tematsko analizo.

Rezultati: Izsledki raziskave so pokazali, da je pot pacienta z rakom prostate v slovenskem zdravstvenem sistemu pogosto nepregledna, slabo usklajena in premalo podprta z informacijami. Sistematični pregled spletnih virov je razkril pomanjkanje celovitih vsebin o epidemiologiji, preventivi, zdravljenju in spremljanju bolezni. Izsledki pridobljeni z intervjuji s pacienti so izpostavili težave pri pridobivanju informacij, dolge čakalne dobe in občutek osamljenosti po zdravljenju, medtem ko so strokovnjaki opozorili na

vrzeli pri komuniciranju in koordinaciji. Validacija pacientove poti je pokazala, da je ključna zgodnja diagnostika, učinkovito sodelovanje strokovnjakov in odpravljanje sistemskih zamud, vendar je treba obravnavo dopolniti z bolj formalizirano psihosocialno podporo. Rezultati potrjujejo potrebo po strukturirani, večkanalni informacijski podpori in razvoju orodij za krepitev navigacijske zdravstvene pismenosti pacientov.

Razprava: Raziskava je osvetlila ključne izzive pacientov z rakom prostate v slovenskem zdravstvenem sistemu, zlasti vrzeli v koordinaciji in informiranju, ki pogosto vodijo v občutek izgubljenosti. Oblikovana pot pacienta se je pokazala kot uporabno orodje za večjo preglednost, usmerjanje in opolnomočenje pacientov in strokovnjakov, saj omogoča boljše razumevanje diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih postopkov ter olajša timsko koordinacijo. Poudarjen je pomen zgodnjega odkrivanja raka prostate, ob uvajanju pilotnega presejalnega programa v Sloveniji, in zagotavljanje celostne, na osebo osredotočene obravnave, ki vključuje tudi psihosocialno podporo in vire v lokalni skupnosti. Vizualni zemljevid pacientove poti krepi navigacijsko zdravstveno pismenost, prispeva k boljši kakovosti življenja in učinkovitejšim izidom zdravljenja. Za njegovo dolgoročno uveljavitev so ključni vključitev v nacionalne smernice, razvoj digitalnih rešitev in sistemska podpora za celostno implementacijo.

Ključne besede: navigacijska zdravstvena pismenost, rak prostate, koordinacija oskrbe, opolnomočenje

POT PACIENTA Z URINSKO INKONTINENCO

dr. Andreja Hrovat Bukovšek

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

andreja.hrovat-bukovsek@fzvce.si



RAZŠIRJENI POVZETEK

Teoretična izhodišča: Urinska inkontinenca predstavlja pomemben klinični in družbeni izziv, saj prizadene širok spekter populacijskih specifičnih skupin; žensk po porodu, starejših odraslih, posameznikov z nevrološkimi obolenji in druge. Heterogena etiologija in različne sočasne bolezni onemogočajo oblikovanje univerzalnih terapevtskih pristopov. Posledice urinske inkontinence presegajo fizične simptome ter vključujejo psihološke in socialne razsežnosti, kot so stigma, izolacija in občutek izgube avtonomije, kar poudarja potrebo po celostni in individualizirani obravnavi. Zdravstveni sistem sicer ponuja raznolike možnosti pomoči, od ginekološko-uroloških ambulant in specializirane fizioterapije do oskrbe na domu, vendar je navigacija skozi razdrobljene storitve za pacienta pogosto zahtevna. Pomanjkanje zdravstvene pismenosti dodatno prispeva k poznemu iskanju pomoči in dolgotrajnemu čakanju na ustrezno obravnavo. Razdrobljenost pristopov vodi tudi do neenakih izidov: posamezniki z večjo socialno in digitalno podporo praviloma lažje dostopajo do sodobnejših diagnostičnih in terapevtskih možnosti, medtem ko ranljivejši pogosto ostajajo pri manj učinkovitih začetnih rešitvah. Namen raziskave je bil oblikovati in analizirati pot odraslega pacienta z urinsko inkontinenco v slovenskem zdravstvenem sistemu, prepoznati pomanjkljivosti ter predlagati izboljšave.

Metode: Raziskava je bila izvedena v okviru CRP-projekta Navigacijska zdravstvena pismenost in izbor petih kroničnih bolezni/stanj (V3-2327), ki ga sofinancirata Javna agencija za znanstveno-raziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije (ARIS) in Ministrstvo za zdravje. Uporabljena je bila kvalitativna raziskovalna metodologija z izvedbo poglobljenih polstrukturiranih intervjujev. V raziskavi je sodelovalo 12 udeležencev, od tega 8 zdravstvenih strokovnjakov na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva in 4 pacienti z osebnimi izkušnjami. Intervjuji so zajeli identifikacijo poti pacienta skozi zdravstveni sistem in oceno ustreznosti poti pacienta z urinsko inkontinenco. Zbrane podatke smo analizirali s tematsko analizo.

Rezultati: Zdravstveni strokovnjaki so opozorili na porast urinske inkontinence, ki predstavlja pomembno breme za zdravstveni sistem, pri čemer so razlike med spoloma povezane s posegi na prostati pri moških in ginekološkimi stanji pri ženskah. Posebej je bila izpostavljena vloga preventive, ki vključuje vadbo mišic mede-

ničnega dna, redno telesno aktivnost, zdrav življenjski slog, pravilne tehnike dvigovanja bremen in ustrezne tehnike uriniranja. Glavne težave pacientov so dostopnost do primarne zdravstvene oskrbe, dolge čakalne dobe pri specialistih, pomanjkljiva preventiva in nepoznavanje sodobnih pripomočkov. Ranljive skupine, zlasti starejši odrasli, se pogosto spopadajo z ovirami pri elektronskem naročanju in težjo navigacijo po zdravstvenem sistemu. Široko razširjena stigma in nepoznavanje dostopnih virov pomoči dodatno otežujeta obravnavo. Intervjuvanci so izpostavili tudi potrebo po boljšem ozaveščanju in večji dostopnosti pomoči za osebe z urinsko inkontinenco. Analiza je pokazala ključne pomanjkljivosti in predloge izboljšav, ki omogočajo vzpostavitev trajnostnega, pacientu prilagojenega modela obravnave urinske inkontinence.

Razprava: Raziskava je pokazala, da pacienti z urinsko inkontinenco pogosto naletijo na dolge čakalne dobe, omejen dostop do fizioterapije in pomanjkljivo informiranost o sodobnih pripomočkih. Celostna, individualno prilagojena obravnava, ki vključuje zgodnje prepoznavanje simptomov, pravočasno napotitev na ustrezne storitve in kontinuirano spremljanje stanja pacienta, lahko izboljša izide zdravljenja in zmanjša neenakosti med pacienti. Vzpostavitev integrirane poti po zdravstvenem sistemu je ključna za zmanjševanje razlik med posamezniki in racionalno rabo zdravstvenih virov. Pot, ki je prilagodljiva in vključuje povratne informacije pacientov, omogoča učinkovitejšo koordinacijo storitev ter boljši dostop ranljivih skupin do obravnave.

Zaključek: Izboljšanje zdravstvene pismenosti ter ozaveščanje o sodobnih pripomočkih, preventivnih ukrepih in podpornih storitvah pacientom omogočata boljše obvladovanje težav ter samostojno navigacijo po kompleksnem zdravstvenem sistemu. Celostni, na pacienta osredotočen pristop, ki povezuje zgodnje prepoznavanje simptomov, pravočasno intervencijo, zdrav življenjski slog in kontinuirano spremljanje ter integrirana pot, sta ključna za učinkovito obravnavo urinske inkontinence. Takšen pristop prispeva k učinkovitejši obravnavi urinske inkontinence in k izboljšanju kakovosti življenja pacientov, hkrati pa zmanjšuje neenakosti v dostopu do storitev.

Ključne besede: navigacijska zdravstvena pismenost, urinska inkontinenca, integrirana pot, preventiva, zdrav življenjski slog.

POT PACIENTA Z DEMENCO

dr. Vesna Čuk

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

cukawa.vesna@gmail.com



Uvod: Podaljševanje življenjske dobe in dolgoživost prebivalstva prispevata k naraščajoči prevalenci demence, ki predstavlja enega ključnih zdravstvenih, socialnih in družbenih izzivov na področju duševnega zdravja. Demenca je klinični sindrom, ki zajema kognitivne, vedenjske in funkcionalne motnje, kar otežuje izvajanje vsakodnevnih aktivnosti ter zmanjšuje kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev. Ključnega pomena so zgodnje odkrivanje, pravočasna diagnostika, ustrezno zdravljenje ter multidisciplinarna in integrirana oskrba v vseh fazah bolezni. Informiranje, ozaveščanje, zmanjševanje stigme in krepitev zdravstvene pismenosti zahtevajo dobro poznavanje poti pacienta z demenco, ki vključuje primarno raven (zgodnje odkrivanje in preventivno ukrepanje), sekundarno raven (specialistična obravnava in dolgoročno obvladovanje) ter terciarno raven (institucionalno varstvo in skupnostni programi podpore) zdravstvenega varstva. Namen raziskave je bil oblikovati in evalvirati pot pacienta z demenco v slovenskem zdravstvenem sistemu ter prepoznati pomanjkljivosti in priložnosti za izboljšave integrirane obravnave ob vključevanju socialnovarstvenih služb in nevladnih organizacij.

Metode: Raziskava je bila izvedena v okviru CRP-projekta Navigacijska zdravstvena pismenost in izbor petih kroničnih bolezni/stanj (V3-2327), ki ga sofinancirata ARIS in Ministrstvo za zdravje. Uporabljena je bila kvalitativna metodologija s polstrukturiranimi intervjuji. Podatki so bili analizirani s tematsko analizo, izpostavljeni so bili ključni vzorci in tematske kategorije, ki so oblikovale končni predlog poti pacienta z demenco.

Rezultati: Na podlagi izsledkov pridobljenih z intervjuji z deležniki – zdravstvenimi delavci na vseh ravneh, svojci pacientov in predstavniki nevladnih organizacij – je bila oblikovana celostna pot pacienta z demenco. Intervjuvanci so ocenili ustreznost predloga, izpostavili težave pri dostopu, komunikaciji in koordinaciji ter predlagali izboljšave. Posebej so poudarili potrebo po zgodnejši prepoznavi bolezni na primarni ravni zdravstvenega varstva, dvi-

gu zdravstvene pismenosti, destigmatizaciji ter večji podpori pacientov in svojcev tako v domačem kot v institucionalnem okolju. Predlagali so tudi krepitev organizacije dela, izboljšanje pretoka informacij in večjo vključenost različnih strok in služb.

Diskusija: Ugotovitve potrjujejo, da slovenski zdravstveni sistem temelji na celostnem in multidisciplinarnem pristopu, vendar so prisotne pomembne ovire pri dostopnosti, koordinaciji in informiranosti. Svojci pogosto poročajo o pomanjkanju jasnih informacij, kar otežuje njihovo aktivno vključevanje v obravnavo. Ključni izzivi ostajajo zgodnje prepoznavanje simptomov, izboljšanje komunikacije med ravnmi zdravstvenega in socialnega varstva ter sistemska podpora družine in skupnosti. Nadaljnje raziskave, tudi s kvantitativnimi metodami, bi omogočile oceno razširjenosti težav in oblikovanje ukrepov za krepitev zdravstvene pismenosti ter optimizacijo poti pacienta z demenco.

Zaključek: Raziskava prinaša celovit pregled poti pacienta z demenco v slovenskem zdravstvenem sistemu in prepoznava ključne pomanjkljivosti. Za izboljšanje kakovosti oskrbe oseb z demenco so potrebne aktivnosti za zmanjševanje stigme, izboljšanje informiranosti pacientov in svojcev, krepitev diagnostike in pravočasne obravnave ter boljša koordinacija med zdravstvenim, socialnovarstvenim in nevladnim sektorjem. Integrirana, dolgotrajna in individualizirana obravnava, ki temelji na zdravstveni pismenosti in proaktivnem vključevanju vseh deležnikov, je nujna za doseganje boljših izidov oskrbe oseb z demenco.

Ključne besede: zdravstvena pismenost, demenca, dolgotrajna obravnava, integrirana oskrba, multidisciplinarni pristop



II. sklop

**Od študenta do
strokovnjaka:
učenje, refleksija in
povezanost generacij**

KREPITEV ZDRAVJA SKOZI IZOBRAŽEVANJE: VKLJUČENOST ŠTUDENTOV V PROMOCIJO ZDRAVJA V LOKALNI SKUPNOSTI

Mateja Rozman, dipl. m. s. s spec. znanji

Zdravstveni dom Celje

mateja.rozman@zd-celje.si

Andreja Ljubič, mag. zdr. neg.

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Študenti Fakultete za zdravstvene vede v Celju imajo ključno vlogo pri oblikovanju in izvedbi promocijskih aktivnosti za krepitev zdravja v lokalni skupnosti. Njihovo samostojno delo, podprto z usmerjanjem fakultete in Centra za krepitev zdravja Celje, prispeva k dvigu zdravstvene pismenosti in izboljšanju preventivnih ukrepov med prebivalci. Namen prispevka je prikazati načine vključevanja študentov v preventivne aktivnosti na področju promocije zdravja in vpliv njihovega dela na lokalno skupnost ter njihovo strokovno rast.

Metode: V okviru kliničnega usposabljanja študenti samostojno načrtujejo, organizirajo in izvajajo različne preventivne programe, ki vključujejo delavnice, izobraževalne dogodke in individualna svetovanja o zdravem življenjskem slogu. Pri tem se osredotočajo na različne ciljne skupine, kot so otroci, mladostniki, starejši odrasli in osebe s kroničnimi boleznimi.

Rezultati: Aktivna prisotnost študentov v lokalni skupnosti omogoča neposredno povezovanje akademskega znanja s prakso, kar krepi njihovo strokovno kompetenco in samozavest pri delu na terenu. Fakulteta za zdravstvene vede v Celju in Center za krepitev zdravja Celje zagotavljata študentom strokovno podporo, smernice in dostop do virov, ki jim omogočajo kakovostno izvedbo promocijskih aktivnosti.

Razprava: Študenti, ob mentorskem vodenju, pridobijo dodatna znanja in veščine, ki jih kasneje uporabijo v samostojnih projektih. To sodelovanje krepi sinergijo med akademskim okoljem in lokalno skupnostjo, hkrati pa prispeva k večji ozaveščenosti prebivalstva o pomembnosti preventive. Z aktivnim sodelovanjem v lokalnem okolju študenti ne le da pridobijo dragocene praktične izkušnje, ampak tudi prispevajo k izboljšanju javnega zdravja. Njihova energija, inovativni pristopi in predanost delu so ključni za uspeh promocijskih aktivnosti, ki dolgoročno vplivajo na zdravje in kakovost življenja skupnosti. Ob tem pa tudi sami razvijajo zdrav življenjski slog, skrbijo za svoje fizično in duševno počutje ter s svojim zgledom spodbujajo vrstnike in širšo skupnost k odgovornemu odnosu do zdravja. Aktivna vloga v preventivnih programih

jim tako ne koristi le kot strokovna izkušnja, ampak jih tudi oblikuje kot prihodnje zdravstvene strokovnjake z globokim razumevanjem pomena zdravja v vsakdanjem življenju.

Ključne besede: študenti, preventiva, lokalna skupnost, promocija zdravja, samostojno delo.

ABSTRACT

Theoretical Background: Students of the Faculty of Health Sciences in Celje play a key role in designing and implementing health promotion activities in the local community. Their independent work, supported by the faculty and the Health Promotion Centre Celje, contributes to raising health literacy and improving preventive measures among the population. The aim of this paper is to present ways of involving students in preventive health promotional activities and highlight the impact of their work on the local community as well as their professional development.

Methods: As a part of clinical training, students independently plan, organize, and implement various preventive programs, including workshops, educational events, and individual counselling on healthy lifestyles. They focus on different target groups, such as children, adolescents, older adults, and people with chronic diseases.

Results: Active student involvement in the community enables direct integration of academic knowledge into practice, strengthening their professional competence and self-confidence in fieldwork. Faculty of Health Sciences in Celje and Health Promotion Centre Celje provide professional support, guidelines, and access to resources, which ensure high-quality implementation of health promotion activities.

Discussion: Through mentoring, students gain additional knowledge and skills, which they later apply in independent projects. This cooperation strengthens the synergy between the academic environment and the community while raising public awa-

reness of the importance of prevention. By actively participating in the local environment, students not only acquire valuable practical experience but also contribute to improving public health. Their energy, innovative approaches, and dedication are essential for the success of health promotion activities, which have a long-term impact on the health and quality of life of the community. At the same time, they develop healthy lifestyles themselves, take care of their physical and mental well-being, and serve as role models encouraging peers and the wider community to adopt a responsible attitude towards health. Thus, active participation in preventive programs benefits them not only as professional experience but also shapes them into future healthcare professionals with a profound understanding of the importance of health in everyday life.

Keywords: students, prevention, local community, health promotion, independent work

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Promocija zdravja v lokalni skupnosti je ključni dejavnik za izboljšanje kakovosti življenja prebivalcev, zmanjšanje pojavnosti kroničnih bolezni in krepitev splošne blaginje družbe. Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje promocijo zdravja kot proces, ki ljudem omogoča večji nadzor nad lastnim zdravjem in njegovo izboljšanje ter izboljšanje življenjskih pogojev, temelji pa na spremembah vedenja, aktiviranju skupnosti in sodelovanju različnih političnih sektorjev (WHO, 2022). Gre za celostni javnozdravstveni pristop, usmerjen v odpravo socialnih determinant zdravja in krepitev zavedanja, opolnomočenje posameznikov in trajnostne spremembe v korist zdravja vseh prebivalcev v okolju kjer ti živijo (Nutbeam & Muscat, 2021). Lokalna skupnost predstavlja idealno okolje za izvajanje promocijskih aktivnosti, saj omogoča neposreden stik z različnimi ciljnim skupinami in prilagoditev ukrepov njihovim specifičnim potrebam. Zdravstvene intervencije, ki se izvajajo na lokalni ravni, imajo pogosto večji vpliv, ker so kulturno in socialno bližje prebivalcem ter temeljijo na neposrednih interakcijah in zaupanju (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

V tem kontekstu imajo visokošolski zavodi pomembno vlogo pri spodbujanju zdravstvene pismenosti in usposabljanju bodočih zdravstvenih delavcev za delo na področju preventive in promocije zdravja. Sørensen et al. (2012) opredeljujejo zdravstveno pismenost kot ključno veščino za pridobivanje, razumevanje, vrednotenje in uporabo zdravstvenih informacij, s katero ljudje omogočajo informirano odločanje v vsakdanjem življenju glede zdravstvene oskrbe, preprečevanja bolezni in promocije zdravja, ter s tem ohranjajo in izboljšujejo kakovost življenja skozi vse življenje. Poudarjajo, da zdravstvena pismenost ni le osebna zmožnost, temveč je odvisna tudi od okolja, družbenega konteksta in institucij, ki posameznika podpirajo ali omejujejo pri dostopu do informacij in njihovem razumevanju.

Visokošolske institucije z vključevanjem vsebin s področja promocije zdravja v učne načrte spodbujajo študente k razvijanju teh kompetenc, hkrati pa študente vključujejo v praktične projekte v

lokalnih skupnostih. To ne le da krepi njihove strokovne zmožnosti, temveč tudi omogoča neposreden prenos znanja iz akademskega okolja v prakso (Ferreira et al., 2022). Izobraževanje zdravstvenih delavcev ima neposredno povezavo z izboljšanjem javnega zdravja. Študenti zdravstvenih ved, ki pridobijo izkušnje z delom na terenu, razvijejo globlje razumevanje socialnih in vedenjskih determinant zdravja in pomena preventivnih ukrepov (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Ferreira et al. (2022) poudarjajo, da praktične izkušnje pridobljene v lokalni skupnosti povečujejo samozavest študentov in jih bolje pripravijo na samostojno delo v kliničnem in javnozdravstvenem okolju. Tako postanejo proaktivni akterji v prizadevanjih za izboljšanje zdravja prebivalstva, saj ob teoretičnem znanju pridobijo sposobnost sodelovanja z različnimi skupinami in učinkovitega komuniciranja zdravstvenih vsebin.

Povezava med izobraževanjem in javnim zdravjem je še posebej pomembna v času, ko se družba sooča z naraščajočim bremenom kroničnih bolezni in staranjem prebivalstva. Priprava bodočih zdravstvenih strokovnjakov na vlogo promotorjev zdravja v lokalnih skupnostih je ključna za razvoj trajnostnih strategij preventive in krepitve zdravja (Modena et al., 2025). Kot navajata Coşkun in Bebiş (2019), je vključevanje študentov v projekte promocije zdravja učinkovita metoda za dvig zdravstvene pismenosti prebivalcev ter za oblikovanje kompetentnega in družbeno odgovornega zdravstvenega kadra. S tem se oblikuje model, v katerem visokošolski zavodi delujejo kot povezovalci med akademskim znanjem in praktičnimi potrebami skupnosti, kar ustvarja sinergijo za krepitev zdravja in dolgoročno izboljšuje javno zdravje.

Namen prispevka je prikazati načine vključevanja študentov v preventivne aktivnosti na področju promocije zdravja in vpliv njihovega dela na lokalno skupnost ter njihovo strokovno rast.

2 METODE DELA

Pedagoški proces na področju promocije zdravja

Na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju je predmet Promocija zdravja in načela poučevanja eden pomembnih stebrov študijskega programa, saj študentom omogoča razumevanje preventivnih ukrepov za izboljšanje zdravja posameznikov in širše skupnosti. Predmet povezuje teoretična znanja o načelih zdravja, vedenjskih spremembah, epidemioloških trendih in učinkovitih metodah komunikacije z različnimi ciljnim skupinami s praktičnimi izkušnjami v centru za krepitev zdravja, kjer študenti znanje uporabljajo v realnem okolju. Pedagoški proces vključuje načrtovanje, izvajanje in refleksijo zdravstvenovzgojnih vsebin, kar omogoča študentom razvoj ključnih kompetenc za delo na področju promocije zdravja. Klinično usposabljanje jim omogoča stik z različnimi populacijami, razvijanje komunikacijskih, organizacijskih in strokovnih veščin ter poglobljeno razumevanje pomena preventive.

Celostni pristop k promociji zdravja v centrih za krepitev zdravja

Promocija zdravja v centrih za krepitev zdravja temelji na interdisciplinarnem pristopu, ki združuje strokovno znanje diplomiranih

medicinskih sester, fizioterapevtov, psihologov, dietetikov in kineziologov ter se opira na sodobne pedagoške in zdravstvenovzgojne paradigme ter sledi nacionalnim smernicam Nacionalnega inštituta za javno zdravje in priporočilom Svetovne zdravstvene organizacije. Temeljni okvir metod dela vključuje nemedikamentozne obravnave, ki temeljijo na individualnem svetovanju in skupinskem delu. Te so zasnovane na andragoškem modelu poučevanja in usmerjene v opolnomočenje posameznika prek pogovora, izkusnega učenja in podpore pri spreminjanju vedenjskih vzorcev. V centrih za krepitev zdravja strokovni delavci nastopajo kot pedagoški mentorji, ki s pomočjo reflektivnih tehnik, izkusnega učenja in participativnih pristopov spodbujajo notranjo motivacijo udeležencev. Vsebine se prilagajajo specifičnim potrebam posameznika in lokalne skupnosti z uporabo znanstveno podprtih modulov s področja prehrane, telesne dejavnosti, duševnega zdravja in obvladovanja kroničnih bolezni ter vključujejo širše družbene determinante zdravja. Pomemben vidik predstavlja povezovanje z lokalnimi deležniki, kot so šole, vrtci, delovne organizacije in nevladne organizacije, kar omogoča širši doseg promocije zdravja in krepitev zdravstvene pismenosti v skupnosti. Tak pristop zagotavlja strokovno utemeljeno, trajnostno in celostno krepitev zdravja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Sodelovanje med Fakulteto za zdravstvene vede v Celju in Centrom za krepitev zdravja Celje

Sodelovanje med Fakulteto za zdravstvene vede v Celju in Centrom za krepitev zdravja Celje temelji na partnerskem pristopu, ki povezuje akademsko okolje s prakso v lokalni skupnosti. Center za krepitev zdravja Celje nudi strokovno podporo pri izvedbi promocijskih aktivnosti, Fakulteta za zdravstvene vede v Celju pa zagotavlja teoretično podlago, mentorsko spremljanje in koordinacijo sodelovanja. Študenti se vključujejo v procese promocije zdravja kot aktivni udeleženci in izvajalci, pri čemer pridobivajo praktične izkušnje z individualnim svetovanjem, skupinskim delom in povezovanjem z lokalnim okoljem. Sodelovanje, ki poteka v obliki mentorskega vodenja, strukturiranih programov in soustvarjanja vsebin, omogoča prenos znanja med generacijami strokovnjakov, krepi zdravstveno pismenost skupnosti ter spodbuja razvoj študentov v smeri strokovne samostojnosti in pripravljenosti na izzive sodobnega javnega zdravja.

Organizacija praktičnega usposabljanja: načrtovanje, izvedba in evalvacija promocijskih aktivnosti

Praktično usposabljanje poteka v več fazah:

Načrtovanje: Visokošolski učitelji skupaj s študenti in strokovnjaki iz Centra za krepitev zdravja Celje na podlagi analiz zdravstvenih potreb lokalne skupnosti, ki temeljijo na epidemioloških podatkih, smernicah Centra za krepitev zdravja Celje in rezultatih predhodnih intervencij, pripravijo načrt promocijskih aktivnosti z jasno določenimi cilji in ciljnim skupinami.

Izvedba: Aktivnosti potekajo v različnih okoljih in vključujejo interaktivne pristope, prilagojene ciljni populaciji. Študenti izvajajo tematske delavnice o zdravem življenjskem slogu (o prehrani, telesni dejavnosti, duševnem zdravju) z demonstracijami in praktičnimi vajami, osebne pogovore z udeleženci o njihovih zdravstvenih na-

vadah in možnostih za spremembe, javne predstavitve z udeležbo na lokalnih dogodkih (npr. na dnevih zdravja), kjer študenti širijo informacije o preventivi in nudijo osnovna presegalna merjenja (krvnega tlaka, glukoze v krvi, indeksa telesne mase). Prav tako izvajajo obiske na šolah, v domovih starejših in drugih ustanovah, kjer se neposredno povezujejo z različnimi skupinami prebivalcev.

Evalvacija: Evalvacija aktivnosti, ki jih študenti izvajajo v CKZ, poteka kot zaključni del njihovega praktičnega usposabljanja. Po izvedbi programov študenti zbirajo povratne informacije s pomočjo vprašalnikov, pogovorov z udeleženci in refleksije z mentorji in lastnih razmislekov, kar jim omogoča poglobljen vpogled v učinke svojega dela. S tem ne le preverjajo dosežene cilje, temveč tudi razvijajo sposobnost kritičnega vrednotenja lastne izvedbe. Evalvacija tako služi kot orodje za izboljšanje prihodnjih projektov, saj študenti na podlagi zbranih podatkov skupaj z mentorji oblikujejo predloge za nadgradnjo vsebin, pristopov in komunikacije z uporabniki. Ta proces utrjuje njihovo strokovno rast in prispeva k večji kakovosti zdravstvenovzgojnega dela v skupnosti.

Mentorsko vodenje, dostop do virov in strokovnih smernic

Mentorji imajo ključno vlogo pri načrtovanju promocijskih aktivnosti, saj s svojim strokovnim znanjem zagotavljajo, da so načrti usklajeni z nacionalnimi in mednarodnimi priporočili, kot so smernice Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Svetovne zdravstvene organizacije. Poleg tega študentom omogočajo dostop do ustreznih gradiv, učnih pripomočkov in raziskovalnih virov, kar jim omogoča kakovostno pripravo vsebin in pristopov za delo v lokalni skupnosti. Pomemben del njihove vloge predstavlja tudi spodbujanje reflektivnega učenja.

3 REZULTATI

Rezultati sodelovanja med Fakulteto za zdravstvene vede v Celju, Centrom za krepitev zdravja Celje in lokalno skupnostjo se odražajo v izvedbi ciljno usmerjenih zdravstvenovzgojnih aktivnosti, ki predstavljajo učinkovite primere dobre prakse.

V osnovni šoli je bila izvedena promocijska aktivnost za ozaveščanje mladih o tveganem vedenju, s poudarkom na škodljivosti kajenja. Študenti so pripravili strokovno predavanje z multimedijско podporo (izobraževalni film) in slikovnim materialom (slika 1) ter interaktivno delavnico, kjer so učenci razpravljali o vplivu kajenja



Slika 1. Dan brez cigarete (vir: arhiv Fakultete za zdravstvene vede v Celju)

ter razvijali veščine prepoznavanja pritiska vrstnikov in sprejemanja zdravih odločitev. Aktivnost je mladim omogočila varno okolje za učenje in izmenjavo stališč ter prispevala k oblikovanju zdravih življenjskih vzorcev.

Ob svetovnem dnevu hipertenzije (slika 2) so študenti v prostorih zdravstvenega doma organizirali akcijo ozaveščanja mimosoidnih o pomenu zdravega življenjskega sloga in nevarnostih povišanega krvnega tlaka. Pripravili so izobraževalne letake, izvajali svetovanja in omogočili brezplačne meritve krvnega tlaka. Aktivnost je potekala v duhu povezovanja zdravstvene stroke z lokalno skupnostjo in okrepila dostopnost preventivnih storitev ter omogočila študentom, da pridobljeno znanje prenesejo v prakso, hkrati pa okrepijo zavest prebivalcev o pomenu skrbi za lastno zdravje.



Slika 2. Svetovni dan hipertenzije (vir: arhiv Fakultete za zdravstvene vede v Celju)

V okviru meseca športa so se študenti vključili v program družinske obravnave za zdrav življenjski slog, usmerjen v spodbujanje telesne dejavnosti otrok in staršev. Pripravili so delavnico z vajami za krepitev osnovnih motoričnih sposobnosti in prikazovali pravilne gibalne vzorce (slika 3). Skupna vadba otrok in staršev je potekala v spodbudnem okolju, ki je krepilo zavedanje o pomenu rednega gibanja za telesno in duševno dobro počutje. Študenti so s svojo energijo in strokovnim znanjem prispevali k dvigu telesne pismenosti udeležencev ter okrepili povezovanje med generacijami pri skrbi za zdrav življenjski slog.



Slika 3. Družinska obravnava za zdrav življenjski slog (vir: arhiv Centra za krepitev zdravja Celje)

Študenti so v Srednji zdravstveni in kozmetični šoli Celje izvedli promocijsko aktivnost v okviru nacionalne kampanje »40 dni brez alkohola«. Namen aktivnosti je bil ozaveščanje mladih o vplivu alkohola na zdravje, vedenje in družbeno okolje. Za ponazoritev vpliva alkohola na zaznavanje in koordinacijo so študenti uporabili simulacijska očala, ki so omogočila izkustveno učenje in aktivno sodelovanje dijakov. Dijaki so preko praktične izkušnje spoznali, kako že manjše količine alkohola vplivajo na ravnotežje in presojo. Aktivnost je bila dodatno popestrjena s pripravo brezalkoholnih koktajlov, s katerimi so dijakom prikazali privlačne in zdrave alternative alkoholnim pijačam (slika 4).



Slika 4. Nacionalna kampanja »40 dni brez alkohola« (vir: arhiv Fakultete za zdravstvene vede v Celju)

4 RAZPRAVA

Medicinske sestre in javnozdravstveni strokovnjaki imajo ključno vlogo pri izvajanju promocije zdravja v skupnosti, saj z ukrepi za preprečevanje bolezni in obvladovanje zdravstvenih tveganj ter odpravljanju razlik, prispevajo k zmanjšanju bremena bolezni ter h krepitvi zdravja populacije (DeMarco & Healey-Walsh, 2023). Kot navajata Nutbeam in Muscat (2021), promocija zdravja zahteva celostni javnozdravstveni pristop, ki presega formalne zdravstvene ustanove in vključuje sodelovanje skupnosti ter lokalnih deležnikov. Sinergija med akademskim okoljem in lokalno skupnostjo predstavlja temelj učinkovite promocije zdravja, saj omogoča povezovanje teoretičnega znanja z realnimi potrebami prebivalcev. Povezovanje visokošolskih institucij z lokalnimi zdravstvenimi organizacijami, kot sta Fakulteta za zdravstvene vede v Celju in Center za krepitev zdravja Celje, ustvarja platformo za prenos znanja in implementacijo praktičnih rešitev, prilagojenih specifičnim potrebam prebivalcev. Takšno sodelovanje omogoča boljše dostopnost preventivnih programov ter krepitev zaupanja med prebivalci in zdravstvenimi delavci, kar je ključnega pomena za uspešnost javnozdravstvenih intervencij (Silberger & Martinez-Bianchi, 2019). Mentorstvo omogoča študentom razvoj veščin v realnem okolju in hkrati spodbuja povezovanje akademske institucije z lokalnimi skupnostmi (Zamiri & Esmaeili, 2024). Z rednimi srečanji in diskusijami o izvedenih aktivnostih mentorji ustvarjajo prostor za refleksijo, izmenjavo izkušenj in reševanje izzivov. Na ta način ne le da usmerjajo študente pri načrtovanju in izvedbi promocijskih aktivnosti, temveč hkrati prispevajo k razvoju njihovih strokovnih veščin, kritičnega mišljenja ter samozavedi pri delu na področju javnega zdravja.

Jennings in Bamkole (2019) ugotavljata, da ima vključevanje študentov zdravstvenih ved v preventivne programe dvojni učinek: izboljšuje javno zdravje in hkrati oblikuje profesionalno identiteto prihodnjih zdravstvenih strokovnjakov. Praktično delo v skupnosti študentom omogoča neposreden stik s socialnimi in vedenjskimi determinantami zdravja, kar jim daje globlje razumevanje kompleksnosti javnozdravstvenih izzivov. Falcón et al. (2019) poudarjajo, da tovrstne izkušnje študente ne le pripravijo na klinično delo, temveč jih usposobijo tudi za vodenje preventivnih intervencij v skupnosti. Študenti z vključevanjem v promocijske aktivnosti pridobijo samozavest, razvijejo veščine komuniciranja z različnimi populacijami ter povečajo zmožnost samostojnega načrtovanja in izvajanja preventivnih ukrepov (Mendez Kiik et al., 2022).

Poleg strokovnih kompetenc se pri študentih razvijajo tudi zdrave življenjske navade in občutek družbene odgovornosti. Kot ugotavlja Smith (2021), vključevanje študentov v projekte promocije zdravja spodbuja oblikovanje zdravstveno pismenega kadra, ki s svojim zgledom vpliva na okolico, izboljšuje razumevanje zdravstvenih informacij ter krepi kulturo preventive v skupnosti. Aktivno sodelovanje v lokalnih skupnostih prispeva k njihovem osebnemu razvoju, saj se naučijo kritičnega mišljenja, timskega dela in etičnega odločanja, kar so temeljne kompetence za odgovorno delo v zdravstvenem sektorju (Alanazi, et al., 2024).

5 ZAKLJUČEK

Sinergija med akademskim okoljem in skupnostjo je torej ključnega pomena za dvig zdravstvene pismenosti prebivalcev in za razvoj kompetentnih zdravstvenih strokovnjakov. Programi, kot jih izvajata Fakulteta za zdravstvene vede v Celju in Center za krepitev zdravja Celje, predstavljajo primer dobre prakse, saj omogočajo študentom, da v realnem okolju preizkusijo svoje znanje, hkrati pa lokalnim prebivalcem nudijo dostop do kakovostnih preventivnih storitev. S tem se ustvarja dvosmerna korist: skupnost pridobi na zdravstveni podpori, študenti pa na praktičnih izkušnjah, ki jih oblikujejo v proaktivne, odgovorne in kompetentne strokovnjake, pripravljene na izzive sodobnega javnega zdravja. Tak pristop potrjuje trditev, da je dolgoročno vlaganje v povezovanje izobraževalnih institucij in lokalnega okolja ključno za oblikovanje trajnostnih strategij preventive, krepitev zdravja in razvoj družbeno odgovornih zdravstvenih kadrov, ki bodo kos naraščajočim potrebam prebivalstva v prihodnosti.

LITERATURA

1. Alanazi, A. H., Hayaf Alenizi, A., Ghazwani, F.S., Sharahali, M. N., Alyousif, A. A., Alsawad, M. E., Mutairi, B. H. A., Aldossary, S. K., Almutari, A. A. D., Almutiri, A. O. J., Aljohani, A. S. H., Alraseed, S. R. A., Alghamdi, J. A. & Atiya Al-Ghamdi, S. A. S. (2024). The Role of Nursing and Public Health in Promoting Community Wellness and Comprehensive Prevention. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research; Orlando* Vol. 7, Iss. S9, 2862-2869. DOI:10.63278/jicrcr.vi.2059
2. Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
3. Coşkun, S. & Bebiş, H. (2019). Effects of health promotion courses on development of healthy lifestyle behaviours and e-health literacy in nursing. *Gulhane Medical Journal* 61(2), 52 DOI:10.26657/gulhane.00054
4. DeMarco, R., & Healey-Walsh, J. (2023). *Community and public health nursing: evidence for practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
5. Falcón, G. C. S., Alvarez, S. D. T., Caso, L. E. C., Arias, G. F. G., Contreras, M. V. I. & Erdman, A. L. (2019). Learning experiences in community health of nursing students. *Rev Bras Enferm*, 72(4), 841-847. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0410
6. Ferreira, R., Baixinho, C. L., Ferreira, Ó. R., Nunes, A. C., Mestre, T., & Sousa, L. (2022). Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly: The Perspective of Nursing Students. *Journal of Personalized Medicine*, 12(2), 306. <https://doi.org/10.3390/jpm12020306>
7. Jennings, V., & Bamkole, O. (2019). The Relationship between Social Cohesion and Urban Green Space: An Avenue for Health Promotion. *Int J Environ Res Public Health*, 16(3), 452. DOI: 10.3390/ijerph16030452
8. Mendez Kiik, M., Nuwa, M. S., Betan, Y., & Riti, I. F. (2022). Improving nursing student self-confidence and competence through integrated public health care training. *Kontakt / Journal of nursing and social sciences related to health and illness*, 24(1). DOI:10.32725/kont.2022.003
9. Modena, G., Mazzoleni, B., Sponton, A., Diamanti, O., Artioli, G., Monti, G., Negri, V., & Dellafiore, F. (2025). Nursing Students' Perceptions of Barriers, Facilitators and Solutions in Their Role as Health Promoters: Findings from a Qualitative Study. *Nurs Rep*, 15(7), 232. DOI: 10.3390/nursrep15070232.

10. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *A Framework for Educating Health Professionals to Address the Social Determinants Of Health*. Washinton, DC: The National Academies Press. DOI: 10.17226/21923
11. Nutbeam, D., & Muscat, D.M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promot Int*, 36(6), 1578-1598. DOI: 10.1093/heapro/daaa157.
12. Silberger, M. & Martinez-Bianchi, V. (2019). Community and Stakeholder Engagement. *Primary Care Clinics in Office Practice*, 46(4). DOI:10.1016/j.pop.2019.07.014
13. Smith, G.D. (2021). Health literacy: A nursing perspective. *Revista de Enfermagem Referência V Série*, (8). DOI:10.12707/RV21ED8
14. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80
15. World Health Organization. (2022). WHA Decision A76(22), Achieving well-being: a global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/healthpromotion/framework4wellbeing_16dec22.pdf
16. Zamiri, M., & Esmaeili, A. (2024). Strategies, Methods, and Supports for Developing Skills within Learning Communities: A Systematic Review of the Literature. *Administrative Sciences*, 14(9), 231. <https://doi.org/10.3390/admsci14090231>

FORMATIVNO SPREMLJANJE V PODPORU UČENJU V KLINIČNEM OKOLJU

Mateja Božič, dipl. m. s.

Srednja zdravstvena in kozmetična šola Celje

mateja.bozic@szksc.si



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Prispevek obravnava formativno spremljanje, ki poudarja pomen aktivne vloge učečega pri izgradnji kakovostnega in trajnega znanja, kot didaktični pristop pri izobraževanju dijakov zdravstvene nege v kliničnem okolju.

Metode: V prispevku so predstavljene praktične izkušnje z vključevanjem formativnega spremljanja pri dijakih četrtega letnika programa Zdravstvena nega pri praktičnem pouku na travmatološkem oddelku. Za samovrednotenje je bil pri pouku uporabljen strukturiran obrazec – tabela za samovrednotenje – razvita na osnovi modelov Zavoda Republike Slovenije za šolstvo (Holcar Brunauer, 2017; Brodnik, 2023). Povratne informacije dijakov so bile zbrane s pomočjo reflektivnega vprašalnika 3-2-1. Uporabljena je bila kvalitativna vsebinska analiza.

Rezultati: Dijaki so pozitivno sprejeli vključevanje samoocene. Samoocena je omogočila realnejšo presojo o izvajanju intervencij zdravstvene nege in večjo odgovornost. Povratne informacije so se pokazale kot ključen element učnega procesa, še posebej pisne, saj omogočajo poglobljeno refleksijo. Dijaki so poudarili koristi reflektivnega orodja 3-2-1, s katerim so izpostavili področja uspešnosti, izzive in cilje za izboljšave.

Razprava: Formativno spremljanje se je izkazalo kot učinkovita pedagoška praksa v kliničnem okolju. Samovrednotenje s poudarkom na skrbi za pacienta je prispevalo k razmišljanju o lastni zavzetosti dijakov in prepoznavanju področij (učnih ciljev), kjer je potrebna dodatna rast in angažiranost. Povratne informacije dijakov kažejo, da si želijo še več priložnosti za učenje, jasnejše usmeritve učitelja pri zahtevnejših nalogah in več prostora za izražanje lastnih izkušenj in vprašanj.

Ključne besede: formativno spremljanje, samovrednotenje, vrstniško vrednotenje, praktični pouk v kliničnem okolju

ABSTRACT

Theoretical Background: This paper discusses formative assessment as a didactic approach in nursing education within clinical settings, emphasizing the importance of the learner's active role in building high-quality and lasting knowledge.

Methods: The paper presents practical experiences with the integration of formative assessment among fourth-year nursing students during clinical practice on a traumatology ward. A structured self-assessment form – a self-evaluation table – was used, developed based on models from the National Education Institute of Slovenia (Holcar Brunauer, 2017; Brodnik, 2023). Student feedback was collected using a reflective 3-2-1 questionnaire. A qualitative content analysis was applied.

Results: Students responded positively to the inclusion of self-assessment. It enabled a more realistic evaluation of nursing interventions and fostered greater responsibility. Feedback emerged as a key element of the learning process, especially written feedback, which allowed for deeper reflection. Students highlighted the benefits of the 3-2-1 reflective tool, which helped them identify areas of success, challenges, and goals for improvement.

Discussion: Formative assessment proved to be an effective pedagogical practice in the clinical environment. Self-assessment, with a focus on patient care, encouraged students to reflect on their own engagement and identify learning objectives requiring further development and commitment. Student feedback indicates a desire for more learning opportunities, clearer guidance from teachers on complex tasks, and more space to express personal experiences and questions.

Keywords: self-assessment, peer assessment, clinical practice

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Formativno spremljanje v zadnjih letih vzbuja veliko zanimanje. Pri tem imata največ zaslug Britanica Paul Black in Dylan Wiliam, ki sta svoje ideje, podprte z raziskavami objavila v številnih knjigah in člankih. Poudarjata pomen aktivne vloge učenca pri izgradnji kakovostnega in trajnega znanja. Pri tem učitelj učenca podpira, tako da nenehno ugotavlja, kako ta napreduje, in prilagaja pouk glede na povratne informacije, ki jih pridobi od učenca. Zelo pomembno je, da si učitelj in učenci izmenjujejo povratne informacije, da premagujejo vrzeli v učenju in izboljšujejo dosežke. Pri tovrstnem pouku ima učenec veliko možnosti za izražanje individualnosti in svojih posebnosti. Formativno spremljanje nima enoznačne definicije, vendar pa večina strokovnjakov izpostavlja, da gre za proces stalnega spremljanja napredovanja pri učenju oziroma preverjanja doseganja ciljev po zastavljenih kriterijih uspešnosti (Holcar Brunauer et al., 2017).

Vse več naprednih šolskih sistemov v Evropi in po svetu v vsakodnevni šolski praksi udejanja načela formativnega spremljanja. Raziskave dokazujejo, da to prispeva k dobri kakovosti učenja, poučevanja in učnih dosežkov vseh učencev (Holcar Brunauer, 2019).

Formativno spremljanje ima pozitiven učinek na učenje takrat, ko učitelj kakovostne povratne informacije poda učencem in ko ti vrednotijo svoje delo ter delo drug drugega. Pri tem je ključno, da učitelj nenehno prilagaja poučevanje spoznanjem, ki jih pridobiva v učnem procesu, in je pozoren na potrebe slehernega učenca (Black idr., 2002 v Holcar Brunauer, 2019). Petstopenjski model formativnega spremljanja, skupaj z ustreznimi orodji, je bil razvit in preizkušen v okviru projektov Zavoda Republike Slovenije za šolstvo med letoma 2013 in 2017. Model vključuje naslednje ključne elemente:

- ugotavljanje predznanja,
- razjasnitev namenov učenja in opredelitev kriterijev uspešnosti,
- načrtovanje strategij učenja,
- zbiranje dokazov o učenju,
- samovrednotenje učenca.

Formativno spremljanje omogoča poglobljeno razumevanje učnega procesa in spodbuja aktivno vlogo učenca pri učenju (Brodnik, 2017). Ključni korak je ugotavljanje predznanja, ki se začne z učenčevim samospraševanjem: Kaj že vem? Katere veščine obvladam? Po katerih vrednotah se ravnam? Sledi razjasnitev namenov učenja, ki izhajajo iz učnih ciljev in učencu pomagajo razumeti pomen vsebine ter prevzeti odgovornost za lastno učenje. Pri tem si zastavlja vprašanja, kot so: Kaj želim doseči? Zakaj je znanje pomembno? Kako ga bom uporabil?

Pomemben element so tudi kriteriji uspešnosti, ki so povezani z učnimi cilji in služijo kot merilo za dosežke. Na tej osnovi učenec oblikuje osebne cilje in načrtuje učne strategije, pri čemer razmišlja o metodah, virih, času in podpori: Kako bom dosegel cilj? Kdo mi lahko pomaga?

Zbiranje dokazov o učenju skozi celoten proces omogoča učitelju prilagajanje poučevanja in usmerjanje učenčevega napredka (Holcar Brunauer, 2019). Ključno vlogo ima tudi povratna informacija, ki mora biti pravočasna, jasna, konkretna, usmerjena k učnim ciljem in mora vsebovati predloge za izboljšave. Njena naloga je sprožiti dialog in spodbuditi učenčevo samoregulacijo (Holcar Brunauer, 2019).

Samovrednotenje učenca omogoča realno presojo lastne uspešnosti, večjo fleksibilnost pri doseganju ciljev in odgovoren odnos do učenja. Vrstniško vrednotenje pa prispeva k ponotranjenju kriterijev uspešnosti, spodbuja objektivnost in refleksijo in učitelju omogoča vpogled v učenčevo razmišljanje. S tem se učitelj postopoma preoblikuje v podpornika učenčevega razvoja, ne zgolj ocenjevalca (Holcar Brunauer, 2019).

Učno okolje v šolskem prostoru je sestavljeno iz fizičnih, socialnih, didaktičnih in kurikularnih elementov, ki skupaj ustvarjajo pogoje za učinkovito učenje. Čeprav jih ni mogoče strogo ločiti, njihova razdelitev učiteljem omogoča bolj premišljeno načrtovanje in izboljševanje učnega procesa (Grah, Rogič Ožek, & Žarkovič Adlešič, 2017).

2 METODE

V primerjavi s šolskim se učni proces v kliničnem okolju odvija v bistveno kompleksnejših pogojih. Na potek učenja vplivajo številni dejavniki, veliko je takih, na katere učitelj praktičnega pouka nima vpliva. Po Urbančič (1997) in Zorec (2003) jih lahko razdelimo na dejavnike povezane s poukom in dejavnike, ki izvirajo iz samega kliničnega okolja. Ta razvrstitev omogoča boljšo analizo in oblikovanje didaktičnih pristopov, ki podpirajo kakovostno in varno učenje v realnem delovnem okolju. Med dejavnike povezane s poukom sodijo dijakovo teoretično znanje, obvladovanje praktičnih veščin, razvite komunikacijske spretnosti in stopnja samostojnosti. Pomembno vlogo pri oblikovanju učnega procesa ima učitelj praktičnega pouka, ki s svojim didaktičnim pristopom vpliva na dijakov napredek. Kakovost medosebnih odnosov – med dijaki, učiteljem in zdravstvenim osebjem – predstavlja temelj za vzpostavitev pozitivne učne klime. Ta se odraža v občutku sprejetosti, spoštovanja in varnosti, kar je ključno za dijakovo motivacijo in vključevanje v učni proces. Zlasti ob prvem stiku s težko bolnimi, umirajočimi ali čustveno ranljivimi pacienti se dijaki pogosto soočajo s stresom in čustvenimi obremenitvami, zato je podpora učitelja in zdravstvenega osebja nepogrešljiva. Za kakovosten praktični pouk je pomembno, da imajo dijaki možnost aktivnega sodelovanja v timu zdravstvene nege, saj s tem razvijajo timske kompetence in občutek odgovornosti. Profesionalna komunikacija s strani vseh, s katerimi sodelujejo dijaki, vpliva na njihove učne izkušnje in prispeva k oblikovanju poklicne samopodobe. Stopnja samooskrbe, nujnost posegov ter psihično in čustveno stanje pacientov vplivajo na možnosti vključevanja dijakov v delo. Žal je obremenjenost osebja zelo velika in čeprav bi si želeleli, zaradi tega pogosto ne morejo dovolj vključevati dijakov v proces dela. Razpoložljivost opreme,

prostorska ustreznost in dostop do medicinskih pripomočkov prav tako omogoča nemoteno izvajanje učnih aktivnosti. Najbolj pa na dijakov pristop k učenju vplivajo notranja motivacija, zunanje spodbude, interes za poklicno področje in občutek odgovornosti do pacientov. Spodbudno učno okolje v klinični praksi temelji na sodelovanju, medsebojnem zaupanju in učinkoviti komunikaciji, kar omogoča oblikovanje socialnega prostora, v katerem se dijaki počutijo vključene, so motivirani in pripravljeni na strokovni razvoj.

Učitelj praktičnega pouka ima ključno vlogo, saj s svojim načinom dela, prilagodljivostjo in kakovostno povratno informacijo neposredno vpliva na dijakov napredek. Z didaktičnega vidika mora biti praktični pouk strukturiran, ciljno usmerjen in premišljeno zasnovan, saj le tako omogoča postopno pridobivanje strokovnih znanj, veščin in kompetenc. Formativno spremljanje pri tem osvetljuje namen učenja, spodbuja refleksijo in krepi dijakovo aktivno vlogo v procesu učenja.

V svoji pedagoški praksi sem sistematično uvedla več ključnih elementov formativnega spremljanja znanja, in sicer ugotavljanje predznanja, skupno oblikovanje namenov učenja in kriterijev uspešnosti, spremljanje dokazov o učenju ter podajanje povratnih informacij. Poseben poudarek sem namenila razvoju in uporabi samovrednotenja in vrstniškega vrednotenja.

Učitelj praktičnega pouka mora ob prihodu skupine dijakov na bolnišnični oddelek oceniti njihovo **predznanje, komunikacijske sposobnosti in vedenjske vzorce**, da jih lahko ustrezno razporedi k izvajanju aktivnosti zdravstvene nege ali pomoči pacientom – glede na njihovo stopnjo samooskrbe.

Dijaki ob prihodu na oddelek izvedejo **samooceno**, in sicer na podlagi **vstopne tabele**, pri kateri ocenijo, kako dobro obvladajo praktične veščine oziroma intervencije zdravstvene nege, kot je na primer jutranja nega, merjenje vitalnih funkcij, aplikacija s.c. terapije. Samovrednotenje, ki ga opravijo dijaki, je podlaga za načrtovanje učnih aktivnosti. Podatki, pridobljeni s temi pristopi, omogočajo **ciljno načrtovanje učnih aktivnosti** in **individualizirano spremljanje** dijakovega napredka.

Izvajanje intervencij dijakov je potrebno **neprestano spremljati in dokumentirati**. Po izvedeni aktivnosti podam **ustno povratno informacijo**, vendar sem pri svojem delu ugotovila, da ta pogosto nima enakega učinka kot pisna, saj jo dijaki hitreje pozabijo ali napačno interpretirajo. Zato vse pogosteje uporabljam tudi **pisne oblike povratne informacije**, ki so strukturirane in dijakom omogočajo **temeljitejšo refleksijo**.

Svoje pedagoško delo nenehno reflektiram z vidika odnosa z dijaki, razdelitve nalog in doseženih učnih učinkov. Pri tem se sprašujem, ali z dijaki komuniciram na odprt, partnerski in spodbuden način in kdo prispeva ideje pri pouku – sem sama edini načrtovalec ali dijaki aktivno sooblikujejo učni proces. Razmišljam tudi o tem, ali se naloge porazdelijo pravično ali jih vedno opravljajo isti posamezniki, kakšna je raven zavzetosti in vključenosti dijakov in kako se lahko izognem vlogi »učitelja priganjalca«. Zanima me, kako dijaki sami

ocenjujejo svojo zavzetost in v kolikšni meri se pri pouku uresničuje sodelovalno učenje, torej učenje z in od sošolcev.

Ob začetku praktičnega pouka dijakom natančno predstavim učne cilje, skupaj pa določimo namen učenja, kot so utrjevanje teoretičnega znanja, razvoj praktičnih veščin, urjenje profesionalnega vedenja in samostojnosti pri delu. Notranja motivacija dijakov je pri tem ključna – posebej takrat, ko se posamezne intervencije, kot je na primer preveza kirurške rane, izvajajo zgolj z enim ali dvema dijakoma ob pacientu, preostali pa imajo priložnost za samostojno izvedbo drugih pomembnih opravil, kot so skrb za hidracijo pacientov, namestitve v ustrezne položaje, urejanje pacientove okolice, priprava in pospravljanje pripomočkov, pomoč sošolcem ali osebju in podobno. Kljub navodilom in dogovorom se v praksi pogosto zgodi, da dijaki ne prepoznajo/opravijo nalog, ki bi jih glede na učne cilje morali samoiniciativno opraviti.

Samovrednotenje v okviru formativnega spremljanja spodbuja dijaka, da prevzame aktivno vlogo v učenem procesu, se poglobi v svoje razumevanje učnih ciljev in razvija sposobnosti kritičnega vrednotenja lastnega dela. V kliničnem okolju, kjer je učenje izkustveno, dinamično in visoko odgovorno, ima samoocena še dodatno težo, saj dijakom omogoča, da povežejo teoretično znanje s praktičnim znanjem in etično refleksijo. Samovrednotenje omogoča dijaku, da analizira svoje aktivnosti/dosežke pri pouku glede na učne cilje in kriterije uspešnosti, ki jih določimo na uvodni učni uri ob prihodu na travmatološki oddelek.

Nabor aktivnosti, zajet v orodju za samovrednotenje (Tabela 1), naj bi dijake spodbudil k večji skrbi za paciente, prepoznavanju potreb pacientov, k aktivnemu vključevanju v proces dela na oddelku, k refleksiji o lastnem prispevku in vlogi znotraj tima. Po Holcar Brunauer (2019) je samoocena temelj razvijanja notranje motivacije in metakognitivnega mišljenja, kar se potrjuje v odzivih dijakov, ki pogosteje prevzemajo pobudo in načrtujejo lastne učne izboljšave.

Samoocena dijakom omogoča razumevanje lastnih močnih področij in prepoznavanje pomanjkljivosti, ki jih je potrebno tekom praktičnega pouka dodatno razvijati.

Samovrednotenje aktivnosti pri praktičnem pouku s poudarkom na skrbi za pacienta in aktivnim vključevanjem v proces dela na travmatološkem oddelku. Po današnjem praktičnem pouku ovrednoti svoje delo. Bodi iskren/-a. Pomembo: Če označiš trditev z 1, 2 ali 3, je treba to tekom praktičnega pouka izboljšati oziroma popraviti

Datum: _____

Priprava na praktični pouk

1. Ob prihodu na bolniški oddelek sem miselno naravn/-a na izvajanje zdravstvene nege, imam vse pripomočke in dnevnik praktičnega pouka.
2. Razumem svojo vlogo in jo izkazuje z odgovornim vedenjem.
3. NAČRTOVANJE DELA
4. Sem aktiven/-a pri pripravi na jutranjo nego.
5. Sem aktiven/-a pri predaji pacienta.
6. Pacientu se pred delom predstavim.
7. Pacienta identificiram in pridobim soglasje za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege.
8. Pridobim podatke s temperaturnega lista in načrta zdravstvene nege.
9. Ocenim stopnjo samooskrbe pri posameznih življenjskih aktivnostih.
10. Prepoznavam potrebe pacienta.
11. Načrtujem aktivnosti v okviru jutranje nege.
12. Skrbim za intimnost pacienta.
13. Med izvajanjem intervencij zdravstvene nege poskrbim za estetski videz.
14. Prepoznavam potrebe pacienta in načrtujem ostale aktivnosti zdravstvene nege, ki jih bom izvajal/-a tekom praktičnega pouka pri pacientu, kot je skrb za menjavo položajev, skrb za hidracijo, umivanje las in drugo.
15. Učiteljici praktičnega pouka predstavim načrt aktivnosti zdravstvene nege pri pacientu.

1 2 3 4 5

Izvajanje

1. Samostojno načrtujem in izvedem jutranjo nego.
2. Pripravim rano za vizito, če je potrebno.
3. Izmerim vitalne funkcije.
4. Sodelujem na viziti.
5. Izmerim krvni sladkor pred zajtrkom, če je potrebno.
6. Pacientu postrežem zajtrk. (Poskrbim za sedeč položaj, pacienta spodbujam, mu pomagam pri hranjenju, pustim čas.)
7. Poskrbim, da prejme zdravila, ki jih pripravi medicinska sestra.
8. Nadzorujem infuzijo. Vem, katero zdravilo prejema.
9. Samostojno pripravim voziček za preveze.
10. Izvedem prevez kirurške rane.
11. Skrbim, da pacient popije dovolj tekočine.
12. Poskrbim za menjavo položaja pacienta.

1 2 3 4 5

Varstvo pri delu

1. Poznam pravila ergonomije in jih upoštevam pri delu.
2. Premik pacienta po postelji (proti vzglavju, na rob postelje) in posedanje izvedem z upoštevanjem načel ergonomije.
3. Upoštevam pravila higienskega umivanja rok v zdravstvu.
4. Pravilno si razkužujem roke.
5. Pravilno uporabljam zaščitne rokavice.
6. Poznam in upoštevam ločevanje odpadkov na bolniškem oddelku.

1 2 3 4 5

Dokumentiranje

1. Vedno pravilno dokumentiram aktivnosti na temperaturni list in načrt zdravstvene nege.

1 2 3 4 5

Komunikacija	1	2	3	4	5
1. Skrbim za strokovno komunikacijo s pacientom in ostalimi.					
2. V bolniški sobi vsi pozornost posvetim pacientu. (ne klepetam s sošolci in ne posedam za mizo, pogovarjam se s pacienti).					
3. Pomagam sošolcem ali si poiščem delo na oddelku.					
4. Vrednotim svoje delo pri pacientu in razmišljam o aktivnostih, ki jih še lahko izvedem tekom praktičnega pouka.					
5. Poskrbim za predajo pacienta.					
6. Z učiteljico praktičnega pouka analiziram delo in načrtujem izboljšave.					

Tabela 1. Samovrednotenje aktivnosti pri praktičnem pouku na travmatološkem oddelku

Povratna informacija dijakov

Najpogosteje govorimo o povratnih informacijah, ki jih učitelji dajejo svojim učencem. Raziskave pa kažejo, da na kakovost dosežkov najbolj vplivajo tiste povratne informacije, ki pridejo od učencev k učiteljem in jim sporočajo, kaj oni že vedo, kako dobro razumejo, kje delajo napake, česa še ne razumejo in kdaj niso zavzeti. Takšne povratne informacije naredijo učenje vidno (Hattie, 2009 v Holcar Brunauer, 2019).

Povratne informacije za vpogled v potek učnega procesa in načrtovanje prilagoditev sem pridobivala s pomočjo kratkega vprašalnika po metodi 3-2-1. Dijaki so zapisali tri stvari, ki so jim bile tisti dan pri praktičnem pouku zanimive, dve stvari, ki bi se jih želeli še naučiti, eno zadevo, ki je niso razumeli. Poleg tega so odgovorili še na naslednja tri vprašanja:

1. Kaj lahko danes pohvalite?
2. Kaj je bilo danes najtežje?
3. Kje/kdaj ste pogrešali pomoč/razlago učiteljice?

Po analizi izvajanja intervencij in sodelovanja pri praktičnem pouku so dijaki zapisali tudi svoje cilje za naslednji praktični pouk.

3 REZULTATI

Dijaki so v refleksiji ob zaključku praktičnega pouka zapisali, da so imeli prvič možnost izvajati samovrednotenje in da jim je bilo v pomoč pri razmisleku o izboljšavah in prevzemanju pobude oziroma večje aktivnosti pri praktičnem pouku. Dijaki so kot zanimive stvari pri praktičnem pouku navedli opazovanje kirurške rane, torakalne drenaže, tuširanje pacienta z zlomom reber, pogovor s pacientko, pomoč pri fizioterapiji po zlomu kolka ter opazovanje obposteljnege testa in drugo. Izrazili so željo, da bi se v prihodnje naučili prevezovanja ran, menjave infuzije, odstranitve urinskega katetra, hranjenja po nazogastrični sondi in izvajanja anogenitalne nege pri pacientu z urinskim katetrom ter da bi pogosteje imeli možnost pogovora o praktičnem pouku in težavah, ki se pojavljajo pri pouku. Med zadevami, ki jih ne razumejo, so izpostavili potegljaje pri intimni negi, uporabo sterilnih rokavic pri prevezi, neimobilizacijo zloma kolka pred operacijo, odrezave odgovore medicinske sestre

in občutek, da jih pacient ne sprejema kljub njihovi prijaznosti in drugo. Pohvalili so pravilno izvedeno intimno nego, zanimivo komunikacijo s pacientom, pozornost do malenkosti in pomoč pacientki pri hranjenju ter dobro sodelovanje z medicinsko sestro ter še mnoge druge zadeve. Najtežje so jim bile komunikacija z demento pacientko, nega starejše pacientke, ki ne more več skrbeti zase, ustna nega, intimna nega po odvajanju, odkrivanje rane med vizito in merjenje krvnega tlaka.

Pomoč ali razlago učiteljice so pogrešali pri oceni stopnje samoskrbe in načrtovanju intervencij zdravstvene nege, pri obračanju pacientke in povijanju nog z elastičnim povojem. Kot cilje za naslednji praktični pouk so si zadali pravilno izvedbo nege zobne proteze, da med nego ne bodo klepetali s sošolcem, pravilno ureditev postelje brez gub, skrb za hidracijo pacienta, pravilno namestitve manšete za merjenje krvnega tlaka, ločevanje čistih in nečistih poti in dosledno razkuževanje rok ter več pogovora s pacientom.

4 RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Refleksije dijakov ob zaključku praktičnega pouka so pokazale, da uvajanje formativnega spremljanja, zlasti samovrednotenja in vrstniškega vrednotenja, pomembno prispeva k večji zavzetosti, samostojnosti in razumevanju učnih ciljev. Dijaki so se bolj aktivno vključevali v timsko delo, kazali več pobude ter razvijali kritično mišljenje in profesionalno refleksijo. Obrazci za samovrednotenje so jim služili kot usmerjevalno orodje, ki je izboljšalo njihovo orientacijo in učinkovitost v kliničnem okolju.

Povratne informacije dijakov so se izkazale kot dragocen vir za načrtovanje pouka, saj nudijo vpogled v njihovo doživljanje učnega procesa, razumevanje vsebin in zaznane izzive. Učitelj tako pridobi možnost za prilagoditev pristopov, boljše razumevanje dijakovih potreb in krepitev partnerskega odnosa v učnem okolju.

Na tej osnovi bom nadaljevala z uvajanjem formativnega spremljanja, saj se je izkazalo kot učinkovit pristop za spodbujanje odgovornosti, samorefleksije in strokovnega razvoja bodočih zdravstvenih delavcev. Cilj ostaja jasn: oblikovati učno okolje, ki dijakom omogoča varno, spodbudno in strokovno rast v realnem delovnem okolju.

LITERATURA

1. Brodnik, V. (2017). Formativno spremljanje in vrednotenje znanja in učenja zgodovine. *Zgodovina v šoli*, 25(1), 17–29. <https://www.zrss.si/strokovne-revije/zgodovina-v-soli/>
2. Grah, J., Rogič Ožek, S., & Žarkovič Adlešič, B. (2017). Vključujoča šola: Priročnik za učitelje in druge strokovne delavce (1. zvezek). Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
3. Holcar Brunauer, A., Bizjak, C., Borštnar, M., Cotič Pajntar, J., Eržen, V., Kerin, M., Komljanc, N., Kregar, S., Margan, U., Novak, L., Rutar Ilc, Z., Zajc, S., & Zore, N. (2019). Zakaj formativno spremljati? In A. Holcar Brunauer (Ed.), *Formativno spremljanje v podporo učenju: Priročnik za učitelje in strokovne delavce* (pp. 5–12). Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
4. Holcar Brunauer, A., Debenjak, K., Bone, J., Vogrinčič, R., Kralj, N., Brodnik, V., Štampfl, P., Novak, L., Mršnik, S., Trampuž Luin, M., Oder, B., Legvart, P., Žinko, A., Rogič Ožek, S., Cedilnik, T., Rostohar, D., Potisk, Z., Kregar, S., ... Kregar, S. (2017). Vključujoča šola: Formativno spremljanje v podporo vsakemu učenju. Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
5. Urbančič, K. (1997). Oblikovanje poklicne identitete študentov zdravstvene nege in pomen praktičnega pouka v vzgojno izobraževalnem procesu. *Obzornik zdravstvene nege*, 31(1/2), 35–44. <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2143>
6. Zorec, J. (2003). Izvajanje praktičnega pouka zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 37(1), 83–85. <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-2W2EQML7>

TEMELJI POKLICNE SAMOPODOBE MEDICINSKIH SESTER: IZOBRAŽEVANJE, PODPORA, REFLEKSIJA

Judita Bendelja, dipl. m. s., mag. superviz., os. in org. svet.

Srednja zdravstvena in kozmetična šola Celje

judita.bendelja@szscoe.si



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Poklicna samopodoba ima ključno vlogo pri uspešnem delovanju posameznika v njegovem delovnem okolju, še posebej v zdravstveni negi, kjer so v ospredju medosebni odnosi, strokovno znanje in etični vidiki. Oblikovanje poklicne samopodobe se začne že v procesu izobraževanja, pomembno pa ga soustvarjajo zgodnje praktične izkušnje, didaktični pristopi in sistematične oblike profesionalne podpore. Namen prispevka je opozoriti na pomen zgodnjega razvijanja poklicne identitete dijakov zdravstvene nege in poudariti njen vpliv na kakovost zdravstvene obravnave, zadovoljstvo pri delu in vztrajnost v poklicu.

Metoda: Prispevek predstavlja praktične izkušnje z dijaki srednje zdravstvene šole, ki so v okviru praktičnega pouka v kliničnem okolju sodelovali v delavnicah temelječih na izkustvenem učenju in sodelovalnem pristopu. Uporabljen je bil kvalitativno-deskriptivni pristop, s katerim je bil analiziran primer dobre prakse pri oblikovanju poklicne samopodobe dijakov.

Rezultati: Izkušnje iz delavnic kažejo, da zgodnje poklicne izkušnje in strukturirane oblike podpore (reflektivna praksa, mentorstvo, intervizija, supervizija) pozitivno prispevajo k oblikovanju poklicne samopodobe. Aktivnosti izvedene v okviru praktičnega pouka so dijakom omogočale refleksijo praktične izkušnje in z njo povezanih izzivov, spodbudile so tudi razmislek o lastni vlogi in ciljih.

Razprava: Prispevek spodbuja strokovni dialog o pomenu zavestnega in sistematičnega oblikovanja poklicne samopodobe že v času šolanja ter o nujnosti uvajanja podpornih mehanizmov, kot so reflektivna praksa, intervizija, supervizija in mentorstvo, ki predstavljajo temelj humane in kakovostne zdravstvene nege. Za večjo učinkovitost tovrstnih aktivnosti na razvoj poklicne identitete bi morale biti te implementirane v kontinuiran proces učenja.

Ključne besede: izkustveno učenje, praktični pouk, didaktični pristopi, mentorstvo, profesionalni razvoj.

ABSTRACT

Theory: Professional self-esteem plays a crucial role in one's professional environment, particularly in the field of healthcare, where interpersonal relationships, expert knowledge, and ethical considerations significantly impact one's success. Shaping one's professional self-esteem begins in the educational stage, where early practical experience, didactic approaches, and systematic forms of professional support contribute to education and serve as added value to it. This article aims to shed light on the significance of early professional identity development in medical care students and emphasise its impact on the quality of medical care, work satisfaction, and persistence in this field.

Method: The article presents the practical experience of medical care students who have participated in workshops held in a clinical environment, based on experiential learning and a cooperative approach. The qualitative-descriptive approach was used to analyse an example of good practice in shaping the students' professional self-esteem.

Results: Experience gathered from workshops indicates that professional experiences and structured forms of support, such as reflective practice, mentorship, intervention, and supervision, positively contribute to shaping professional self-esteem. Activities undertaken during clinic classes have been shown to help with reflecting on one's practical experience and the challenges that come with it. They have also motivated students to consider their roles and main objectives.

Discussion: The article encourages a scientific dialogue about the meaning of consciously and systematically shaping one's professional self-esteem and the irreplaceability of implementing support mechanisms, such as reflective practice, intervention, supervision, and mentorship, all of which represent the foundation of humane and quality medical care. The effect of these learning activities is limited, as they are not integrated into the continuous learning process, which leads to gradual decrease in their effectiveness, showing that constant reflection and systematic support is the missing piece of the puzzle to a good and successful development of professional self-esteem.

Keywords: experiential learning, practical instruction, didactic approaches, mentoring, professional development.

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

V sodobni zdravstveni negi postajajo profesionalne kompetence, kot so etično delovanje, komunikacijske veščine in sposobnost timskega sodelovanja enako pomembne kot strokovno znanje. Ključno ozadje teh kompetenc predstavlja poklicna samopodoba, torej način, kako posameznik dojema svojo vlogo, odgovornost in vrednote v poklicnem kontekstu. Raziskave in praksa kažejo, da se poklicna samopodoba začne oblikovati že v procesu izobraževanja, kjer imajo pomembno vlogo praktične izkušnje v času šolanja in didaktični pristopi, usmerjeni v razvijanje identitete bodočih strokovnjakov. V obdobju izobraževanja gre za pridobivanje strokovnega znanja in praktičnih izkušenj, hkrati pa se razvija lasten način strokovnega delovanja, v procesu oblikovanja celostne strokovne identitete se povezujejo osebne vrednote s temeljnimi vrednotami stroke (Juren et al., 2022). Vendar ta proces pogosto poteka brez ustrezne strokovne podpore. Kakovostno in podporno učno okolje v šoli in v kliničnem učnem okolju je ključno za razvoj profesionalne identitete dijakov in študentov zdravstvene nege. Dijaki in študenti potrebujejo varno okolje, ki spodbuja refleksijo, empatijo in etično delovanje v neposrednem stiku s pacienti. Raven samozavednosti, ki pomembno vpliva na profesionalno rast, je tesno povezana z občutkom duševne in telesne varnosti v učnem procesu (Vabo et al., 2022).

Prispevek izpostavlja potrebo po zavestnem in načrtovanem razvijanju poklicne samopodobe pri dijakih in študentih zdravstvene nege. Predstavlja praktične izkušnje z dijaki srednje zdravstvene šole, ki so v okviru praktičnega pouka v kliničnem okolju sodelovali v delavnicah, temelječih na izkustvenem učenju, reflektivni praksi in sodelovalnem pristopu. Namen delavnic je bil opolnomočiti dijake pri oblikovanju lastne poklicne identitete in jih pripraviti na prehod iz šolskega okolja v zahtevno klinično prakso.

Poklicna samopodoba kot temelj profesionalnega razvoja

Pojma poklicna samopodoba in poklicna identiteta se v pedagoški in strokovni literaturi pogosto uporabljata kot sinonima. Muršak (2009) poklicno identiteto razlaga kot družbeno potrjeno in priznano identifikacijo posameznika z določenim poklicnim poljem. Identiteta nastaja v odnosu do skupnosti, preko poklicne socializacije, vpetosti v izobraževanje in zaposlitev in predvsem skozi aktivno vključevanje v svet dela. Poklicna samopodoba pa je notranje doživljanje posameznika o sebi kot poklicni osebi – kako vidi svojo vlogo, sposobnosti in pomen dela. Zato razvijanje poklicne identitete za mlade (npr. dijake in študente) pomeni več kot le osebni občutek usposobljenosti, zahteva namreč vključenost v resnične delovne izkušnje, mentorstvo, refleksijo in priznanje s strani okolja.

Dijaki srednje zdravstvene šole se pri praktičnem pouku srečujejo z zahtevnimi in pogosto stresnimi situacijami, prehod iz učilnice v prakso zahteva prilagajanje na novo okolje, povezovanje teorije s prakso, razvoj spretnosti in udeleževanje vrednot. Ključni sta odgovornost in profesionalnost, ki ju podpira sodoben didaktičen pristop usmerjen v razvijanje identitete bodočih strokovnjakov.

Vloga izobraževanja pri oblikovanju poklicne identitete

Za uspešno podporo pri razvoju poklicne identitete je potrebno strukturirano in reflektivno učno okolje, ki spodbuja osebno rast,

strokovno samozavednost in povezanost z vrednotami stroke (Vabo et al., 2022). Avtorji menijo, da je za študente zdravstvene nege ključno učno okolje, ki spodbuja varno in podporno vzdušje, saj jim to omogoča razmislek o teoretičnih in praktičnih izkušnjah.

Pozitivno učno okolje za učinkovit razvoj profesionalne identitete študentov zdravstvene nege ustvarjajo mentorji. Delovanje mentorjev kot pozitivnih vzornikov in zagotavljanje vzdušja podpore in varnosti študentom omogoča usmerjanje energije v učenje, zmanjša se doživljanje negotovosti. Ključni dejavniki razvoja profesionalne identitete vključujejo: podporno in predvidljivo okolje, strukturirano sodelovanje, reflektivni prostor, etično kompetenco, samozavednost in pripravljenost na klinično delo. V procesu vodenja in načrtovanja negovalnih aktivnosti s strani mentorja se razvijajo empatija, čustvena inteligenca, samozavedanje in sposobnost kritičnega razmišljanja (Vabo et al., 2022).

Da bi učitelj učinkovito spodbujal dijake k razmišljanju, reševanju problemov in razvoju poklicne odgovornosti, mora sam razviti ustrezna znanja, spretnosti in osebnostne lastnosti. Uspešno učenje iz izkušenj je možno le v ustreznem motivacijskem in čustvenem stanju, pri čemer ima pomembno vlogo odnos med učiteljem in dijakom. Po Marentič Požarnik (2018) so za uspešno učenje ključni pozitivni, čustveno obarvani odnosi. Učitelji naj ustvarjajo sproščeno, a intelektualno spodbudno učno okolje, ki krepi dijakovo motivacijo in učno učinkovitost.

Izkustveno učenje je kakovostno kadar v učnem procesu pride do integracije zaznavanja, čustvovanja, delovanja in razmišljanja pri ustvarjanju znanja in v profesionalnem pristopu (Marentič Požarnik et al., 2021). Pozitivna učna izkušnja je rezultat načrtovanega, strukturiranega in evalviranega izkustvenega učnega procesa.

Strukturiran pristop k spremljanju in usmerjanju napredka pri učenju predstavlja model formativnega spremljanja, ki tudi v kliničnem okolju spodbuja aktivno vlogo dijaka pri načrtovanju lastnega učenja in omogoča večjo vključenost v proces strokovnega razvoja. Povratna informacija povezana s cilji učenja in merili uspešnosti naloge je pomemben dejavnik, ki vpliva na to kako mladostniki doživljajo sami sebe in svoje sposobnosti in ima vpliv na motivacijo in samozadovoljstvo (Peršolja, 2019).

V modelu formativnega spremljanja se učni proces začne z ugotavljanjem predznanja, kjer učenec razmisli, kaj že ve o določeni učni temi. Sledi določitev ciljev učenja in kriterijev uspešnosti, ki učencu pomagajo razumeti, kaj želi doseči. V tretji fazi učenec načrtuje strategije učenja, s katerimi bo dosegel zastavljene cilje. Nato zbira dokaze o svojem učenju, ki potrjujejo njegov napredek. Na koncu sledi še (samo)evalvacija, kjer učenec reflektira, kaj se je naučil in kako uspešen je bil v doseganju ciljev (Holcar, 2017).

Mentorstvo kot podporni mehanizem pri oblikovanju poklicne samopodobe

Profesionalna identiteta se začne oblikovati v času izobraževanja skozi proces strokovne socializacije. Ključno vlogo pri tem imajo učitelji, v primeru zdravstvenih poklicev, kjer izobraževalni proces poteka tudi v kliničnem okolju, pa tudi klinični mentorji (Mivšek,

2023). Mentorji niso le vir znanja, imajo pomembno vlogo pri razvoju kandidatovega samospoštovanja in delovne identitete. Mlademu odraslemu nudijo podporo in vodenje pri opravljanju pomembnih nalog (Arnold et al., 1995 as cited Kranjčec, 2009). Poklicna identiteta se oblikuje postopno skozi izkušnje in refleksijo, ključna pa je integracija osebnih vrednot z vrednotami zdravstvene nege.

Mentorstvo ima osrednjo vlogo pri oblikovanju in krepitvi poklicne samopodobe posameznika, zlasti v začetnih fazah profesionalnega razvoja. Učinkovito mentorstvo vključuje jasno opredelitev ciljev, določanje pričakovanj in upoštevanje individualnih potreb mentorirance. Ključno je, da mentor razpolaga z ustreznimi komunikacijskimi in organizacijskimi kompetencami ter vzpostavi varno okolje za odprt pogovor o izkušnjah. Konstruktivne povratne informacije, ki so specifične, realistične in usmerjene na vedenje, pomembno prispevajo k profesionalni rasti. Enako pomembna je pohvala – naj bo konkretna in naj ne prikriva področij, ki še zahtevajo razvoj. S tem mentor ni le spremljevalec na poti učenja, ampak tudi ključna oseba v procesu socializacije v poklic in notranje potrditve profesionalne vloge (Bendelja, 2018).

Sistemska podpora: reflektivna praksa, intervizija in supervizija
Zaradi stalnih družbenih, ekonomskih in tehnoloških sprememb se mora posameznik nenehno prilagajati, kar pomeni tudi stalno preoblikovanje svoje poklicne vloge in identitete (Premec, 2016).

V vzgojno-izobraževalnem procesu so ključnega pomena vrednote in interakcija z dijaki. Šola je prostor, kjer dijaki razvijajo osebnost in vrednotno naravnost, pri čemer ima učitelj pomembno vlogo. S svojim odnosom do poklica lahko pomembno vpliva na to, kakšno poklicno identiteto bodo dijaki razvili. Če učitelj izkazuje ponos in spoštovanje do stroke, to pozitivno prenaša tudi na dijake – enako pa velja tudi v primeru negativnega odnosa (Makovec Radovan, 2024).

Reflektivna praksa omogoča poglobljeno razumevanje lastne vloge in strokovne odgovornosti, kar predstavlja temelj humane in kakovostne zdravstvene nege. Potrebna je sistematična oblika podpore pri strokovni rasti v obliki intervizije, supervizije in mentorstva. Intervizija in supervizija prispevata k izmenjavi izkušenj, krepitvi občutka kompetentnosti in strokovni refleksiji. Supervizija pomembno prispeva k oblikovanju poklicne identitete. Njena ključna vloga je v integraciji osebnostnega in profesionalnega razvoja, kar omogoča celostno strokovno rast. S tem supervizija podpira ne le strokovno usposobljenost, temveč tudi globoko razumevanje poklicnega poslanstva (Vec, 2023).

2 METODA

Praktične delavnice za dijake srednje zdravstvene šole Od dijaka do strokovnjaka temeljijo na izkustvenem učenju in sodelovalnem pristopu. Namen delavnic je opolnomočiti dijake pri oblikovanju njihove poklicne identitete in jih pripraviti na prehod v poklicno življenje. Skozi praktične naloge dijaki spoznavajo svoje močne strani, razvijajo samorefleksijo in strokovne kompetence. Poudarek

je na razvijanju zavedanja lastnih vrednot, ciljev in ambicij ter iskanja poti, kako se iz dijaka razviti v samozavestnega strokovnjaka.

Namen in cilji delavnic:

- Razvijanje poklicne samopodobe in poklicne identitete dijakov zdravstvene nege.
- Povečati zavedanje dijakov o lastni poklicni samopodobi.
- Spodbujati refleksijo in kritično mišljenje o svojih izkušnjah in vrednotah v zdravstveni negi.
- Razvijati komunikacijske veščine, ki so ključne za uspešno delo v zdravstveni negi.
- Podpreti dijake pri soočanju s profesionalnimi izzivi in dilemami.
- Spodbujati sodelovanje in timsko delo med dijaki.

Praktični pouk v kliničnem okolju poteka enkrat tedensko, 7 šolskih ur. Dijaki se vključujejo v zdravstveno nego pacientov v skladu z učnim načrtom in potrebami kliničnega okolja. Pomemben del učnega procesa predstavlja **čas namenjen analizi, refleksiji in evalvaciji praktičnega dela, kar daje dijaku priložnost**, da se ustavi, razmisli o svojih izkušnjah, prepozna svoj napredek in izzive ter načrtuje nadaljnji strokovni razvoj.

Reflektivne dejavnosti, ki so opisane v nadaljevanju, so potekale **pred začetkom praktičnega pouka** (uvodna priprava in postavljanje ciljev), **med samo prakso** (sprotna analiza izkušenj) ali **ob zaključku** (evalvacija, povratna informacija, načrtovanje prihodnjih izboljšav). Razvrščene so **po stopnjah formativnega spremljanja** (npr. postavljanje ciljev, zbiranje dokazov o učenju, povratna informacija, refleksija in načrtovanje napredka) in **po fazah izkustvenega učenja**, ki jih navajajo Marentič Požarnik et al. (2021).

Faze izkustvenega učenja: (Marentič Požarnik, et al., 2021, str. 78).

- Načrtovanje: ugotavljanje učnih potreb udeležencev, učnih zmožnosti, opredelitev ciljev, načrtovanje poteka izkušnje.
- Uvodna faza: vzpostavljanje dobrega skupinskega vzdušja, odpravljanje negotovosti, predstavitev dogovorov udeležencem, »razbijanje ledu«.
- Faza aktivnosti: obravnava primerov.
- Faza analize: osmišljanje izkušnje s pomočjo diskusije. Dajanje povratne informacije, vrstniška povratna informacija.
- Faza povzetka: navezava nove izkušnje na prejšnje primere in predznanje udeležencev, na teorijo, kako bi to izkušnjo uporabili v novi situaciji.
- Faza evalvacije: občutja udeležencev, koliko so pridobili na spretnosti, na področju spoznanj, spremembe stališč.

V nadaljevanju v Tabeli 1 predstavljam razporeditev nekaterih primerov dejavnosti glede na faze izkustvenega učenja in ustrezne stopnje formativnega spremljanja.

Dejavnost	Opis	Faza izkustvenega učenja	Stopnja formativnega spremljanja
Seznam učnih ciljev - kriteriji uspešnosti	Dijaki se uvodoma seznaniijo z učnimi cilji. Vsak dijak izbere posamezni učni cilj, ki ga nato preoblikuje v osebno oblikovan kriterij uspešnosti, v obliki: »Uspešen bom, ko bom ...«. S tem se spodbudi razumevanje pričakovanj, krepi odgovornost za učenje in omogoča samoevalvacijo v nadaljnjih učnih dejavnostih.	Načrtovanje - Uvodna faza	Nameni učenja in kriteriji uspešnosti
Drevo počutja	Dijaki si ogledajo ilustracijo »drevesa počutja«, na kateri so različni liki, ki simbolično predstavljajo različna čustvena stanja (npr. samozavest, negotovost, radovednost, strah). Vsak dijak izbere en lik, ki po njegovem mnenju najbolje odgovori na vprašanje: »Kateri lik na drevesu najbolje predstavlja tvoje trenutno počutje v vlogi dijaka na praktičnem pouku?« - Upoštevamo, da dijaki svojo izbiro pojasnijo le, če to želijo.	Uvodna faza - Faza analize - Faza evalvacije	Povratna informacija
Kako vidim sebe – kako me vidijo drugi	Dijaki s pomočjo delovnega lista ovrednotijo svoje zadovoljstvo z delom pri praktičnem pouku, pri čemer se osredotočijo na lastno uspešnost in zavzetost, stopnjo zaupanja vase in občutek cenjenosti s strani sošolcev, učiteljev, staršev in pacientov.	Načrtovanje - Uvodna faza - Faza evalvacije	Diagnostika predznanja - Povratna informacija - Samovrednotenje, vrstniško vrednotenje
Vrednote, ki usmerjajo moje delovanje	Dijaki prejmejo list z izborom vrednot, predstavljenih v pregledni tabeli. Izmed ponujenih vrednot izberejo pet tistih, ki po njihovem mnenju najbolj usmerjajo njihovo ravnanje, vedenje in odločitve v kontekstu praktičnega pouka in bodočega poklica.	Načrtovanje - Uvodna faza - Faza aktivnosti in faza analize	Dokazi
Igra vlog: zadovoljen in nezadovoljen pacient	Dijaki v parih vadijo komunikacijo s pacientom v dveh vlogah: zadovoljen in nezadovoljen pacient. Sledi skupna refleksija o občutkih, odzivih in strategijah učinkovite komunikacije.	Faza aktivnosti in faza analize	Dokazi
Delo v paru – vzpostavljanje stika in prikaz neverbalne komunikacije	Dijaki v parih vadijo vzpostavljanje očesnega stika, nasmeh, telesno držo in druge oblike neverbalne komunikacije ob prvem stiku s pacientom.	Faza aktivnosti in faza analize	Dokazi
Menjava zaznavnih položajev	Dijaki analizirajo izkušnjo iz treh zornih kotov: svojega, stališča druge osebe in kot nevtralen, zunanji opazovalec.	Faza aktivnosti in faza analize	Dokazi
3–2–1 povratna informacija	Dijaki na list za povratno informacijo zapišejo: 3 zanimive stvari, 2 vsebini, ki bi ju želeli še raziskati in 1 stvar, ki bi jo spremenili.	Faza analize - Faza povzetka - Faza evalvacije	Povratna informacija
Samoocena doseganja znanja, spretnosti in veščin	Dijaki s pomočjo tabele ocenijo lastno raven znanja, spretnosti in veščin pri izbranih praktičnih vsebinah. Aktivnost spodbuja samorefleksijo in usmerja načrtovanje učenja.	Načrtovanje - Uvodna faza - Faza analize	Diagnostika predznanja
Znam/še želim spoznati	Dijaki na bel listič zapišejo, kaj so se naučili in kaj bi želeli še izvedeti ali poglobiti.	Načrtovanje - Uvodna faza - Faza aktivnosti in faza analize - Faza povzetka	Diagnostika predznanja
Samoocena sodelovanja	Dijaki na listič zapišejo številčno oceno (1–5), ki predstavlja njihovo zaznano stopnjo sodelovanja pri dejavnostih. Aktivnost spodbuja samorefleksijo o lastni vključenosti in prispevku k skupinskemu delu.	Faza analize - Faza evalvacije	Samovrednotenje, vrstniško vrednotenje
Moj partner za izziv	Z namenom izboljšanja timskega dela in sodelovanja imajo dijaki občasno možnost samoizbire naloge in izbire sodelavca/asistenta pri izvedbi negovalne intervencije (predvsem v zahtevnejših situacijah).	Načrtovanje - Uvodna faza	Dokazi
Kartice za osebni in profesionalni razvoj	Dijaki izberejo naključno kartico s ključnim pojmom za profesionalni razvoj ter predstavijo svoja mnenja in stališča glede tega pojma.	Uvodna faza - Faza aktivnosti in faza analize - Faza evalvacije	Dokazi
Prvi vtis in spoštljiv zaključek	Igra vlog, kjer dijaki v parih vadijo uvodno komunikacijo s pacientom in spoštljivo poslovanje po opravljenem delu, pri čemer doživijo tudi izkustveno učenje skozi praktično izkušnjo.	Faza aktivnosti in faza analize	Dokazi
Misel ob odhodu	Ob zaključku prakse dijaki z eno besedo izrazijo svoje vtise, kar spodbuja samorefleksijo in jedrnatno povzemanje doživetih izkušenj. Ta aktivnost omogoča hitro in učinkovito oceno njihovega doživljanja ter čustvenega odziva na praktično učno okolje.	Faza evalvacije	Samovrednotenje, vrstniško vrednotenje
Semafor uspešnosti izvedbe aktivnosti zdravstvene nege	Dijaki uporabijo semafor uspešnosti za samostojno oceno izvedbe aktivnosti zdravstvene nege. Na delovnem listu so navedeni ključni postopki in posamezne faze, ki jih morajo upoštevati med negovalnim procesom. S pomočjo barv semaforja (rdeča, rumena, zelena) označijo svojo stopnjo doseganja posameznih postopkov, kar spodbuja zavedanje lastnih kompetenc in področij za izboljšave.	Faza aktivnosti in faza analize - Faza evalvacije	Povratna informacija
Poklicna vizitka	Dijaki razmišljajo o virih podpore, močnih področjih in ciljih na področju poklica.	Faza aktivnosti in faza analize - Faza povzetka - Faza evalvacije	Dokazi

Tabela 1. Razporeditev dejavnosti po stopnjah formativnega spremljanja in fazah izkustvenega učenja

Vsako aktivnost je mogoče ob ustrezni prilagoditvi uporabiti v različnih fazah izkustvenega učenja in stopnjah formativnega spremljanja. Ključno je, da učitelj izbira aktivnosti ciljno, v skladu s pedagoškim namenom, ki ga želi doseči. Pomemben sestavni del vsake dejavnosti sta refleksija in evalvacija, saj omogočata poglobljanje razumevanja in podporo profesionalnemu razvoju dijakov.

3 REZULTATI

Aktivnosti izvedene v okviru praktičnega pouka so dijakom omogočale refleksijo praktične izkušnje in z njo povezanih izzivov, spodbudile so tudi razmislek o lastni vlogi in ciljih.

Vzporedni učinki izvedenih dejavnosti so se odražali v višji stopnji zadovoljstva tako pri meni kot učiteljici kot tudi pri dijakih. Okrepili so se medsebojna podpora, občutek varnosti in kakovost odnosov. Obojestransko zadovoljstvo je postalo temelj sodelovanja, ki je prispeval k večji motivaciji, zaupanju in odprtosti znotraj odnosa mentor – dijak.

Zaključna aktivnost je bila namenjena oblikovanju poklicne vizitke. Ob izbranih vrednotah, ki jih usmerjajo pri njihovem delu s pacienti so dijaki razmišljali o virih podpore, močnih področjih in ciljih na področju poklica. Vire podpore dijakom predstavljajo: družina, zadovoljstvo in pohvala s strani pacienta, želja po uspehu, znanju in pomoči ljudem. Močna področja so prepoznali v vzpostavljanju stika s pacientom in sposobnosti poslušanja, razumevanju pacientovih želja in potreb, izvedbi nekaterih negovalnih aktivnosti ter sposobnosti empatije do pacienta tudi v zahtevnejših situacijah. Cilji dijakov so se nanašali na želje po nadaljevanju študija in potrebo po strokovni in kakovostni izvedbi postopkov zdravstvene nege pri obravnavi pacientov.

Dijaki so zapisali: »Da bi vsakemu posamezniku (pacientu) zdravstvo predstavila v pozitivni luči, mu nudila strokovno obravnavo.« »Da so pacienti, s katerimi delam, zadovoljni z mojim delom ter da se v moji prisotnosti dobro počutijo.« »Pogum pri delu s pacienti.« »Delo v zdravstveni negi opravljati po najboljših močeh, kar se da strokovno, srčno in v dobro korist pacienta.« »Da mi pacient zaupa in je zadovoljen z mojim delom.« »Dobro počutje pacienta, kakovostno opravljanje zdravstvene nege, zaupanje pacienta in samozavestno opravljanje aktivnosti zdravstvene nege.«

4 RAZPRAVA

Pri izvajanju delavnic, namenjenih razvijanju samopodobe dijakov, je ključnega pomena, da učitelj že na začetku jasno pojasni namen in ozadje teh aktivnosti. Dijakom je treba predstaviti, da so dejavnosti del strokovno zasnovanega pristopa in temeljijo na sodelovanju šole v projektu Zavoda Republike Slovenije za šolstvo, s ciljem krepitev osebnostnega in strokovnega razvoja mladostnikov.

Še pomembneje pa je ustvariti podporno in varno učno okolje, v katerem dijaki niso prisiljeni k sodelovanju, temveč se jih spodbuja k prostovoljnemu izražanju mnenj in doživljanj. Vsak dijak ima pravico, da odloči, v kolikšni meri želi sodelovati, in da izrazi stališča le, če se ob tem počuti varno in pripravljeno. Upoštevanje teh načel prispeva k razvoju zaupanja, spoštovanja in varnega prostora za osebno rast.

V mentorskem odnosu, ki spodbuja reflektivno prakso, ima ključno vlogo odnos, utemeljen na spoštovanju, varnosti in zaupanju. Učinkovito mentorstvo temelji na upoštevanju individualnih razlik v predznanju, izkušnjah in osebnostnih značilnostih mentorirance, ob tem pa spodbuja iskreno izražanje lastnega mnenja, vprašanj in dvomov. Pomemben vidik takšnega odnosa je tudi medsebojna podpora, ki krepi občutek pripadnosti in varnega učenja. Hkrati je bistveno, da mentor ustvarja ustrezne izzive za profesionalni razvoj, s katerimi spodbuja razmišljanje, samostojnost in postopno prevzemanje odgovornosti.

5 ZAKLJUČEK

Spoštljiv odnos učitelja do dijakov je temelj za zagotavljanje čustvene varnosti, kar dijakom olajša soočanje z izzivi ter sprejemanje novih nalog in vlog. Pomembnost tega vidika potrjuje tudi mnenje dijakov v evalvaciji praktičnega pouka, ki je, v okviru aktivnosti s karticami za profesionalni razvoj na vprašanje »Kaj potrebujem za rast in izjemne dosežke?«, odgovoril, da potrebuje občutek sprejetosti, saj mu je ta omogočal sproščeno sodelovanje in povečal pogum pri izvajanju nalog. Na sliki 1 je prikaz profesionalnih kartic, ki so bile del aktivnosti pri praktičnem pouku.



Slika 1. Profesionalne kartice (»Vprašaj me ... razvijam se«, www.peskovnik.org)

Vec (2023) razlaga humanistično naravnost supervizije kot prepoznavanje človeka kot socialnega in učečega se bitja, ki z refleksijo in komunikacijo soustvarja svojo poklicno resničnost. Reflektivna praksa je v kontekstu praktičnega pouka ključna, saj dijakom omogoča poglobljeno razumevanje lastne vloge, odgovornosti in etične razsežnosti zdravstvene nege. Enako pomembna je za učitelje in medicinske sestre, ki skozi kontinuirano refleksijo razvijajo strokovnost, poklicno integriteto in čustveno odpornost. Humanistični pristop, podprt z refleksijo, supervizijo, intervizijo in mentorstvom, mora postati sestavni del vzgojno-izobraževalnega in zdravstvenega okolja. V prihodnje želim spodbujati izmenjavo pedagoških pristopov med učitelji v obliki intervizijskih skupin in strokovnih srečanj, kjer bomo s skupno refleksijo gradili kakovostno prakso in se razvijali kot strokovna skupnost.

LITERATURA

1. Bendelja, J. (2018). *Razvoj mentorskih kompetenc v supervizijskem procesu* [magistrska naloga, Univerza v Ljubljani].
2. Holcar B., A. (2017). *Formativno spremljanje v podporo vsake-mu učencu*. 2. zvezek, Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
3. Juren, E., Sobočan M., A. & Jurček, A. (2022). Pogledi na strokovno identiteto in njeno oblikovanje v času izobraževanja na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani. *Socialno delo*, 61(4), 301-315. <https://doi.org/10.51741/sd.2022.61.4.301-315>
4. Kranjčec, R. (2009). *Psihološki vidiki mentorstva kot vodstvene-nega odnosa* [doktorska naloga, Univerza v Ljubljani].
5. Makovec Radovan, D. (2024). *Kaj je poklicna pedagogika? Kako jo opredeljujemo in zakaj jo potrebujemo?* Center RS za poklicno izobraževanje. <https://cpi.si/wp-content/uploads/2024/08/Kaj-je-poklicna-pedagogika.pdf>
6. Marentič Požarnik, B. (2018). *Psihologija učenja in pouka: temeljna spoznanja in primeri iz prakse*. DZS.
7. Marentič Požarnik, B., Šarič, M. & Šteh, B. (2021). *Izkustveno učenje*. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
8. Mivšek, A. P. (2023). The Birthplace of Midwives, Kje se rojeva-jo babice? *Obzornik zdravstvene nege*, 57(3), 160-163. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.3.3253>
9. Muršak, J. (2009). Kriza poklicne identitete: vloga poklicnega strokovnega izobraževanja. *Sodobna pedagogika*, 60(1), 154-171. URN:NBN:SI:DOC-HPQ5QI1M from <http://www.dlib.si>
10. Peršolja, M. (2019). *Formativno spremljanje znanja v praksi: priročnik za učitelje*. Domžale: M. Peršolja.
11. Premec, K. (2016). *Pomen izobraževanja za oblikovanje po-klicne identitete v zdravstveni negi*. [diplomsko delo, Univerza v Ljubljani].
12. Vabo, G., Slettebø, A. & Fossum, M. (2022). Nursing students' professional identity development: An integrative review. *Nordic Journal of Nursing Research*, 42(2), 62-75. <https://doi.org/10.1177/20571585211029857>
13. Vec, T. (2023). Teoretična izhodišča razvojnoedukativno-integrativnegamodela supervizije. *Socialna pedagogika*, 27(3-4), 307-331. <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-99IZCAIO>

MEDGENERACIJSKI IZZIVI V ZDRAVSTVU IN IZOBRAŽEVANJU V ZDRAVSTVENI NEGI

Barbara Smrke, mag. zdr. nege

Splošna bolnišnica Celje, Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

mag. Jerneja Meža

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

barbara.smrke@sb-celje.si



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zdravstveni sistemi se v 21. stoletju soočajo z izrazitimi demografskimi in organizacijskimi spremembami, kjer medgeneracijske razlike pomembno vplivajo na komunikacijo, sodelovanje in kakovost kliničnega ter pedagoškega dela. Namen raziskave je preučiti medgeneracijske razlike v zdravstvenih timih in pedagoškem procesu ter njihov vpliv na sodelovanje, saj razumevanje teh razlik prispeva k boljšemu timskemu delu in učinkovitejšemu izobraževanju zdravstvenih delavcev.

Metoda: V raziskavi smo izvedli spletno anketo z odprtimi vprašanji, oblikovanimi na podlagi pregleda literature, ki jo je izpolnilo šest visokošolskih predavateljev Fakultete za zdravstvene vede v Celju in štirje strokovni vodje iz Splošne bolnišnice Celje. Zbrane podatke smo obdelali s tematsko kvalitativno analizo, pri kateri smo odgovore razvrstili v vnaprej določene vsebinske kategorije za sistematično primerjavo medgeneracijskih razlik.

Rezultati: Analiza besedila je pokazala, da mlajši anketiranci dajejo prednost digitalni komunikaciji, fleksibilnosti, hitremu napredovanju in uporabi sodobnih orodij, starejši anketiranci pa osebni stiku, stabilnosti, lojalnosti in postopnemu učenju. Razlike vplivajo na timsko delo, odnos do avtoritete in pristop k učenju, kar pogosto vodi do izzivov pri sodelovanju. Anketiranci so kot ključne rešitve izpostavili spoštljivo komunikacijo, medgeneracijsko učenje, jasne vloge v timu in podporo pri uporabi tehnologije. Med dobrimi praksami izstopajo mentorstvo, timsko delo in refleksija, ki omogočajo prenos znanja in večjo kohezijo med generacijami. Rezultati potrjujejo, da ustrezno upravljanje medgeneracijskih razlik prispeva k boljši kakovosti klinične prakse in izobraževanja.

Razprava: Ugotovitve so skladne z dosedanjimi raziskavami, ki medgeneracijske razlike povezujejo z razlikami v vrednotah, komunikaciji in odnosu do tehnologije. Hkrati pa rezultati raziskave razkrivajo, da je delitev na »mlajše« in »starejše« pogosto subjektivna in temelji na izkušnjah udeležencev, kar odpira prostor za nadaljnje raziskave. Medgeneracijsko sodelovanje prinaša prednosti

v kombinaciji inovativnosti in izkušenj, bogatejšega timskega dela, a tudi izzive, kot so tehnološki razkorak, razlike v komunikacijskih slogih, vrednotah in pričakovanjih.

Ključne besede: medgeneracijske razlike, zdravstvena nega, mentorstvo, komunikacija, delovne vrednote

ABSTRACT

Theoretical Background: In the 21st century, healthcare systems face significant demographic and organizational changes, where intergenerational differences have a strong impact on communication, collaboration, and the quality of both clinical and educational work. The purpose of the research is to examine intergenerational differences in healthcare teams and the pedagogical process and their impact on collaboration, as understanding these differences contributes to better teamwork and more effective education of healthcare professionals.

Method: The research involved an online survey with open-ended questions based on a literature review, filled out by six university lecturers from the Faculty of Health Sciences in Celje and four professional leaders from the Celje General Hospital. The collected data was processed using thematic qualitative analysis, in which the responses were classified into predefined content categories for a systematic comparison of intergenerational differences.

Results: The analysis of the text showed that younger people prioritize digital communication, flexibility, rapid advancement and the use of modern tools, while older people prefer personal contact, stability, loyalty and gradual learning. Differences affect teamwork, attitudes towards authority and approaches to learning, which often leads to challenges in collaboration. Participants highlighted respectful communication, intergenerational learning, clear roles in the team and support in the use of technology as key solutions. Mentoring, teamwork and reflection stand out among good

practices, which enable knowledge transfer and greater cohesion between generations. The results confirm that appropriate management of differences contributes to better quality of clinical practice and education.

Discussion: *The findings are consistent with previous research linking intergenerational differences to variations in values, communication, and attitudes toward technology. At the same time, the study revealed that the division into "younger" and "older" is often subjective and based on participants' experiences, opening space for further research. Intergenerational collaboration brings advantages (a combination of innovation and experience, richer teamwork) but also challenges (technological gaps, differences in communication styles, values, and expectations).*

Keywords: *intergenerational differences, nursing, mentorship, communication, work habits*

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Zdravstveni sistemi v Evropi in širše se v 21. stoletju intenzivno soočajo z demografskimi in organizacijskimi spremembami. Staranje prebivalstva, rast bremena kroničnih bolezni, digitalizacija in mobilnost zaposlenih vplivajo na dnevno delo zdravstvenih timov. Eden izmed manj obravnavanih, a ključnih vidikov teh premikov so medgeneracijski izzivi – to je niz situacij, v katerih razlike med generacijami zaposlenih in študentov vplivajo na komunikacijo, razdelitev dela, prenos znanja in kakovost obravnave pacientov. V zdravstveni negi, kjer je delo timsko, hitro in pogosto čustveno zahtevno, se takšne razlike izraziteje pokažejo kot v nekaterih drugih sektorjih (Haddad & Toney-Butler, 2024).

Medgeneracijske razlike se najpogosteje kažejo v delovnih vrednotah (npr. v odnosu do nadur in lojalnosti), v komunikacijskih preferencah (ustni dogovor, elektronska komunikacija, kratka digitalna sporočila), v pričakovanjih do vodij in organizacije dela ter v uporabi informacijske tehnologije. V literaturi je poudarjeno, da te razlike same po sebi niso problem, postanejo pa problem, ko jih organizacije ne prepoznajo in nanje ne odgovorijo s pedagoškimi in kadrovskimi ukrepi (Scholz Mellum, 2024).

Za izobraževanje v zdravstveni negi to pomeni, da morajo programi in pedagoški pristopi zagotavljati okolje, v katerem je medgeneracijsko učenje načrtovano, varno in ciljno usmerjeno – od simulacijskih vaj do kliničnih praks, kjer se študenti in mentorji različnih generacij učijo sodelovati in reflektirati vrednote drug drugega (Kuo et al., 2021).

V delovnih okoljih zdravstvene nege so običajno zastopane vsaj štiri generacije, medtem ko v izobraževalnem sistemu na visokošolskih zavodih prevladuje generacija Z. Poglavitne značilnosti se pri Baby boom generaciji (1946–1964) nanašajo na visoko delovno etiko, stabilnost in lojalnost do organizacije, pri čemer dajejo prednost jasnim pravilom in hierarhičnim strukturam, cenijo pa osebno komunikacijo in postopno uvajanje sprememb. Generacija X (1965–1980) se odlikuje po samostojnosti, pragmatičnosti

in prilagodljivosti. Pričakuje ravnovesje med delom in zasebnim življenjem, transparentnost odločitev, ustreza jim tako pisna kot elektronska komunikacija. Milenijci oziroma generacija Y (1981–1996) so izrazito digitalno pismeni, usmerjeni v timsko delo ter imajo potrebo po pogostih povratnih informacijah in možnostih napredovanja. Zanje sta pomembna smisel dela in njegov družbeni učinek. Najmlajša generacija Z (1997–2010) pa izstopa po zelo visokih tehnoloških kompetencah, pričakovanju fleksibilnosti in vključujočega okolja, hkrati pa izkazuje visoko senzibilnost za dobrobit in duševno zdravje. Čeprav gre za posplošitve, ki ne veljajo za vsakega posameznika, takšni opisi omogočajo razumevanje tipičnih virov razlik v pričakovanjih glede nadzora, odgovornosti in načina učenja (The McGill Nursing Collaborative for Education and Innovation in Patient and Family Centered Care, 2020).

V klinični praksi se razlike pogosto izrazijo na štirih področjih. Prvo področje je komunikacija: starejše generacije dajejo prednost daljšim usklajevalnim srečanjem in osebnemu stiku, mlajše pa pogosteje uporabljajo kratke digitalne kanale in pričakujejo hitro odzivnost. Drugo področje je raba tehnologije: za mlajše je njena uporaba običajno manj stresna; starejši pa potrebujejo strukturirano podporo, ki omogoča varno učenje (Abujaber et al., 2024). Tretje področje je motivacija: mlajši pogosto iščejo razvojne priložnosti in projektno delo, medtem ko starejši cenijo stabilnost in priznanje za dolgoletni prispevek. Četrto področje je pristop k obvladovanju stresa: raziskave nakazujejo razlike v strategijah spoprijemanja in uporabi socialne podpore med generacijami, kar vpliva na sodelovanje v timu in na odnose z mentorji (Scholz Mellum, 2024).

Če organizacije in izobraževalne institucije medgeneracijskih razlik ne naslovijo, se pojavijo ponavljajoči se vzorci težav: (a) konfliktni stil komuniciranja in napačne interpretacije tonov sporočil (npr. kratka sporočila kot znak nevljudnosti), (b) odpor do sprememb in »tiha« opozicija pri uvajanju novih tehnologij, (c) neuravnotežena razdelitev mentorstva in kliničnih bremen, (d) izčrpanost in izgorelost zaradi pomanjkanja podpore ter (e) povečano tveganje za napake v obravnavi zaradi slabega pretoka informacij. Vsi ti dejavniki so v literaturi povezani z zadovoljstvom in zadržanjem kadra (retention), kakovostjo in varnostjo obravnave ter stroški fluktuacije (Haddad & Toney Butler, 2024; American Hospital Association, 2014).

V učnih okoljih se izzivi kažejo v preveliki odvisnosti od enega didaktičnega pristopa, neenakomerni uporabi simulacij, pomanjkanju strukturiranih povratnih informacij in redkih priložnostih za refleksijo. Študenti različnih starosti imajo različne učne stile; kombinacija problemsko zasnovanega učenja, simulacijskih scenarijev, refleksivnih dnevnikov in projektov je bolj vključujoča in zmanjšuje generacijski »prepad« (Kuo et al., 2021).

Namen raziskave je bil preučiti medgeneracijske razlike in izzive v timskem delu v kliničnem okolju in pedagoškem procesu ter razumeti njihov vpliv na sodelovanje v timu, pedagoški in klinični proces, pri čemer je bil cilj raziskovanja zbrati izkušnje in predloge udeležencev za učinkovitejše sodelovanje ter boljše razumevanje teh razlik v praksi.

2 METODE

Raziskovalna metodologija

V raziskavi smo izvedli spletno anketo z odprtimi vprašanji na temo medgeneracijskih razlik in izzivov, s katerimi se srečujejo zaposleni v zdravstvu pri tiskem delu in v pedagoškem procesu.

Podatke smo analizirali s pomočjo tematske analize. Uporabili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Katere so ključne medgeneracijske razlike med zdravstvenimi delavci pri komunikaciji, vrednotah, delovnih navadah, pričakovanjih in uporabi tehnologije?
2. Kako se medgeneracijske razlike odražajo v pedagoškem procesu in kako v kliničnem okolju?
3. Katere oblike medgeneracijskega sodelovanja prispevajo k učinkovitejšemu delu v zdravstvenih in izobraževalnih ustanovah?

Opis instrumentarija

Vprašanja za spletno anketo smo sestavili na podlagi pregleda strokovne literature, ki smo jo iskali v spletnih bazah podatkov PubMed in Google Scholar s pomočjo ključnih besed v slovenskem in angleškem jeziku: medgeneracijske razlike, komunikacija, zdravstvena nega, mentorstvo in delovne vrednote. Spletna anketa je bila sestavljena iz naslednjih vprašanj oz. tem: (1) Katere medgeneracijske razlike pri delu znotraj vašega tima ali v pedagoškem procesu najpogosteje opazate na področju komunikacije, vrednot, delovnih navad, pričakovanj, uporabe tehnologije ali drugih področjih? (2) Kako se te razlike kažejo v vsakodnevni praksi ali pri kliničnem usposabljanju? (3) S katerimi izzivi se srečujete pri sodelovanju z mlajšimi oz. starejšimi generacijami in kako jih poskušate reševati? (4) Katere dobre prakse bi priporočili za boljše medgeneracijsko sodelovanje v kliničnem okolju ali pri izobraževanju? (5) Kakšne so glavne prednosti in slabosti sodelovanja z različnimi generacijami? (6) Kateri pristopi k mentorstvu se vam zdijo najbolj učinkoviti pri delu z različnimi generacijami?

Opis vzorca

Anketo je izpolnilo šest visokošolskih predavateljev iz Fakultete za zdravstvene vede v Celju in štirje strokovni vodje iz Splošne bolnišnice Celje.

Potek zbiranja in obdelave podatkov

Pri obdelavi zbranih podatkov smo uporabili tematsko kvalitativno analizo vsebine odgovorov, analizo besedila po vnaprej določenih tematskih kategorijah, ki so bile oblikovane na podlagi raziskovalnih vprašanj. Tako je bila za vsako posamezno vprašanje izvedena tematska analiza besedila, pri čemer smo odgovore udeležencev razvrstili glede na že določene vsebinske sklope: komunikacija, vrednote, delovne navade, pričakovanja, uporaba tehnologije, pedagoški proces, klinično okolje in oblike medgeneracijskega sodelovanja. Takšen pristop omogoča sistematično primerjavo medgeneracijskih razlik in njihovih posledic v zdravstvenem in izobraževalnem okolju.

Etični vidik raziskovanja

Raziskava je bila izvedena ob spoštovanju vseh etičnih načel raziskovalnega dela. Udeležba je bila prostovoljna, sodelujočim je bila zagotovljena popolna anonimnost. Vsi udeleženci so bili predhodno seznanjeni z namenom raziskave in podali informirano soglasje za sodelovanje. Raziskava je bila odobrena s strani Etične komisije Splošne bolnišnice Celje, kar potrjuje, da je skladna z etičnimi standardi ter usmerjena v varovanje dostojanstva, zasebnosti in pravic sodelujočih.

3 REZULTATI

Na podlagi izvedene tematske analize besedila predstavljamo rezultate raziskave. Rezultati so prikazani posamezno za vsako anketno vprašanje, kar omogoča jasn pregled ključnih ugotovitev in razlik, ki so se pokazale pri odgovorih udeležencev.

V Tabeli 1 so zbrana opažanja udeležencev glede najpogostejše zaznanih medgeneracijskih razlik pri delu v timu in v pedagoškem procesu. Odgovori so razvrščeni po ključnih področjih: komunikacija, vrednote, delovne navade, pričakovanja, uporaba tehnologije in druga opažanja.

V nadaljevanju nas je zanimalo, kako se medgeneracijske razlike odražajo tako v pedagoškem procesu kot v klinični praksi, kar prikazujejo ključni vzorci izpostavljeni v Tabeli 2.

Pri sodelovanju z različnimi generacijami se pojavljajo različni izzivi, ki zahtevajo prilagojene pristope. Mlajši in starejši udeleženci prinašajo specifične značilnosti, ki vplivajo na komunikacijo, uporabo tehnologije, delovne navade in timsko dinamiko. V Tabeli 3 so prikazani glavni izzivi in strategije, s katerimi se skušajo reševati medgeneracijske razlike v praksi.

Zanimalo nas je tudi, katere dobre prakse bi anketiranci priporočili za boljše medgeneracijsko sodelovanje v kliničnem okolju ali v pedagoškem procesu, kar prikazuje Tabela 4.

Sodelovanje med različnimi generacijami prinaša številne prednosti, hkrati pa tudi določene izzive. Vsaka generacija ima svoje specifične značilnosti, znanja in izkušnje, ki lahko ob medsebojnem spoštovanju in sodelovanju prispevajo k boljši kakovosti dela, učenju ter osebnostnemu razvoju vseh vpletenih. Razlike v vrednotah, komunikaciji in pristopih pa lahko povzročijo tudi nesporazume, konflikte ali neučinkovitost, če niso pravočasno prepoznane in ustrezno naslovljene. Predstavljamo ključne prednosti in slabosti, ki so jih izpostavili anketiranci (Tabela 5).

Anketiranci so na koncu izpostavili še najbolj učinkovite pristope mentorstva pri delu z različnimi generacijami. Odgovore smo razvrstili v več tematskih kategorij, ki predstavljajo ključne pristope in dimenzije mentorstva (Tabela 6).

Tema	Opis
Komunikacija	razlike med osebno in digitalno komunikacijo; mladi: sproščeni, neposredni, hitri odgovori; starejši: osebni stik, daljši premislek; pomanjkanje profesionalne komunikacije (pravopis, ton); težave brez telefona, več uporabe SMS/mail/družbenih omrežij; azlike med vrstniško in medgeneracijsko komunikacijo (grupiranje).
Vrednote	starejši: stabilnost, lojalnost, vztrajnost, timski duh; mladi: avtentičnost, prosti čas, zaslužek, hitro zadovoljstvo; manj skupinskega duha, več individualizma; spremembe v vrednotah skozi generacije (od varnosti k fleksibilnosti in izražanju sebe); občutek pomanjkanja vrednot pri mlajših.
Delovne navade	starejši: lojalnost, stalnost, pripravljenost delati več (tudi brezplačno); mladi: fleksibilnost, delo od doma, manj delovnih navad, pogoste menjave služb; odgovornost in spoštovanje rokov pri mlajših manj izrazito potreba po stalnih opominih; razlike v kritičnosti (mladi hitreje ocenjujejo druge, manj samokritike); izvor delovnih navad v družini; nihanje delovnih navad med posamezniki.
Pričakovanja	mladi: hitro napredovanje, priznanje, fleksibilnost, večja plača za manj dela; starejši: potrpežljivost, spoštovanje hierarhije, postopno napredovanje; razlike v vlogi učitelja (iz »prenašalca znanja« v »usmerjevalca«); pričakovanja po interaktivnosti in prilagodljivosti v izobraževanju; občutek, da mladi niso pripravljeni na delo »na socialni pogon«.
Uporaba tehnologije	mladi: zelo spretni, hitri pri učenju, uporabljajo sodobne aplikacije in AI (ChatGPT); starejši: učijo se sproti, uporabljajo le tisto, kar res potrebujejo; mladi pogosteje uporabljajo tehnologijo za druženje kot za učenje; razlike v odnosu: starejši raje osebna razlaga, mladi digitalna orodja; možnost medgeneracijskega učenja (mladi pomagajo starejšim, starejši jih učijo mehkih veščin).
Drugo	razlike tudi znotraj iste generacije (npr. med letniki); generacijskih razlik ne moremo posploševati, potrebna individualna obravnava; velika potreba po motivaciji pri mlajših.

Tabela 1. Najpogostejše opažene medgeneracijske razlike pri delu znotraj tima v kliničnem okolju in v pedagoškem procesu.

Tema	Opis
Pristop k učenju	Mlajši se učijo »v izi«, iščejo instant znanje, pogosto preko vprašanj, brez celovitega razumevanja teme; Starejši dodajajo znanje iz izkušenj, bolj sistematično pristopajo k učenju; Večja uporaba interneta in aplikacij pri iskanju informacij pri mlajših generacijah.
Odgovornost	Zmanjšana odgovornost pri mladih: težje spoštujejo pravila, potrebujejo več opominjanja; Nižja pripadnost timu, težko sprejemajo kritiko; Starejši kažejo več odgovornosti, so zanesljivejši pri izvajanju nalog.
Odnos do avtoritete / mentorja	Mlajši iščejo mentorja kot svetovalca ali podpornika, ne kot strogega nadrejenega. Pogosteje pričakujejo stalne povratne informacije in fleksibilnost; Starejši spoštujejo avtoriteto, pričakujejo poslušnost in postopno pridobivanje znanja.
Komunikacija in sodelovanje	Mlajši: bolj sproščena komunikacija, več vprašanj za pomoč ali pojasnila; Mlajši zahtevajo več usklajevanja in manj delegiranja, kar vpliva na timsko delo.
Izobraževanje in razumevanje	Starejši pedagogi potrebujejo dodatna izobraževanja za razumevanje mladih; Obračanje je obojestransko: mladi in starejši se morajo prilagajati.

Tabela 2. Pojavljanje medgeneracijskih razlik v vsakodnevni praksi in kliničnem usposabljanju

Tema	Opis
Komunikacija in odnos	Sprejemanje drugih kot enakovrednih in spoštljiva komunikacija; Težave se rešujejo sproti s pogovorom, brez opozarjanja na napake pred pacienti ali sodelavci; Poudarek na odprti in spoštljivi komunikaciji ter jasni opredelitvi ciljev in vlog v timu.
Mlajše generacije	Glavni izziv je odvisnost od tehnologije in prekomerna uporaba telefona (včasih prepovedanega, npr. pri predajah); Mlajši pogosto pričakujejo stalno pomoč in prilagajanje okolja; Pogosto vidijo le svoj delovni čas in se težje prilagajajo potrebam tima; Rešitve: jasno postavljanje meja, individualna pomoč, kadar je res potrebna, spodbujanje samostojnosti in odgovornosti.
Starejše generacije	Težave se kažejo pri uporabi e učilnic, digitalnih orodij in prilagajanju novim pedagoškim pristopom; Rešitve: individualna podpora pri uporabi tehnologije, razlaga organizacijske sheme in kliničnih poti, postopno uvajanje sprememb.
Sodelovanje in klima	Pomembno je vključevanje mlajših v delovni proces, da se počutijo kot del tima; Poudarek je na prepoznavanju pozitivnih lastnosti in ustrezni delitvi dela; Ohranjanje dobre klime z usmerjanjem, pohvalami in kombinacijo različnih učnih metod.
Vodstveni pristopi	Vodja mora zagotoviti varno in nemoteno delo ter ustvarjati delovno okolje, ki združuje stabilnost in inovativnost; Ključna strategija je spodbujanje sodelovanja, prenosa znanja in timskega dela.

Tabela 3. Glavni izzivi in strategije pri medgeneracijskem sodelovanju v praksi

Tema	Opis
Sprejem in vključevanje	Predstavitve študenta in zaposlenih na oddelku, ogled prostorov in razlaga poteka dela, jasna navodila za naloge in postopke, dvosmerno spoznavanje med študenti in zaposlenimi (primer: menjavanje plenice pacientu).
Timsko delo in skupinske aktivnosti	Skupinske in medgeneracijske »problem-solving« naloge, simulacije primerov iz prakse, spodbujanje refleksij in razprav v skupini, skupno delo starejših in mlajših študentov v kliničnem okolju.
Mentorstvo in podpora	Pohvala za zavzetost, natančnost, prilagodljivost, možnost nagrad (prosta ura, dan) za izstopajoče študente, razumevanje in sprejemanje razlik, starejši mentorji predajajo klinične izkušnje in vrednote, mlajši mentorji podpirajo uporabo tehnologije in digitalnih rešitev.
Medgeneracijsko učenje in izmenjava znanja	Povezovanje starejših (izkušnje) in mlajših (digitalno znanje) pri projektih, reflektivno učenje, simulacije, praktične vaje, dvosmerna povratna informacija, spoštljiva in konkretna.
Komunikacija in odnosi	Spodbujanje spoštljive komunikacije, razbijanje stereotipov, izogibanje kritiki, ki temelji na položaju ali hierarhiji, poudarjanje pozitivnih vedenj, družabne aktivnosti (odmori, pikniki, pohodi, zabave).
Organizacijski pristopi	Prikaz dobrih in slabih značilnosti generacij, skupna izobraževanja in delavnice za boljše timsko delo, več sodelovanja s kliničnimi mentorji, nadgradnja sodelovanja z visokošolskim zavodom, prilagajanje željam študentov za lažje sodelovanje.

Tabela 4. Dobre prakse za izboljšanje medgeneracijskega sodelovanja v kliničnem in pedagoškem okolju

Prednosti	Slabosti
Različne perspektive, znanje in izkušnje generacij bogatijo timsko delo. Mlajši prinašajo nove ideje, starejši klinične izkušnje; kombinacija preverjenih metod in inovativnih rešitev. Učenje prilagodljivosti in vseživljenjsko učenje. Prenos znanja med generacijami, izmenjava izkušenj, boljša oskrba pacientov. Motivacija za spremljanje novitet, dinamično timsko delo	Različni komunikacijski slogi, tehnološki razkorak, razlike v vrednotah. Nepotrpežljivost, kratkotrajna koncentracija mlajših, konfliktnost ob kritiki. Preveč uporabe telefona, spori glede avtoritete in izkušenj. Primer: mlada zdravnica in starejša medicinska sestra se ne strinjata glede zdravlila; rešitev z nadrejenim omogoči uspešno stabilizacijo pacienta. Zahteva veliko časa, potrpljenja in poslušanja za medgeneracijske razlike

Tabela 5. Glavne prednosti in slabosti sodelovanja z različnimi generacijami.

Metoda	Opis
Demonstracija in praktično delo	Mentor pokaže postopek, študent ali mlajši sodelavec ponovi.
Individualni pristop	Prilagajanje stila mentorstva glede na generacijo, upoštevanje potreb posameznika.
Partnersko/medsebojno učenje	Starejši učijo mlajše, mlajši pomagajo starejšim (npr. digitalna orodja).
Spoštovanje in komunikacija	Spoštljiva komunikacija, poslušanje, odprtost za nove ideje, odkrit pogovor.
Refleksija in povratne informacije	Spodbujanje refleksije, jasne usmeritve, sproti reševanje konfliktov.
Učenje ob pacientu	Praktično delo v kliničnem okolju z mentorjevim nadzorom za varnost in izkušnje.

Tabela 6. Učinkoviti pristopi mentorstva pri delu z različnimi generacijami

4 RAZPRAVA

Raziskava se osredotoča na preučevanje medgeneracijskih razlik v zdravstvenih timih in pedagoškem procesu, s poudarkom na komunikaciji, vrednotah, delovnih navadah, pričakovanjih, uporabi tehnologije ter izzivih in priložnostih za medgeneracijsko sodelovanje. Predavatelji in strokovni vodje so osvetlili različne poglede na odnose med generacijami, izzive, ki se pojavljajo pri pedagoškem in kliničnem delu, ter dobre prakse, ki prispevajo k boljšemu sodelovanju. Rezultati raziskave osvetlujejo raznolikost izkušenj, pristopov in pričakovanj med različnimi generacijami v kliničnem okolju in v pedagoškem procesu. Anketiranci so generacije razdelili le na mlajše in starejše, pri čemer ta delitev ni sledila standardnim definicijam generacij, kot so opisane v strokovni literaturi, ampak temelji na osebnih zaznavah in izkušnjah sodelujočih. Tak subjektivni pristop lahko vpliva na primerjave z uradnimi raziskavami o generacijskih značilnostih.

V nadaljevanju so predstavljeni ključni izsledki raziskave, razdeljeni glede na tri raziskovalna vprašanja, ki obravnavajo razlike med generacijami, njihovo odražanje v pedagoškem in kliničnem okolju ter oblike medgeneracijskega sodelovanja.

Katere so ključne medgeneracijske razlike med zdravstvenimi delavci pri komunikaciji, vrednotah, delovnih navadah, pričakovanjih in uporabi tehnologije?

Raziskava je pokazala, da se med zdravstvenimi delavci v pedagoškem procesu in negovalnem timu izražajo izrazite medgeneracijske razlike. Pri komunikaciji mlajši zdravstveni delavci komunicirajo digitalno, hitro in sproščeno, pogosto prek SMS-ov, e-pošte ali družbenih omrežij, medtem ko starejši zdravstveni delavci dajejo prednost osebni stiku in premišljenim, sistematičnim odgovorom. Pojavljajo se tudi težave pri profesionalnem tonu, pravopisu ter razlikah med vrstniško in medgeneracijsko komunikacijo. Kar zadeva vrednote, mlajši zdravstveni delavci cenijo fleksibilnost, avtentičnost in prosti čas, starejši zdravstveni delavci pa stabilnost, lojalnost, vztrajnost in timski duh. Skozi generacije je zaznati premik od varnosti k fleksibilnosti in izražanju sebe, pri čemer mlajši zdravstveni delavci pogosto kažejo več individualizma in manj skupinskega duha. V delovnih navadah se razlikujejo predvsem v pristopu k nalogam in odgovornosti; so fleksibilni, pogosto menjajo delovna mesta in potrebujejo stalne opomnike, medtem ko starejši zdravstveni delavci izkazujejo zanesljivost, lojalnost in pripravljenost delati več ter spoštujejo roke (Tan & Chin, 2023). Razlike se kažejo tudi v kritičnosti in izvoru delovnih navad. Pri pričakovanjih mlajši zdravstveni delavci pogosto želijo hitro napredovanje, priznanje, fleksibilnost in višjo plačo za manj dela, starejši zdravstveni delavci pa cenijo potrpežljivost, spoštovanje hierarhije in postopno pridobivanje znanja. Pri tem mlajši zdravstveni delavci iščejo mentorja kot svetovalca in podporo, starejši zdravstveni delavci pa kot usmerjevalca znanja. V uporabi tehnologije so mlajši zdravstveni delavci zelo spretni, hitri pri učenju, uporabljajo aplikacije in umetno inteligenco, pogosto pa tehnologijo uporabljajo tudi za druženje. Starejši zdravstveni delavci uporabljajo le nujno potrebno tehnologijo in se učijo sproti. Obenem se pokaže priložnost za medgeneracijsko učenje: mlajši zdravstveni delavci pomagajo starejšim pri digitalnih veščinah, starejši zdravstveni delavci pa

mlajšim pri kliničnih in mehkih veščinah. Podobno su ugotovili tudi Cecconi et al. (2025), ki pravijo, da se razlike v vrednotah kažejo v tem, da starejši zdravstveni delavci cenijo stabilnost, predanost in varnost, medtem ko mlajši dajejo prednost prostemu času, fleksibilnosti, hitri nagradi in avtentičnosti. S tem vrednote postajajo bolj individualistične, kar vpliva na dinamiko dela in pričakovanja v kliničnem okolju.

Zgodovinsko je prevladovalo prepričanje, da morajo novi zaposleni »plačati svoj davek«: »Delaj, kar ti je naročeno, in upaj, da boš sčasoma napredoval.« Sodobni novinci tega pogleda ne delijo vedno. Kot je opisal eden izmed vodij: »Nekoč sem lahko dal ukaz mlajšemu zaposlenemu in pričakoval, da ga bo takoj izvršil. Zdaj moram 20 minut razlagati, zakaj je to pomembno.« Bowman & Meier (2025) poudarjata, da je za generacijo, ki je odrasla s tehnologijami, ki omogočajo skoraj neomejen dostop do informacij in komunikacije, razumevanje hierarhičnih struktur drugačno, kar lahko starejšim sodelavcem, ki so napredovali po rigidnejši hierarhiji, deluje prepotentno.

Kako se medgeneracijske razlike odražajo v pedagoškem procesu in kliničnem okolju?

Raziskava je pokazala, da se medgeneracijske razlike v pedagoškem procesu in kliničnem okolju odražajo na več ravneh. Mlajši zdravstveni delavci pogosto iščejo hitro, »instant« znanje, uporabljajo digitalne vire in postavljajo številna vprašanja, pri čemer je njihovo razumevanje včasih manj celovito. Starejši zdravstveni delavci pristopajo sistematično, vključujejo svoje izkušnje in znanje, pridobljeno skozi prakso, ter se zanašajo na premišljen in strukturiran način učenja. Podobno ugotavljajo tudi Cecconi et al. (2025), ki menijo, da so mlajši zdravstveni delavci večji digitalnih tehnologij, vendar jih pogosto uporabljajo površno in brez preverjanja zanesljivosti, medtem ko starejši zdravstveni delavci tehnologijo osvajajo postopoma, a lahko od mlajših prevzemajo določena znanja.

Razlike se kažejo tudi pri odgovornosti in spoštovanju pravil; mlajši zdravstveni delavci imajo večjo potrebo po opominjanju, težje sprejemajo kritiko in včasih manj prispevajo k timskemu delu, medtem ko starejši zdravstveni delavci izkazujejo večjo zanesljivost, odgovornost in spoštovanje dogovorjenih postopkov. V odnosu do mentorstva mlajši zdravstveni delavci pogosto iščejo svetovalca ali podpornika ter pričakujejo sprotne povratne informacije in prilagodljivost, starejši zdravstveni delavci pa mentorstvo razumejo kot postopno pridobivanje znanja z upoštevanjem hierarhije. Avtorji poudarjajo, da je podpora mentorjev za profesionalni razvoj študentov ključni vidik dela medicinskih sester na začetku njihove kariere (Pawlak et al., 2022).

Medgeneracijske razlike se odražajo tudi v komunikaciji in sodelovanju; mlajši zdravstveni delavci uporabljajo sproščeno komunikacijo in zahtevajo več usklajevanja, kar vpliva na timsko dinamiko, medtem ko starejši zdravstveni delavci dajejo prednost premišljenim pogovorom in strukturiranemu sodelovanju, kar prispeva k stabilnosti kliničnega in pedagoškega okolja. Učinkovitost timske komunikacije se poveča z odprto in spoštljivo izmenjavo znanja ter izkušnj med generacijami, kar omogoča doseganje polnega potenciala vseh članov, boljšo kakovost oskrbe pacientov in večje

zadovoljstvo zaposlenih (Pawlak et al., 2022). Priložnosti za medgeneracijsko učenje so jasne: mlajši zdravstveni delavci predajajo starejšim digitalne veščine in uporabo tehnologije; starejši zdravstveni delavci pa prenašajo klinične izkušnje, mehke veščine in timski pristop. Dvosmerna izmenjava znanja izboljšuje tako kakovost pedagoškega procesa kot klinične prakse, hkrati pa spodbuja razumevanje in sodelovanje med generacijami.

Katere oblike medgeneracijskega sodelovanja prispevajo k učinkovitejšemu delu v zdravstvenih in izobraževalnih ustanovah?

Raziskava je pokazala, da različne oblike medgeneracijskega sodelovanja pomembno prispevajo k učinkovitejšemu delu v zdravstvenih in izobraževalnih ustanovah. Ena ključnih oblik je mentorstvo, pri katerem starejši mentorji prenašajo klinične izkušnje, vrednote in timski pristop, mlajši mentorji pa podpirajo uporabo digitalnih orodij in tehnologije. Pomemben je tudi individualni pristop, ki omogoča prilagajanje stila mentorstva potrebam posameznikov ter pohvalo in priznanje za zavzetost, natančnost in prilagodljivost. Medgeneracijsko učenje in izmenjava znanja omogočata povezovanje starejših mentorjev z izkušnjami in mlajših mentorjev z digitalnim znanjem pri projektih, reflektivnem učenju, simulacijah in praktičnih vajah. Dvosmerna povratna informacija spodbuja spoštljiv in konkreten prenos veščin, kar izboljšuje tako pedagoški kot klinični proces. Timsko delo in skupinske aktivnosti prav tako spodbujajo sodelovanje med generacijami; vključujejo »problem-solving« naloge, simulacije primerov iz prakse, refleksije in razprave ter skupno delo starejših in mlajših sodelavcev ali študentov (Nurani & Lee, 2025). Pomembni so tudi pristopi, ki krepijo komunikacijo in odnose, kot so spoštljiva komunikacija, razbijanje stereotipov, opuščanje kritike z višjih nivojev ter družabne aktivnosti, ki spodbujajo povezovanje.

Organizacijski ukrepi, kot so predstavitve dobrih in slabih značilnosti generacij, skupna izobraževanja, delavnice za izboljšanje timskega dela, sodelovanje s kliničnimi mentorji in prilagajanje željam študentov, dodatno prispevajo k učinkovitemu medgeneracijskemu sodelovanju (Tabaku, 2024). Takšen kombiniran pristop omogoča optimalno izrabo izkušenj in inovativnosti ter izboljšuje kakovost dela in pedagoškega procesa

Generacijske razlike se v klinični praksi kažejo predvsem v pristopih k učenju, pričakovanjih glede mentorstva, stopnji odgovornosti in načinu komunikacije. Mlajše generacije iščejo hitre in praktične rešitve, starejši pa so bolj sistematični, potrpežljivi in spoštujejo hierarhijo. To vpliva na dinamiko timskega dela in zahteva prilagajanje obeh strani (Bowman & Meier, 2025).

Na podlagi rezultatov raziskave in teoretičnega pregleda strokovne literature podajamo sistematične pristope in strategije, ki pripomorejo k premagovanju razlik in spodbujanju učinkovitega medgeneracijskega sodelovanja:

1. Načrtna komunikacija in dogovorjeni kanali: določitev pravil za uporabo e pošte, kratkih sporočil in srečanj; dogovor o odzivnih časih; trening asertivne komunikacije in reševanja konfliktov (Scholz Mellum, 2024).

2. Strukturno mentorstvo in obratno mentorstvo: vnaprej definirani cilji, časovnice, kriteriji in dokumentiranje napredka; vključitev ciljnega učenja tehnologije in kliničnih odločitev (Moore et al., 2016).
3. Postopno uvajanje tehnologij: »super user« model, dvojno dokumentiranje v prehodnih obdobjih, kratke mikro učne enote v delovnem toku, simulacije za novo opremo; zagotavljanje časa in podpore (Abujaber et al., 2024).
4. Fleksibilne oblike dela in učenja: možnost delnih zaposlitev, rotacij in projektnega dela; kombinirano učenje (blended learning) v formalnih programih; priznavanje neformalno pridobljenega znanja (The McGill Nursing Collaborative for Education and Innovation in Patient- and Family-Centered Care, 2020).
5. Vodenje, usmerjeno v kulturo učenja: transformacijski in situacijski pristopi, redne povratne informacije, varni prostori za vprašanja, spodbujanje refleksije po kliničnih dogodkih, sistematična analiza napak brez iskanja krivcev (American Hospital Association, 2014).
6. Partnerstva izobraževalnih institucij in kliničnih okolij: skupno načrtovanje kliničnih praks, skupnosti prakse, vključitev izkušenih sester kot gostujočih predavateljic, razvoj koordinacijskih vlog za prehod študentov v zaposlitve (Malinovska, 2023; Znanje in povezovanje za razvoj in prihodnost, 2022).
7. Skrb za dobrobit in preprečevanje izgorelosti: programi podpore, dostop do supervizije, uravnoteženje bremen, vključevanje zaposlenih v soodločanje o spremembah; to je še posebej pomembno pri mlajših generacijah, ki cenijo psihološko varnost in transparentnost (Haddad & Toney Butler, 2024).

5 ZAKLJUČEK

Raziskava poudarja, da medgeneracijsko sodelovanje v kliničnem okolju prinaša tako prednosti kot izzive. Različne izkušnje, pristopi in vrednote bogatijo timsko delo in učenje, hkrati pa lahko vodijo do nesporazumov in zahtevajo prilagajanje. Timsko delo temelji na spoštovanju, odprti komunikaciji, prilagodljivosti ter kombinaciji praktičnega dela in prenosa znanja, kar omogoča varno, učinkovito in celovito sodelovanje med generacijami.

Dolgoročno lahko tak pristop prispeva k večji kakovosti klinične prakse in krepitvi učnega procesa, saj združuje inovativnost mlajših zdravstvenih delavcev ter izkušnje starejših zdravstvenih delavcev. Ključno je, da organizacije ustvarijo pogoje, ki spodbujajo sodelovanje in zmanjšujejo medgeneracijske napetosti. S tem ne krepijo le profesionalnega razvoja zaposlenih, ampak tudi zagotavljajo boljšo obravnavo pacientov in večje zadovoljstvo vseh vključenih.

LITERATURA

1. American Hospital Association. (2014). *Managing an intergenerational workforce: Strategies for health care transformation*. <https://www.aha.org/system/files/2018-01/managing-intergenerational-workforce-strategies-health-care-transformation-2014.pdf>
2. Abujaber, A. A., Nashwan, A. J., Santos, M. D., Al-Lobaney, N. F., Mathew, R. G., Alikutty, J. P., Kunjavara, J. & Alomari, A. M. (2024). Bridging the Generational Gap Between Nurses and Nurse Managers. *BMC Nursing*, 23, 623. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02296-y>. <https://bmcnurs.biomed-central.com/articles/10.1186/s12912-024-02296-y>
3. Bowman, B., & Meier, D. E. (2025, March 19). *From Boomers to Gen Z: Navigating generational differences on health care teams*. Leadership.
4. Cecconi, C., Adams, R., Cardone, A., Declaye, J., Silva, M., Vanlerberghe, T., Guldmond, N., Devisch, I., & van Vugt, J. (2025). Generational differences in healthcare: The role of technology in the path forward. *Frontiers in Public Health*, 13, 1546317. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1546317>
5. Haddad, L. M., & Toney-Butler, T. J. (2024). Nursing Shortage. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493175/>
6. Kuo, Y. L., Lee, J. T., & Yeh, M. Y. (2021). Intergenerational Narrative Learning to Bridge the Generation Gap. *Healthcare*, 9(10), 1291. doi: 10.3390/healthcare9101291. American Hospital Association, (2014). Committee on Performance Improvement. (2014). *Managing an intergenerational workforce: Strategies for health care transformation*. Chicago, IL: Health Research & Educational Trust. <https://www.aha.org/system/files/2018-01/managing-intergenerational-workforce-strategies-health-care-transformation-2014.pdf>
7. Malinovska, K. (2023). *Medgeneracijsko sodelovanje v zdravstveni negi*. [Diplomsko delo, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin].
8. Moore, J. M., Everly, M., & Bauer, R. (2016). Multigenerational Challenges: Team-Building for Positive Clinical Workforce Outcomes. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 21(2), 3. doi: 10.3912/OJIN.Vol21No02Man03.
9. Nurani, G. A. & Lee, Y. (2025). Intergenerational learning for older and younger employees: What should be done and should not? *Journal of Systemics, Cybernetics and Informatics*, 23(1), 10-15. <https://doi.org/10.54808/JSCI.23.01.10>.
10. Pawlak, N., Serafin, I. & Czarkowska-Pączek, B. (2022). Analysis of the influence of intergenerational differences on cross-generational cooperation among nurses. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, Band 21(1), 45-49. DOI: <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2022-0007>.
11. Pirš, K., & Donik, B. (Eds.). (2022). *Izzivi in priložnosti v zdravstvu: Znanje in povezovanje za razvoj in prihodnost*. Zbornik predavanj 4. simpozija Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, 23. september 2022
12. Scholz Mellum, J. (2024). Generational Harmony in Nursing. (2024). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 29(2). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol29No02PPT30>.
13. Tabaku, K. (2024). Importance of Intergenerational Leadership in Organizations M.S. in Leadership. University of New Hampshire.
14. Tan, S.H.E., & Chin, G.F. (2023). Generational effect on nurses' work values, engagement, and satisfaction in an acute hospital. *BMC Nurs*, 22(1), 88. doi: 10.1186/s12912-023-01256-2.
15. The McGill Nursing Collaborative for Education and Innovation in Patient- and Family-Centered Care. (2020). *The Multigenerational Nursing Workforce*. McGill University. https://www.mcgill.ca/nursing/files/nursing/literature_review_-_intergenerational_healthcare_teams_oct20.pdf



III. sklop

**Ozaveščanje
in opolnomočenje:
vloga zdravstvene
nege v spreminjajoči
se družbi**

PROJEKT »DOJENJU PRIJAZNO MESTO« KOT ELEMENT OPOLNOMOČENJA ŽENSK PRI DOJENJU

Cvetka Skale, dipl. m. s., univ. dipl. org., IBCLC

Splošna bolnišnica Celje, Fakulteta za zdravstvene vede Celje

Renata Vetorrazzi, dipl. m. s., univ. dipl. org., IBCLC

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

cveta.skale@gmail.com

POVZETEK

Projekti za podporo dojenju so ključni za izboljšanje splošne dobrobiti tako mater kot otrok, saj zagotavljajo zdravstveno vzgojne vire, svetovanje in vzpostavljanje dojenju prijaznega okolja. Imajo pomembno vlogo pri zmanjševanju družbenih stigem, povezanih z dojenjem, in spodbujanju podpirne kulture, ki družinam omogoča, da sprejemajo informirane odločitve glede hranjenja otrok.

Projekt »Dojenju prijazno mesto« poudarja pomembnost ustvarjanja podpornih okolij za družine. Osredotočenost pobude na spodbujanje politik in prostorov, ki so prijazni do dojenja, ne prispeva le k zdravju mater in otrok, temveč spodbuja tudi skupnost, da dojenje obravnava kot normo. Poleg zdravstvenih koristi ima pobuda ključno vlogo pri odpravljanju družbenih stigem povezanih z dojenjem na javnih mestih, zagovarjanju pravic žensk in normalizaciji tega naravnega načina prehranjevanja. Namen prispevka je predstavitev projekta »Dojenju prijazno mesto« kot elementa opolnomočenja žensk pri dojenju.

Ključne besede: dojenje, dojenju prijazno mesto, podpora dojenju, opolnomočenje.

ABSTRACT

Breastfeeding support projects are crucial for improving the overall well-being of both mothers and children by providing health education resources, counseling, and establishing a breastfeeding-friendly environment. They play an important role in reducing social stigmas associated with breastfeeding and promoting a supportive culture that allows families to make informed decisions about feeding their children.

The "Breastfeeding-Friendly City" project emphasizes the importance of creating supportive environments for families. The initiative's focus on promoting breastfeeding-friendly policies and spaces not only contributes to the health of mothers and children but also encourages the community to view breastfeeding as the

norm. In addition to the health benefits, the initiative plays a key role in eliminating social stigmas associated with breastfeeding in public places, advocating for women's rights, and normalizing this natural way of feeding. The purpose of this article is to present the "Breastfeeding-Friendly City" project as an element of women's empowerment in breastfeeding.

Keywords: breastfeeding, breastfeeding-friendly city, breastfeeding support, empowerment.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Puntarjeva je že leta 1959 v priročniku »Na ženi dom stoji« zapisala naslednja dejstva: »Prva materina skrb je, da otroka doji. Materino mleko je prva hrana, ki jo otrok potrebuje za svojo rast in razvoj. Materino telo je vso dobo nosečnosti pripravljalo to dragoceno hrano za novorojeno dete. Zato je materino mleko najprimernejša hrana« (Puntar, 1959). Po skoraj 70 letih lahko zapisanemu samo pritrdimo.

Dojenje ima za zdravje in razvoj otrok neprecenljivo vrednost. Otroku zagotovi pomembne prehranske in imunske faktorje, daje pa mu tudi občutek bližine in dobrega počutja. Materino mleko vsebuje vse, kar potrebuje otrok v prvi šestih mesecih za svojo rast in razvoj in je edinstvena mešanica hranilnih in protivnetnih sestavin (WHO, 2018; Meek et al., 2022). Materino mleko je po svoji sestavi dinamično, spreminja se ob vsakem posameznem obroku dojenja, tekom posameznega dneva in se nenehno prilagaja tako starosti, kot potrebam dojenčka (Bogensperger, 2023).

Strokovnjaki, Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in UNICEF, priporočajo izključno dojenje prvih šest mesecev otrokove starosti, ob ustrezni dopolnilni prehrani pa nato še do drugega leta starosti, če mati in otrok želita, pa še dlje (WHO, 2018; Bratanič, 2019).

Dojenje ima številne ugodne vplive na otroka, doječo mater in na širšo družbo, zato ga je potrebno podpirati in spodbujati. Je eden najučinkovitejših načinov za zaščito zdravja mater in otrok

ter spodbujanje zdrave rasti in optimalnega razvoja v zgodnjem otroštvu. Opolnomočenje žensk in omogočanje ženskam, da dojijo, bi moralo biti v središču prizadevanj držav za ohranjanje vseh otrok pri življenju in tvorjenju zdrave, pametne in produktivne družbe (WHO, 2018).

Kljub dokazom o prednostih dojenja za otroke, matere in družbo ostaja delež otrok, ki so dojeni v skladu s smernicami, nizek. Na odločitev, kako bodo starši hranili dojenčka, vpliva več dejavnikov, od kulturnih prepričanj, izobrazbe staršev, socialnega statusa in dostopnosti informacij (Victora et al., 2016). WHO (2018) navaja, da sta pomemben dejavnik tudi trženje in distribucija nadomestkov materinega mleka, ki lahko vplivata na varovanje zdravega prehranjevanja novorojenčka, dojenčka in malega otroka.

Dojenje je naravno, vendar je tudi spretnost, ki se je je potrebno naučiti (Hoyer & Vettorazzi, 2023). V poljudni in tudi strokovni literaturi, prav tako pa na splošno v naši kulturi, se dojenje dojema kot nekaj samoumevnega, s čimer naj matere pričnejo čim prej po porodu. Otroka »redno« pristavljajo, ga podojijo in otrok do naslednjega dojenja spi. V praksi pa vemo, da v večini primerov ni tako. Matere potrebujejo pri dojenju podporo in informacije, ki jim morajo biti vedno dostopne (Skale, 2018).

Za namen predstavitve projekta »Dojenju prijazno mesto« kot element opolnomočenja žensk pri dojenju in pripravo prispevka je bila uporabljena deskriptivna metoda. Za iskanje primarnih virov smo uporabili strokovno literaturo iz knjižnice in na daljavo dostopne bibliografske baze podatkov: Cobiss, PubMed. Iskalna strategija je potekala z uporabo naslednjih ključnih besed v slovenskem jeziku: dojenje, dojenju prijazno mesto, podpora dojenju, opolnomočenje.

NOVOROJENCEM PRIJAZNE PORODNIŠNICE IN DOJENJU PRIJAZNE ZDRAVSTVENE USTANOVE

WHO in UNICEF priporočata za vse zdrave novorojenčke kožni stik takoj po porodu, vključno do konca prvega podoja, kar ima prednost pred rutinskimi posegi izvajalcev zdravstvenega varstva. Zgodnje in pogosto dojenje spodbuja nastajanje mleka in preprečuje nastajanje težav pri dojenju (Webber & Benedict, 2023). Vsa priporočila glede zgodnjega dojenja naj temeljijo na dokazih podprtih strategijah.

Ženske naj bodo že pred porodom seznanjene s strategijami za podporo dojenju, ki ustrezajo njihovim individualnim situacijam. Za optimalno podporo ob vzpostavljanju dojenja v porodnišnici je ključnega pomena ustrezno izobraženo zdravstveno osebje. Podpora se mora pričeti že v času nosečnosti. Ko se mati in otrok spoznavata oziroma se dojenja učita - torej v porodnišnici, pa je dobra podpora izjemnega pomena (Webber & Benedict, 2023). Zdravstveno osebje, ki oskrbuje doječi par, mora biti teoretično in praktično usposobljeno za izvajanje kakovostne strokovne pomoči pri dojenju, kar vključuje dosledno upoštevanje in izvajanje »10 korakov do novorojencem prijazne porodnišnice« (NPP)(WHO, 2018).

V Sloveniji večina porodnišnic upošteva dokument »10 korakov do novorojencem prijazne porodnišnice«, v katerem so opisani postopki, ki se nanašajo na obravnavo matere in otroka, in ki opredeljujejo postopke zdravstvenih delavcev, pri čemer je še zlasti pomemben 2. korak, ki govori o izobraževanju zdravstvenih delavcev: »Zagotoviti, da ima zdravstveno osebje dovolj znanja, usposobljenosti in veščin za podporo dojenju« (WHO, 2018). Navedeni so postopki, ki bi jih naj obvladali vsi zaposleni, ki obravnavajo mater in otroka.

Ker se pri nas, kakor tudi po svetu, skrajšujejo ležalne dobe v porodnišnicah, so matere z novorojenčki odpuščene iz porodnišnice že po 48 urah. Posledično je nastala potreba za razširitev principov NPP še na druge zdravstvene ustanove, ki po odpustu iz porodnišnic oskrbujejo doječe matere in njihove otroke. Izjemno pomembno je, da zdravstveni delavci, ki oskrbujejo matere in otroke, ravnajo po isti strokovni doktrini glede laktacije in dojenja. Posledično se je v Sloveniji razvila pobuda za »Dojenju prijazne zdravstvene ustanove« (DPZU), ki se izvaja od leta 2003 (Tekauc Golob, 2025). Trenutno je v Sloveniji 7 zdravstvenih ustanov z nazivom DPZU. Že nekaj let pa se v Sloveniji 2 zdravstveni ustanovi pripravljata na ocenjevanje za pridobitev naziva »Dojenju prijazni neonatalni oddelek« (DPNO) (Tekauc Golob, 2025).

Izobraževanje na področju dojenja je pomembno, ker zagotavlja poenotenje znanja v porodnišnici, na otroških oddelkih, v otroških dispanzerjih in v patronažni službi. Poenotena navodila in pristopi zbudijo zaupanje mater, kar poveča njihovo sodelovanje. Izobraževanje o dojenju mora biti zastopano v vseh študijskih programih, od tehnika zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre, diplomirane babice in zdravnika. V študijske programe in učne načrte je potrebno natančno zapisati vsebine o dojenju, da bo zagotovljeno posredovanje teh znanj in morebitno preverjanje pridobljenega znanja. Vlaganje v izobraževanje za dojenje in spodbujanje dojenja je vlaganje v zdravje (Skale et al., 2023).

DOJENJU PRIJAZNA MESTA

V zadnjih letih so številne države dosegle pomemben napredek pri povečanju deleža izključno dojenih otrok. Še večji napredek pa je mogoč, če zagotovimo zaščito in podporo dojenju. Mnoge doječe družine se že v porodnišnici ali ob prihodu domov srečujejo z različnimi stiskami pri vzpostavljanju in ohranjanju dojenja. Te težave pogosto poglobljajo tudi nespodbudni odzivi okolice – bodisi doma, v lokalnem okolju, na delovnem mestu ali celo v zdravstvenih ustanovah. Pomembno oviro predstavlja tudi agresivno trženje mlečnih formul. Zato doječe družine potrebujejo ustrezno podporo in pomoč s strani najbližjih, zdravstvenih delavcev, delodajalcev in širšega okolja (Unicef, n.d.).

Pobuda »Dojenju prijazno mesto« (DPM) je inovativna tako v slovenskem kot tudi mednarodnem prostoru. Temelji na dokumentu »10 korakov do Dojenju prijaznega mesta«, ki služi kot osnova za pridobitev naziva. Razvoj in izvajanje te pobude podpira Ministrstvo za zdravje. Splošni cilj pobude je povečati stopnjo dojenja pri otrocih

vseh starostnih skupin, na celotnem področju mesta. S povečanjem pogostosti dojenja se izboljšuje zdravje doječih otrok, mater in družbe kot celote. Prav tako pa vodi k zmanjšanju neenakosti, izboljšanju okoljskih razmer in spodbuja hitrejši napredek mesta (Unicef, n.d.). Mesto, ki pristopi k projektu, z udeležanjem korakov pospešuje tudi izobraževanja o dojenju vseh zaposlenih v zdravstvenih ustanovah, ki obravnavajo doječe matere in njihove otroke.

Program DPM se kontinuirano odvija od leta 2020. V tem času so bila izvedena številna izobraževanja, tako za strokovno kot tudi laično javnost:

- Izvajanje izobraževanj o dojenju **Modularni tečaj**: Spodbujanje in vzdrževanje dojenja za zdravstvene delavce v trajanju 20 ur za zaposlene v zdravstvenih ustanovah in lekarnah, ki obravnavajo nosečnice, doječe matere in novorojenčke. V tem času smo izvedli 5 Modularnih tečajev (375 udeležencev), ki so se jih je udeležili slušatelji iz vse Slovenije, še zlasti pa iz mest vključenih v projekt.
- **Izobraževanje za zaposlene v mestni upravi** (osnove dojenja, podpora dojenju, komunikacija in Mednarodni kodeks o trženju nadomestkov materinega mleka) v trajanju 5 ur, ki so se ga udeležili slušatelji iz mest vključenih v projekt, izvedena so bila 3 izobraževanja s 65 udeleženci.
- Izobraževanje o **Mednarodnem kodeksu o trženju nadomestkov materinega mleka**, ki je bilo namenjeno strokovni javnosti (2 izobraževanja z 230 udeleženci) in laični javnosti (2 izobraževanja s 180 udeleženci).
- **Strokovna srečanja o dojenju z mednarodno udeležbo**. V tem času so bila izvedena 4 izobraževanja, od tega 2 dvodnevni in 2 enodnevni; 1/leto v terminu, ko v Sloveniji obeležujemo Svetovni teden dojenja (360 udeležencev) (vir: Poročilo o delu na projektu).

Prav tako so bila v sklopu projekta izdana številna tiskana gradiva, namenjena tako strokovni kot laični javnosti:

- hitri vodnik po Mednarodnem kodeksu o trženju nadomestkov materinega mleka;
- izobraževalno gradivo Zaposlena mati in dojenje za matere in delodajalce;
- priporočila za Kotiček za dojenje;
- letak Dojenje za dober in zdrav začetek življenja, ki je preveden v albanski in bosanski jezik;
- grafične podobe z logotipi za predstavitev DPM in označevanje kotičkov za dojenje (Unicef, n.d.);
- ob vsakem izvedenem izobraževanju je bil izdan zbornik prispevkov;
- redno posodabljanje spletne strani dojenje.unicef.si, kjer so na voljo tudi vsa prej navedena gradiva;
- aktivnosti z vsebinami o dojenju na socialnih omrežjih.

Ključni dosežek programa je pet mest z nazivom Dojenju prijazno mesto (Slovenj Gradec, Mislija, Novo Mesto, Koper in Ravne na Koroškem) ter eno mesto z osvojenimi petimi od desetih korakov Pobude DPM (Kranj).

RAZPRAVA

Rezultati projekta Dojenju prijazno mesto potrjujejo, da je ustvarjanje podpornega okolja za dojenje na ravni skupnosti ključno za dolgoročno izboljšanje stopnje dojenja. Čeprav so koristi dojenja za otroke, matere in družbo dobro dokumentirane – od zmanjšane umrljivosti in obolevnosti otrok, boljšega kognitivnega razvoja, do zaščitnega učinka pri materah pred rakom dojke in jajčnikov ter pozitivnih ekonomskih učinkov za družbo (Victora et al., 2016; Rollins et al., 2016) – delež izključno dojenih otrok ostaja nizek. Raziskave kažejo, da so razlogi za to večplastni: pomanjkanje strokovne in čustvene podpore, vpliv kulturnih prepričanj ter vseprisotno in pogosto agresivno trženje nadomestkov materinega mleka (World Health Organization [WHO], 2022).

Pobuda se na te izzive odziva s celovitim pristopom: vključuje sistematična izobraževanja zdravstvenih delavcev, delodajalcev in širše javnosti ter spodbuja oblikovanje mestnih politik, ki dojenje obravnavajo kot družbeno normo. Podobni pristopi so se v mednarodnem prostoru že izkazali za učinkovite – na primer pobuda Baby Friendly Communities v Združenem kraljestvu in Italiji, kjer so s kombinacijo politik, izobraževanja in ozaveščanja dosegli občutno povečanje trajanja izključnega dojenja (Bosi et al., 2016; McFadden et al., 2017).

Poseben prispevek projekta je tudi zmanjševanje stigme, povezane z dojenjem na javnih mestih. Študije kažejo, da so negativni družbeni odzivi eden ključnih dejavnikov, ki matere odvrčajo od dojenja zunaj doma (Scott et al., 2015). Normalizacija dojenja v javnem prostoru zato ne vpliva le na posamezno mater, temveč prispeva k širši družbeni spremembi v smeri sprejemanja dojenja kot naravnega in pričakovanega načina hranjenja otrok.

Poleg tega projekt opolnomoča ženske pri sprejemanju informiranih odločitev o hranjenju otrok. Raziskave potrjujejo, da so ženske, ki prejmejo pravočasne in nepristranske informacije ter podporo, bolj samozavestne pri dojenju in ga ohranjajo dlje časa (Sinha et al., 2015). Tako lahko pobuda pomembno prispeva k zmanjšanju neenakosti na področju zdravja, saj so ravno družbeno ranljive skupine pogosto tiste, ki imajo najmanj dostopa do kakovostne podpore.

Projekt Dojenju prijazno mesto lahko dolgoročno izboljša stopnjo dojenja, hkrati pa prispeva k boljšemu javnemu zdravju in večji socialni koheziji v skupnosti.

ZAKLJUČEK

Projekti za podporo dojenju so ključni za izboljšanje splošne dobrobiti tako mater kot otrok, saj zagotavljajo zdravstveno vzgojne vire, svetovanje in vzpostavljanje dojenju prijaznega okolja. Imajo pomembno vlogo pri zmanjšanju družbenih stigem, povezanih z dojenjem, in spodbujanju podpirne kulture, ki družinam omogoča, da sprejemajo informirane odločitve glede hranjenja otrok.

Živimo v času, ko so, predvsem po zaslugi spleta, informacije dostopne na vsakem koraku. V poplavi podatkov je težko izluščiti uporabne, predvsem pa strokovno utemeljene vsebine. Matere in družine mnogokrat težko prepoznajo, katere so tiste informacije, ki jim bodo resnično v pomoč. Morda upoštevajo le tiste, za katere sami menijo, da so jim v danem trenutku v pomoč oziroma korist.

Pobuda »Dojenju prijazno mesto« je tako lahko priložnost za krepitev znanj. Tako za zdravstvene delavce, kakor tudi doječe matere oziroma družine. Prostor, kjer imajo vsi priložnost, zdravstveni delavci za krepitev znanja in kompetenc, mesta za ustvarjanje podpornega okolja za dojenje, ženske pa za opolnomočenje.

LITERATURA

1. Bogensperger – Hezel, E. (2023). Handout: Lebenselixier Muttermilch. Laktation & Stillen 2023. Nr. 4. 35. Jahrgang: 19-20.
2. Bosi, A. T., Eriksen, K. G., Sobko, T., & Wijnhoven, T. M. (2016). Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutrition*, 19(4), 753-764. <https://doi.org/10.1017/S1368980015001767>
3. Bratanič, B. (2019). Pomen dojenja za otroke, matere, družbo, okolje in predstavitev pobud za ohranjanje dojenja v Sloveniji. In: Bratanič, B., (ed.), Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah. *Zbornik prispevkov Modularnega tečaja*. (pp. 19-31). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
4. Hoyer, S., & Vettorazzi, R. (2023). Uspešno dojenje za dobro zdravje otrok in mater. 27. prenovljena izdaja (pp. 6). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
5. McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., ... & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2), CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
6. Meek, J. Y., Noble, L., & Section on Breastfeeding. (2022). Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 150(1), e2022057988. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
7. Puntar, H. (1959). *Na ženi dom stoji*. Mohorjeva družba. Celje: 54-55. Poročilo o delu Projekta Dojenju prijazno mesto: 2020-2025.
8. Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
9. Scott, J. A., Kwok, Y. Y. Y., Synnott, K., Bogue, J., Amarri, S., Norin, E., & Edwards, C. A. (2015). A comparison of maternal attitudes to breastfeeding in public and the association with breastfeeding duration in four European countries: Results of a cohort study. *Birth*, 42(1), 78-85. <https://doi.org/10.1111/birt.12138>
10. Sinha, B., Chowdhury, R., Sankar, M. J., Martines, J., Taneja, S., Mazumder, S., ... & Bhandari, N. (2015). Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 114-134. <https://doi.org/10.1111/apa.13127>
11. Skale, C. (2018). Kje doječe matere iščejo pomoč pri dojenju in kakšne nasvete dobijo? = Where do mothers search for advice about breastfeeding and what answers do they get?. In: Bratanič, B., (ed.). *Dojenje : dober temelj za življenje: zbornik prispevkov = Breastfeeding : foundation of life : symposium proceedings*. (pp. 39-49) Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
12. Skale, C., Greif, P., Ozbič Kirjakupolus, B., Limonšek B. (2023). Izkušnje mater s podporo dojenju. In: Vettorazzi V., 8ed). *Omočimo dojenje: Podprimo zaposlene starše. Strokovno srečanje: Iz prakse za prakso. Zbornik prispevkov*. (pp. 75-89). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
13. Tekauc Golob, A. (2025). Pomen dojenja za otroke, matere, družbo, okolje in predstavitev pobud za ohranjanje dojenja v Sloveniji. In: Vettorazzi, R., ed. *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah. Zbornik prispevkov Modularnega tečaja*. (pp. 5-20). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
14. Unicef. (n.d.). Dojenju prijazno mesto. <https://dojenje.unicef.si/dojenju-prijazno-mesto>, dostopno avgust 2025.
15. Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A. J. D., Franca, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*, 30;387(10017):475-90.
16. Webber, E., Benedict, J. (2023). Facilitating Initiation of Lactation. In: Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care. Second Edition. USA: Jones and Bartlett Learning, 257-277.
17. World Health Organization, & UNICEF. (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. World Health Organization, 10-20.
18. World Health Organization. (2022). Marketing of breast-milk substitutes: *National implementation of the International Code*. Status report 2022. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051384>

OZAVEŠČENOST MLADOSTNIKOV O SPOLNOSTI

Tamara Jovanović

dr. Andreja Hrovat Bukovšek

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

jovanovictamara197@gmail.com



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Spolna ozaveščenost mladostnikov je ključnega pomena za odgovorno odločanje, vzpostavljanje zdravih odnosov ter preprečevanje tveganj, kot so neželene nosečnosti in spolno prenosljive bolezni. Namen raziskave je bil analizirati ozaveščenost mladostnikov o spolnosti, kontracepciji in reproduktivnem zdravju ter ugotoviti, ali obstajajo razlike med mladostniki, ki so že imeli spolne izkušnje, in tistimi, ki jih še niso.

Metoda: V raziskavi smo uporabili kvantitativno raziskovalno metodo. Podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, ki smo ga pripravili in izvedli preko spletne platforme 1KA. Vzorec je zajemal 64 dijakov programa **Zdravstvena nega na Srednji šoli Zagorje**, kar omogoča vpogled v znanje in stališča glede spolnosti pri mladostnikih različnih starosti in znotraj istega strokovnega področja. Zbrane podatke smo analizirali z deskriptivno statistiko v programu Microsoft Excel.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da dijaki v povprečju ocenjujejo svoje znanje o oploditvi in nastanku nosečnosti z 7,1/10, znanje o anatomiji spolnih organov s 6,4/10 in znanje o spolno prenosljivih boleznih s 6,4/10. Petina anketirancev je pravilno odgovorila na vprašanje o številu plodnih dni v mesecu pri ženski. 56 (87 %) anketirancev je pravilno prepoznalo kondom kot edino kontracepcijsko sredstvo, ki poleg zaščite pred neželjeno nosečnostjo, ščiti tudi pred spolno prenosljivimi boleznimi. Le 5 (8 %) anketirancev je pravilno odgovorilo na vprašanje, katere štiri spolno prenosljive bolezni so ozdravljive. Kar 47 (73 %) anketirancev še ni imelo spolnih izkušenj.

Razprava in zaključek: Rezultati raziskave nakazujejo, da mladostniki kljub večji družbeni odprtosti do spolnosti, vključitvi spolne vzgoje v osnovnošolski kurikulum in postopnem zmanjševanju tabujev še vedno izkazujejo pomanjkljivo znanje o ključnih vidikih spolnosti, zlasti na področju reproduktivnega zdravja in spolno prenosljivih okužb. Na podlagi teh ugotovitev priporočamo krepitev izobraževalnih vsebin, ki naj temeljijo na znanstveno utemeljenih, preverljivih in mladostnikom prilagojenih informacijah, s posebnim poudarkom na preventivnih ukrepih in razvoju odgovornega vedenja v kontekstu spolnega zdravja.

Ključne besede: spolna vzgoja, mladostniki, kontracepcija, spolno prenosljive bolezni, reproduktivno in spolno zdravje.

ABSTRACT

Theoretical foundations: Sexual awareness of adolescents is of crucial importance for responsible decision-making, establishing healthy relationships and preventing risks such as unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases. The purpose of this research was to analyze awareness of adolescents regarding sexuality, contraception and reproductive health, as well as discern whether there are differences between adolescents who have already had their first sexual encounter and those who have not.

Method: The research utilized the quantitative research method. Data was gathered with the help of a structured survey which was prepared and carried out using the online platform 1KA. The sample consisted of 64 students from the nursing program at the Zagorje Secondary school, which allows insight into the knowledge and attitudes regarding sexuality in adolescents of different ages within the same professional field. The data gathered was analyzed using descriptive statistics in the program Microsoft Excel.

Results: The results show that on average students rate their knowledge on fertilization and the onset of pregnancy a 7,1/10, knowledge of the anatomy of the genitals with a 6,4/10 and knowledge of sexually transmitted diseases with a 6,4/10. A fifth of respondents correctly answered the question about the number of a woman's fertile days in a month. 56 (87%) of respondents correctly identified condoms as the only contraceptive which, in addition to protection from unwanted pregnancy, also protects from sexually transmitted diseases. Only 5 (8%) of respondents correctly answered the question of which four sexually transmitted diseases are curable. As many as 47 respondents (73%) reported not having had any sexual experience.

Discussion and Conclusion: The results of the research indicate that adolescents, despite greater societal openness, inclusion of sexual education in the elementary school curriculum and gradual decrease of taboos, still show a lack of knowledge pertaining to key aspects of sexuality, particularly in the area of reproductive health and sexually transmitted infections. Based on these findings, we recommend strengthening educational content focusing on evidence-based, verifiable and adolescent tailored information with emphasizing preventative measures and development of responsible behavior in the context of sexual health.

Keywords: Sex education, adolescents, contraception, sexually transmitted infections, reproductive and sexual health

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Spolnost je pomemben del razvoja posameznika, ki vključuje kognitivne, čustvene, socialne in fizične vidike. Njeno izražanje se intenzivira v puberteti, ko povečana produkcija androgenov spodbuja razvoj sekundarnih spolnih značilnosti. V tem obdobju se oblikuje tudi afektivno-spolno vedenje, ki vodi v izražanje spolne želje, romantike in do prvih erotičnih izkušenj, bodisi v obliki samoerotike bodisi začetka spolnih odnosov (Arruda et al., 2020).

V zadnjih desetletjih je vedno bolj prepoznan pomen celostne spolne vzgoje, ki zajema vse dimenzije spolnosti in ima dokazano pozitiven vpliv na spolno vedenje ter reproduktivno zdravje otrok in mladostnikov (European Commission, 2020). Spolna vzgoja se pogosto izvaja v šolskem okolju z namenom izboljšanja spolnega zdravja in reproduktivne pismenosti mladostnikov (Šporin et al., 2024). Kljub temu raziskave opozarjajo na pomanjkljivo spolno ozaveščenost med slovenskimi mladostniki. Težava izvira že iz osnovne šole, kjer je spolna vzgoja razpršena med različne predmete, predvsem biologijo, vendar je obseg vsebin premajhen. V srednjih šolah je pogosto integrirana v druge predmete brez namensko določenega časa, kar zmanjšuje njeno učinkovitost. Šporin et al. (2024) so z raziskavo, ki so jo izvedli med dijaki srednjih šol, ugotovili, da želi večina dijakov informacije pridobiti od zdravstvenih delavcev (61,2 %) in najmanj od učiteljev (26,5 %), kar nakazuje na to, da so s tem dodatno omejene možnosti odprte komunikacije in dostopa do celovitih informacij (Žalar et al., 2012; Švab et al., 2021).

Raziskave potrjujejo, da dijaki izražajo potrebo po bolj sistematični in praktično usmerjeni spolni vzgoji, ki bi vključevala teme, kot so spolno prenosljive bolezni, kontracepcija in spolno nasilje (Žalar et al., 2013). Spolno prenosljive okužbe predstavljajo pomemben javnozdravstveni izziv, saj so pogoste, pogosto neprepoznane in lahko vodijo v resne dolgoročne posledice za zdravje (NIJZ, 2025).

Statistični podatki kažejo, da večina mladostnikov začne s spolno aktivnostjo že v srednješolskem obdobju. Povprečna starost prvega spolnega odnosa je približno 15,7 let (Kogovšek et al., 2016), pri čemer je mediana pri mladostnikih moškega spola 15,66 let, pri mladostnicah pa 15,78 let (Klavs et al., 2021). Avtorji Klavs et al. (2021) so z raziskavo ugotovili, da o zgodnjem spolnem odnosu, pred 15 letom starosti, poroča 15 % mladostnikov in 7 % mladostnic, med najmlajšimi odraslimi (18–24 let) pa 17 % moških in 14 % žensk.

Nenačrtovana nosečnost, čeprav ni nujno neželena, predstavlja zdravstveno tveganje za mater in otroka, povezano s podhranjenostjo, obolenji in celo smrtnim izidom (Toth, 2023). Poleg tega so pogoste tudi seksualne disfunkcije, ki se lahko pojavijo že v začetku spolne aktivnosti in so povezane z motnjami spolnega funkcioniranja ter težavami v spolnih odnosih (Erić, 2011).

Ti podatki poudarjajo potrebo po zgodnji, celostni in znanstveno podprti spolni vzgoji, ki mladostnikom omogoča pridobivanje znanja, razvoj odgovornega spolnega vedenja ter zmanjšanje tveganj za negativne zdravstvene posledice. V tem kontekstu je bil namen raziskave preveriti stopnjo ozaveščenosti mladostnikov o spolnosti in njihovo znanje o metodah preprečevanja tveganj pri spolnih odnosih.

2 METODE

Raziskovalna metodologija

Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, pri čemer je bil kot merski instrument uporabljen strukturiran anketni vprašalnik. Empirični podatki so bili zbrani s pomočjo več virov in podatkovnih baz, med drugim COBISS-a, Digitalne knjižnice Slovenije, spletne strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje, platforme Google Učenjak ter strokovne in znanstvene literature. Pri iskanju relevantnih virov so bile uporabljene ključne besede: spolna vzgoja, mladostniki, kontracepcija, spolno prenosljive bolezni, reproduktivno in spolno zdravje.

V raziskavi smo zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- RV1: Kako mladostniki ocenjujejo svojo ozaveščenost o spolnosti?
- RV2: Kakšno je splošno znanje mladostnikov o spolnosti?
- RV3: Ali so mladostniki že doživeli svoj prvi spolni odnos?

Opis instrumentarija

Vprašalnik je vključeval sklop vprašanj o demografskih značilnostih udeležencev ter kombinacijo ocenjevalnih lestvic in vprašanj z eno- ali več možnimi odgovori, kar je omogočilo merjenje objektivnega znanja mladostnikov o spolnosti. Zasnova vprašalnika je temeljila na predhodnem pregledu literature in uveljavljenih instrumentih s področja raziskovanja spolnega zdravja (Žalar et al., 2013; Banič, 2014).

Prvi sklop vprašalnika je bil namenjen samooceni znanja dijakov na področju oploditve in nastanka nosečnosti, anatomiji spolnih organov ter spolno prenosljivih boleznih. Uporabljena je bila 11-stopenjska Likertova lestvica (0 = nič znanja, 10 = zelo dobro znanje). Vprašanja v drugem sklopu so bila namenjena oceni dejanskega znanja dijakov o nosečnosti, kontracepciji in spolno prenosljivih boleznih. Vprašanja so vsebovala enega ali več pravih odgovorov. V tretjem sklopu vprašanj nas je zanimalo, koliko dijakov je že imelo prvi spolni odnos.

Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo 64 dijakov programa Zdravstvena nega na Srednji šoli Zagorje, od tega 4 (6 %) moški in 60 (94 %) žensk. Odgovore so prispevali dijaki 1. in 2. letnika (Tabela 1).

Spol	Ženski	Moški
Število anketirancev	60	4
Odstotek anketirancev (%)	94 %	6 %
Letnik	1. letnik	2. letnik
Število anketirancev	44	20
Odstotek anketirancev (%)	69 %	31 %

Tabela 1. Demografski podatki anketirancev

Potek zbiranja in obdelave podatkov

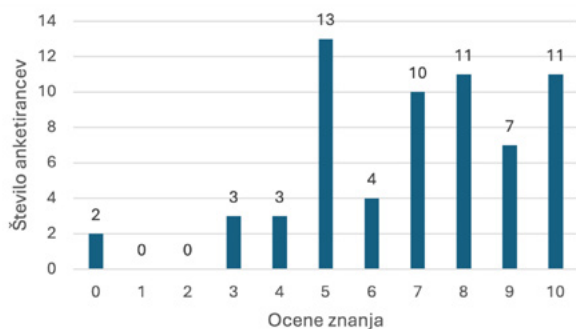
Anketiranje je potekalo med 24. februarjem in 31. marcem 2025. Za pomoč pri izvedbi anketiranja in distribuiranju vprašalnikov smo zaprosili pedagoške delavce na srednji šoli. Zbrane podatke smo analizirali s pomočjo osnovnih statističnih metod, rezultate pa predstavili v grafični obliki.

Etični vidik raziskovanja

Anketa je bila izvedena anonimno in na podlagi prostovoljne udeležbe. Vsi sodelujoči so bili predhodno seznanjeni z namenom in vsebino raziskave prek uvodne strani ankete ter preko pedagoških delavcev v srednji šoli. Udeležencem je bila zagotovljena popolna anonimnost, raziskava pa je potekala v skladu z vsemi ključnimi etičnimi načeli. Upošteevane so bile pravice do obveščenosti, samoodločanja, zasebnosti in zaupnosti podatkov. Poleg tega so bila med anketiranjem dosledno spoštovana načela Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije (2024).

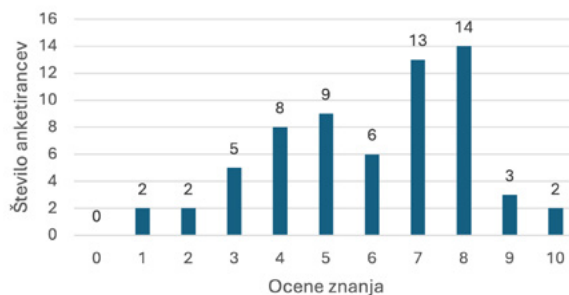
3 REZULTATI

V prvem sklopu raziskave so bila vprašanja usmerjena v samooceeno dijakov o spolnosti. Graf 1 prikazuje, kako dijaki ocenjujejo svoje znanje o oploditvi in nastanku nosečnosti. Največ dijakov, to je 13 (20 %), je svoje znanje ocenilo z oceno 5. Oceno 10 in oceno 8 je izbralo 11 dijakov (17 %), oceno 7 pa 10 (16 %) dijakov. Z oceno 9 jih je odgovorilo 7 (11 %), z oceno 6 pa 4 dijaki (6 %). Oceni 3 in 4 so izbrali 3 dijaki (5 %), medtem ko sta oceno 0 podala 2 dijaka (3 %). Oceni 1 in 2 nista bili izbrani. Povprečna ocena je znašala 7,1/10.



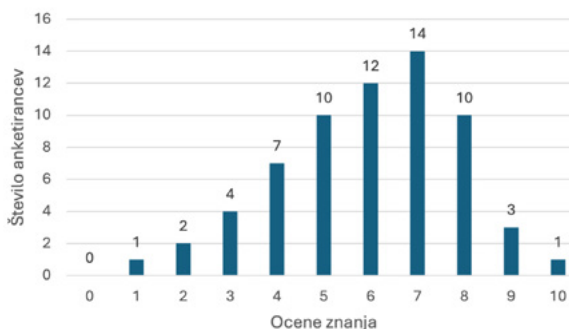
Graf 1. Lastna ocena znanja mladostnikov o oploditvi in nastanku nosečnosti

Kako dijaki ocenjujejo svoje znanje o spolno prenosljivih boleznih prikazuje graf 2. Najvišjo oceno 10 sta izbrala 2 dijaka (3 %), oceno 9 trije dijaki (5 %), oceno 8 pa največ – 14 dijakov (21 %). Oceno 7 jih je navedlo 13 (20 %), oceno 6 šest (9 %), oceno 5 devet dijakov (13 %), oceno 4 osem dijakov (13 %) in oceno 3 sedem dijakov (10 %). Oceni 2 in 1 sta izbrala 2 dijaka (3 %), medtem ko ocene 0 ni izbral nihče. Povprečna ocena znanja znaša 6,4/10.

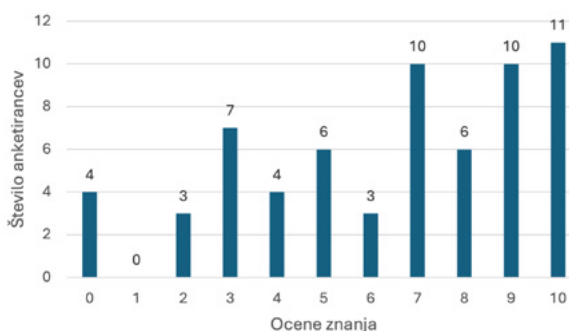


Graf 2. Lastna ocena znanja mladostnikov o spolno prenosljivih boleznih

Graf 3 prikazuje, kako dijaki ocenjujejo svoje znanje o anatomiji spolnih organov obeh spolov. Najvišjo oceno 10 je izbral 1 dijak (2 %), oceno 9 trije dijaki (5 %), oceno 8 deset dijakov (16 %) in oceno 7 največ – kar 14 dijakov (21 %). Oceno 6 je navedlo 12 dijakov (18 %), oceno 5 deset dijakov (16 %), oceno 4 sedem dijakov (11 %) in oceno 3 štirje dijaki (6 %). Oceno 2 sta izbrala 2 dijaka (3 %), oceno 1 pa 1 dijak (2 %). Ocena 0 ni bila izbrana. Njihovo povprečno znanje znaša 6,4/10.



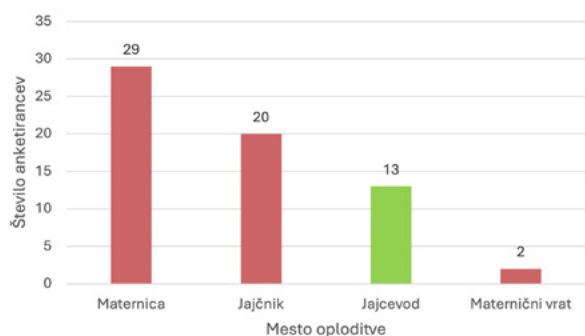
Graf 3. Lastna ocena znanja mladostnikov o anatomiji spolnih organov obeh spolov



Graf 4. Lastna ocena znanja o kontracepciji

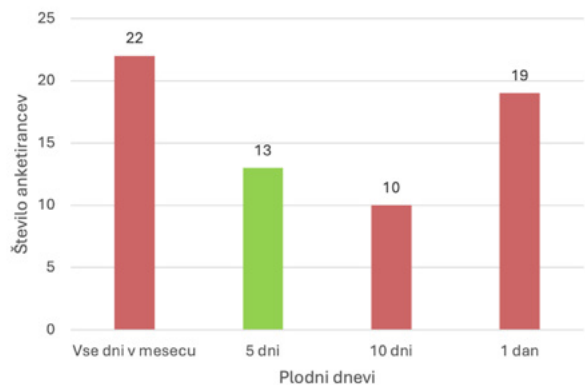
Graf 4 prikazuje, kako dijaki ocenjujejo svoje znanje o kontracepciji. Oceno 10 je izbralo 11 dijakov (17 %), oceno 9 deset dijakov (16 %), oceno 8 šest (9 %) in oceno 7 deset dijakov (16 %). Oceno 6 so navedli trije dijaki (5 %), oceno 5 šest dijakov (9 %), oceno 4 štirje dijaki (6 %), medtem ko se je za oceno 3 odločilo sedem dijakov (11 %). Oceno 2 so izbrali trije dijaki (5 %), 0 pa štirje (6 %). Ocena 1 ni bila izbrana. Povprečna samoocena znanja znaša 6,4.

V drugem sklopu so se vprašanja nanašala na dejansko znanje dijakov o spolnosti. Pri vprašanju o mestu oploditve je večina odgovorila nepravilno – 29 (45 %) jih je kot mesto oploditve navedlo maternico, 20 (31 %) jajčnik in 2 (3 %) maternični vrat. Le 13 dijakov (20 %) je pravilno navedlo jajcevod, ki je edini pravilen odgovor (glej graf 5).



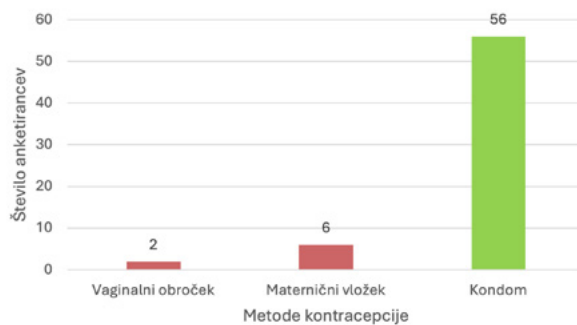
Graf 5. Poznavanje mesta oploditve v ženskem reproduktivnem sistemu

Pri odgovoru na vprašanje o tem, koliko dni v mesecu lahko ženska zanosi ob spolnem odnosu je pravilno odgovorilo 13 (20 %) dijakov, medtem ko je 51 (80 %) dijakov podalo napačen odgovor (graf 6).



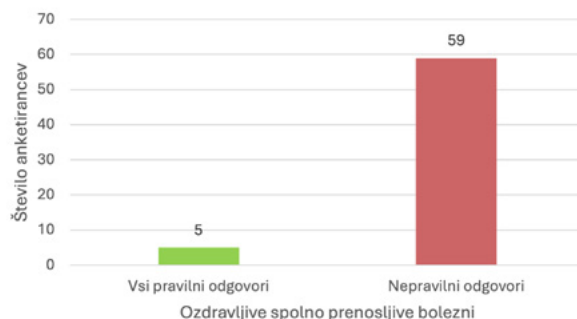
Graf 6. Poznavanje plodnih dni pri ženski

Graf 7 prikazuje rezultate vprašanja o tem, katera od ponujenih metod kontracepcije uporabnika zaščiti tudi pred spolno prenosljivimi boleznimi. Pravilen odgovor je izbralo 56 (87 %) dijakov, 8 (13 %) pa jih je odgovorilo nepravilno.



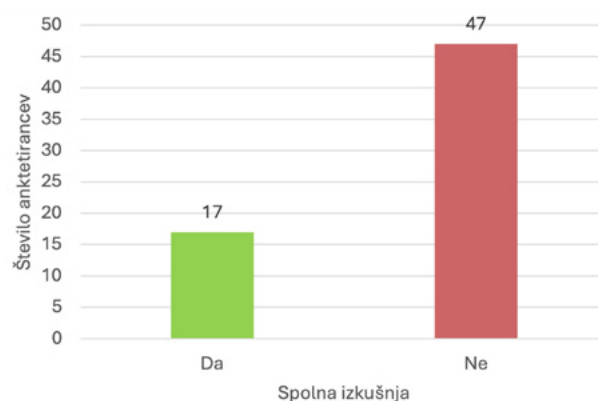
Graf 7. Metode kontracepcije, ki zaščitijo pred SPB (spolno prenosljivimi boleznimi)

Rezultate odgovorov na vprašanje, katere od ponujenih spolno prenosljivih bolezni so ozdravljive, prikazuje graf 8. Od 64 anketirancev je bilo le 5 (8 %) dijakov, ki so izbrali pravilne odgovore (klamidija, sifilis in gonoreja), medtem ko je 59 (92 %) dijakov izbralo enega ali več nepravilnih odgovorov (HPV, AIDS, Hepatitis B).



Graf 8. Poznavanje ozdravljivih spolno prenosljivih bolezni med mladostniki

Na koncu nas je še zanimalo koliko dijakov je že imelo izkušnjo s spolnim odnosom. Iz grafa 9 je razvidno, da 47 (73 %) dijakov še ni imelo spolnega odnosa, medtem ko jih je 17 (27 %) že imelo prvi spolni odnos.



Graf 9. Izkušnje mladostnikov s prvim spolnim odnosom

4 RAZPRAVA

Rezultati raziskave kažejo, da dijaki svojo raven znanja o spolnosti ocenjujejo razmeroma visoko, povprečne samoocene pa segajo od 5,9 do 7,1 na 10-stopenjski lestvici. Najvišje so ocenili svoje znanje o oploditvi in nastanku nosečnosti (povprečje 7,1), nekoliko nižje pa znanje o spolno prenosljivih boleznih (6,4) in anatomsiji spolnih organov (6,4), najnižje pa znanje o kontracepciji (5,9). Čeprav dijaki izkazujejo določeno samozavest glede svojega znanja, rezultati vprašanj dejanskega znanja kažejo na pomembne vrzeli. Podobne rezultate o znanju dijakov glede spolnosti (ovulacije, menstruacije, učinkovitosti kontracepcije, posledic spolno prenosljivih okužb) so v raziskavi ugotovili Šporin et al. (2024), in sicer so dijakinje dosegle povprečno 8,64 točke (od možnih 17 točk), dijaki pa povprečno 7,28 točke.

Raziskave (Kuzelj et al., 2025) poudarjajo, da pomanjkanje osnovnega znanja o osnovnih konceptih človeške biologije mladostnike usmerja k spolnim vsebinam na spletu, kar lahko vpliva na njihova stališča in pričakovanja o intimnih odnosih. Rezultati naše raziskave kažejo, da je pri vprašanju o mestu oploditve večina dijakov odgovorila napačno, saj so oploditev zmotno povezali z maternico, kar nakazuje na pomanjkanje jasnega razumevanja osnovnih reproduktivnih procesov, možno je, da so nekateri zamenjali pojem oploditve s pojmom ugnjevitve – torej z nastankom nosečnosti, ko se oplojeno jajčece ugnje v steno maternice, medtem ko do oploditve dejansko pride v jajcevodu. Ta zmeda je lahko posledica pomanjkljive razlage razlike med oploditvijo in ugnjevitvijo, ki je ključna za razumevanje nastanka nosečnosti (Lacconi et al., 2024). Podobno zaskrbljujoče je znanje o plodnih dneh, saj je le petina dijakov pravilno navedlo obdobje, ko je zanositev možna. Ženska lahko zanosi med t. i. »plodnim oknom«, ki obsega šest dni – pet dni pred ovulacijo in dan ovulacije. Ta podatek potrjuje ugotovitve predhodnih raziskav, ki opozarjajo, da mladostniki pogosto napačno razumejo menstrualni cikel in z njim povezane reproduktivne procese (Wilcox et al., 2000).

Spodbudno je, da večina dijakov pravilno prepozna kondom kot edino kontracepcijsko sredstvo, ki poleg zaščite pred neželjeno nosečnostjo ščiti tudi pred spolno prenosljivimi boleznimi. Podobne ugotovitve navaja tudi Genz et al. (2017), saj njihova raziskava kaže, da kar 37 % deklic in 30 % fantov verjame, da kontracepcija preprečuje prenos spolno prenosljivih bolezni. Vendar pa rezultati glede poznavanja spolno prenosljivih bolezni razkrivajo resno pomanjkanje znanja, saj je le nekaj dijakov pravilno prepoznalo ozdravljive bolezni. To je posebej zaskrbljujoče, saj nepoznavanje teh informacij lahko vodi v podcenjevanje tveganj in neustrezno iskanje zdravstvene pomoči (Clifton et al., 2018).

Podatek, da malo več kot petina dijakov že ima spolne izkušnje, potrjuje pomen zgodnje in celostne spolne vzgoje, saj se spolno vedenje pogosto začne pred dopolnjenim 18 letom. Nezadostno znanje o reproduktivnih procesih, kontracepciji in spolno prenosljivih boleznih kaže, da trenutna spolna vzgoja v šolah ne dosega ciljev, ki bi mladostnikom omogočili informirano odločanje in razvoj odgovornega spolnega vedenja (Scull et al., 2020).

Iz rezultatov raziskave je razvidno, da je potrebno vsebine spolne vzgoje v srednjih šolah okrepiti, jih vključiti v osnovnošolski kurikulum (Žalar et al., 2013) ter jih zasnovati na znanstveno utemeljenih informacijah in interaktivnih metodah poučevanja, ki spodbujajo razumevanje ključnih konceptov. Čeprav se mladi na področju spolnosti deloma znajdejo, ostajajo izrazite pomanjkljivosti predvsem pri temeljnih bioloških vsebinah. Spolna vzgoja pa presega zgolj posredovanje znanja o razmnoževanju in zaščiti – vključevati mora tudi razvoj konceptualnih, stališčnih, komunikacijskih in evalvativnih veščin, ki mladostnikom omogočajo informirano in odgovorno odločanje o svoji spolnosti (Moreira et al., 2023). Celostni pristop, ki združuje kognitivni, čustveni in praktični vidik izobraževanja, je ključen za preprečevanje tveganih vedenj in zmanjšanje javnozdravstvenih posledic, povezanih s spolnim zdravjem (Mitchell et al., 2021).

Omejitev raziskave so predvsem izvedba raziskave v eni izobraževalni ustanovi ter majhno število sodelujočih. Zaradi tega rezultati ne omogočajo širšega posploševanja, zato bi bilo za celovitejše in bolj zanesljivo razumevanje ozaveščenosti mladostnikov smiselno vključiti več ustanov in večji vzorec iz različnih okolij.

5 ZAKLJUČEK

V raziskavi smo preučevali ozaveščenost mladostnikov o spolnosti in ugotovili, da je njihovo znanje večinoma zadostno, a so področja, ki zahtevajo dodatno pozornost. Priporočamo okrepitev spolne vzgoje že v višjih razredih osnovne šole in sistematično nadaljevanje izobraževanja v srednji šoli, s poudarkom na preventivi in znanstveno preverjenih, razumljivih ter mladim dostopnih informacijah za doseg celovitejše spolne pismenosti mladostnikov. Spolno izobraževanje mora biti dosledno, postopno in prilagojeno starosti, da spodbuja odgovorno vedenje in varno spolnost. Za prihodnje raziskave predlagamo razširitev vzorca na več regij ter proučevanje vpliva družine, spleta, socialnih omrežij in učinkovitosti različnih oblik spolne vzgoje (npr. s strani učiteljev, zdravstvenih delavcev ali vrstnikov).

LITERATURA

1. Arruda, E. P. T., Brito, L. G. O., Prandini, T. R., Lerri, M. R., Reis, R. M. D., Barcelos, T. M. R., & Lara, L. A. S. (2020). Sexual Practices During Adolescence. *Práticas sexuais na adolescência. Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia : revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, 42(11), 731–738. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713411>
2. Banič, M. (2014). Okužbe spolovil in spolno prenosljive bolezni. Inštitut za medicinsko izobraževanje. https://imi.si/wp-content/uploads/2024/02/Banic-06_Okuzbe-spolovil-in-spolno-prenosljive-bolezni_2014.pdf
3. Clifton, S., Mercer, C.H., Sonnenberg, P., Tanton, C., Field, N., Gravningen, K., Hughes, G., Mapp, F., & Johnson, A.M. (2018). STI Risk Perception in the British Population and How It Relates to Sexual Behaviour and STI Healthcare Use: Findings From a Cross-sectional Survey (Natsal-3). *EClinicalMedicine*, 2-3, 29-36. doi: 10.1016/j.eclinm.2018.08.001.
4. Erić, L. (2011). Seksualne disfunkcije. Hermes IPAL, založba Instituta za psihološko astrologijo in psihoanalizo.
5. European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion & Picken, N. (2020). Sexuality education across the European Union: an overview, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/869234>
6. Genz, N., Meincke, S. M. K., Carret, M. L. V., Corrêa, A. C. L., & Alves, C. N.. (2017). SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES: KNOWLEDGE AND SEXUAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), e5100015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005100015>
7. Klavs, I., Berlot, L., Milavec, M., Kustec, T., Grgič-Vitek, M., Lavtar, D., & Zaletel, M. (2021). Self-reported sexually transmitted infections and healthcare in Slovenia: findings from the second national survey of sexual lifestyles, attitudes and health, 2016-2017 = Poročane spolno prenesene okužbe in zdravstvena oskrba v Sloveniji: izsledki druge nacionalne raziskave življenjski slog, stališča, zdravje in spolnost, 2016-2017. *Zdravstveno varstvo: Slovenian journal of public health*, 60(4), 221-229. doi: 10.2478/sjph-2021-0030.
8. Kogovšek, T., Bernik, I., Hlebec, V., Švab, A., Klavs, I., Kustec, T., Tomšič, S., & Kuhar, R. (2016). Spolnost srednješolcev v Sloveniji: Vedenje, zdravje, stališča – podatkovna baza. Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani, Nacionalni inštitut za javno zdravje in Mirovni inštitut.
9. Kuzelj, R., Štemberger, L. ., Ličen, S., & Prosen, M. (2025). Družbeni in kulturni kontekst mladostniške spolnosti z vidika študentov zdravstvenih ved: raziskava fokusnih skupin. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 59(1), 33-41. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.1.3240>
10. Lacconi, V., Massimiani, M., Carriero, I., Bianco, C., Ticconi, C., Pavone, V., Alteri, A., Muzii, L., Rago, R., Pisaturo, V., & Campagnolo, L. (2024). When the Embryo Meets the Endometrium: Identifying the Features Required for Successful Embryo Implantation. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(5), 2834. <https://doi.org/10.3390/ijms25052834>
11. Mitchell, K.R., Lewis, R., O'Sullivan, L.F., & Fortenberry, J.D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *Lancet Public Health*, 6(8):e608-e613. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00099-2.
12. Moreira, M. T., Rocha, E., Lima, A., Pereira, L., Rodrigues, S., & Fernandes, C. S. (2023). *Knowledge about Sex Education in Adolescence: A Cross-Sectional Study*. *Adolescents*, 3(3), 431-445. <https://doi.org/10.3390/adolescents3030030>
13. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2025). *Spolno prenesene okužbe v Sloveniji v letu 2023*. <https://nizj.si/wp-content/uploads/2025/01/Spolno-prenesene-okuzbe-v-Sloveniji-v-letu-2023.pdf>
14. Scull, T.M., Keefe, E.M., Kafka, J.M., Malik, C.V., & Kupersmidt, J.B. (2020). The understudied half of undergraduates: Risky sexual behaviors among community college students. *J Am Coll Health*, 68(3), 302-312. doi: 10.1080/07448481.2018.1549554.
15. Šporin, M., Kamenšek, T., & Milavec Kapun, M. (2024). Spolna zdravstvena pismenost slovenskih srednješolcev: opisna raziskava. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 58(2), 88-104. <https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.2.3202>
16. Švab, A., Kogovšek, T., & Kuhar, R. (2021). Characteristics of first sexual intercourse among secondary school students in Slovenia. *Teorija in praksa*, 58(3), 827-839. <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-G29VO5J6>
17. Toth, M. (2023). Dolgotrajna reverzibilna kontracepcija in svetovalna vloga medicinske sestre pri izbiri vrste kontracepcije [diplomska naloga, Univerza v Ljubljani]. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=151002>
18. Wilcox, A. J., Dunson, D., & Baird, D. D. (2000). The timing of the »fertile window« in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 321(7271), 1259–1262. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7271.1259>
19. Žalar, A., Leskovšek, E., & Prodan, V. (2012). Stališča dijakov prvih in tretjih letnikov ljubljanskih srednjih šol do vprašanj o spolnosti. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
20. Žalar, A., Leskovšek, E., Čeh, F., & Cugmas, M. (2013). Spolna vzgoja v okviru vzgoje za zdravje v slovenskih srednjih šolah: znanstvena monografija. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

OZAVEŠČENOST MLADOSTNIKOV O HUMANEM PAPILOMA VIRUSU IN NJIHOV ODNOS DO CEPLJENJA

Žan Vujičić

dr. Andreja Hrovat Bukovšek

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

zan.vujcic@gmail.com



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Humani papilomavirus (HPV) je ena najpogostejših spolno prenosljivih okužb, povezanih z nastankom različnih oblik raka in drugih zdravstvenih zapletov pri obeh spolih. Kljub razpoložljivosti učinkovitega cepiva ostaja precepljenost med mladimi v Sloveniji še vedno prenizka. Namen raziskave je bil preveriti stopnjo ozaveščenosti mladostnikov o okužbi s HPV in raziskati njihov odnos do cepljenja.

Metoda: Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop z anonimnim spletnim anketnim vprašalnikom. V raziskavo je bilo vključenih 67 mladostnikov – študentov Fakultete za zdravstvene vede v Celju, drugih fakultet ter dijakov srednjih šol v Celju. Podatki so bili analizirani z deskriptivno statistiko in grafično prikazani.

Rezultati: HPV pozna 54 (84 %) anketirancev. Da se z virusom lahko okužijo moški in ženske, je vedelo 56 (93 %) anketirancev, dolgoročne posledice okužbe (genitalne bradavice, predrakave spremembe, rak) pa je pravilno navedlo 56 (89 %) anketirancev. Približno polovica jih ve, da specifičnega zdravila za HPV ni, je pa možno zdraviti njegove posledice. Cepljenje kot najučinkovitejšo zaščito je prepoznalo 52 (84 %) anketirancev. Glavni vir informacij so bile šole, sledili so medicinske sestre/zdravstveni delavci in zdravniki. Cepljenih je bilo 39 (67 %) vprašanih, med razlogi za necepljenost pa so najpogosteje navedli, da cepljenje še ni bilo vključeno v program, pomanjkanje informacij in osebno odločitev. Da bi moralo biti cepljenje proti HPV obvezno, meni 48 (76 %) anketirancev.

Razprava: Raziskava je pokazala, da mladi poznajo osnovne informacije o HPV, vendar njihovo znanje ni poglobljeno, kar kaže na potrebo po ciljno usmerjenem izobraževanju. Ker je šola glavni vir informacij, je smiselno okrepiti vsebine o HPV in spolno prenosljivih boleznih v učnih programih. Prav tako bi morali povečati dostopnost preverjenih informacij prek zdravstvenih delavcev, ki jim mladi zaupajo. Za večjo precepljenost predlagamo informativne kampanje na osnovnih in srednjih šolah ter pravočasno predstavitve cepljenja z jasnimi in razumljivimi informacijami.

Ključne besede: humani papiloma virus, mladostniki, cepljenje, ozaveščenost, spolno prenosljive okužbe.

ABSTRACT

Theoretical Background: Human papillomavirus (HPV) is one of the most common sexually transmitted infections, associated with the development of various types of cancer and other health complications in both sexes. Despite the availability of an effective vaccine, vaccination coverage among young people in Slovenia remains too low. The purpose of the study was to assess the level of adolescents' awareness regarding HPV infection and examine their attitudes towards vaccination.

Method: A quantitative research approach was used with an anonymous online survey questionnaire. The study included 67 adolescents – students of the Faculty of Health Sciences in Celje, students from other faculties, and high school students in Celje. Data were analyzed using descriptive statistics and presented graphically.

Results: HPV was recognized by 54 (84%) respondents. 56 (93%) respondents knew that both men and women can become infected with the virus, and 56 (89%) correctly identified the long-term consequences of infection (genital warts, precancerous changes, cancer). Approximately half of the participants knew that there is no specific cure for HPV, although its consequences can be treated. Vaccination was recognized as the most effective protection by 52 (84%) of those surveyed. The main sources of information were schools, followed by nurses/healthcare workers and doctors. A total of 39 (67%) respondents were vaccinated; the most frequently cited reasons for not being vaccinated were that the vaccine had not yet been included in the program, lack of information, and personal choice. 48 (76%) participants agreed that HPV vaccination should be mandatory.

Discussion: *The study showed that young people are familiar with the basic information about HPV, but their knowledge is not in-depth, indicating the need for targeted education. Since school is the main source of information, it is reasonable to strengthen the content related to HPV and sexually transmitted infections in the curricula. Verified information should also be made more accessible through healthcare professionals, who are trusted by young people. To improve vaccination coverage, we propose informational campaigns in primary and secondary schools, along with timely presentation of vaccination with clear and understandable information.*

Keywords: *human papillomavirus, adolescents, vaccination, awareness, sexually transmitted infections.*

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Humani papilomavirus (HPV) je ena najpogostejših spolno prenosljivih okužb na svetu, ki prizadene tako ženske kot moške (Stanley, 2012). Virus se najpogosteje prenaša preko spolnih stikov, vključno z oralnimi in analnimi, zato je pogostost okužb visoka predvsem med mladimi, ki pričnejo s spolnimi odnosi. Večina okužb poteka brez simptomov in dolgoročnih posledic. Vendar pa lahko določeni visokorizični tipi, kot sta HPV 16 in 18, povzročijo predrakave spremembe, ki se lahko razvijejo v raka materničnega vratu, anusa, penisa ali ustnega dela žrela (Gillison et al., 2020; Markowitz et al., 2021). Med vsemi poznanimi tipi HPV jih približno 40 okužuje genitalno področje. Nizkorizični tipi, kot sta HPV 6 in 11, praviloma povzročajo genitalne bradavice, medtem ko so visokorizični tipi, kot sta HPV 16 in 18, povezani z resnejšimi spremembami v celicah, ki lahko sčasoma vodijo do predrakov ali rakavih obolenj (Miller et al., 2013; Markowitz et al., 2021).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2022) se vsaj 80 % spolno aktivnih oseb okuži s HPV vsaj enkrat v življenju. V Sloveniji je cepljenje proti HPV vključeno v nacionalni program cepljenja, ki je brezplačen za deklice in dečke v šestem razredu osnovne šole. Kljub temu stopnja precepljenosti med mladimi še vedno ni optimalna – v letu 2022 je znašala približno 60 % za deklice in le okoli 30 % za dečke (NIJZ, 2023). Med glavnimi razlogi za necepljenje se navajajo pomanjkanje informacij, skrb glede varnosti cepiva ter napačna prepričanja, da cepljenje ni potrebno, če se oseba še ni začela spolno udeleževati (Zveza študentov medicine Slovenije, 2022; Furlan, 2023).

Zaradi razširjenosti okužbe in njenih posledic predstavlja HPV pomemben javnozdravstveni problem. Rak materničnega vratu je v Sloveniji tretji najpogostejši rak pri ženskah med 15 in 44 letom starosti (ZORA, 2022), pri čemer je več kot 99 % primerov neposredno povezanih z okužbo s HPV. Vendar virus ne prizadene le žensk – študije kažejo, da lahko pri moških povzroča raka zadnjika, penisa in ustnega dela žrela (Marur et al., 2020). Kljub tem podatkom HPV še vedno pogosto velja za »žensko bolezen«, kar vpliva tudi na odločitev za cepljenje pri moških (Bosch et al., 2013).

Izobraževalni programi predstavljajo enega ključnih virov informacij za mlade, saj se s HPV največkrat prvič srečajo prav v šoli (Šinkovec, 2022). A kot opozarja Furlan (2023), so informacije pogosto površinske ali pomanjkljive. Veliko mladih informacije išče tudi preko spleta ali družbenih omrežij, kjer pa ni vedno zagotovljena zanesljivost. Po podatkih ECDC (2021) je stopnja zaupanja v spletne vire pri mladih precej nižja kot pri zaupanju zdravstvenemu osebju, ki jih mladi prepoznavajo kot najbolj verodostojen vir informacij (Kocijančič, 2022; NIJZ, 2024).

Glede na navedeno postaja jasno, da obstajajo pomembne vrzeli v znanju in razumevanju okužbe s HPV pri mladih. Kljub napredku v preventivni medicini ostaja izziv, kako mlade učinkovito informirati in jih spodbuditi k odločanju za cepljenje (ECDC, 2021; Furlan, 2023).

Namen raziskave je bil ugotoviti ozaveščenost mladostnikov o okužbi s HPV, prepoznati najpogostejše vire informacij in raziskati njihov odnos do cepljenja.

2 METODA

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi zbiranja podatkov. Uporabili smo spletni anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda znanstvene in strokovne literature (Kocijančič, 2022; ZORA, 2022; WHO, 2022; Furlan, 2023; NIJZ, 2023). Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja: (1) Kako dobro so mladostniki ozaveščeni o HPV in njegovih posledicah? (2) Kje mladostniki najpogosteje pridobivajo informacije o HPV in cepljenju proti njemu? (3) Kakšno je mnenje mladostnikov o pomenu cepljenja proti HPV?

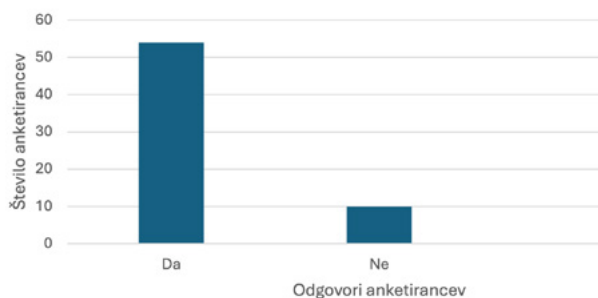
Vprašalnik je vseboval 11 vprašanj, večinoma zaprtega tipa z eno odprto možnostjo odgovora. Pokrival je štiri vsebinske sklope: (1) demografski podatki (spol in starost), (2) poznavanje HPV, (3) posledice okužbe s HPV in (4) cepljenje ter viri informacij.

V raziskavo je bilo vključenih 67 mladih, starih med 16 in 24 let, s povprečno starostjo 18,3 leta. Vzorec je obsegal 28 moških in 39 žensk. Uporabili smo priložnostni (slučajnostni) vzorec, do anketirancev smo dostopali prek znancev – sošolcev, športnih soigralcev in prijateljev. Povezavo do spletne ankete smo delili preko družbenih omrežij in elektronske pošte. Anketa je bila aktivna od 17. do 28. februarja 2025.

Pridobljene podatke smo analizirali z osnovno deskriptivno statistiko, rezultate pa prikazali s pomočjo grafov in odstotkov. Pri raziskavi smo upoštevali Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2024), udeležba je bila prostovoljna in anonimna, rezultati pa so bili uporabljeni izključno v raziskovalne namene.

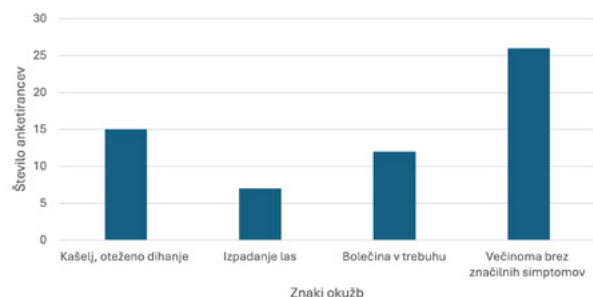
3 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani najpomembnejši rezultati raziskave, ki odgovarjajo na zastavljena raziskovalna vprašanja.



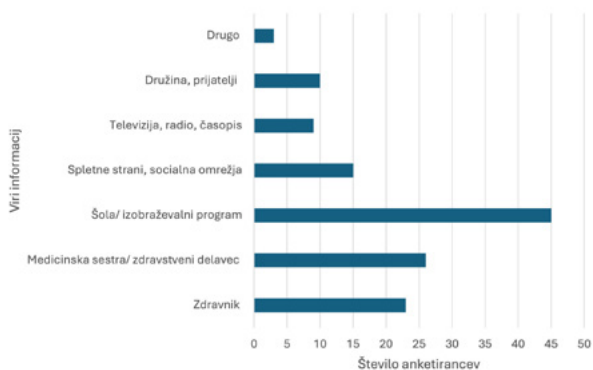
Graf 1. Seznajenost/informiranost o HPV

Iz grafa 1 je razvidno da je 54 (84 %) anketirancev že slišalo za HPV, medtem ko 10 (16 %) anketirancev še ni slišalo za ta virus.



Graf 2. Znaki okužbe s HPV

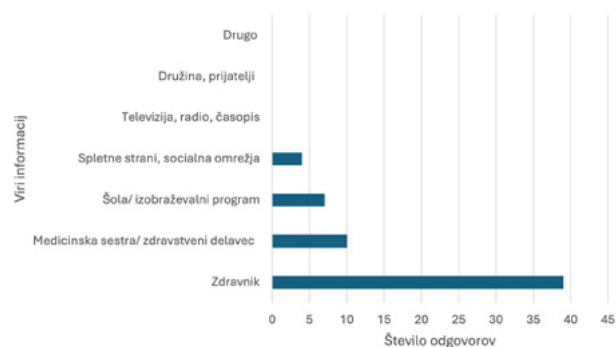
Iz grafa 2 je razvidno, da je največ anketirancev, 26 (43 %), menilo, da HPV okužba poteka večinoma brez značilnih simptomov. Sledijo odgovori: kašelj in oteženo dihanje s 15 (25 %) odgovori, bolečina v trebuhu z 12 (20 %) in izpadanje las s 7 (12 %) odgovori. Na vprašanje je odgovorilo 60 anketirancev.



Graf 3. Pridobivanje informacij o HPV

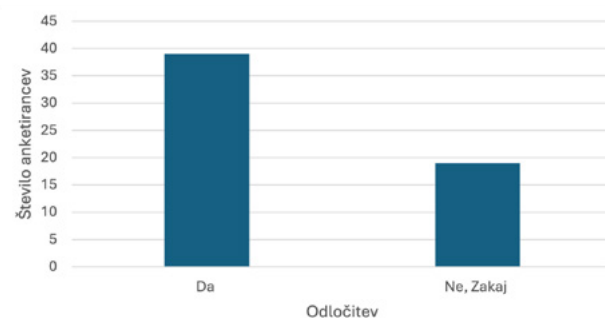
Iz grafa 3 je razvidno, da so anketiranci kot najpogostejši vir informacij o HPV najpogosteje navajali šolo oziroma izobraževalni program, ta odgovor je izbralo 45 anketirancev. Sledijo medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci s 26 odgovori ter zdravniki s 23 odgovori. Manj pogosto so bili kot vir informacij navedeni spletne strani in socialna omrežja (15), družina in prijatelji (10) ter televizija,

radio ali časopis (9); medtem ko sta le 2 anketiranci označila drugo možnost. Anketiranci so lahko izbrali več odgovorov.



Graf 4. Verodostojnost pridobljenih virov

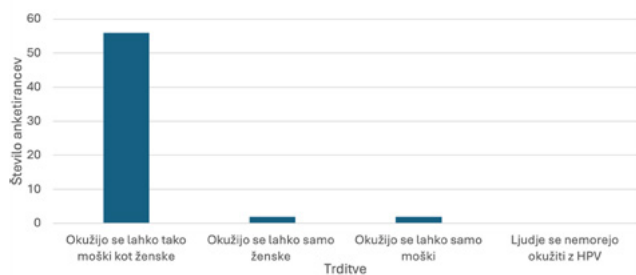
Iz grafa 4 je razvidno, da anketiranci kot najbolj verodostojen vir informacij o HPV prepoznajo zdravnike, saj je to možnost izbralo 39 anketirancev. Sledijo medicinske sestre z 10 odgovori, šola s 7 odgovori in spletne strani s 4 odgovori. Televizije, družine ali druge možnosti kot najbolj verodostojen vir ni označil nihče. Anketiranci so lahko izbrali več odgovorov.



Graf 5. Cepljeni proti HPV

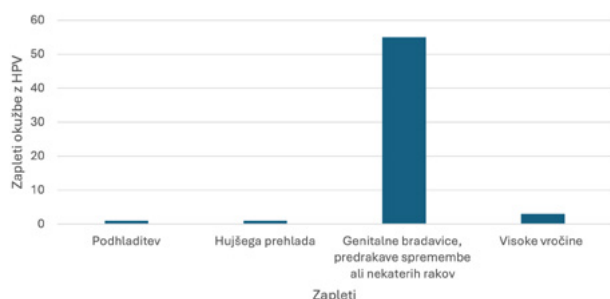
Za cepljenje se je odločilo 39 (67 %) anketirancev, medtem ko 19 (33 %) ni bilo cepljenih. Na vprašanje je odgovorilo 58 anketirancev. Vzroki, da se anketiranci niso cepili, so bili:

- nisem se še odločil zato;
- ni bilo potrebe; ni obvezno;
- ker še ni bilo cepiva;
- nisem čutila potrebe;
- ker nisem vedel, da se lahko;
- nisem hotel;
- nisem se odločil za to;
- je rekla mama, da ne.



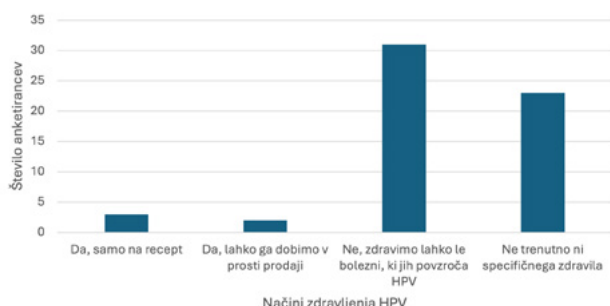
Graf 6. Okužbe s HPV glede na spol

Iz grafa 6 je razvidno, da je **56 (93 %)** anketiranih mladostnikov izbralo trditev, da se lahko z virusom HPV okužijo tako moški kot ženske. Trditev, da se lahko okužijo le ženske, sta izbrala 2 (3 %) anketiranca, enako število ($n = 2$; 3 %) pa je menilo, da se lahko okužijo le moški. Možnost, da se ljudje z virusom HPV ne morejo okužiti, **ni izbral nihče**. Na vprašanje je odgovorilo **60** anketirancev.



Graf 7. Zapleti okužbe s HPV

Iz grafa 7 je razvidno, da je 56 (89 %) anketirancev kot možen zaplet okužbe s HPV navedlo genitalne bradavice, predrakave spremembe ali nekatere vrste raka. Manjši delež anketirancev je označil visoko vročino 3 (5 %), podhladitev 2 (3 %) in hujši prehlad 2 (3 %). Na vprašanje je odgovorilo 63 anketirancev.



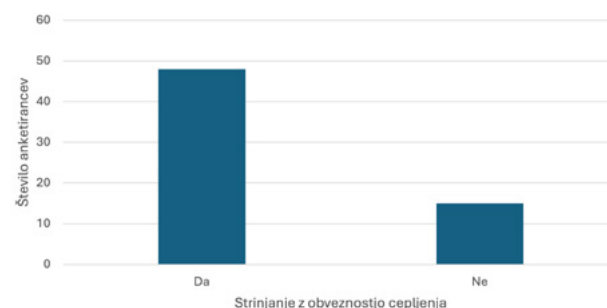
Graf 8. Zdravilo za HPV

Na vprašanje o možnostih zdravljenja HPV je 32 (52 %) anketirancev odgovorilo, da lahko zdravimo le bolezni, ki jih HPV povzroča, 23 (37 %) jih meni, da trenutno ni specifičnega zdravila, 4 (6 %) menijo, da zdravilo obstaja in je na voljo na recept, 3 (5 %) pa, da ga je mogoče dobiti v prosti prodaji. Na vprašanje je odgovorilo 62 anketirancev.



Graf 9. Preprečevanje nastanka rakavih sprememb zaradi HPV

Iz grafa 9 je razvidno da 52 (84 %) anketirancev meni, da lahko nastanek rakavih sprememb preprečimo s cepljenjem. Sedem (11 %) jih je izbralo odgovor, da okuženi jemljejo tablete za preprečevanje predrakavih in rakavih sprememb, trije (5 %) pa so menili, da tega ni mogoče preprečiti. Nihče ni izbral možnosti »z zdravo prehrano«. Na vprašanje je odgovorilo 62 anketirancev.



Graf 10. Obveznost cepljenja

Strinjanje z obveznostjo cepljenja je izrazilo 48 (76 %) anketirancev, medtem ko jih je 15 (24 %) odgovorilo, da se s tem ne strinjajo. Na vprašanje je odgovorilo 63 anketirancev (graf 10).

4 RAZPRAVA

Rezultati raziskave kažejo, da je večina anketiranih mladostnikov že slišala za virus HPV, vendar njihovo znanje pogosto ostaja površno. Čeprav prepoznajo poimenovanje virusa, jih veliko manj natančno razume načine njegovega prenosa, možne zaplete in dejstvo, da okužba pogosto poteka brez značilnih simptomov. Presenetljiv je podatek, da so nekateri anketiranci kot simptom okužbe napačno navedli tudi izpadanje las. To kaže na napačne predstave, ki verjetno izvirajo iz povezovanja HPV z rakom na splošno in z učinki zdravljenja raka, kot je kemoterapija. Takšna napačna prepričanja dodatno potrjujejo, da med mladimi primanjkuje poglobljenega in natančnega znanja o tem, kaj HPV dejansko povzroča. Na pomankljivo razumevanje problematike opozarja tudi Furlan (2023), ki ugotavlja, da številni mladi kljub prepoznavanju pojma HPV ne razumejo razsežnosti možnih posledic okužbe, kot so predrakave spremembe in razvoj raka – tako pri ženskah kot pri moških. Podobno Gillison et al. (2020) poudarjajo, da neustrezno znanje

in napačne predstave o okužbi predstavljajo pomembno oviro pri učinkovitem preprečevanju in cepljenju.

Zanimiva ugotovitev raziskave je, da anketiranci kot najpogostejši vir informacij o HPV navajajo šolo, kar potrjuje pomembno vlogo izobraževalnega sistema pri posredovanju znanj o spolnem in reproduktivnem zdravju. Kljub temu preseneča, da nekateri anketiranci za HPV še niso slišali, kar kaže na to, da informacije ne dosežejo vseh enako učinkovito. Čeprav mladostniki zdravnike ocenjujejo kot najbolj zanesljiv vir informacij, jih redkeje omenjajo kot dejanski vir, pri katerem so te informacije tudi prejeli. To razkriva razkorak med zaupanjem in dejansko vlogo zdravstvene stroke v preventivnem obveščanju. Na ta razhajanja opozarjajo tudi Kocijančič (2022), NIJZ (2024) in ECDC (2021), ki poudarjajo potrebo po večji vključenosti zdravstvenih delavcev v aktivno in dostopno informiranje mladih.

Glede cepljenja proti HPV so rezultati pokazali, da je bila cepljena manj kot polovica anketirancev. Med najpogostejšimi razlogi za necepljenost so navajali pomanjkanje informacij in dejstvo, da v času njihovega osnovnošolskega izobraževanja cepljenje še ni bilo vključeno v redni nacionalni program cepljenja. Te ugotovitve sovpadajo z opažanji programa ZORA (2022), kjer poudarjajo, da je informiranost eden ključnih dejavnikov pri odločanju za cepljenje.

Pozitivno pa je, da večina anketirancev podpira cepljenje – mnogi menijo, da bi moralo biti obvezno in bi ga priporočili tudi drugim. To kaže na pripravljenost mladih za sprejemanje preventivnih ukrepov, če so ti ustrezno predstavljeni in razumljivo pojasnjeni.

Raziskava razkriva, da so mladi pripravljeni sprejemati odločitve v korist svojega zdravja, kadar imajo dostop do zanesljivih in jasno podanih informacij. Kljub temu pa so še vedno prisotne vrzeli v znanju in razumevanju okužbe s HPV, ki jih je treba sistematično nasloviti – predvsem z okrepljenim sodelovanjem med šolami in zdravstveno stroko. Poudariti velja tudi potrebo po doslednejšem vključevanju vsebin o spolnem in reproduktivnem zdravju v šolske programe, saj so bili nekateri odgovori anketirancev v nasprotju z dejstvi, kar dodatno potrjuje pomen strukturirane in kakovostne zdravstvene vzgoje.

Raziskava ima nekaj omejitev. Prva je nezavezanost anketirancev k odgovarjanju na vsa vprašanja, kar je privedlo do delne odzivnosti pri nekaterih vprašanjih. Druga omejitev je majhen vzorec, saj raziskava ni zajela reprezentativnega števila slovenskih mladostnikov, zato rezultatov ni mogoče splošiti. Kljub temu pa raziskava nudi uporaben vpogled v stopnjo ozaveščenosti med mladimi.

5 ZAKLJUČEK

Rezultati raziskave so pokazali, da anketiranci o HPV že nekaj vedo, vendar njihovo znanje pogosto ni dovolj poglobljeno za sprejemanje odgovornih odločitev. Čeprav večina prepozna osnovne značilnosti virusa in razume pomen cepljenja, ostajajo izzivi na področju informiranosti – zlasti med tistimi, ki se še niso odločili za cepljenje.

V šolskem okolju in zdravstvenih ustanovah bi bilo zato smiselno okrepiti vsebine, povezane s spolnim zdravjem in cepljenjem, ter jih predstaviti na mladim prijazen in razumljiv način.

Študenti zdravstvene nege imajo kot bodoči zdravstveni delavci ključno vlogo pri ozaveščanju in izobraževanju mladih in lahko delujejo kot promotorji na tem področju.

V prihodnje bi bilo koristno raziskati, katere oblike ozaveščanja (npr. predavanja, delavnice, spletne kampanje) najbolj učinkovito nagovarjajo mlade in vplivajo na njihovo odločitev za cepljenje. Na ta način bi lahko prilagodili strategije javnega zdravja in prispevali k večji precepljenosti proti HPV tudi v Sloveniji.

LITERATURA

1. Bosch, F. X., Broker, T. R., Forman, D., Moscicki, A. B., Gillison, M. L., Doorbar, J., ... & Stanley, M. (2013). Comprehensive control of HPV infections and related diseases. *Vaccine*, 31, H1–H31. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.10.001>
2. ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control. (2021). *Public knowledge about HPV and youth campaigns in EU*. Stockholm: ECDC.
3. Furlan, D. (2023). *Ozaveščenost mladostnikov in odločitve o cepljenju proti HPV [diplomska naloga]*, Univerza na Primorskem, Zdravstvena fakulteta].
4. Gillison, M. L., Trotti, A. M., Harris, J., Eisbruch, A., Harari, P. M., Adelstein, D. J., ... & Le, Q. T. (2020). HPV-associated oropharyngeal cancer: epidemiology and trends. *The Lancet Oncology*, 21(8), 239–244. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30154-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30154-1)
5. Kocijančič, L. B. (2022). Znanje mladostnikov o HPV in vpliv informacij na cepljenje. *Zbornik Zdravstvene fakultete* (pp. 48–53). Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
6. *Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije*. (2024). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
7. Markowitz, L. E., Dunne, E. F., Saraiya, M., Chesson, H. W., Curtis, C. R., Gee, J., ... & Unger, E. R. (2021). Human papillomavirus infection: Overview and clinical implications. In D. J. McCance (ur.), *HPV and Cancer* (3. izd., pp. 215–225). New York: Academic Press.
8. Marur, S., D'Souza, G., Westra, W. H., & Forastiere, A. A. (2020). HPV and head and neck cancer. *The Lancet Oncology*, 21(8), e295–e302. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30157-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30157-7)

9. Miller, D. L., Trimble, C. L., & Rodriguez, A. C. (2013). Low-risk and high-risk HPV genotypes: Clinical implications. *Journal of Infectious Diseases*, 208(2), 50–56.
10. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023). *Letno poročilo o cepljenju proti HPV v Sloveniji*. Ljubljana: NIJZ.
11. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2024). *Okužba s HPV – Pogosta vprašanja*. <https://nijz.si>
12. Stanley, M. (2012). Pathology and epidemiology of HPV infection in females. *Gynecologic Oncology*, 117(2 Suppl), S5–S10. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2010.01.024>
13. Šinkovec Zorko, N., Učakar, V., & Grgič Vitek, M. (2022). Cepljenje proti HPV v Sloveniji: rezultati v šolskem letu 2021/22 in novosti. In: *Zbornik predavanj, 12. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2022*. Ljubljana: DP ZORA – Onkološki inštitut Ljubljana, Ministrstvo za zdravje RS. <https://zora.onko-i.si/12zd> in https://zora.onko-i.si/fileadmin/user_upload/publikacije/izobrazevanja/2022_12ZD_zbornik/12_NadjaSZ_Cepljenje_roti_HPV_v_Sloveniji_....pdf
14. WHO – World Health Organization. (2022). *Human papilloma-virus (HPV) and cervical cancer*. Geneva: WHO. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hvp\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hvp)-and-cervical-cancer)
15. ZORA – Onkološki inštitut Ljubljana. (2022). *Letno poročilo programa ZORA*. Ljubljana: Onkološki inštitut.
16. Zveza študentov medicine Slovenije. (2022). *Projekt HPV: Kaj moraš vedeti*. Ljubljana: ZŠMS.

STALIŠČE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE O IZOBRAŽEVANJU IN USPOSABLJANJU V NAVIDEZNI RESNIČNOSTI

Tadej Stojan

Andreja Ljubič, mag. zdr. nege

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

tadejstojan0@gmail.com

POVZETEK

Uvod: V sodobnem razvitem svetu postaja izobraževanje in usposabljanje študentov zdravstvene nege v navidezni resničnosti pomembna dopolnilna pedagoška metoda. Namen raziskave je bil ugotoviti stališče študentov zdravstvene nege o dodatnem izobraževanju in usposabljanju v navidezni resničnosti.

Metode: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, instrument raziskave je bila spletna anketa. Vprašanja smo oblikovali na podlagi pregleda strokovne literature. Uporabili smo neslučajnostni, priročni vzorec, v katerega smo vključenih 47 študentov 1. letnika ene od zdravstvenih fakultet. Podatke smo zbrali in obdelali v računalniškem programu Microsoft Office Excel in spletnem orodju 1KA.

Rezultati: Študenti zdravstvene nege slabo poznajo osnovna dejstva o navidezni resničnosti in z njo povezano terminologijo. Pri 14 trditvah je pravilno odgovorilo samo 40,8 % anketirancev. Največ (23 ali 48,9 %) jih je navidezno resničnost redko doživelo/uporabilo. Med tistimi, ki so jo že uporabili, je bilo največ takšnih, ki so jo uporabili pri igranju virtualnih iger. V povprečju so študenti naklonjeni dodatnemu izobraževanju in usposabljanju v navidezni resničnosti ($PV = 4,2$; $SO = 1,58$). Strinjajo se, da bi jo uporabili za pridobivanje teoretičnega znanja ($PV = 4,3$; $SO = 1,28$) in za urjenje posegov ($PV = 4,2$, $SO = 1,12$). Delno se strinjajo, da bi jo uporabili tudi za izboljšanje komunikacije s pacienti in svojci ($PV = 2,4$; $SO = 0,98$), glede ostalih področij njene uporabe pa so neopredeljeni.

Razprava in sklep: Na slovenskih visokošolskih zavodih, kjer izvajajo študij zdravstvene nege, še ne uporabljajo navidezne resničnosti kot dopolnilne pedagoške metode, sledijo pa vsem priporočilom za izboljšanje programov, zato je pričakovati, da jo bodo vključili v bližnji prihodnosti. Raziskava je pokazala, da študenti zaenkrat slabo poznajo tehnologijo navidezne resničnosti, vendar so naklonjeni izobraževanju in usposabljanju s to tehnologijo. Potrebno bi bilo raziskati tudi stališče visokošolskih učiteljev na tem področju.

Ključne besede: zdravstvena nega, izobraževanje, usposabljanje, navidezna resničnost.

ABSTRACT

Introduction: In today's developed world, virtual reality is becoming an important complementary pedagogical method in nursing education and training. The purpose of this study was to explore nursing students' attitudes toward additional education and training in virtual reality.

Methods: A quantitative research method was used, with data collected through an online survey. The questionnaire was designed based on a review of relevant literature. A non-probability convenience sample of 47 first-year nursing students from the one of the health sciences faculties was included. Data were processed using Microsoft Excel and the 1KA online tool.

Results: Nursing students demonstrated limited knowledge of basic facts and terminology related to virtual reality. Only 40.8% of respondents answered correctly across 14 statements. Most students (23 or 48.9%) reported rarely having used VR. Among those who had used it, the majority had done so through virtual gaming. On average, students expressed a positive attitude toward further education and training in VR ($M = 4.2$; $SD = 1.58$). They agreed with using it to acquire theoretical knowledge ($M = 4.3$; $SD = 1.28$) and practice clinical procedures ($M = 4.2$; $SD = 1.12$). They were less inclined to use it to improve communication with patients and relatives ($M = 2.4$; $SD = 0.98$), and were undecided regarding other areas of application.

Discussion and Conclusion: Virtual reality is not yet in use as a supplementary teaching method at Slovenian higher education institutions offering nursing programs. However, as these institutions follow recommendations for program improvement, its integration is likely in the near future. The study showed that while

students currently lack knowledge about VR technology, they are open to using it for learning and training purposes. Future research should also explore the perspectives of nursing faculty on this topic.

Keywords: nursing, education, training, virtual reality.

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Na področju zdravstvene nege (ZN) Evropska unija z Direktivo 2013/55/EU določa minimalne standarde izobraževanja in usposabljanja za poklic medicinske sestre in babice (European Parliament and of the Council, 2013). Direktiva predvideva visoko stopnjo znanja, strokovnih veščin in sposobnost odgovornega delovanja v kompleksnih kliničnih okoljih. Študijski programi v Sloveniji sledijo tem zahtevam, kot to poudarjajo tudi nacionalne smernice in Strategija razvoja ZN (Kadivec et al., 2013; Skela-Savič, 2015). Poleg tradicionalnih oblik poučevanja strokovna združenja in izobraževalne ustanove vse pogosteje opozarjajo na pomen inovativnih metod poučevanja, ki omogočajo hitrejši prenos znanja v prakso ter razvoj kritičnega mišljenja in samostojnosti študentov (Skela-Savič, 2015).

Ena od sodobnih tehnologij, ki se uveljavlja na področju usposabljanja zdravstvenih delavcev, je navidezna resničnost (NR; angl. virtual reality – VR) (Bdair, 2021; Shorey & Ng, 2021; Liu et al., 2023; Al Yahyaei, 2024; Huai et al., 2024). Navidezna resničnost omogoča simulacijo tridimenzionalnih, realistično poustvarjenih okolij, ki uporabnikom omogočajo interakcijo in zaznavanje kot v resničnem svetu (Hruby et al., 2020). Za dostop do teh simulacij se uporablja posebna oprema, kot so naglavni zasloni in senzorji gibanja. Prednost navidezne resničnosti v izobraževanju je v tem, da študentom omogoča ponovljive, varne, prilagodljive in stroškovno učinkovite simulacije kliničnih situacij (Gore, 2024). S tem prispeva k razvoju tehničnih veščin (Liu et al., 2023), kliničnega odločanja in komunikacijskih sposobnosti (Cho & Kim, 2024).

Uporaba navidezne resničnosti v izobraževanju na področju zdravstvene nege je močno pridobila na veljavi v času pandemije COVID-19, ki je zaradi omejenega dostopa do kliničnih okolij povečala potrebo po alternativnih metodah učenja (Bdair, 2021). Študenti, ki pripadajo digitalni generaciji, so načeloma bolj naklonjeni vključevanju sodobne tehnologije v učni proces, saj to povečuje njihovo motivacijo in angažiranost (Shorey & Ng, 2021). Po mnenju Huai et al. (2024) uporaba navidezne resničnosti bistveno prispeva k večjemu zadovoljstvu študentov, boljšemu razumevanju teoretičnih vsebin in pridobivanju praktičnih veščin, vendar ne nadomešča povsem klasičnih metod poučevanja in klinične prakse. Ob tem je pomembno tudi uravnotežiti tehnološke možnosti z razvojem mehkih veščin, kot so empatija in komunikacija ter ohranjanje človeškega stika in dotika, ki so temelj kakovostne zdravstvene nege (Al Yahyaei, 2024).

Navidezna resničnost omogoča tudi simulacijo redkih in kompleksnih kliničnih situacij brez tveganja za pacienta, kar pomembno

prispeva k samozavedi študentov in zmanjšanju napak pri dejanskem kliničnem delu (Fealy et al., 2019; Ota et al., 2024). Kljub številnim prednostim je implementacija navidezne resničnosti povezana tudi z izzivi, med katerimi so visoki stroški opreme, potreba po usposobljenosti učiteljev in težave nekaterih študentov z dojemanjem navidezne resničnosti kot resne oblike učenja (Velev & Zlateva, 2017). Med možnimi težavami uporabnikov se omenja tudi t. i. simulacijska bolezen, ki se kaže kot slabost, omotica ali dezorientacija zaradi neujemanja vizualnih in vestibularnih zaznav (Dužmańska et al., 2018).

Čeprav se v tujini uporaba navidezne resničnosti v izobraževanju na področju zdravstvene nege hitro širi in razvija (Mazurek et al., 2019), v Sloveniji zaenkrat še ni sistematično uveljavljena. Kot poudarjajo Peterlin et al. (2024), področje še čaka na obsežnejše raziskave učinkovitosti, razvoj novih aplikacij in večjo integracijo v obstoječe študijske programe. Slovenski primeri dobrih praks zaenkrat ostajajo omejeni na posamične projekte in predstavitve pilotnih rešitev (Djurdič, 2024).

Namen raziskave je bil ugotoviti stališče študentov zdravstvene nege o dodatnem izobraževanju in usposabljanju v navidezni resničnosti. Na podlagi vsega navedenega je prepoznavanje stališč študentov ZN do dodatnega izobraževanja in usposabljanja v navidezni resničnosti pomembno za razvoj učnih vsebin, ki bodo podpirale njihove potrebe in pričakovanja ter omogočale učinkovito vključitev sodobne tehnologije v učni proces. Takšne raziskave lahko prispevajo k oblikovanju inovativnih, kakovostnih in trajnostnih modelov izobraževanja prihodnjih generacij medicinskih sester.

2 METODE

Raziskovalna metodologija

Raziskava je temeljila na kvantitativni raziskovalni paradigmi. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik.

Opis instrumenta

Instrument raziskave je bil anketni vprašalnik, oblikovan na podlagi pregleda relevantne strokovne literature (Velev & Zlateva, 2017; Dužmańska et al., 2018; Bdair, 2021; Shorey & Ng, 2021; Liu et al., 2023; Al Yahyaei, 2024). Vseboval je 3 vsebinske sklope. Prvi sklop je zajemal vprašanja o pogostosti uporabe in področjih dosedanjih izkušenj z navidezno resničnostjo. Drugi sklop je preverjal splošno znanje o navidezni resničnosti s 14 trditvami (7 pravih, 7 napačnih), kjer so anketiranci odgovarjali z da, ne ali ne vem. Tretji sklop vprašalnika je bil namenjen oceni naklonjenosti študentov izobraževanju in usposabljanju v navidezni resničnosti. Uporabljena je bila petstopenjska Likertova lestvica.

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, priročni vzorec. V raziskavo so bili vključeni študenti 1. letnika zdravstvene nege. Spletno anketo je v celoti izpolnilo 47 študentov. Tabela 1 prikazuje, da je v raziskavi

sodelovalo največ anketirancev ženskega spola (n = 38; 80,8 %). 24 (51,0 %) anketirancev je bilo v starostni skupini do 25 let, najmanj oziroma enako število (n = 1; 4,7 %) pa v starostni skupini od 41 do 45 let oziroma več kot 45 let. Večina (n = 44; 93,6 %) jih je pred študijem zaključilo srednjo zdravstveno šolo.

Spol	N = 47	%
Ženski	38	80,8 %
Moški	9	19,2 %

Starostna skupina	N = 47	%
Do 25 let	24	51,0 %
26–30 let	9	19,2 %
31–35 let	7	14,8 %
36–40 let	5	10,6 %
41–45 let	1	4,7 %
Več kot 45 let	1	4,7 %

Predhodna izobrazba	N = 47	%
Srednja zdravstvena	44	93,6 %
Srednja ne zdravstvena	3	6,4 %

Tabela 1. Demografski podatki vključenih v raziskavo

Potek zbiranja in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave pridobitev pisnega soglasja ni bila potrebna, saj je bila raziskava poslana - izvedena preko aplikacije Viber, natančneje v skupini, namenjeni študentom 1. letnika študijskega programa Zdravstvena nega, kamor smo hkrati posredovali povezavo do spletne ankete (1 KA). Povprečni čas izpolnjevanja vprašalnika je znašal 4,2 minute.

Zbrane podatke smo analizirali z uporabo opisne statistike. Za podatke pridobljene s vprašanji 1 in 2 smo izračunali absolutne in relativne frekvence odgovorov (%). Za podatke pridobljene s vprašanjem 3, ki je ocenjevalo znanje o navidezni resničnosti, smo uporabili naslednjo kategorizacijo: manj kot 50 % pravih odgovorov (slabo), 51–75 % pravih odgovorov (dobro) ter 76–100 % pravih odgovorov (odlično). Za podatke pridobljene s vprašanji 4 in 5 smo izračunali povprečno vrednost (PV) in standardni odklon (SO).

Etični vidik raziskovanja

Anketiranci so bili seznanjeni z namenom raziskave. Pri izvedbi so bila upoštevana etična načela raziskovalnega dela, kot so zasebnost, anonimnost, zaupnost in samostojno odločanje pri reševanju. Upoštewane so bile smernice Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije (2024) in načela Oviedske konvencije.

3 REZULTATI

Rezultate raziskave prikazujemo po sklopih glede na zastavljena vprašanja v anketnem vprašalniku. Tabela 2 prikazuje, kako pogosto so anketiranci že uporabili/doživeli navidezno resničnost. 18

(38,3 %) anketirancev še nikoli ni uporabilo navidezne resničnosti, redko jo je uporabilo 23 (48,9 %), pogosto pa 6 (12,8 %) anketirancev.

Pogostost uporabe navidezne resničnosti	Št. odgovorov	%
Še nikoli.	18	38,3 %
Redko (manj kot 3 krat).	23	48,9 %
Pogosto (več kot 10 krat).	6	12,8 %
Skupaj	47	100 %

Tabela 2. Pogostost uporabe navidezne resničnosti

Na nadaljnje vprašanje so odgovarjali le anketiranci, ki so že imeli izkušnjo z uporabo navidezne resničnosti (n = 29). Možnih je bilo več odgovorov, skupaj smo zabeležili 34 odgovorov, kar predstavlja 100 % vseh izbranih možnosti. Rezultati so prikazani v Tabeli 3, iz katere je razvidno, da je 14 (41,1 %) anketirancev doživelo navidezno resničnost pri igranju virtualnih iger, 12 (35,83 %) pri ogledu kulturne dediščine. Samo 2 (5,9 %) anketiranca sta navidezno resničnost doživela pri izobraževanju, 6 (17,7 %) pa pri trženju storitev in proizvodov.

Področje uporabe/doživetja navidezne resničnosti	Št. odgovorov	%
Pri trženju storitev in proizvodov.	6	17,7 %
Pri ogledu kulturne dediščine.	12	35,3 %
Pri izobraževanju.	2	5,9 %
Pri igranju virtualnih iger.	14	41,1 %
Skupaj	34	100 %

Tabela 3. Področje uporabe/doživetja navidezne resničnosti

V drugem sklopu smo preverjali poznavanje tehnologije navidezne resničnosti in splošnih dejstev o tej tehnologiji med anketiranci. Zapisali smo 14 trditev. Pravilne so bile trditve 1, 3, 4, 6, 9, 11 in 12. Tabela 4 kaže, da je 32 (68,2 %) anketirancev pravilno odgovorilo pri trditvi »virtualno pomeni nekaj, kar je, deluje, poteka v računalniškem okolju ali na internetu in posnema resničnost«. Nepravilno jih je 22 (46,8 %) odgovorilo pri trditvi »za uporabo navidezne resničnosti je nujno potrebna povezava z računalnikom«. Pravega odgovora pri trditvi »izobraževanje in usposabljanje na področju zdravstvene nege v navidezni resničnosti ima v svetu več kot 20-letno tradicijo« ni poznalo 25 (53,3 %) anketirancev. Glede na skupno število in delež vseh pravih, nepravilnih ter neodločnih odgovorov je razvidno, da je, na podlagi izbranih kriterijev, znanje anketirancev o splošnih dejstvih glede navidezne resničnosti slabo.

Splošne trditve o navidezni resničnosti	Št. prav. odgov.	%	Št. neprav. odgov.	%	Št. neodloč. odgov.	%
1. Virtualno pomeni nekaj, kar je, deluje, poteka v računalniškem okolju ali na internetu in posnema resničnost.	32	68,2 %	7	14,8 %	8	17,0 %
2. Obogatena resničnost je drug izraz za navidezno resničnost.	17	36,3 %	12	25,5 %	18	38,2 %
3. Navidezna resničnost je najbolj razvita v svetu računalniških iger.	26	55,4 %	12	25,5 %	9	19,1 %
4. Za preporod razvoja tehnologije za simulacijo navidezne resničnosti štejemo razvoj glavnega kompleta in rokavic s senzorji.	20	42,6 %	9	19,2 %	18	38,2 %
5. Navidezno resničnost je možno doživeti tudi brez aplikacije, samo z mobilnim telefonom.	10	21,2 %	19	40,6 %	18	38,2 %
6. Bistvena lastnost navidezne resničnosti je interaktivnost v realnem času, saj zaznava uporabnikove ukaze in kretnje ter se nanje odziva.	27	57,5 %	8	17,0 %	12	25,5 %
7. V medicini so prvi začeli uporabljati navidezno resničnost v nevrologiji.	9	19,1 %	17	36,3 %	21	44,6 %
8. V navidezni resničnosti je možno simulirati praktično neomejeno število različnih situacij.	25	53,2 %	8	17,0 %	14	29,8 %
9. Izraz potopitev v virtualno okolje pomeni zaznavanje fizične prisotnosti v nefizičnem svetu.	26	55,4 %	9	19,1 %	12	25,5 %
10. Za potopitev v navidezno resničnost niso potrebna posebna očala.	21	44,7 %	12	25,5 %	14	29,8 %
11. Nekateri ljudje pri uporabi navidezne resničnosti občutijo podobno slabost kot pri t. i. morskii bolezni.	20	42,6 %	8	17,0 %	19	40,4 %
12. Za uporabo navidezne resničnosti je nujno potrebna povezava z računalnikom.	12	25,5 %	22	46,8 %	13	27,7 %
13. Nujna oprema za doživetje navidezne resničnosti je 360-stopinjska kamera.	12	25,5 %	19	40,4 %	16	34,1 %
14. Izobraževanje in usposabljanje na področju zdravstvene nege v navidezni resničnosti ima v svetu več kot 20-letno tradicijo.	12	25,5 %	10	21,2 %	25	53,3 %
Skupaj	269	40,8 %	172	26,3 %	217	32,9 %

Tabela 4. Število in delež pravih, nepravilnih ter neodločnih odgovorov pri splošnih trditvah o navidezni resničnosti

Področja	PV	SO
Izboljšanje komunikacije s pacienti in svojci.	2,4	0,98
Timsko delo.	2,8	1,42
Urjenje posegov (npr. vstavljanje kanalov za invazivno aplikacijo zdravljenja, umetno predihavanje).	4,2	1,12
Pridobivanje teoretičnega znanja (npr. pri anatomiji).	4,3	1,28
Situacije, ki se redko pojavijo v zdravstveni negi.	3,4	1,56

Tabela 5. Področja dodatnega izobraževanja in usposabljanja v navidezni resničnosti

V tretjem sklopu so anketiranci ocenili svojo naklonjenost izobraževanju in usposabljanju v navidezni resničnosti, pri čemer so odgovarjali na petstopenjski Likertovi lestvici (1 – sploh nisem naklonjen, 5 – zelo naklonjen). Rezultati (PV = 4,2; SO = 1,58) kažejo, da so v povprečju naklonjeni uporabi navidezne resničnosti v izobraževalnem procesu.

Anketiranci so področja, na katerih bi se želeli dodatno izobraževati in usposabljevati v navidezni resničnosti ocenjevali na petstopenjski lestvici (od 1 – sploh se ne strinjam do 5 – se zelo strinjam), kjer je bilo možnih več odgovorov (Tabela 5). Najvišje povprečne vrednosti so bile zabeležene za področje pridobivanja teoretičnega znanja (PV = 4,3; SO = 1,28) in urjenja kliničnih posegov (PV = 4,2; SO = 1,12). Zmerna stopnja strinjanja je bila ugotovljena za področje spoznavanja redkih kliničnih situacij (PV = 3,4; SO = 1,56), najnižji stopnji strinjanja sta se nanašali na uporabo navidezne resničnosti za izboljšanje komunikacije s pacienti in svojci (PV = 2,4; SO = 0,98) ter za timsko delo (PV = 2,8; SO = 1,42).

4 RAZPRAVA

Rezultati raziskave kažejo, da je večina anketiranih študentov zdravstvene nege izrazila določeno stopnjo izkušenj z navidezno resničnostjo, vendar v omejenem obsegu. Več kot polovica jih je tehnologijo uporabila manj kot trikrat. Najpogosteje je bila navidezna resničnost uporabljena pri igranju virtualnih iger, sledil je ogled

kulturne dediščine, redkeje pa na področjih, kot sta trženje storitev in izobraževanje. Ta razmerja so skladna s splošnimi trendi v populaciji, saj Merhb (2024) navaja, da danes virtualne igre uporablja več kot 171 milijonov ljudi po svetu. Podatki o uporabi navidezne resničnosti za ogled kulturne dediščine so skladni s podatki Straus et al. (2024), ki ugotavljajo, da je bilo v Sloveniji digitaliziranih več kot 100 enot kulturne dediščine, kar nas uvršča med vodilne države na tem področju. Nizka stopnja uporabe navidezne resničnosti v izobraževanju ni nepričakovana, saj je tehnologija na tem področju v Sloveniji še vedno v fazi razvoja, kot poudarja Djurdič (2024) kurikulumi in novi učni moduli v navidezni resničnosti še niso sistematično vključeni v pedagoško prakso, zlasti ne v zdravstveni negi.

Pri poznavanju osnovnih dejstev in tehničnih značilnosti navidezne resničnosti se je izkazalo, da anketirani študenti razpolagajo z nizkim znanjem – manj kot polovica jih je pravilno odgovorila na postavljena vprašanja. Ti rezultati potrjujejo, da informacijska izpostavljenost še ne pomeni poglobljenega razumevanja tehnologije. Primerljivih študij o poznavanju navidezne resničnosti med študenti zdravstvene nege nismo zasledili, vendar je Mozetič (2019) v svoji raziskavi ugotovil, da navidezno resničnost bolje poznajo posamezniki, ki se z njo srečujejo v okviru poklicnega dela ali trženja, a so bile njegove ugotovitve omejene na majhen vzorec.

Anketirani študenti zdravstvene nege so v povprečju izrazili naklonjenost izobraževanju in usposabljanju v navidezni resničnosti (PV = 4,2), vendar visoka vrednost standardnega odklona (SO = 1,58) kaže na raznolikost stališč, vključno z nižjo stopnjo sprejemanja med posamezniki. Primerljivih raziskav nismo zasledili, kljub temu pa Williams (2024) poroča, da so bili študenti zdravstvene nege na Univerzi v Cincinnatiju navdušeni nad uporabo navidezne resničnosti, predvsem pri pripravi na redke in visoko tvegane klinične situacije, kjer praktične izkušnje v varnem učnem okolju pogosto niso na voljo. Podobno De Holanda et al. (2015) ugotavljajo, da navidezna resničnost pomembno prispeva k izboljšanju teoretičnega znanja in motivacije študentov v virtualnem okolju SOLAR. Ponudniki tehnologije, kot je Zhengzhou Lechuang Intelligent Technology Co, (2020), že ponujajo številne module za urjenje kliničnih postopkov, kot so intravenozni odvzem krvi, intravenozna aplikacija zdravil in infuzija, subkutana aplikacija zdravil, ustna higiena, prevez rane in kardiopulmunarno oživljanje. Tudi v naši raziskavi so anketirani študenti največjo naklonjenost izrazili prav do dodatnega usposabljanja za pridobivanje teoretičnega znanja in kliničnih veščin. Nasprotno pa so najmanj zanimanja izrazili za področje komunikacije s pacienti, kar je v nasprotju z ugotovitvami Cho & Kim (2024), ki v svoji metaanalizi dokazujejo, da navidezna resničnost učinkovito izboljšuje komunikacijske spretnosti študentov zdravstvene nege. Ta razkorak med zaznanim in dejanskim potencialom navidezne resničnosti poudarja potrebo po dodatni ozaveščenosti o njeni širši uporabnosti v izobraževanju na področju zdravstvene nege.

Omejitve raziskave

Omejitev raziskave predstavlja omejen in namenski vzorec študentov prvega letnika zdravstvene nege iz ene izobraževalne ustanove, kar omejuje možnosti posploševanja ugotovitev na širšo populacijo študentov zdravstvene nege v Sloveniji. V raziskavi nismo spraševali

glede njihovih doživljanj uporabe in predhodnih izkušenj s tehnologijo navidezne resničnosti, kar bi lahko pomembno vplivalo na njihovo naklonjenost in zaznano uporabnost navidezne resničnosti v izobraževanju. Nizka zastopanost moških v vzorcu onemogoča primerjavo po spolu, čeprav raziskave kažejo na razlike v uporabi in zaznavanju digitalnih tehnologij glede na spol (Merhb, 2024).

5 ZAKLJUČEK

Navidezna resničnost je v svetu že uveljavljena dopolnilna pedagoška metoda, ki lahko ob ustrezni implementaciji znatno prispeva h kakovosti izobraževanja na področju zdravstvene nege. V Sloveniji to področje še čaka na sistematično vključevanje in raziskovanje. Nadaljnje študije bi lahko obravnavale vpliv demografskih dejavnikov, evalvacijo obstoječih aplikacij ter stališča izobraževalcev do te tehnologije, ki bo v prihodnosti verjetno postala pomemben del učnega okolja.

LITERATURA

1. Abbas, J. R., O'Connor, A., Ganapathy, E., Isba, R., Payton, A., McGrath, B., Tolley, N. & Bruce, I. A. (2023). What is Virtual Reality? A healthcare-focused systematic review of definitions, *Health Policy and Technology*, 12(2), 100741. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2023.100741>
2. Al Yahyaei, A. (2024). Reserving the human touch in nursing education while integrating virtual reality and simulation. *Journal of Professional Nursing*, 54, 36–38. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.06.005>
3. Bdair, I. A. (2021). Nursing students' and faculty members' perspectives about online learning during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Teaching and Learning in Nursing*, 16(3), 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2021.02.008>
4. Cho, M-K. & Kim, M. J. (2024). The effect of virtual reality simulation on nursing students' communication skills: a systematic review and meta-analysis. *Front. Psychiatry, Sec. Digital Mental Health*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1351123>
5. De Holanda, V. R., Bezerra Pinheiro, A. K., Holanda, E. R. & de Lima Santos, M. C. (2015). Teaching and learning in a virtual environment: nursing students' attitude. *Rev Min Enferm*, 19(1), 148–153. DOI:10.5935/1415-2762.20150012
6. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council. (2013). *Official Journal of the European Union*, L354/132. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN>
7. Djurdič, V. (2024) *Slovenska scena AR/VR. Monitor*, 4. <https://www.monitor.si/clanek/slovenska-scena-ar-vr/231612/>

8. Dužmańska, N., Strojny, P. & Strojny, A. (2018). Can Simulator Sickness Be Avoided? A Review on Temporal Aspects of Simulator Sickness. *Front. Psychol*, 9, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02132>
9. Fealy, S., Jones, D., Hutton, A., Graham, K., Mcneil, L., Sweet, L. & Hazelton, M. (2019). The integration of immersive virtual reality in tertiary nursing and midwifery education: A scoping review. *Nurse Education Today*, 79, 14–19. DOI: 10.1016/j.nedt.2019.05.002
10. Gore, T. (2024, Februar 19). HTC VIVE: Kako postaja zdravstveno usposabljanje bolj dostopno z XR. <https://www.healthysimulation.com/sl/htc-vive-transforming-healthcare-xr/>
11. Hruby, F., Castellanos, I. & Ressler, R. (2020). Cartographic scale in immersive virtual environments. *KN J Cartogr Geogr Inf*, 21(6), 399. <https://doi.org/10.1007/s42489-020-00055-y>
12. Huai, P., Li, Y., Wang, X., Zhang, L., Liu, N. & Yang, H. (2024). The effectiveness of virtual reality technology in student nurse education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 138(7), 106189. doi: 10.1016/j.nedt.2024.106189.
13. Kadivec, S., Skela-Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananović, D. & Bregar, B. (2013). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), 97–112.
14. Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. (2024). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
15. Liu, K., Zhang, W., Lil, W., Wang, T & Zheng, Y. (2023). Effectiveness of virtual reality in nursing education: a systematic review and meta-analysis *BMC Medical Education*, 23, 710. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04662-x>
16. Mazurek, J. Kiper, P., Cieślík, B., Rutkowski, S., Mehlich, K., Turolla, A. & Szczepańska-Gieracha, A. (2019). Virtual reality in medicine: a brief overview and future research direction. *Human Movement*, 20(3), 16–22. DOI: <https://doi.org/10.5114/hm.2019.83529>
17. Merhb, Z. (2024, Avgust 3). *Virtual Reality Games Statistics (Updated Statistics)*. <https://ahmadmerheb.com/virtual-reality-games-statistics/>
18. Mozetič, M. (2019). *Priložnosti virtualne in obogatene resničnosti pri trženju blagovnih znamk* [magistrska naloga, Univerza v Ljubljani].
19. Ota, Y., Aikawa, G., Nishimura, A., Kawashima, T., Imanaka, R. & Sakuramoto, H. (2024). Effects of educational methods using extended reality on pre-registration nursing students' knowledge, skill, confidence, and satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 141(11), 106313. DOI: 10.1016/j.nedt.2024.106313
20. Peterlin, M., Ficzk, J. & Dolničar, D. (2024). Uporaba navidezne in obogatene resničnosti v zdravstveni negi. In *27th Information Society Multiconference*, 2024, 7–11 October 2024, Ljubljana, Slovenia. Inštitut Jožef Stefan.
21. Shorey, S. & Ng, E. D. (2021). The use of virtual reality simulation among nursing students and registered nurses: A systematic review. *Nurse Education Today*, 98, 104662. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104662.
22. Skela-Savič, B. (2015). Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), 320–333.
23. Straus, M., Ceglar, K. & Črnigoj Marc, T. (2024, Januar 12). Dediščina+: Digitalna inovacija kulturne dediščine. *Slovensko nacionalno superračunalniško omrežje*. <https://www.sling.si/novice/dediscina-digitalna-inovacija-kulturne-dediscine/>
24. Velez, D. & Zlateva, P. (2017). Virtual Reality Challenges in Education and Training. *International Journal of Learning and Teaching*, 3(1), 33–37. DOI:10.18178/ijlt.3.1.33-37
25. Williams, K. (2024, Avgust 2). *Virtual Reality in Nursing: A Realistic Scenario?* Lexington, ZDA: Nursing CE Central. <https://nursingcecentral.com/virtual-reality-in-nursing/>.
26. Zhengzhou Lechuang Intelligent Technology Co. (2020). *VR Medical Nursing Professional training software*. <http://www.lechuangvr.com/en/med>



IV. sklop

**Celostna obravnava
starejših odraslih:
gibanje oskrba in
medosebna podpora**

VPLIV TELESNIH AKTIVNOSTI NA ZMANJŠEVANJE PADCEV PRI STAREJŠIH

dr. Marija Tomšič, viš. del. ter., univ. dipl. org.

marickatomsic@gmail.com



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Padci predstavljajo resen javnozdravstveni problem, katerega pomen se bo z naraščajočo starostjo prebivalstva še povečeval. So vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti zaradi poškodb pri starejši populaciji. Večina padcev pri starejših se zgodi zaradi zmanjšane ravnotežja in upada mišične moči, kar sta naravni posledici staranja. Telesna dejavnost ima ključno vlogo pri preprečevanju padcev, saj prispeva k izboljšanju mišične moči, gibljivosti in položajnega nadzora. Kljub temu razmerje med telesno aktivnostjo in pojavnostjo padcev pri starejših ni dovolj raziskano. Namen te raziskave je pregledati in sintetizirati obstoječe dokaze o učinkovitosti intervencij za preprečevanje padcev med starejšimi osebami, s posebnim poudarkom na vlogi telesne dejavnosti.

Metoda: Izveden je bil pregled literature v podatkovnih bazah Google Učenjak in Akademija.edu s pomočjo ključnih besed: »fall prevention«, »activities«, »training«, »older adults«. Za analizo je bila uporabljena literatura, ki je ustrezala vključitvenim kriterijem; kvantitativne študije, vključena populacija nad 65 let, članek v polnem besedilu in objavljena v zadnjih petih letih. V celoti je bilo pregledanih 14 člankov, objavljenih v polnem besedilu. Po izločitvi je bilo analiziranih 9 člankov.

Rezultati: Kritični pregled literature je pokazal, da je telesna vadba lahko učinkovita v trajanju od vsaj 6 tednov do več let (longitudinalno). Vrsta vadbe, ki je pokazala statistično pomemben napredek ($p < 0,05$) pri izboljšanju telesne zmogljivosti, je bila sama hoja (korakanje), vadba na poligonu z ovirami, tai chi, prostočasne aktivnosti na prostem, načrtovane vsakodnevne aktivnosti in načrtovane športne aktivnosti. Učinkovita telesna vadba/aktivnost je bila tista, ki je potekala od 2- do 3-krat na teden.

Diskusija: Izboljšanje gibalnih sposobnosti ohranja ali izboljšuje ravnotežje, zmanjšuje anksioznost in strah pred padcem. Telesna dejavnost, ki poteka v več sklopih in pri kateri so bile vključene glavne mišične skupine, omogoča višjo kakovost življenja in posledično lažje izvajanje/opravljanje vsakodnevni dejavnosti. Ob upoštevanju ugotovljenega, bi morali zdravstveni strokovnjaki združiti prizadevanja v učinkovite strategije za zmanjševanje padcev med starejšimi in spodbujanje boljšega počutja.

Ključne besede: gibanje, ravnotežje, pregled literature, padci, starejši

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Padci so opredeljeni kot nenamerno padanje na tla ali drugo nižjo površino, ki ni posledica namerne spremembe položaja. Njihova pogostost med osebami, starejšimi od 65 let, dosega približno 30 %, pri tistih nad 85 let pa že okoli 50 %. Zato je za zdravstvene delavce ključnega pomena razumevanje dejavnikov tveganja, saj lahko le tako učinkovito zmanjšujejo pogostost in posledice padcev (Mittaz Hager et al., 2019). Padci predstavljajo enega glavnih zdravstvenih izzivov pri starejših odraslih, saj pomembno vplivajo na kakovost njihovega življenja (Pizzigalli et al., 2011; Stenhagen et al., 2014). Med posamezniki, starejšimi od 64 let, ki živijo v skupnosti, vsako leto pade med 28 % in 35 % ljudi; pri osebah, starejših od 80 let, pa celo do 50 % (Mittaz Hager et al., 2019). S starostjo in večjo šibkostjo se tveganje padcev še povečuje, kar predstavlja veliko breme za javno zdravstvo zaradi povečanih potreb po zdravstveni oskrbi in s tem povezanih stroškov (Davis et al., 2010; Patel, 2021).

Posledice padcev so telesne, psihološke, socialne in ekonomske: od izgube zaupanja in strahu pred novimi padci do zmanjšane samostojnosti, kronične bolečine in nižje kakovosti življenja (Davis et al., 2010). Pogosto pride tudi do poškodb – zlomov kosti ali poškodb glave – ki pomembno povečujejo tveganje za umrljivost (Mittaz Hager et al., 2019).

Padci se najpogosteje zgodijo med vsakodnevnimi aktivnostmi, kot so hoja, vstajanje ali usedanje, pogosto brez zunanega vzroka. To kaže na zmanjšano sposobnost nadzora gibanja in posturalne stabilnosti, kar še dodatno povečuje tveganje za poškodbe. Prav zato so padci eden glavnih razlogov za hospitalizacije v starostni skupini nad 65 let, saj pogosto vodijo v zlome, resne poškodbe, funkcionalno odvisnost in povečano obolevnost (Bradley et al., 2022).

Redna telesna aktivnost se je izkazala za eno najučinkovitejših strategij za ohranjanje ali celo izboljšanje avtonomije in kakovosti življenja starejših. Prilagojeni programi vadbe so uspešni pri zmanjševanju pogostosti padcev, preprečevanju poškodb in izboljšanju kakovosti življenja, zlasti pri krhkih starejših osebah in ženskah z osteopenijo ali osteoporozo (Chitraku et al., 2020). Vendar pa še vedno ni enotnega odgovora na vprašanje, katere vrste vadbe in načini napredovanja so najbolj učinkoviti.

Večina starejših si želi čim dlje ohraniti samostojnost pri vsakodnevnih opravilih (Beltz et al., 2022). K temu pa neizogibno posega

senilna sarkopenija (izguba mišične mase zaradi staranja), ki predstavlja začarani krog šibkosti in zmanjšane telesne aktivnosti, saj se starejši pogosto izogibajo napornejšim dejavnostim (Thomas et al., 2019). Uspešno staranje zato zahteva ohranjanje sposobnosti za opravljanje vsakdanjih aktivnosti, pri čemer imajo ključno vlogo ravnotežje, prožnost, moč in koordinacija (Clemson, Munro & Singh, 2014).

Z naraščajočo starostjo se mobilnost postopoma zmanjšuje, kar je pogosto posledica oslabiljene mišične moči. Obstaja jasna povezava med mišično močjo in sposobnostjo gibanja, zlasti pri šibkejših posameznikih. Moč stiska roke je enostaven, zanesljiv in cenovno dostopen pokazatelj splošne mišične moči ter dober napovednik funkcionalnih omejitev (Mittaz Hager et al., 2019).

Bolezni, poškodbe ali motnje, ki oslabijo mišično zmogljivost starejše osebe, lahko še dodatno povečajo tveganje za padeč. Med dejavniki tveganja izstopata predvsem hoja in ravnotežje, pri čemer se različni testi ravnotežja pogosto uporabljajo za prepoznavo posameznikov z visokim tveganjem za padeč (Davis et al., 2010).

Čeprav padcev ni mogoče popolnoma preprečiti, lahko s primernimi ukrepi njihovo pogostost bistveno zmanjšamo. Starejši odrasli, zlasti tisti, ki živijo doma ali v ustanovah, pogosto trpijo zaradi fizičnih in psihičnih težav ter funkcionalnih omejitev, kar dodatno znižuje kakovost njihovega življenja (Nacz et al., 2020). Dejavniki, kot so ravnotežje, funkcionalna mobilnost, mišična moč in strah pred padci, so neposredno povezani s kakovostjo življenja (Ghasemabad, 2022).

Namen kritičnega pregleda literature je bil pregledati in sintetizirati trenutne dokaze o učinkih intervencij za preprečevanje padcev pri starejših nad 65 let. Oblikovali smo dve raziskovalni vprašanji:

1. Katera vrsta telesne vadbe je najučinkovitejša za zmanjšanje pogostosti padcev in izboljšanje ravnotežja pri osebah, starejših od 65 let?
2. Kakšno je optimalno trajanje programov telesne vadbe, da se doseže želene učinke pri preprečevanju padcev pri starejših?

2 METODE

Narejen je bil sistematični pregled literature, pri katerem smo uporabili smernice Joanna Briggs Institute (JBI; Aromataris & Munn, 2020).

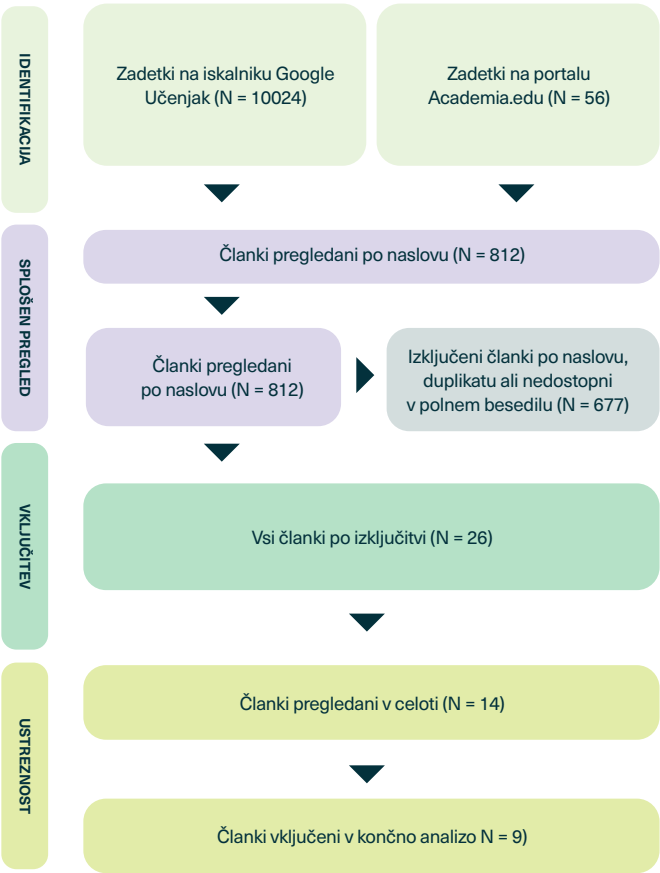
Iskanje literature smo izvedli od 12. do 15. maja 2025, in sicer v podatkovni bazi Academia Edu Journals, ki je relevantna za raziskovano področje in brskalniku Google Učenjak. V iskanju smo zajeli glavne koncepte, in sicer »fall prevention«, »activities«, »training«, »older adoults«, pri tem smo uporabili Boolove operatorje (AND in OR) ter posebne znake za povečanje števila zadetkov (» in *). Vključitveni in izključitveni kriteriji so prikazani v Tabeli 1.

Kriterij	Vključitveni kriterij	Izključitveni kriterij
Populacija	Starejši nad 65 let	Mlajši od 65 let
Preučevani fenomen	Učinkovitost preprečevanja padcev skozi različno vadbo	Druge oblike vpliva na zmanjševanje padcev (navodila, izobraževanje, svetovanje ipd.)
Vrsta študij	Kvantitativne študije	Kvalitativne študije
	Prispevek objavljen v celotnem obsegu	Objavljen samo povzetek
Leto objave	Od 2019 dalje	Prispevki objavljeni pred 2019
Jezik	Angleščina	Vsi drugi jeziki

Tabela 1. Vključitveni in izključitveni kriteriji

3 REZULTATI

Pri iskanju v podatkovnih bazah smo v bazi Google Učenjak dobili 10024 zadetkov, v portalu Academia edu. Journals pa 56 zadetkov. V naslednjem koraku smo v obeh bazah uporabili dva filtra, in sicer prisotnost vseh ključnih besed samo v naslovu in angleški jezik. Dobljene članke (n = 812) smo pregledali po naslovu in izključili 677 neustreznih člankov oziroma duplikatov. Od preostalih člankov (n = 14), ki smo jih pregledali v celoti, smo izključili članke, ki niso bili relevantni za iskano področje. Devet člankov je ustrezalo vključitvenim kriterijem in so bili vključeni v končno analizo. PRISMA diagram na Sliki 1 ponazarja iskalno strategijo.



Slika 1. Prisma diagram

Analiza člankov

Glede na raziskovalna vprašanja smo iz izbranih člankov izluščili pomembne podatke, kot so: avtorji, leto, revija objave, lokacija raziskave, namen, metode, populacija in glavne ugotovitve. Te podatke

smo povzeli v deskriptivni sintezi in jih prikazali v Tabeli glavnih ugotovitev (Tabela 2) Nato smo članke analizirali po vzoru tematske sinteze (Thomas & Harden, 2008).

Avtorji, leto objave	Lokacija raziskave	Namen	Metode	Populacija (brez kontrolne skupine) in čas trajanja vadbe	Glavne ugotovitve
Mendes Kiik S., et al. (2020).	Indonezija	Preučiti učinek 12-tedenskega programa vadbe Otago za krepitev nog, namenjenega zmanjšanju tveganja padcev in izboljšanju zdravstvenega stanja starejših s kroničnimi boleznimi v DSO.	kvazi-eksperimentalna oblika, s kontrolno skupino	22 starejših nad 65 let s kroničnimi boleznimi, 2-krat tedensko, 12 tednov	Otago vadba (ki jo sestavljajo ogrevanje, vaje krepitev nog, vstajanje iz sedečega položaja, hoja po petah in prstih, stoja na eni nogi in hoja vstran) je pomembno zmanjšala tveganje za padce in izboljšala njihovo zdravstveno stanje. Med skupinama so bile ugotovljene statistično pomembne razlike v smislu tveganja za padce ($p = 0,041$) in zdravstvenega stanja ($p = 0,011$). Otago vadba znatno izboljša zdravstveno stanje in zmanjša tveganje padcev med starejšimi s kroničnimi boleznimi.
Shah P., Ranade P. & Bisen R. (2021).	Indija	Ugotoviti učinkovitost vadbe za ravnotežje trupa z obremenitvijo na predvidljivo in reaktivno ravnotežje pri starejših osebah.	Eksperimentalna študija, s kontrolno skupino	33 starejših nad 65 let 3-krat tedensko, 3 tedne	MiniBESTest in njegove 4 podkomponente je pokazal statistično pomemben napredek ($p < 0,01$) za obe skupini. Analiza med skupinama je pokazala, da je bila vadba za ravnotežje trupa z obremenitvijo statistično pomembno izboljšana ($p < 0,0001$) v primerjavi z običajno vadbo za ravnotežje. Izboljšalo se je predvideno ravnotežje, reaktivno ravnotežje, senzorična orientacija in skupni rezultati MiniBESTest (Test za ocenjevanje ravnotežja).
Cardoso do Carmo, P. J. Q., Carvalho J., Santos, R. in Cesar, A. (2020).	Portugalska	Preučiti učinke kombiniranega programa za krepitev mišic in aerobne vadbe (AV) na tveganje za padce (TP) pri starejših odraslih z uporabo vsakodnevnega merjenja položajne stabilnosti.	Eksperimentalna študija, s kontrolno skupino	62 starejših nad 65 let Vsak dan, 9 mesecev	9-mesečna vadba je pokazala statistično pomemben napredek na področju aerobne vadbe ($p = 0,013$) in statistično pomembno izboljšanje in posledično zmanjšanje tveganja za padce ($p < 0,001$). 9-mesečna kombinirana vadba ima učinke na zmanjšanje tveganja za padec zaradi izboljšane posturalne stabilnosti.
Loureiro, V. B., Gomes M. B., Gradek, J. (2019).	Portugalska	Analizirati razmerje med tveganjem za padce, ravno telesno aktivnostjo in telesno pripravljenostjo med starejšimi, ki izvajajo telesno vadbo.	Presečna študija	62 starejših, ki so sodelovali v programih telesne vadbe v skupnosti 1-krat tedensko.	Ugotovljeno je bilo, da so starejši z nižjo ravno mišično moči, ravnotežja in kardiorespiratorne zmogljivosti izpostavljeni večjemu tveganju za padce ($p < 0,05$). Med tveganjem za padce in ravno telesno aktivnostjo ni bilo korelacije.
Naczki, M., Marszałek, S., Naczki, A. (2020).	Poljska	Oceniti vpliv inercialnega treninga na moč zgornjih in spodnjih okončin pri starejših osebah.	Eksperimentalna študija, s kontrolno skupino	20 fizično neaktivnih starejših v DSO 2-krat tedensko, 6 tednov	Udeleženci iz testne skupine so imeli pomembno povečano (37,1–69,1 %) moč mišic upogibalcev in iztegovalcev kolca in kolena. Opazili so tudi izboljšanje moči zgornjih in spodnjih okončin v nespecifičnih pogojih, in sicer za 23,3 % oziroma 40,6 %. Funkcionalne sposobnosti so se v skupini pomembno izboljšale (Tinetti test ravnotežja: 29 %, Tinetti test hoje: 18,6 % in hitrost hoje (8-Foot Up-and-Go): 12,8 %), medtem ko v kontrolni skupini ni bilo napredka.
Ghasemabad H. C. et al. (2022).	Malezija	Ugotoviti učinkovitost različnih intenzivnosti vadbe (visoka, zmerna in nizka intenzivnost) na dinamično in statično ravnotežje starejših žensk.	Enostransko slepa faktorska študija s kontrolno skupino	60 starejših nad 65 let, 2-krat tedensko, 14 tednov	Ugotovljena statistično pomembna razlika pri vseh ocenjevanjih spremenljivkah (vse $p < 0,001$), statistično pomembna interakcija je bila ugotovljena tudi med intervencijo in časom pri vseh spremenljivkah (vse $p < 0,001$). Različne stopnje intenzivnosti vadbe samo na mišice spodnjih okončin so imele pomemben učinek na dinamično in statično ravnotežje.
Mahendra W. G. P., et al. (2024).	Bali	Dokazati, da so preproste vaje za ravnotežje enako učinkovite kot 12 vaj za ravnotežje pri izboljšanju funkcionalne mobilnosti in zmanjšanju tveganja padcev pri starejših.	Randomizirana kontrolna študija	22 starejših žensk 3-krat tedensko, 6 tednov	Obe skupini sta pokazali znatno povečanje povprečnih rezultatov Testa vstani in pojdi in Bergove ravnotežne lestvice pred in po vadbi (parni t-test, $P < 0,05$). Neodvisni t-test Testa vstani in pojdi in Bergova ravnotežna lestvica $P > 0,05$, pa kaže, da ni znatne razlike med povprečnimi vrednostmi. Enostavna ravnotežna vadba je enako učinkovita kot 12 vaj za ravnotežje pri izboljšanju funkcionalne mobilnosti in zmanjšanju tveganja padcev pri starejših ženskah.

Avtorji, leto objave	Lokacija raziskave	Namen	Metode	Populacija (brez kontrolne skupine) in čas trajanja vadbe	Glavne ugotovitve
Tiedemann A., et al. (2021).	Avstralija	Oceniti učinek programa izobraževanja za preprečevanje padcev in učinek vadbe za preprečevanje padcev	Randomizirana kontrolna študija		Intervencija je pomembno izboljšala znanje o preprečevanju padcev (razlika med skupinama [BGD] 0,27 točke od možnih 6; 95-odstotni interval zaupanja [CI] 0,03, 0,51; $p = 0,03$), klinično vedenje (RR 5,58; 95-odstotni CI 3,25, 9,59; $p < 0,001$), samozavest (BGD 1,02/10 točk; 95 % CI 0,65, 1,39; $p < 0,001$) in delež predpisanih vaj, utemeljenih z dokazi, tako v številu vaj (BGD 0,36; 95 % CI 0,03, 0,68; $p = 0,03$) in odstotku udeležencev, katerim so predpisali vsaj 2 uri/teden vadbe za preprečevanje padcev (RR 1,53; 95 % CI 1,08,
Chitraku, Siviroy, Sungkarat in Sapbamrer (2020).	Tajska	Ugotoviti učinkovitost večsistemskih telesnih vaj za preprečevanje padcev in kakovost življenja, povezano z zdravjem, pri starejših odraslih s slabšim fizičnem stanjem.	Randomizirana kontrolna študija	72 starejših nad 65 let 3-krat tedensko, 12 tednov	Intervencija je vključevala predvsem propriocepcijo, krepitev mišic, reakcijski čas in trening ravnotežja. Program večsistemskih telesnih vaj je znatno povečal mišično moč in izboljšal propriocepcijo ($p < 0,001$), reakcijski čas ($p < 0,001$ in posturalno/položajno nihanje, kar je pripeljalo do zmanjšanja tveganja padcev pri vključenih v program v primerjavi s kontrolno skupino. Testni skupini se je statistično pomembno zmanjšal strah pred padci ($p < 0,001$), v primerjavi s kontrolno skupino.

Tabela 2. Glavne ugotovitve analize člankov

Analizirane študije so obravnavale različne vrste telesne vadbe in njihov vpliv na zmanjšanje tveganja za padce pri starejših. Kljub metodološkim razlikam med raziskavami (kvazi-eksperimentalne, randomizirane kontrolne, presečne študije) se v večini ugotavlja pozitiven učinek telesne aktivnosti na ravnotežje, mišično moč in splošno funkcionalnost starejših. Najpogostejše oblike vadbe so bile: (1) vaje za izboljšanje ravnotežja (npr. Otago, vaje za ravnotežje trupa), (2) kombinacija aerobne in krepilne vadbe, (3) inercialni (statična kontrakcija) treningi mišic, (4) večsistemski programi (propriocepcija, ki je sposobnost telesa, da prenese občutek položaja sklepa, interpretira dobljeno informacijo v osrednje živčevje in zavestno ali podzavestno odgovori na dražljaj, tako da omogoči ustrezno izvajanje giba in vzdrževanje drže, ravnotežje, moč, reakcijski čas) in (5) preproste vaje za ravnotežje. Trajanje programov se je gibalo od 3 do 14 tednov, z izjemo ene 9-mesečne intervencije, pogostost pa od 1- do 3-krat tedensko. Populacije so vključevale starejše od 65 let, pogosto z dodatnimi dejavniki tveganja, kot so kronične bolezni, telesna neaktivnost, bivanje v domu, v nad. DSO ipd. Skoraj vse raziskave so pokazale statistično pomembno izboljšanje vsaj enega vidika fizične sposobnosti ali zmanjšanja tveganja za padec. Pomemben skupni zaključek več študij je, da tudi preproste ali manj intenzivne oblike vadbe lahko pozitivno vplivajo na ravnotežje in mobilnost; intenzivnejši programi pogosto prinesejo dodatne koristi, trening mišične moči, predvsem spodnjih okončin, pomembno prispeva k preprečevanju padcev; izobraževalne intervencije lahko dodatno okrepijo zavedanje in samozavest glede padcev (Mendes Kiik, et al., 2020, Nacz, Marszalek, Nacz, 2020, Mahendra, et al., 2024, Tiedemann, et al., 2021).

V vseh primerih se priporoča individualizacija vadbe, prilagojena funkcionalnim zmožnostim posameznikov, in doslednost izvajanja programa skozi daljše časovno obdobje.

Deskriptivna sinteza

Deskriptivna sinteza raziskav o učinkovitosti intervencij za preprečevanje padcev pri starejših je bila izvedena na naslednjih postavkah: (1) Vrste intervencij - večina študij je uporabila različne vadbene programe (Otago vadba, vadba za ravnotežje trupa, aerobna vadba, proprioceptivni trening, vaje z obremenitvijo itd.) (Mendes Kiik, et al., 2020, Mahendra, et al., 2024, Cardoso do Carmo, Carvalho, Santos in Cesar, 2020, Chitraku, Siviroy, Sungkarat in Sapbamrer, 2020 in Shah, Ranade & Bisen, 2021).

Nekatere intervencije so vključile izobraževalne programe (npr. Tiedemann et al., 2021), druge pa večsistemске vadbе z različnimi komponentami (propriocepcija, moč, ravnotežje itd.). (2) Metodologija - Najpogostejša oblika je bila eksperimentalna študija s kontrolno skupino, pogosto randomizirana. Uporabljeni so bili različni merski instrumenti, kot so MiniBESTest, Tinetti test, Bergova lestvica ravnotežja, Test vstani in pojdi ipd. (3) Populacija in trajanje - Vse študije so bile izvedene na populaciji starejših od 65 let. Trajanje intervencij je variiralo: od 3 tednov (npr. Shah et al., 2021) do 9 mesecev (Cardoso do Carmo et al., 2020). Skoraj vse študije poročajo o (4) statistično pomembnih izboljšanjih v ravnotežju (statika in dinamika), mišični moči, posturalni/položajni stabilnosti in zmanjšanju tveganja za padce. Večina intervencij je bila učinkovita ne glede na kompleksnost, tudi enostavne vaje so se izkazale za enako učinkovite kot kompleksni programi (npr. Mahendra et al., 2024). Raziskave so bile izvedene v različnih državah (Indoneziji, Indiji, na Portugalskem, Maleziji, Avstraliji, na Tajskem), kar kaže na globalni interes za preprečevanje padcev. (5) Pomembne ugotovitve - Vadba mora biti redna in ciljno usmerjena (npr. ravnotežje, moč, propriocepcija). Intenzivnost vadbe ima pomembno vlogo pri učinkovitosti (npr. Ghasemabad et al., 2022). Intervencije delujejo tudi pri fizično neaktivnih ali preslabotnih starejših.

4 RAZPRAVA

Glavni namen raziskave je bil ugotoviti, katera vrsta telesne vadbe je najučinkovitejša za zmanjšanje pogostosti padcev in izboljšanje ravnotežja pri starejših osebah ter kakšno je optimalno trajanje vadbenih programov. Analiziranih devet člankov je pokazalo, da ima telesna aktivnost pomemben zaščitni učinek pri preprečevanju padcev. Rezultati so skladni s prejšnjimi raziskavami, ki so poudarjale pomen telesne vadbe za ohranjanje mišične moči, posturalne stabilnosti in zmanjševanje strahu pred padci (Chitraku et al., 2020; Nacz et al., 2020).

Različne oblike oziroma vrste vadb so se izkazale za učinkovite. Programi, kot je Otago vadba, so pomembno zmanjšali tveganje za padce in izboljšali zdravstveno stanje starejših s kroničnimi boleznimi (Mendes Kiik et al., 2020). Prav tako so se kot učinkovite pokazale vaje za ravnotežje trupa, ki so statistično značilno izboljšale predvideno in reaktivno ravnotežje (Shah, Ranade & Bisen, 2021). Kombinacija aerobne in krepilne vadbe je dodatno izboljšala posturalno stabilnost in zmanjšala tveganje padcev (Cardoso do Carmo et al., 2020). Poleg tega so pozitivne učinke imele tudi večsistemske vadbe, ki so vključevale propriocepcijo, trening ravnotežja, krepitev mišic in reakcijski čas (Chitraku et al., 2020). Pomembna ugotovitev je, da so tudi preproste vaje za ravnotežje enako učinkovite kot kompleksnejši programi (Mahendra et al., 2024). To nakazuje, da ni nujno potrebna visoka kompleksnost vadbenih programov, temveč njihova prilagojenost funkcionalnim zmožnostim posameznika.

Trajanje vadbenih programov se je gibalo od t3 tednov do 9 mesecev. Kratkoročni programi, denimo 3-tedenska vadba za ravnotežje, so pokazali opazne izboljšave, vendar so daljši programi, kot je 9-mesečna kombinacija aerobne in krepilne vadbe, prinesli trajnejše in celovitejše učinke (Cardoso do Carmo et al., 2020). Najpogostejše so se učinkoviti pokazali programi, ki so trajali vsaj 6–12 tednov, izvajali pa so se od 2- do 3-krat tedensko. To potrjuje, da konsistentnost in kontinuiteta igrata ključno vlogo pri doseganju in ohranjanju rezultatov.

Kljub raznolikosti programov je mogoče izpostaviti nekaj skupnih točk: (1) telesna vadba izboljšuje ravnotežje, mišično moč in funkcionalno mobilnost, (2) tudi enostavne oblike vadbe lahko učinkovito zmanjšajo tveganje padcev, (3) dolgotrajnejši in redni programi prinašajo najboljše rezultate in (4) individualizacija vadbe glede na zdravstveno stanje in telesne zmožnosti je ključnega pomena (Mahendra et al., 2024; Ghasemabad et al., 2022).

Na podlagi ugotovljenega je mogoče priporočiti, da se vadbeni programi za preprečevanje padcev vključujejo kot sestavni del geriatrične oskrbe, pri čemer naj bodo dostopni tudi osebam z omejeno gibalno sposobnostjo.

Omejitve raziskave

Raziskava ima več omejitev, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji rezultatov: (1) Omejen vzorec člankov – v končno analizo je bilo vključenih devet člankov, kar pomeni, da rezultati ne zajemajo vseh obstoječih raziskav na področju. (2) Metodološka raznolikost – študi-

dije so uporabljale različne raziskovalne pristope (randomizirane kontrolne, kvazi-eksperimentalne, presečne), kar otežuje neposredno primerjavo rezultatov. (3) Časovna in geografska omejitev – večina raziskav je bila izvedena v specifičnih državah in kulturnih okoljih (npr. v Indoneziji, na Portugalskem, v Indiji), zato se ugotovitve morda ne prenašajo neposredno na vse populacije starejših. (4) Različne intervencije – oblike vadbe, trajanje in intenzivnost so se precej razlikovali, zato je težko določiti enotne standarde za optimalen program. (5) Izključitev kvalitativnih raziskav – s tem je bil izgubljen vpogled v subjektivne izkušnje starejših (npr. motivacija, zaznave koristi, ovire pri vadbi). Kljub tem omejitvam raziskava jasno potrjuje, da je telesna dejavnost eden ključnih dejavnikov pri preprečevanju padcev in izboljšanju kakovosti življenja starejših.

LITERATURA

1. Beltz, S., Gloystein, S., Litschko, T., Laag, S. & van den Berg, N. (2022). Multivariate analysis of independent determinants of ADL/IADL and quality of life in the elderly, *BMC Geriatrics*, 22, 89. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03621-3>
2. Bradley A. Fritz, M. D., Christopher R., King, M. D., Mehta, D., Somerville, E., Kronzer, A., Abdallah, A. B., Wildes, T., Michael S. Avidan, M., Lenze, E. J. & Stark, S. (2022). Association of a Perioperative Multicomponent Fall Prevention Intervention With Falls and Quality of Life After Elective Inpatient Surgical Procedures. *JAMA Network Open*, 5(3), e221938. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.1938>
3. Cardoso do Carmo, P. J. Q., Carvalho J., Santos, R. & Cesar, A. (2020). Imbalance And Fall-Risk Improvements In The Elderly: Effects Of Combined Strength And Aerobic Training. *J Hear Sci*, 10(1), 41- 47. DOI: <https://doi.org/10.17430/JHS.2020.10.1.5>
4. Chitraku, J., Siviroj, P., Sungkarat, S. & Sapbamrer, R. (2020). Multi-System Physical Exercise Intervention for Fall Prevention and Quality of Life in Pre-Frail Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 2- 13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093102>
5. Davis, J. C., Robertson, M. C., Ashe, M. C., Liu-Ambrose, T., Khan, K. M., & Marra, C. A. (2010). International comparison of cost of falls in older adults living in the community: a systematic review. *Osteoporos Int*, 21(8), 1295- 306. DOI: 10.1007/s00198-009-1162-0
6. Dohrn, I. M., Gardiner P. A., Winkler, E. & Welmer, A. K. (2020). Device-measured sedentary behavior and physical activity in older adults differ by demographic and health-related factors. *European Review of Aging and Physical Activity* 17,8. <https://doi.org/10.1186/s11556-020-00241-x>

7. Ghasemabad, K. H., Kamalden, T. F. T., Gasibat, Q., Nekooei, P., Majlesi, S., Nekouei, P. & Alemi, B. (2022). The effects of different exercise intensities on the static and Dynamic balance of older adults: a randomised controlled trial. *Central European Journal of Sport Sciences and Medicine*, 39(3), 49- 64. DOI: <https://doi.org/10.18276/cej.2022.3-04>
8. Loureiro, V. B., Gomes M. B., & Gradek, J. (2019). Physical Fitness, Balance And Falls In Older Adults. *Antropomotoryka. Journal of Kinesiology and Exercise Sciences. JKES*, 87 (29): 13- 19. DOI: 10.5604/01.3001.0013.7802
9. Mahendra, W. G. P., Ratna Sundari, L. P., Basuki, N., Adiputra, N., Tuty Kuswardhani, R. A., Ayu Widiyantiet, G. A. (2024). Simple Balance Exercises Is as Good as Twelve Balance Exercises in Improving Functional Mobility and Reducing the Risk of Falling in Elderly Women. *International Journal of Human Movement and Sports Sciences*, 12(5),769- 774. DOI: 10.13189/saj.2024.120502
10. Kiik, S. M., Vanchapo, A. R., Elfrida, M. F., Nuwa, M. S. & Sakinah, S. (2020). Effectiveness Of Otago Exercise On Health Status And Risk Of Fall Among Elderly With Chronic Illness. *Journal Keperawatan Indonesia*, 23 (1),15- 22. <https://doi.org/10.7454/jki.v23i1.900>
11. Mittaz Hager, A. G., Mathieu, N., Lenoble-Hoskovec, C., Swannenburg, J., de Bie, R. & Hilfiker, R. (2019). Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life. and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 19(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1021-y>
12. Naczek, M., Marszalek, S., & Naczek, A. (2020). Inertial Training Improves Strength, Balance, and Gait Speed in Elderly Nursing Home Residents. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 177-184. DOI: 10.2147/CIA.S234299
13. Patel, F. (2021). Learning Analytics: Framing the right question for the right question fort he right data to impact teaching and learning effectiveness. *Academia letters*, Article 2974. <https://doi.org/10.20935/AL.2978>
14. Pizzigalli, L., Filippini, A., Ahmaidi, S., Jullien, H. & Rainoldi, A. (2011) Prevention of falling risk in elderly people: the relevance of muscular strength and symmetry of lower limbs in postural stability. *J Strength Cond Res*, 25(2), 567- 74. doi: 10.1519/JSC.0b013e3181d32213.
15. Santoso, N. K., Yulitasari, B. I., Indrayana, S. & Puspitasari, D.W. (2023). Effectiveness Of Tandem Exercise On Risk Of Fall Among Older people. *Jurnal Mutiara Ners*. 6 (2), 108- 113.
16. Shah, P., Ranade, P. & Bisen, R. (2021). Effectiveness of weighted torso balance training as an adjunct to conventional balance training on anticipatory and reactive balance in elderly individuals: An experimental study. *International Journal of Applied Research*. 7(1): 25- 30. DOI: <https://doi.org/10.22271/allresearch.2021.v7.i2a.8230>
17. Stenhagen, M., Ekström, H., Nordell, E. & Elmståhl, S. (2014). Accidental falls, healthrelated quality of life and life satisfaction: a prospective study of the general elderly population. *Arch Gerontol Geriatr*, 58(1), 95- 100.
18. Yoshida, S. (2007). *A global report on falls prevention epidemiology of falls*. Geneva: Ageing and Life Course, Family and Community Health, WHO.
19. Thomas, E., Battaglia, G., Patti, A., Brusa, J., Leonardi, V., Palma, A. & Bellafiore, M. (2019). Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly. *Medicine Journal*, 98(27), e16218. doi: 10.1097/MD.00000000000016218
20. Tiedemann, A., Sturnieks D.L., Hill, A. M., Lovitt, L., Clemson, L., Lord, S. R. & Sherrington, C. (2021). Impact of a fall prevention education program for health and exercise professionals: a randomised controlled trial. *Public Health Research and Practice* 31(3), e30342013 <https://doi.org/10.17061/phrp30342013>

POMEN PREDAJE SLUŽBE MED IZMENAMI ZA OSKRBO STANOVALCEV DOMA OB SAVINJI CELJE

Darja Ratajc, dipl. m. s., mag. manag.

Dom ob Savinji Celje

darja.ratajc@gmail.com

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V raziskavi v okviru magistrske naloge na Mednarodni fakulteti za družbene in poslovne študije, pod mentorstvom prof. dr. Andreja Korena, smo raziskali pomen prenosa znanja med zaposlenimi v Domu ob Savinji Celje, z vidika pomena predaje službe med izmenami za prenos znanja in informacij o stanovalcih. Raziskavo smo načrtovali z namenom, da bomo s pomočjo managementa znanja in učinkovite predaje službe med izmenami prispevali k višji kakovosti in varni oskrbi stanovalcev. Na osnovi teoretične predstavitve izbrane tematike in empirične analize pridobljenih podatkov smo preverjali pet hipotez.

Metode: V raziskovalnem delu smo uporabili kvantitativno raziskovalno metodo anketiranja, in sicer elektronski anketni vprašalnik s pomočjo spletnega anketnega orodja 1KA, ki je vseboval vprašanja s treh področij raziskovanja, razdeljenih v šest sklopov s 36 trditvami oziroma vprašanji. Za potrditev zanesljivosti anketnega vprašalnika smo opravili Cronbach Alfa koeficient zanesljivosti. Raziskava je potekala v aprilu in prvi polovici maja 2023. V raziskovalni vzorec smo vključili vseh sto zaposlenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev, odzvalo se je 67 anketirancev – respondentov (67 % zdravstvenih delavcev in sodelavcev v organizaciji). Največji delež vzorca, kar dobro tretjino, so predstavljale srednje medicinske sestre oziroma zdravstveni tehniki. Zbrane podatke smo analizirali s pomočjo deskriptivne in inferenčne statistike z uporabo programskega paketa MS Excel 2021 in jih uvozili v program za izvedbo statističnih analiz IBM SPSS, s katerim smo opravili statistične analize.

Rezultati: Rezultati anketiranja kažejo, da večina zaposlenih meni, da je predaja službe med izmenami zelo pomembna za kakovostno oskrbo stanovalcev, saj omogoča prenos informacij, usklajevanje dela med izmenami, preprečevanje napak, konfliktov in izboljša komunikacijo ter sodelovanje med zaposlenimi. Najnižji rezultat strinjanja smo ugotovili pri vprašanju, ki se nanaša na izkušnje s postopkom predaje, kar nas ne preseneča, saj se postopkov predaje »priučimo« večinoma na delovnem mestu. Najvišji delež strinjanja smo ugotovili pri trditvi, da smo za kakovostno predajo službe odgovorni vsi zaposleni, kar kaže na pripadnost organizaciji ter dobro klimo in kulturo.

Razprava: Na podlagi proučitve literature, izvedene raziskave, empirične analize pridobljenih podatkov in preverjanja hipotez, smo dobili uvid v dejansko stanje, kako zaposleni zdravstveni delavci in sodelavci izbranega doma starejših občanov razumejo pomen prenosa znanja pri predaji službe ter podali predloge za izboljšanje procesov dela, ki bodo zagotovo pripomogli k višji kakovosti in varni oskrbi stanovalcev.

Ključne besede: management znanja, prenos znanja, predaja službe, timsko delo, dom starejših

ABSTRACT

Theoretical starting points: in the research for the master's thesis at the International School for Social and Business Studies, under the supervision of Professor Dr. Andrej Koren, we examined the importance of knowledge transfer among the employees at the Dom ob Savinji Celje, with a focus on the role of shift handovers in transferring knowledge and information about residents. The dissertation has been conducted to contribute to higher quality and safer care of the residents with the help of management knowledge and efficient work shift handovers. Based on the theoretical representation of the selected topic and empirical analysis we tested five hypotheses.

Methodology: in our research, we employed the quantitative research method, namely electronic questionnaire through online survey tool 1KA that included questions from all three fields of research, divided into six sets containing 36 statements or questions. To confirm the reliability of the online survey, we concluded a Cronbach's alpha reliability coefficient. The research was conducted in April and the first half of May 2023. The research sample includes all one hundred employees – healthcare workers and associates. A total of 67 respondents participated in the questionnaire (67 percent of the healthcare workers of associated in the organization). The largest proportion of the sample, about one-third, was represented by mid-level nurses or healthcare technicians. The collected data was analysed using descriptive and

inferential statistics with the MS Excel 2021 software package and then imported into the IBM SPSS program, where we carried out the statistical analyses.

Results: *the questionnaire results show that most employees believe that handover between shifts is highly important for the quality of resident care as it allows for the transfer of information, coordination of work between shifts, prevention of errors and conflicts, and improves communication and collaboration among employees. The lowest level of agreement was found in the question pertaining to experience with the handover process, which was not unusual since handover procedures are often acquired at workplace. The highest level of agreement was found in the statement that all employees are responsible for a quality handover, which demonstrates organizational commitment as well as an effective environment and culture.*

Discuss: *in the theoretical part, we studied the literature, in the research section we utilized a quantitative research method, specifically, an online survey which incorporated questions from three fields of research. Based on investigation of the literature, conducted research, empirical analysis of data collection, and hypotheses testing, we were able to gather a genuine insight into the state of how the healthcare employees and other staff of the selected retirement home understand the importance of work shift handovers while simultaneously collecting proposals for improvement of the work process which will contribute to higher quality and safer care of the residents.*

Keywords: *management knowledge, knowledge transfer, handover of the job, team work, retirement home*

1 UVOD

1.1 Opredelitev obravnavanega problema in teoretičnih izhodišč
Države, vključno s Slovenijo, se srečujejo s staranjem prebivalstva. Dobre življenjske razmere in razvita medicina omogočata starostnikom doživeti visoko starost. Eurostat poroča, da naj bi se med letoma 2019 in 2100 delež oseb, starih 80 let ali več, v prebivalstvu znotraj EU povečal 2,5-krat, in sicer s 5,8 % na 14,6 % (Eurostat, 2021).

Starostniki želijo čim dlje živeti v domačem okolju, vendar prihaja do zdravstvenih ali socialnih situacij, ko to ni več mogoče. Poglavitni cilj institucionalnega varstva je, da osebje stanovalcem ponuja in omogoča ustrezno pomoč in oskrbo ter jim tako omogoči kakovostnejše življenje (Gradišnik in Velnar, 2021).

Za kompleksen pristop k obravnavi je potrebno sodelovanje strokovnjakov različnih strokovnih področij, ki so združeni v interdisciplinarni tim. Za takšen tim je značilno korektno sodelovanje in komunikacija med člani, skupno vrednotenje in razprava o odločitvah za nadaljnja dejanja ter povezovanje. Vključenost več strokovnjakov tako vzpodbuja razvoj in ustvarjalnost v timu ter sodelovanje tima po horizontali (Ellis in Sevdalis, 2019).

Tudi Slovenija se je zavezala k vzpostavitvi celovitega sistema spremljanja in nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, zato je sprejela Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016- 2025 »Skupaj za družbo zdravja« (Uradni list RS, 2016, št. 25).

Za kakovostno in varno oskrbo je ključno znanje. Management znanja se pojmuje, kot načrtno usmerjeno aktivnost, ki vključuje prepoznavanje ključnega znanja v organizaciji, pridobivanje novega potrebnega znanja, aktivno prenašanje znanja med zaposlene in uporabo znanja (Dermol, 2020, str. 95).

Entvistle (2011) navaja, da je ob zaključku vsake delovne izmene pomemben natančen prenos informacij o pacientu, ki je bistven za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege in kakovosti obravnave. Poudarja tudi pomembne elemente predaje službe: pretekli podatki (vse, kar mora tim vedeti), sedanost (trenutno stanje) in prihodnost (naloge, ki jih je potrebno še opraviti).

Na podlagi pregleda literature in raziskav smo si zastavili raziskovalni problem, in sicer kako s pomočjo managementa znanja in učinkovito predajo službe med delovnimi izmenami, prispevati k višji kakovosti in varni oskrbi stanovalcev.

2 RAZISKOVALNE METODE

Raziskovali smo pomen prenosa znanja med zaposlenimi v Domu ob Savinji Celje. Pri tem nas je zanimalo, kakšno vlogo ima predaja službe med izmenami za prenos znanja in informacij o stanovalcih v izbrani organizaciji. Raziskavo smo načrtovali z namenom, da bomo z izboljšanjem predaje službe med izmenami prispevali k boljši oskrbi stanovalcev.

Cilji:

- Proučiti literaturo in raziskave s področja managementa znanja in prenosa znanja med zaposlenimi.
- Raziskati stališča zaposlenih o prenosu znanja v izbrani organizaciji.
- Raziskati stališča zaposlenih o predaji službe med izmenami z vidika prenosa znanja in informacij o stanovalcih.
- Raziskati vlogo zdravstvenih timov pri prenosu znanja in predaji službe v izbrani organizaciji.
- Na podlagi raziskave podati predloge za izboljšanje prenosa znanja, predaje službe in timskega dela v izbrani organizaciji.

2.1. Raziskovalna vprašanja in hipoteze, predpostavke in omejitve pri raziskovanju

Na osnovi teoretične predstavitve izbrane tematike in empirične analize pridobljenih podatkov smo preverjali naslednje hipoteze:

H1 – Zaposleni ocenjujejo, da je med člani zdravstvenih timov prenos znanja uspešnejši, kot izven njih.

H2 – Zaposleni posameznih poklicnih skupin se različno opredeljujejo do prenosa znanja v organizaciji.

H3 – Zaposleni vidijo predajo službe kot priložnost za prenos znanja.

H4 – Zaposleni posameznih poklicnih skupin imajo različna stališča o pomenu predaje službe.

H5 – Zaposleni vidijo predajo službe kot priložnost za prenos informacij o stanovalcih.

Predpostavljali smo, da bomo z izbranimi raziskovalnimi metodami pridobili podatke, ki nam bodo omogočili potrditi oziroma ovreči postavljene hipoteze in doseči namen ter cilje raziskave.

Raziskava obsega teoretični in empirični del. Teoretični del temelji na pregledu domače in tuje literature ter virov, ki so nam omogočili podrobnejšo seznanitev s področjem proučevanja. Kot metode raziskovanja smo v tem delu uporabili metodi kompilacije in deskripcije ter komparativno metodo.

V empiričnem delu raziskave smo kot primarni vir podatkov uporabili kvantitativno raziskovalno metodo anketiranja in sicer elektronski anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja s treh področij raziskovanja, v šestih sklopih s 36 trditvami oziroma vprašanji. Anketni vprašalnik je bil objavljen na spletni strani, ki omogoča izvedbo anket in se nahaja na naslovu <https://www.1ka.si/>. V vprašalniku so vprašanja 5-stopenjske Likertove lestvice, s katero smo merili jakost stališč anketirancev.

2.2 Zanesljivost in veljavnost instrumenta

Za potrditev zanesljivosti anketnega vprašalnika smo opravili Cronbach Alfa koeficient zanesljivosti, kjer so bile izračunane vrednosti za posamezni sklop vprašanj med 0,777 (dobra zanesljivost) in 0,937 (odlična zanesljivost), kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv (Laerd Statistics, 2023).

Pred izvedbo anketiranja smo anketni vprašalnik testirali na skupini treh slučajno izbranih zaposlenih.

Omejitev predstavlja omejenost raziskave na izbrani dom starejših občanov, Dom ob Savinji Celje, tako da posploševanje rezultatov ni možno.

2.3 Vzorec

Vzorec je bil namenski, izbrali smo dom starejših občanov z dvesto zaposlenimi, v katerem smo pridobili dovoljenje za raziskavo. V vzorec za raziskavo smo vključili vseh sto zaposlenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Tretjina anketirancev opravlja naloge srednje medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika (34,3 %), sledijo bolničarji oziroma negovalci (26,9 %), strežnice oziroma gospodinje (14,9 %), diplomirane medicinske sestre oziroma magistrice zdravstvene nege (7,5 %), zdravniki (6 %), delovni terapevti (4,5 %), fizioterapevti in socialne delavke (4,5 %).

Struktura vzorca je pričakovana glede na to, da je raziskava izvedena v instituciji zdravstva in socialnega varstva, kjer je poudarek na zdravstveni negi in oskrbi stanovalcev.

2.4 Potek raziskave

Raziskava je v Domu ob Savinji Celje potekala v aprilu in prvi polovici maja 2023, odzvalo se je 67 anketirancev – respondentov (67 % zdravstvenih delavcev in sodelavcev v organizaciji). Odzivnost respondentov je bila 67 %. Zbrane podatke smo analizirali s pomočjo deskriptivne in inferenčne statistike, potem ko smo jih ustrezno obdelali z uporabo programskega paketa MS Excel 2021 in jih uvozili v program za izvedbo statističnih analiz IBM SPSS. Podatke smo prikazali v preglednicah in grafih ter jih interpretirali.

3 REZULTATI

Zastavili smo si pet hipotez, ki smo jih preverili s statističnimi testi (Field, 2013 in IBM Statistics, 2023). Vzorec raziskave so predstavljali zaposleni in sodelavci interdisciplinarnega zdravstvenega tima (67 %). Največji delež vzorca, kar dobro tretjino, so predstavljale srednje medicinske sestre oziroma zdravstveni tehniki, sledili so bolničarji/negovalci, strežnice/gospodinje, diplomirane medicinske sestre oziroma magistrice zdravstvene nege, zdravniki, socialne delavke, delovni terapevti ter fizioterapevti.

Vsi zgoraj navedeni zdravstveni delavci in sodelavci predstavljajo interdisciplinarni zdravstveni tim, ki je vsakodnevno vključen v obravnavo stanovalcev izbranega doma starejših občanov, zato je vzpodbuden rezultat, da se je skoraj 60 % anketirancev strinjalo, da jim delo v timu omogoča izmenjavo izkušenj, informacij in znanja, da jih delo v timu dela bolj samozavestne, jih strokovno bogati, posledično pa delo opravijo bolj kakovostno in lažje uvajajo izboljšave v delovni proces. Ocenili so, da jih medpoklicno sodelovanje strokovno bogati, pri tem pa dobro sodelujejo in se dopolnjujejo. Na osnovi tega, da velika večina, kar 94 % anketirancev, delo v timih in posledično prenos znanja znotraj tima ocenjuje kot uspešno, smo potrdili prvo hipotezo.

Tretji in četrti sklop vprašanj se je osredotočal na prenos znanja na nivoju organizacije, torej na nivoju izbranega doma starejših občanov, kakor tudi na stališča posameznih poklicnih skupin do teh vprašanj. Na osnovi rezultatov lahko povzamemo, da zaposlenim največ pomeni pridobivanje znanja z neposredno komunikacijo z nadrejenimi in s sodelavci, velik pomen pa pripisujejo neformalnemu pogovoru ob kavi oziroma med odmori. Zbrani podatki nam kažejo, da so zaposleni pripravljeni deliti pridobljeno znanje s sodelavci, še zlasti ustno in tudi z mentoriranjem, medtem ko so druge oblike pridobivanja znanja, ki se navezujejo zlasti na pisne vire (interna navodila, zapisniki sestankov, strokovni članki) in učne delavnice, uvrstili na drugo mesto. Vzpodbuden je tudi rezultat, da skoraj polovica anketirancev meni, da organizacija podpira prenos

znanja med zaposlenimi z internimi izobraževanji, rednimi srečanji z zaposlenimi in strokovnimi sestanki timov, dobra tretjina pa meni, da jih pri tem vzpodbuja tudi vodstvo z lastnim zgledom in aktivnostmi. Zanimalo nas je tudi, kako se do navedenih vprašanj opredeljujejo posamezne poklicne skupine. Najnižjo oceno smo zaznali pri bolničarjih/negovalcih, najvišjo pri socialnih delavkah.

Na podlagi rezultatov obeh sklopov vprašanj smo drugo hipotezo potrdili.

Potrdili smo tudi tretjo hipotezo, kjer so se, v petem sklopu vprašanj, anketiranci opredeljevali do predaje službe kot priložnosti za prenos znanja. Velika večina zaposlenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev meni, da predaja službe omogoča kontinuiteto oskrbe, zagotavlja delitev znanja in je ključna, da se znanje v organizaciji ne izgubi. V visokem deležu so izrazili stališče, da je predaja službe pomembna za dobro delo v organizaciji, saj je izmenjava mnenj med sodelavci v tem času najbolj intenzivna. Vzpodbudno pa je, da se »sploh niso strinjali«, da pri predaji službe niso pripravljeni deliti znanja, za to nimajo časa ali nimajo tovrstnih izkušenj.

Četrta hipoteza, v nasprotju s prvimi tremi, ni bila potrjena. Na osnovi analize odgovorov v okviru petega sklopa vprašanj smo ugotovili, da različne poklicne skupine nimajo različnih stališč o

pomenu predaje službe in so v visokem deležu izrazile strinjanje s pomenom predaje službe. Podatek je razveseljav in samo še dodatno potrjuje zgoraj navedene ugotovitve predhodnih hipotez. Zanimalo nas je tudi, kako se do tega vprašanja opredeljujejo posamezne poklicne skupine: najnižje strinjanje smo zaznali pri delovnih terapevtih, najvišje pa pri fizioterapevtih, kot že omenjeno, pa so razlike med posameznimi poklicnimi skupinami majhne.

Povzetek rezultatov šestega sklopa vprašanj nam je pokazal, da zaposleni v okviru predaje službe dobijo pomembne informacije, ki jim omogočijo ustrezno pripravo za nemoteno opravljanje dela v novi izmeni in da jim predaja službe omogoča kakovostno, strokovno in varno opravljanje dela. Hkrati pa se zavedajo pomena prenosa ustreznih informacij o stanovalcih med izmenami, za kar so, tako menijo, odgovorni vsi zaposleni. V visokem odstotku so se strinjali tudi s pomenom pravilne predaje službe za boljšo interdisciplinarno obravnavo stanovalcev in poudarili pomen komunikacije, ki poteka med posamezniki znotraj tima v času predaje službe. Glede na močno strinjanje z vsemi trditvami smo tudi zadnjo, peto hipotezo, potrdili.

Trditve, navedene v anketnem vprašalniku in povzetki rezultatov so navedeni v Tabeli 1.

Trditev	N	Povprečje	Standardna deviacija
Delo v timu mi omogoča izmenjavo izkušenj, informacij in znanja.	67	4,54	0,636
Pri delu v timu sem bolj samozavesten/-na.	67	4,31	0,874
Od sodelavcev v timu se veliko naučim.	67	4,22	0,885
Medpoklicno sodelovanje v timu me strokovno bogati.	67	4,33	0,842
Zaradi dela v timu delo opravi bolj kakovostno.	67	4,21	0,993
S timom lažje in hitreje uvajamo izboljšave v delovni proces.	67	4,39	0,834
Člani tima med seboj dobro sodelujemo in se dopolnjujemo.	67	4,18	0,936
Znanje in informacije dobim znotraj organizacije v internih navodilih, zapisnikih sestankov in v standardih.	67	3,93	0,926
Če česa ne vem, vprašam nadrejenega.	67	4,43	0,763
Vprašam sodelavce, ki so pripravljeni deliti svoje znanje in izkušnje.	67	4,49	0,726
Znanje pridobivam v neformalnih pogovorih s sodelavci (pri kavi, med odmori).	67	3,82	1,278
Berem strokovne članke, udeležujem se strokovnih usposabljanj izven organizacije.	67	3,78	1,112
Znanje pridobivam z izmenjavo mnenj na timskih sestankih.	67	4,00	1,000
Največ uporabnega znanja dobim na učnih delavnicah znotraj organizacije.	67	3,61	1,029
Po izvedenem izobraževanju delim pridobljeno znanje s sodelavci v pisni obliki (poročilo).	66	3,15	1,167
Ko izvem kaj novega s strokovnega področja, to predstavim sodelavcem.	66	3,89	1,040
Po izvedenem izobraževanju delim pridobljeno znanje s sodelavci v ustni obliki (na neformalen način – s pogovorom, pripovedovanjem).	66	4,14	0,875
Organizacija podpira prenos znanja med zaposlenimi (npr. interna izobraževanja, strokovni sestanki timov, neformalna srečanja).	66	4,03	0,859
Vodstvo organizacije spodbuja prenos znanja z lastnim zgledom in aktivnostmi.	66	4,02	0,953
Vodstvo organizacije organizira redna srečanja z zaposlenimi, katerih namen je delitev in izmenjava znanja ter izkušenj med zaposlenimi.	66	3,68	1,069
Svoje znanje sem pripravljen/-a prenašati v obliki mentoriranja sodelavcev.	66	3,85	1,113

Predaja službe omogoča kontinuiteto oskrbe in zagotavlja delitev znanja.	66	4,36	0,797
Predaja službe zagotavlja, da se znanje v organizaciji ne izgubi.	66	4,29	0,855
Pri predaji službe zaposleni niso pripravljeni deliti znanja ali pa za to nimajo dovolj časa.	66	2,62	1,390
Pri predaji službe nastajajo zmeda in nesporazumi, če predaja službe ni kakovostna.	66	3,64	1,308
Nimam dovolj izkušenj s postopkom predaje službe med izmenami.	66	2,24	1,371
Zaposleni se zavedamo pomena predaje službe za dobro delo v organizaciji.	66	4,35	0,850
Izmenjava mnenj med sodelavci je v času predaje službe najbolj intenzivna.	66	4,12	0,985
Predaja službe zagotavlja, da lahko nemoteno opravljam delo in opravi vse naloge.	66	4,35	0,832
Predaja službe mi omogoča, da sem pripravljen na delo v novi izmeni.	66	4,42	0,745
Zaposleni se zavedamo pomena prenosa ustreznih informacij o stanovanjih med izmenami.	66	4,48	0,769
Predaja službe mi omogoča, da svoje delo opravi kakovostno, strokovno in varno.	66	4,44	0,806
Za kakovostno predajo službe smo odgovorni vsi zaposleni.	66	4,68	0,705
Pravilna predaja službe omogoča boljšo interdisciplinarno obravnavo stanovalcev.	66	4,67	0,641
Komunikacija, ki poteka pri predaji službe, nas krepi in povezuje kot posameznika, znotraj tima in znotraj organizacije.	66	4,48	0,769
N	66		

Tabela 1. Povzetek rezultatov anketnega vprašalnika

4 RAZPRAVA

Iz vsega navedenega lahko povzamemo, da procesi managementa znanja med zaposlenimi v Domu ob Savinji Celje potekajo dobro, še zlasti lahko to trdimo za pridobivanje in prenos znanja, ki smo ju osvetlili podrobneje. Razveseljivo je, da zaposleni čutijo podporo nadrejenih in vodstva. Dermol in Čater (2013, str. 341) navajata, da je zaposlenim podpora vodstva še pomembnejša, kot podpora kolegov.

Glede na to, da so zaposleni bolj naklonjeni ustnim oblikam prenosa znanja velja razmisliti, da bi z uvajanjem novih tehnologij pisne vire naredili bolj privlačne, še zlasti med mlajšimi sodelavci, ki so jim te tehnologije bližje (dlančniki, spletni dostop do podatkov, elektronske table ipd.). Možnost vidimo v še večji uporabi in razširjenosti informacijsko komunikacijske tehnologije.

Zaradi pomanjkanja zdravstvenih delavcev v bolnišnicah in drugih institucijah, povezanih z zdravstveno oskrbo (Štemberger Kolnik, 2022, str. 68-75), tudi v domovih starejših (Habjanič, 2011, str. 39), vidimo velik izziv v pristopih, ki bodo kombinirali znanja in spretnosti (t. i. »skill mix«), ko bo potrebno prenesti znanja, veščine, vloge in naloge na druge zdravstvene delavce, prostovoljce in neformalne oskrbovalce. Takrat bodo dobro razviti procesi managementa znanja zelo dobrodošli.

Velja razmisliti tudi o novih oblikah neformalnih druženj, tako med kot izven delovnega časa (npr. zdrav zajtrk, gibalni odmor, pripovedovanje šal, petje idr.).

Glede na vse več informacij, ki nastajajo v času predaje službe, in ni mogoče, da bi jih zdravstveni delavci obdržali v spominu, predlagamo, da se poleg obstoječe pisne predajne knjige uvede standardizirana predaja službe, ki bo omogočala, da se informacije prenesejo hitro in zanesljivo, znotraj časa, ki je omejen na 10 do 15 minut. Orodij je več, predvsem v bolnišnicah, zato velja razmisliti o orodjih primernih za okolje institucionalnega varstva.

Naša raziskava je bila omejena na izbrani dom starejših občanov, zato posploševanje ni možno, kar pri sami raziskavi predstavlja omejitev. Naš predlog za nadaljnje raziskovanje je, da bi raziskavo razširili na več primerljivih domov starejših občanov v Sloveniji, saj bi v tem primeru lažje podali konkretne predloge za izboljšave na nacionalni ravni.

Na podlagi proučitve literature, izvedene raziskave, empirične analize pridobljenih podatkov in preverjanja hipotez, smo dobili uvid v dejansko stanje, kako zaposleni zdravstveni delavci in sodelavci Doma ob Savinji Celje razumejo pomen prenosa znanja pri predaji službe ter podali predloge za izboljšanje procesov dela, ki bodo zagotovili pripomočki k višji kakovosti in varni oskrbi stanovalcev.

»Pot kakovosti zdravstvene obravnave je pot nenehnega učenja. Je pot nenehnega iskanja priložnosti za izboljševanje procesov zdravstvene obravnave in je pot, na kateri prav vsak posamezen deležnik, vključen v zdravstveno obravnavo, lahko pomembno prispeva, da je ta kakovostna in varna.«

(Bolčević idr., 2021, str. 2).

LITERATURA

1. Bolčević, S., Gorup, L., Jakac, S., Kobal Straus, K., Krajnc, M., Limonšek, I., Lipar, T., Masnik, A. N., Mesarec, I., Perger, D., Počič, M., Poldrugovac, M., Romih, J., Simčič, B., Štromajer, D. (2021). *Kakovost zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih: priročnik*. Različica 2.0, spletna izdaja. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Pridobljeno s: <https://www.gov.si/drzavni-organi/ministrstva/ministrstvo-za-zdravje/>
2. Dermol, V. (2020). *Ravnanje z znanjem*. Harlow: Pearson.
3. Dermol, V. in T. Čater. (2013). The influence of training and training transfer on organisational learning and performance. *Personal Review*, 42(3), 324- 348.
4. Ellis, G., Sevdalis, N. (2019). Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and Ageing*, 48(4), 498- 505.
5. Entwistle, F. (2011). What makes a good handover? *Nursing Times Resources*. Pridobljeno s: <https://www.nursingtimes.net>
6. Eurostat (2021, 20. julij). *Struktura in staranje prebivalstva*. Pridobljeno s: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>
7. Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage.
8. Gradišnik, L., Velnar, T. (2021). Razvoj in raznolikost institucionalne oskrbe starejših. *Kakovostna starost*, 24(4), 19- 38.
9. Habjanič, A. (2011). *Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja*. Ljubljana: Obzornik zdravstvene nege, 45(1), 39- 47.
10. *IBM SPSS Statistics*. (2023). Pridobljeno s: <https://www.ibm.com/products/spss-statistics/support>
11. Štemberger Kolnik, T., Filej, B., Ljubič, A. (2022). Napredno timsko delo v zdravstvu, kombinacija znanja in spretnosti: pregled literature. *Revija za zdravstvene vede* 2/2022 66- 85.
12. Uradni list Republike Slovenije. (2016). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025* »Skupaj za družbo zdravja, št. 25.

SPALNE NAVADE ODRASLIH LJUDI

Larisa Goltnik

dr. Andreja Hrovat Bukovšek

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

goltniklarisa@gmail.com



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Kakovost spanja pomembno vpliva na telesno, duševno in čustveno počutje posameznika ter s tem na splošno zdravje. Na spanec vplivajo številni dejavniki, med katerimi izstopajo večerne navade, prisotnost stresa, uporaba elektronskih naprav in ustrezna priprava spalnega okolja. V raziskavi smo se osredotočili na ugotavljanje vpliva teh dejavnikov na kakovost spanja pri odraslih. Poseben poudarek smo namenili analizi večerne rutine, predvsem izpostavljenosti stresu, uporabi zaslonov ter urejenosti spalnega prostora; z namenom boljšega razumevanja njihovega učinka na spanec in iskanja možnosti za izboljšanje spalnih navad.

Metoda: Izvedena je bila kvantitativna raziskava z uporabo anketnega vprašalnika, ki je zajemal vprašanja o spalnih navadah, stresu, uporabi elektronskih naprav pred spanjem in o pripravi spalnega prostora. V raziskavo je bilo vključenih 40 anketirancev. Zbrane podatke smo analizirali s statističnimi metodami, da bi ugotovili, kateri dejavniki najbolj vplivajo na kakovost spanja.

Rezultati: Rezultati raziskave so pokazali, da na kakovost spanja odraslih oseb najmočnejše vplivata prezračevanje prostora (77,5 % anketirancev) in stres (60 % anketirancev); pomembna pa sta tudi spanec v temi in izogibanje kofeinu. Kljub temu je dnevna utrujenost pogost pokazatelj slabše kakovosti spanja. Spalne navade anketirancev so se izkazale za delno urejene, saj jih 62,5 % delno hodi spat ob enaki uri, 68 % anketirancev pa spi več kot sedem ur na noč, kar se približuje strokovnim priporočilom. Največ prostora za izboljšave ostaja pri uporabi elektronskih naprav pred spanjem, saj se jim večina anketirancev izogne le delno.

Razprava in zaključek: Raziskava je pokazala, da so anketiranci dobro ozaveščeni o pomenu zdravih spalnih navad, vendar se pri njihovem uresničevanju pogosto soočajo z ovirami, kot sta stres in uporaba elektronskih naprav. Glede na rezultate bi bilo smiselno razviti izobraževalne programe ali delavnice, ki bi posameznikom pomagali pri obvladovanju stresa in izboljšanju spalnih navad, kar bi lahko pozitivno vplivalo na njihovo splošno zdravje in kakovost spanja.

Ključne besede: kakovost spanja, stres, navade pred spanjem, elektronske naprave, spalni prostor.

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Spanje je temeljna fiziološka potreba in naravno stanje počitka, ki omogoča telesno in duševno regeneracijo (Dominko, 2024). Biološki ritem človeka, imenovan cirkadiani ritem, se usklajuje z dnevno svetlobo in temo ter uravnava cikel spanja in budnosti. Cirkadiani ritem nadzoruje suprahiazmalno jedro v hipotalamusu, medtem ko so za različne vidike spanja pomembni še talamus, hipokampus, amigdala in pons (Pucelj, 2014). Vsak del možganov ima svojo vlogo, hipotalamus sproži spanje, amigdala obdeluje čustva v sanjah, pons pa sproža REM fazo (Patel et al., 2024). Odrasli naj bi za ohranjanje zdravja spali vsaj sedem ur na noč, saj premalo spanja vodi do slabšega zdravja, pretirano dolgo spanje pa je povezano s kardiometaaboličnimi boleznimi (lao et al., 2021). Spalni cikel odraslega traja približno 90 minut in se deli na tri faze NREM spanja in eno fazo REM spanja. Prva faza je prehod iz budnosti v spanec, traja do sedem minut in vključuje umirjanje srčnega utripa ter sproščanje mišic (Dominko, 2024). V drugi fazi, ki zavzema približno polovico celotnega spanca, pride do nadaljnje sprostitve telesa, umiritve možganske aktivnosti in pojava tako imenovanih spalnih vreten (Patel et al., 2024). Tretja faza, znana kot globok spanec, je ključna za fizično obnovo – v tej fazi se obnavljajo tkiva, krepi imunski sistem in poteka celična regeneracija (Dominko, 2024). REM faza pa je povezana z visoko možgansko aktivnostjo in sanjanjem. V tej fazi se oči hitro premikajo, mišice so začasno paralizirane, srčni utrip se pospeši in dihanje postane nepravilno. REM spanec ima pomembno vlogo pri uravnavanju čustev in utrjevanju spomina (Patel et al., 2024).

Pomanjkanje kakovostnega spanca vpliva na številne vidike zdravja. Po podatkih raziskav ima kronične težave s spanjem približno 20 % ljudi, pogostejše starejši in ženske (Chattu et al., 2018). Nespečnost vključuje težave z uspanjem, prebujanjem ponoči ali občutkom neakovostnega spanca in vpliva na dnevno delovanje posameznika (Alnawwar et al., 2023). Pacienti poročajo, da potrebujejo

več kot trideset minut, da zaspijo ali da so ponoči budni trideset minut ali več (NIJZ, 2025). Nespečnost je lahko posledica psiholoških težav, uživanja kofeina ali alkohola, zdravil ali pa je simptom drugih motenj (Schwab, 2024). Zdravljenje težav s spanjem je priporočeno usmeriti predvsem v kognitivno-vedenjsko terapijo, saj so uspavala manj učinkovita na dolgi rok in pogosto povzročajo neželene učinke (Štukovnik & Dolenc – Grošelj, 2013). Med druge motnje spanja sodita narkolepsija in parasomnija. Narkolepsija se kaže kot nenadzorovani napadi spanja čez dan, pogosto z mišično oslabeleostjo in spalno paralizo, medtem ko parasomnije zajemajo neobičajna vedenja med spanjem, kot so nočne more, hoja v spanju, škrtanje z zobmi in nočni krči (Tosidojević, 2015; Fleetham & Fleming, 2014). Obe motnji negativno vplivata na doseganje REM faze in s tem na celostno počutje ter zdravje (Dominko, 2024).

Na kakovost spanca vpliva tudi način življenja, zlasti uporaba elektronskih naprav, ki oddajajo modro svetlobo, ki zavira proizvodnjo melatonina, ki telesu sporoča, da je čas za spanje (AlSharef, 2021). Poleg tega vsebine na zaslonih pogosto vzbujajo čustveno ali kognitivno vznemirjenost, kar dodatno otežuje uspanje (Schrempft et al., 2024). Fizična aktivnost lahko pozitivno vpliva na spanje, saj spodbuja izločanje melatonina, znižuje stres in izboljšuje razpoloženje (Alnawwar et al., 2023). Zmerna aerobna vadba zmanjšuje težave, kot so nespečnost in spalna apneja (Baron et al., 2013). Vendar pa je intenzivna vadba tik pred spanjem lahko moteča, zato je bolje, da se izvede prej čez dan (Healthline, 2025). Prav tako na spanje negativno vplivajo mastna in težka hrana, zaužita tik pred spanjem ter kofein, sladkor in alkohol, ki povzročajo budnost in motijo spalni ritem (lao et al., 2021). Za optimalen spanec je priporočljivo, da se zadnji obrok zaužije vsaj dve do tri ure pred spanjem (Pacheco & Singh, 2024). Poleg tega je pomembno tudi okolje, v katerem spimo. Soba naj bo temna, tiha, dobro prezračena in brez motečih dejavnikov. Idealna temperatura za spanje se giblje med 16 in 20 °C (Gooley et al., 2011). Neustrezen spanec ima lahko resne posledice za zdravje. Kratkoročno povzroča utrujenost, zmanjšano pozornost in zmanjšano produktivnost, kar je posebej nevarno v prometu ali pri delu z visokimi zahtevami (Acus Medici, 2024). Dolgoročno pa neustrezen spanec vodi do povečane možnosti za razvoj bolezni, kot so sladkorna bolezen, srčno-žilne bolezni, debelost, oslabiljen imunski sistem in duševne motnje (Pucelj, 2014). Povečuje tudi tveganje za možgansko kap in nekatera rakava obolenja.

Za izboljšanje kakovosti spanja je ključna vzpostavitev redne spalne rutine. Priporočljivo je, da posameznik hodi spat in vstaja ob istem času vsak dan, tudi ob koncih tedna. Takšna rutina pomaga telesu, da se prilagodi naravnemu cirkadianemu ritmu, kar olajša uspanje in prebujanje (Mayo Clinic, 2022). Poleg tega lahko pomirjujoče večerne aktivnosti, kot so branje, meditacija ali topla kopel, prispevajo k lažjemu prehodu v spanje. Odsvetuje se uporaba elektronskih naprav vsaj eno uro pred spanjem, saj modra svetloba negativno vpliva na proizvodnjo melatonina (Schrempft et al., 2024). Vključevanje redne telesne aktivnosti in izogibanje težkim obrokom v večernem času prav tako prispevata k boljšemu spancu (Alnawwar et al., 2023).

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako različni vedenjski in okoljski dejavniki vplivajo na kakovost spanja odraslih oseb.

2 METODE

Raziskovalna metoda

V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop, z metodo anketiranja. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika, ki je bil oblikovan na podlagi strokovne in znanstvene literature, dostopne v podatkovnih bazah PubMed, COBISS, ProQuest in Google Učenjak. Ključne besede, uporabljene pri pregledu literature, so bile: kakovost spanja, stres, navade pred spanjem, elektronske naprave, spalni prostor, zdravje. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji:

- RV1: Kako različni dejavniki vplivajo na kakovost spanja odraslih ljudi?
- RV2: Kakšen vpliv imajo navade pred spanjem na kakovost spanca?

Raziskovalni instrument

Za osnovni raziskovalni instrument smo uporabili spletni anketni vprašalnik, ki smo ga pripravili na podlagi literature (AlShareef, 2022; Schrempft et al., 2024; Alnawwar et al., 2023; lao et al., 2021; NIJZ, 2024), izdelan z orodjem 1KA, pri čemer so bila vsa vprašanja zaprtega tipa, oblikovana na osnovi obstoječih znanstvenih ugotovitev s področja spanja. Vprašalnik je zajemal 12 vprašanj, razdeljenih v dva vsebinska sklopa. Prvi del je zajemal demografske podatke, kot so starost in socialni status anketirancev, drugi del pa vprašanja, usmerjena na raziskovalni interes – to je vpliv različnih dejavnikov in spalnih navad na kakovost spanja. Z vprašalnikom smo tako pridobili podatke o večernih rutinah, dolžini in kontinuiteti spanja, uporabi elektronskih naprav pred spanjem, prisotnosti utrujenosti, spalnem okolju, vplivu kofeina ter stresu in miselnih vzorcih ob motnjah spanja.

Vzorec raziskave

V raziskavo smo vključili 40 odraslih oseb različnih starostnih in socialnih skupin ter različnih poklicnih okolij. Anketni vprašalnik je bil razdeljen preko spletne platforme Messenger. Starostna struktura anketirancev je bila naslednja: 50 % oseb je bilo starih med 18 in 28 let, 5 % med 29 in 39 let, 33 % med 40 in 50 let ter 12 % nad 51 let. Glede na socialni status je 48 % anketiranih predstavljala zaposlena populacija, 37 % študenti, 13 % upokojenci ter 3 % brezposelni. Vzorec je bil neslučajnosten in namenski, saj je bil namen raziskave usmerjen v pridobivanje raznolikih podatkov glede kakovosti spanja v vsakdanji populaciji.

Potek raziskave in obdelava podatkov

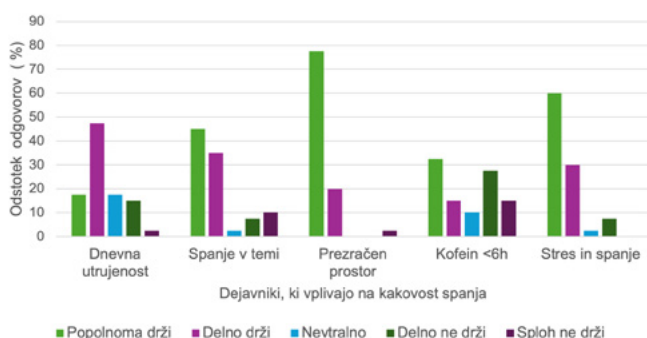
Zbiranje podatkov je potekalo med 2. in 23. januarjem 2025. Vprašalnik je bil dostopen javno in prostovoljno, reševanje pa je bilo anonimno in ni zahtevalo soglasja etične komisije, saj ni bilo predvideno pridobivanje osebnih ali občutljivih podatkov. Povprečen čas izpolnjevanja je znašal 1 minuto in 30 sekund. Pridobljeni podatki so bili avtomatsko preneseni iz spletne platforme 1KA v program Microsoft Excel, kjer so bili statistično obdelani in prikazani v obliki grafov.

Etični vidik raziskovanja

Pri izvedbi raziskave so bili upoštevani vsi etični standardi znanstvenega raziskovanja. Anketiranci so bili v uvodnem delu vprašalnika seznanjeni s ciljem raziskave in uporabo zbranih podatkov izključno v raziskovalne namene. Zagotovljene so bile njihove pravice do prostovoljne udeležbe, anonimnosti, zasebnosti in zaupnosti. Podatki so obdelani in shranjeni skladno z načeli varstva osebnih podatkov. Pri raziskavi smo upoštevali načela Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije (2024) in določila Oviedske konvencije.

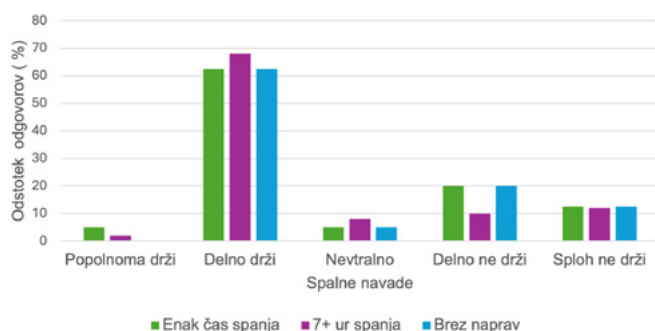
3 REZULTATI

V raziskavi smo želeli preveriti, kako različni dejavniki vplivajo na kakovost spanja odraslih oseb (graf 1) in katere navade posamezniki upoštevajo pred spanjem (graf 2).



Graf 1. Vpliv različnih dejavnikov na kakovost spanja

Iz grafa 1 je razvidno, da največ anketirancev meni, da prezračen prostor (77,5 %) in stres (60 %) močno vplivata na kakovost spanja. Tudi spanje v temi in izogibanje kofeinu kažeta pomembne vplive, medtem ko je utrujenost čez dan pogost znak slabše kakovosti spanja.



Graf 2. Vpliv različnih navad posameznikov na kakovost spanja

Iz grafa 2 je razvidno, da se največ anketirancev delno strinja, da gre spat ob enaki uri (62,5 %) in da spi več kot 7 ur (68 %), kar kaže na delno urejene spalne navade. Prav tako se večina le delno izogiba elektronskim napravam pred spanjem, kar nakazuje na prostor za izboljšave.

4 RAZPRAVA

V raziskavi smo ugotavljali, kako različni dejavniki vplivajo na kakovost spanja odraslih ljudi ter kakšen vpliv imajo navade pred spanjem in priprava spalnega prostora.

Dejavniki, ki vplivajo na kakovost spanja odraslih ljudi so povezani z okoljem in njihovim psihološkim stanjem. Velika večina anketirancev navaja, da poskrbi za redno prezračevanje prostora, tišino in primerno temperaturo v spalnici, kar kaže na dobro zavedanje pomena spalnega okolja. Kot navajajo Gooley et al. (2011) je to zelo dobro, saj ustrezno okolje spodbuja sproščanje melatonina, medtem ko prekomerna svetloba, zlasti modra svetloba elektronskih naprav, ovira proces uspanja. Poleg okolja pa je izrazit vpliv pripisan tudi stresu, ki ga je kot dejavnik slabše kakovosti spanja navedla več kot polovica anketirancev. Scott et al. (2021) pri tem opozarjajo, da kronični stres pogosto vodi v nespečnost in zmanjšano regeneracijo med spanjem, kar se odraža tudi v rezultatih naše raziskave.

Dnevna utrujenost, ki sta jo izrazili skoraj dve tretjini anketirancev, kaže, da kakovost spanja pri mnogih ni ustrezna. Schwab (2024) navaja, da slabše kakovosten spanec vodi v čustveno in kognitivno izčrpanost, kar potrjujejo tudi naši rezultati. Poleg tega se je kot težava pokazalo uživanje kofeina, saj se mu manj kot tretjina naših anketirancev pravočasno izogiba, kar lahko vpliva na zakašnitev uspanja, na kar opozarjata tudi Pacheco & Singh (2024). Pri obvladovanju nespečnosti je manjši del anketirancev navedel zdrave strategije, v večini pa se anketiranci pred spanjem še vedno zatekajo k elektronskim napravam, kar lahko zaradi modre svetlobe dodatno poslabša uspanje. Pozitivno pa je, da nihče od sodelujočih ni navedel uporabe uspaval, kar kaže na dobro zavedanje tveganj farmakološkega zdravljenja nespečnosti, na katerega opozarjata tudi Štukovnik & Dolenc Grošelj (2013).

Drugi pomemben sklop predstavljajo spalne navade. Patel et al. (2024) poudarjajo, da telo najbolje deluje ob rednem urniku spanja in budnosti, zato neurejen spalni ritem negativno vpliva na cirkadiane procese. Odgovori naših anketirancev pa pri tem ne kažejo pozitivnih rezultatov, saj večina nima povsem ustaljene ure odhoda k spanju, jih pa skoraj dve tretjini meni, da imajo delno enak čas pričetka spanja. Glede trajanja spanja sta dve tretjini anketirancev navedli, da ponoči spijo vsaj sedem ur, kar je v skladu s priporočili Ameriške akademije za medicino spanja (Iao et al., 2021). Kljub temu pa to pomeni, da pomemben delež odraslih spi premalo, kar vodi v utrujenost in slabšo dnevno funkcionalnost.

Posebno pozornost je potrebno nameniti uporabi elektronskih naprav. Več kot polovica anketirancev v naši raziskavi se jim sicer delno izogiba, a nihče ne poroča, da bi jih povsem izločil pred spanjem. Ker modra svetloba naprav zavira melatonin (AlShareef, 2022), to predstavlja tveganje za motnje spanja (AlShareef, 2022). Isti avtor opozarja, da so mlajši odrasli, ki tehnologijo pogosto uporabljajo kot obliko sprostitve, še dodatno izpostavljeni motnjam cirkadianega ritma.

V širšem obsegu raziskava kaže, da obstajajo pomembne razlike v pristopih k zdravim spalnim navadam. Vendar se večina anketirane populacije zaveda pomembnosti teh pristopov za kakovosten počitek. Takšne razlike so lahko posledica življenjskih slogov, poklicev, starosti in individualnih razumevanj pomena spanja. Kot navajata Pucelj (2014) in Schwab (2024), vedenje posameznikov pogosto ne sledi njihovemu znanju o pomenu spanca. Ljudje se zavedajo pomena kakovostnega spanja, vendar zaradi zunanjih pritiskov, kot so stres, obveznosti, dostopnost tehnologije, ne izvajajo ustreznih ukrepov. Alnawwar et al. (2023) poudarjajo, da so za dolgoročne izboljšave ključni kontinuirani izobraževalni programi, ki posameznike naučijo, kako prepoznati in obvladovati dejavnike, ki motijo spanec, ter kako vzpostaviti in vzdrževati zdrave spalne navade v vsakdanjem življenju.

Na koncu je pomembno poudariti, da je bila raziskava izvedena na manjšem vzorcu ljudi, večinoma mlajših od 30 let. Zaradi tega teh rezultatov ne moremo posplošiti na celotno odraslo populacijo. Poleg tega je bila anketa razdeljena preko spleta, kar pomeni, da so verjetno sodelovali predvsem tisti, ki več uporabljajo sodobno tehnologijo in so posledično morda bolj ozaveščeni glede spanja. V prihodnje bi bilo raziskavo smiselno ponoviti na večjem in bolj raznolikem vzorcu ljudi, da bi dobili bolj reprezentativne in zanesljive rezultate. Kljub temu pa ugotovitve raziskave predstavljajo dober izhodiščni okvir za oblikovanje ciljanih preventivnih programov za izboljšanje spalne higiene odraslih.

5 ZAKLJUČEK

Na podlagi izvedene raziskave lahko zaključimo, da kakovost spanja odraslih v veliki meri zaznamuje življenjski slog, vedenjske navade in izpostavljenost vsakodnevnomu stresu. Ugotovili smo, da se večina posameznikov zaveda pomena zdravega spanca in si prizadeva ustvariti ustrezno spalno okolje, vendar pri tem pogosto naletijo na težave, povezane z neredno spalno rutino, uporabo elektronskih naprav pred spanjem in pomanjkljivimi strategijami za obvladovanje stresa. Pomanjkanje spalne higiene in neskladje med znanjem in vedenjem vplivata na pogost pojav dnevne utrujenosti ter slabšo regeneracijo. Rezultati raziskave kažejo na potrebo po večji osveščenosti in aktivnem pristopu k izboljšanju spalnih navad, zlasti pri mlajši populaciji, ki je zaradi življenjskega tempa in digitalne preobremenjenosti posebej ranljiva. Za dolgoročno izboljšanje kakovosti spanja bi bilo smiselno uvesti kontinuirana izobraževanja, delavnice in preventivne programe, ki bi posameznikom pomagali ozavestiti pomen spanja ter jih usposobili za ustrezno upravljanje s stresom in večerno rutino.

LITERATURA

1. Acrus Medici. (2024). *Spanje*. <https://arcusmedici.si/spanje/>.
2. Alnawwar, M. A., Alraddadi, M. I., Algethmi, R. A., Salem, G. A., Salem, M. A. & Alharbi, A. A. (2023). The effect of physical activity on sleep quality and sleep disorder: a systematic review. *Cureus*, 15(8), e43595 <https://doi.org/10.7759/cureus.43595>
3. AlShareef, S. M. (2022). The impact of bedtime technology use on sleep quality and excessive daytime sleepiness in adults. *Sleep Science*, 15(S 02), 318-327. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20200128>
4. Baron, K. G., Reid, K. J. & Zee, P. C. (2013). Exercise to improve sleep in insomnia: exploration of the bidirectional effects. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(8), 819-824. <https://doi.org/10.5664/jcsm.2930>
5. Chattu, V. K., Manzar, M. D., Kumary, S., Burman, D., Spence, D. W., & Pandi-Perumal, S. R. (2018, December). The global problem of insufficient sleep and its serious public health implications. *Healthcare* (7)1. <https://doi.org/10.3390/healthcare7010001>
6. Cleveland Clinic. (2021). *Sleep: How Much You Need and Its 4 Stages*. <https://health.clevelandclinic.org/your-complete-guide-to-sleep>.
7. Dominko, A. (2024). *Katere faze spanja poznamo in zakaj je REM faza tako pomembna?* <https://asjadominko.si/faze-spanja/>.
8. Fleetham, J. A. & Fleming, J. A. (2014). *Parasomnias*. *Cmaj*, 186(8), 273-280. <https://doi.org/10.1503/cmaj.120808>.
9. Gooley, J. J., Chamberlain, K., Smith, K. A., Khalsa, S. B. S., Rajaratnam, S. M., Van Reen, E. & Lockley, S. W. (2011). Exposure to room light before bedtime suppresses melatonin onset and shortens melatonin duration in humans. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(3), 463-472. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-2098>
10. Healthline. (2025). *Can Exercising Before Bed Affect Your Sleep?* <https://www.healthline.com/health/working-out-before-bed>.

11. Iao, S. I., Jansen, E., Shedden, K., O'Brien, L. M., Chervin, R. D., Knutson, K. L., & Dunietz, G. L. (2022). Associations between bedtime eating or drinking, sleep duration and wake after sleep onset: findings from the American time use survey. *British Journal of Nutrition*, 127(12), 1888-1897. <https://doi.org/10.1017/S0007114521003597>
12. Johnson, D. A., Billings, M. E. & Hale, L. (2018). Environmental Determinants of Insufficient Sleep and Sleep Disorders: Implications for Population Health. *Current epidemiology reports*, 5(2), 61-69. <https://doi.org/10.1007/s40471-018-0139-y>
13. *Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije*. (2024). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
14. Mayo Clinic. (2022). *Sleep tips: 6 steps to better sleep*. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/sleep/art-20048379>.
15. NIJZ. (2024). *Spanje je nujno za naše dobro telesno in duševno delovanje*. <https://nijz.si/zivljenjski-slog/spanje/spanje-je-nujno-za-nase-dobro-telesno-in-dusevno-delovanje/>.
16. NIJZ. (2025). *Motnje spanja*. <https://nijz.si/zivljenjski-slog/spanje/motnje-spanja/>
17. Patel, A. K., Reddy, V., Shumway, K. R. & Araujo, J. F. (2024). *Physiology, sleep stages*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526132/>
18. Pacheco, D. & Singh, A. (2024). *Is Eating Before Bed Bad?* <https://www.sleepfoundation.org/nutrition/is-it-bad-to-eat-before-bed>.
19. Perat, M. (b.d.). *Nespečnost*. <https://www.psihoterapija-ordinacija.si/samopomoc/nespe%C4%8Dnost>.
20. Pucelj, V. (2014). *Spanje*. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje.
21. Schrempft, S., Baysson, H., Chessa, A., Lorth, E., Zaballa, M. E., Stringhini, S. & Specchio study group. (2024). Associations between bedtime media use and sleep outcomes in an adult population-based cohort. *Sleep Medicine*, 121, 226-235. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.06.029>
22. Schwab, R. J. (2024). *Insomnia and Excessive Daytime Sleepiness (EDS)*. <https://www.msdmanuals.com/home/brain-spinal-cord-and-nerve-disorders/sleep-disorders/insomnia-and-excessive-daytime-sleepiness-eds>.
23. Scott, A. J., Webb, T. L., Martyn-St James, M., Rowse, G. & Weich, S. (2021). Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep medicine reviews*, 60, 101556. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101556>
24. Štukovnik, V. & Dolenc Grošelj, L. (2013). Nefarmakološki pristopi pri obravnavi kronične nespečnosti. *Zdravniški vestnik*, 82(5), 316-325.
25. Todosijević, M., (2015). Narkolepsija. In L. Dolenc Grošelj & M. Trošt, eds. *Motnje spanja: mala šola nevrologije*. (pp. 72–77). Ljubljana: Klinični oddelek za bolezni živčevja v sodelovanju s Kliničnim inštitutom.

PLES V TRETJEM ŽIVLJENSKEM OBDOBJU

dr. Marija Tomšič, viš. del. ter., univ. dipl. org.,
marickatomsic@gmail.com



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Ples je socialna, telesna in kognitivna dejavnost, ki deluje na občutno in dolgotrajno izboljšanje nevroplastičnosti starejših odraslih. Izkazal se je kot koristna aktivnost za izboljšanje kakovosti življenja starejših odraslih, zlasti na področjih kot so veselje, socialni odnosi in izboljšanje telesnih funkcij. Raziskovalno vprašanje: Katere fenomene prinaša ples v vsakodnevno življenje starejših?

Metoda: Fenomenološka raziskava, v katero je bilo vključenih 12 udeleženk, povprečne starosti 68,9 (± 8) let, ki so se enkrat tedensko udeleževale plesa, in sicer od novembra 2024 do maja 2025. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji in participativnim opazovanjem. Zbrani podatki so bili kodirani, sistematično urejeni in analizirani. Vsebina je bila razvrščena po temah ali vsebinah v različne kategorije z namenom izpeljave smiselne interpretacije in rezultatov raziskave.

Rezultati: Tematska analiza podatkov je opredelila tri glavne teme: (1) ples kot telesna dejavnost, (2) ples kot priložnost za socialno interakcijo in (3) plesna skupina kot vir zadovoljstva in zabave. Srečanja so bila ocenjena kot prijeten način izvajanja telesne dejavnosti in kot priložnost za socialno interakcijo udeleženk. To je pomembno, saj vse tri teme (s kategorijami) pozitivno vplivajo na kakovost življenja. Izkušnja plesa je nudila prostor za sklepanje novih prijateljstev, izboljšala je občutek poglobljenosti v ples in izboljšala splošno zadovoljstvo z življenjem.

Razprava: Po rezultatih kvalitativne analize se je ples za vse udeležke izkazal za koristen način pridobivanja spretnosti opredeljenih v temah. Ples ni samo gibanje, ampak vključuje tudi kognicijo, ravnotežje, petje in zabavo. Ti fenomeni pozitivno vplivajo na splošno počutje zaradi svojih zabavnih, prijetnih značilnosti, možnosti za družabno interakcijo, spodbujanja občutka pripadanja skupnosti.

Zaključek: Zaradi pomanjkanja telesne dejavnosti v starosti in za ohranjanje zdravja je smiselno starejše ljudi spodbujati k vključevanju v plesne aktivnosti.

Ključne besede: ples, socialna mreža, veselje

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Telesna dejavnost je bistvenega pomena za zdravo staranje (Dohrn et al., 2020). Glede na poročilo Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) imajo telesno aktivni starejši odrasli manjše tveganje za umrljivost zaradi vseh vzrokov in boljše telesne in kognitivne funkcije (WHO, 2010). Zlasti dejavniki povezani z zdravjem vplivajo na zadovoljstvo starejših odraslih z življenjem (Melendez et al., 2009), Stahl in Patrick (2012) pa menita, da obstaja pozitivna povezava med vedenjem, ki spodbuja zdravje v prihodnosti, in telesno dejavnostjo. Redna vadba je potrebna za preprečevanje izgube funkcije zaradi pomanjkanja telesne dejavnosti v starosti, za ohranjanje zdravja in za zdravo življenje (Han & Sa, 2023).

Ples kot telesna dejavnost ima pri starejših številne pozitivne vplive na telesno, duševno oziroma duhovno in socialno zdravje. Gre za eno izmed najbolj celovitih oblik gibanja, ki vključuje telo, možgane in čustva. Pregled raziskav Yoong et al (2024) kaže, da ples, bolj kot večina drugih dejavnosti, zmanjšuje tveganje za demenco. Kognitivni vpliv se kaže kot izboljšanje spomina, zaradi memoriranja koreografije in zaporedja gibov se krepi kratkoročni in dolgoročni spomin. To posledično deluje na preprečevanje demence. Ker ples spodbuja osredotočenost, saj morajo plesalci slediti ritmu, partnerju in prostoru, se povečuje pozornost in koordinacija. Tudi ustvarjalne umetniške dejavnosti lahko zmanjšajo tesnobo in izboljšajo samozavest, spodbujajo občutek dosežka in povečajo vitalnost pri starejših odraslih (Wen et al., 2014). Kot ustvarjalna umetniška dejavnost je ples učinkovit pri lažšanju depresije ali zgodnje demence [Cross et al., 2012]. Starejši odrasli, ki sodelujejo v plesnih dejavnostih, imajo manjše tveganje za demenco in bolj uravnotežen in stabilen vzorec hoje (Verghese et al., 2004). Ples je socialna, telesna in kognitivna dejavnost, ki povzroča znatno in dolgotrajno izboljšanje nevroplastičnosti starejših odraslih (Blumen et al., 2020). Ples je koristna telesna dejavnost za starejše odrasle, ki izboljša njihovo ravnotežje in zmanjšuje tveganje za padce (Han & Sa, 2023). Telesna dejavnost, povezana s plesom, deluje kot pomemben pospeševalnik uspešnega in zdravega staranja pri starejši populaciji. Poleg tega ima ples prednost pred drugimi vadbenimi dejavnostmi zaradi svojih zabavnih in prijetnih značilnosti, možnosti za družabno interakcijo, spodbujanja občutka skupnosti in zagotavljanja trajnega zdravja. Thornberg et al. (2012) so ugotavljali, da sodelovanje v ustvarjalnem plesu, vodi do osebne rasti ter povezave med telesom in umom.

Han in Sa (2023) sta poročala, da starejši odrasli občutijo dobro počutje prek družabnih stikov, kar se posledično dojema kot uspešno staranje. Starejše odrasle spodbujajo tudi k srečevanju z drugimi z udeležbo v prostočasnih dejavnostih in jim nudijo priložnosti za ustvarjanje psiholoških vezi z udeležbo v družabnih dejavnostih (Bungay & Hughes, 2021). Cilj raziskave je bil pridobiti uvid v izkušnje starejših žensk (nad 65 let) v doživljanje izkušnje plesa.

Raziskovalno vprašanje: Katere fenomene prinaša ples v vsakodnevno življenje starejših?

2 METODE

Fenomenološka raziskava

Fenomenološke raziskave uvrščamo med kvalitativne raziskovalne metode, pri katerih se raziskuje človekove izkušnje, da bi razumeli doživetje pojava (Ashworth, 2003). Gre za poglobljeno preiskavo skupne življenjske izkušnje sodelujočih posameznikov, ki se uporablja za temeljito razumevanje skupne izkušnje določenega pojava (Creswell, 1998). Fenomenologija si prizadeva prepoznati in razumeti bistvo pojava, medtem ko si kot teorija prizadeva določiti opisno bistvo izkušnje s čisto pred-izkušnjo v fenomenološkem odnosu. Takšno zaznavanje je treba razumeti fenomenološko s čisto intuicijo in reducirano izkušnjo, ne glede na to, ali gre za notranje eksistencialne elemente ali usmerjeno korelacijo, pa tudi fenomenološko posebnost, ki je pomemben vir absolutnega zaznavanja v fenomenologiji (Allan & Eatough, 2016). Da bi razločila fenomenologijo, sta Braun in Clarke (2021) predstavila pet ključnih značilnosti fenomenoloških kvalitativnih raziskav, in sicer da: (i) se ukvarjajo z doživeto izkušnjo, (ii) pojasnjujejo pojav, kot se pojavlja v naši zavesti, (iii) preučujejo naravo izkušnje in njeno strukturo, (iv) opisujejo pomen izkušnje, kot jo doživljamo, in (v) imajo obliko znanstvenega raziskovanja pojava s strani ljudi. Fenomenologija si torej prizadeva podrobno opisati pojave. Na podlagi značilnosti fenomenoloških kvalitativnih raziskav je bil cilj te raziskave fenomenološko preveriti zdravje in srečo starejših žensk, ki sodelujejo v plesnih dejavnostih.

Udeleženci

Kandidatke so se prostovoljno vključile v plesne delavnice po tem, ko je občinski časopis objavil oglas o pričetku plesnih delavnic. V učenje plesa je bilo vključenih 16 udeleženk; 12 starejših žensk povprečne starosti 68,9 (± 8) let in povprečne izobrazbe med VI. in VII. stopnjo izobrazbe pa je prostovoljno sodelovalo v raziskavi (manjkajoče štiri udeleženke so bile odsotne). V raziskavi sodelujejo če udeleženke plesnih delavnic so se enkrat tedensko udeleževale plesa, in sicer od novembra 2024 do maja 2025. Intervjuji so bili izvedeni med 7. in 16. majem 2025.

Kvalitativna analiza

V raziskavi je bila izvedena fenomenološka analiza podatkov, ki se je opirala predvsem na razmišljanja in interpretacije v splošnem kontekstu študije, kar odraža interpretativni postopek (Allan & Eatough, 2016). Teksti neobdelanih podatkov, pridobljeni v delno strukturiranih intervjujih, so bili prepisani v besedilo, ki je bilo

nato sistematično urejeno in analizirano. Prepisani neobdelani podatki so bili analizirani v skladu s štirimi stopnjami hermenevtične fenomenologije, ki sta jih predlagala Braun in Clarke (2021). Najprej so bile izpostavljene (1) pomenske enote z izkustvenim pomenom. Pomenska enota je več kot le preprost opis prizora; gre za poustvarjanje življenjske izkušnje, v kateri je predstavljen občutek živosti in realistična izkušnja. Razkrita je bila (2) bistvena pomenska struktura doživete izkušnje. Takšni pomeni so med oživiljanjem pogosto spregledani in postanejo očitni šele pozneje z reflektivno dejavnostjo. Pri analizi je bil poudarjen (3) hermenevtični krog. V hermenevtičnem krogu so izbrisana razumevanja in bistvena razumevanja podvržena ponavljajočim se interpretacijam. V procesu redukcije (4) so bili pomeni konkretizirani. Redukcija je proces vračanja k bistvu doživete izkušnje in opredeljevanja tega bistva. V teh fazah smo poskušali izpeljati pomene v analiziranih podatkih in jih iterativno potrditi.

Etika

Za zbiranje podatkov ni bilo pridobljeno soglasje etične komisije. Kljub temu smo upoštevali vsa merila za zagotavljanje anonimnosti udeležencev plesnih delavnic.

Vrsta plesa	Standardni, latinsko-ameriški in skupinski
Čas izvedbe	1x tedensko, ura
Kraj izvedbe	Dvorana društva invalidov
Cilj	Učenje plesov

Tabela 1: Primer plesne delavnice

3 REZULTATI

Raziskava je bila izvedena z namenom preučiti doživljanja ob učenju plesa pri starejših ženskah. Iz fenomenološke analize delno strukturiranih intervjujev, ki so bili opravljeni z namenom ugotoviti motivacijo udeleženk za sodelovanje pri plesu, njihovo zadovoljstvo in dobrobit zaradi vključitve v ples, so bili pridobljeni trije ključni rezultati.

(1) Ples kot telesna dejavnost

Večini udeleženk plesnih delavnic predstavlja učenje plesa dobro telesno dejavnost, ki jo občutijo kot šport, vključenost celotnega telesa, odlično rekreacijo, ohranjanje kondicije in prijetno intenzivnost, ob kateri se jim dvigne ritem dihanja, bitje srca in ob katerem se spotijo.

- INT.1: »Ob plesu doživljam, da sem nekaj naredila za telo in duha. Presenetilo me pa je, da kadar sem preznjena, vem, da sem se trudila in dala vse od sebe. Spoznala sem, da med plesom delajo vsi čuti, noge, roke, še najbolj pa glava.«
- INT. 2: »Pri plesu doživljam prijetno utrujenost.«

- INT. 3: »Z gibi razgibaš telo in um. Je čudovita rekreacija.«
- INT. 6: »Ples mi je všečna disciplina. Tudi kot šport.«
- INT. 7: »Na plesu se dobro razmigam, uživam v plesni koreografiji in prijetni družbi.«
- INT. 9: »Priložnost za zanimivo rekreacijo, zelo dobra fizična aktivnost.«
- INT. 10: »/.../ rekreacija, dobra psihofizična kondicija, boljša gibljivost.«
- INT. 12: »Ob plesu se spotim, zadiham /.../ Po nekaj mesecih se mi je znižal pritisk.«

(2) Ples kot priložnost za socialno interakcijo

Ples ni le telesna dejavnost, temveč tudi način povezovanja med ljudmi. V različnih kulturah in družbenih kontekstih ples omogoča vzpostavljanje stikov, krepitev odnosov, izražanje čustev, identitete, vključevanje v skupnost in sprostitvev.

- INT. 1: »Pričakovala sem druženje, sproščeno preživet prosti čas.«
- INT. 3: »Voditeljica nas je lepo povezala v skupino, kjer ni pomembno, kdo si, kakšen status imaš. Tu smo popolnoma enakovredne, ni nobene zavisti, res smo 'plesne prijateljice'!«
- INT. 4: »pričakovala sem, da bom spoznala nove ljudi.«
- INT. 5: »/.../ prijetno druženje, zabava, veselijo me naši klepeti in na koncu druženje ob kavi.«
- INT. 9: »Presenetila me je zbrana družba v skupini, v pozitivnem smislu /.../ pa pojemo včasih! Tako spontano nismo pele (vsaj jaz) že mnogo let.«
- INT. 12: »Korona me je zelo osamila, v plesni skupini pa sem spet občutila, da sem socialno bitje.«

(3) Plesna skupina kot vir zadovoljstva in zabave

Plesna skupina ni le prostor za učenje plesnih korakov, ampak tudi vir veselja, zabave in osebnega zadovoljstva. Povezuje ljudi, ki jih družijo ljubezen do plesa, in jim nudi številne pozitivne izkušnje – tako fizične kot tudi psihične in družbene. Temo tvorijo: zadovoljstvo ob ustvarjanju, odvrčanje od težav, izboljšanje razpoloženja, igrivost, smeh in sprostitvev.

- INT. 3: »Ples je sprostitvev, užitek, razbremenitev težav /.../ S plesom si polepšam cel vikend.«
- INT. 4: »Ob plesu doživljam sprostitvev, veselje, zadovoljstvo, odklop.«
- INT. 5: »Ob plesu se sproščam, uživam, izpopolnjujem se v plesnih korakih.«
- INT. 9: »Med plesno rekreacijo se počutim sproščeno, veselo. Zabavno je.«
- INT. 8: »Ples me pomirja, razveseli in izboljša razpoloženje.«
- INT. 10: »Zame je odmik od vseh skrbi in težav. Najboljši antidepressiv. Po plesu se mi umiri moja duša. Dobro se počutim v svojem telesu, počutim se bolj veselo, zaželeno, vredno.«
- INT. 12: »Občutim, da se tu lahko zabavam in smejim.«

4 RAZPRAVA

Rezultati študije potrjujejo, da ima učenje plesa pri starejših ženskah večdimenzionalne učinke, ki presegajo zgolj telesno aktivnost. Ugotovitve se ujemajo s preteklimi raziskavami, ki poudarjajo pomen plesa kot celostne dejavnosti, ki vključuje telo, um in socialno dimenzijo (Yong et al, 2024).

Ples kot oblika telesne vadbe

Udeleženke plesnih delavnic so poudarile, da jim ples predstavlja prijetno in učinkovito obliko telesne vadbe. To vključuje aktivacijo celotnega telesa, izboljšanje telesne kondicije ter povečanje srčnega utripa in potenja, kar kaže na primerno intenzivnost aktivnosti. Nekatere udeleženke so celo poročale o znižanju krvnega tlaka, kar lahko nakazuje pozitivne vplive na zdravje srca in ožilja. Te ugotovitve so skladne z raziskavami, ki ples prepoznajo kot ustrezno vadbo za ohranjanje fizičnega zdravja v starosti (Bungay & Hughes, 2021).

Socialna komponenta plesa

Pomembna ugotovitev je tudi izrazita socialna komponenta plesa. Udeleženke plesnih delavnic so izpostavile, da plesna skupina omogoča nova poznanstva, občutek pripadnosti in kakovostno preživljanje prostega časa. Ples tako prispeva k zmanjševanju občutka osamljenosti in socialne izolacije, kar je še posebej pomembno v kontekstu staranja in obdobji, kot je bila pandemija COVID-19. Socialna vpetost v plesno skupino lahko deluje kot varovalni dejavnik za duševno zdravje (Cohen, 2019).

Zadovoljstvo, sprostitvev in psihološka dobrobit

Udeleženke plesnih delavnic so poudarile, da jim ples predstavlja vir veselja, sprostitvev in osebnega zadovoljstva. Mnoge so ga opisale kot obliko »antidepresiva«, ki jim pomaga pri soočanju z vsakdanjimi stresorji. Ples jim je omogočil občutke veselja, igrivosti in smeha, kar potrjuje raziskave, ki ples povezujejo z večjo čustveno stabilnostjo in pozitivnim razpoloženjem (Kattenstroth et al, 2010). Psihološki učinki plesa so še posebej dragoceni pri starejših, saj lahko pomembno prispevajo k občutku smisla in zadovoljstva z življenjem.

Celostni pomen plesa v starosti

Ples se je v tej raziskavi izkazal več kot zgolj rekreacija – postal je sredstvo za telesno zdravje, duševno sprostitvev in socialno vključenost. Takšna celostna izkušnja ima poseben pomen za starejšo populacijo, ki se pogosto sooča z izgubo socialnih stikov, zmanjšano gibljivostjo in občutki osamljenosti. V tem kontekstu ima ples tudi pomembno preventivno in terapevtsko vrednost.

Omejitve in priporočila za prihodnje raziskave

Kljub pomembnim vpogledom ima raziskava nekatere omejitve. Vzorec je bil majhen in omejen na specifično skupino starejših žensk, kar omejuje možnost splošitve rezultatov. V prihodnje bi bilo smiselno vključiti širši spekter udeležencev (npr. moške, druge starostne skupine) ter uporabiti tudi kvantitativne metode za merjenje fizičnih in psiholoških učinkov plesa. Prav tako bi bile koristne longitudinalne študije, ki bi zajele dolgoročne učinke plesne vadbe na kakovost življenja v starosti.

5 SKLEP

Na podlagi zbranih kvalitativnih podatkov lahko zaključimo, da ima ples izjemno širok spekter pozitivnih učinkov, ki se izražajo na telesni, čustveni in socialni ravni. Gre za celostno dejavnost, ki udeleženkam ne omogoča le telesne aktivnosti, temveč tudi oblikovanje vezi, izražanje same sebe in izkušnjo notranjega zadovoljstva. Ples se v tem kontekstu kaže kot ena izmed tistih dejavnosti, ki lahko pomembno prispevajo h kakovosti življenja v različnih starostnih obdobjih in življenjskih okoliščinah.

LITERATURA

1. Allan, R. & Eatough, V. (2016). The use of interpretive phenomenological analysis in couple and family therapy research. *The Family Journal* 24, št. 4.: 406–414.
2. Ashworth, P. (2003). An approach to phenomenological psychology: the contingencies of the lifeworld, *Journal of Phenomenological Psychology* 34(, št. 2.):145–156.
3. Blumen, H. M., Ayers, E., Wang, C., Ambrose, A. F. & Verghe, J. (2020). A social dancing pilot intervention for older adults at high risk for Alzheimer's disease and related dementias, *Neurodegener. Dis. Manag.* 10 (4),; p.183–194., <https://doi.org/10.2217/nmt-2020-0002>.
4. Braun, V. & Victoria Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: a practical guide*. London: SAGE Publications Ltd.
5. Bungay, H. & Hughes S. (2021). Older people's perceptions of the impact of dDance for Health sessions in an acute hospital setting: a qualitative study. *BMJ Open*,11, :e044027. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044027>
6. Cohen, A. J. (2019). "Performing Excess: Urban Ceremony and the Semiotics of Precarity in Guinea-Conakry." *Africa: The Journal of the International African Institute*. 89 (4): 718–38.
7. Creswell, J. W. (1988). Five Qualitative Traditions of Inquiry., lin: J.W. Creswell (Ed.), *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*, Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 47–72.
8. Cross, K., Flores, R., Butterfield, M. Blackman, M. & Lee, S. (2012). The effect of passive listening versus active observation of music and dance performances on memory recognition and mild to moderate depression in cognitively impaired older adults, *Psychol. Rep.* 111 (2), p.413–423. DOI: <https://doi.org/10.2466/10.02.13. PR0.111.5.413-423>.
9. Dohrn, I. M., Gardiner, P. A., Winkler, E. & Welmer, A. K. (2020). Device-measured sedentary behavior and physical activity in older adults differ by demographic and health-related factors, *Eur. Rev. Aging Phys. Activ.* 17 (1), (2020) 1–11., <https://doi.org/10.1186/s11556-020-00241-x>.
10. Han, J. H. & Ji Sa H. (2023). Health and happiness of older Korean women participating in dance activities. *Helyon*, 9. <https://doi.org/10.1016/j.helyon.2023.e13761>
11. Kattenstroth, J. C., Kolankowska, I., Kalisch, T., and Dinse, H. R. (2010). Superior sensory, motor, and cognitive performance in elderly individuals with multi-year dancing activities. *Front. Aging Neurosci.* 2:31. doi: 10.3389/fnagi.2010.00031
12. Melendez Moral, J. C., Navarro Pardo, E., Oliver Germes, A. J.& Tom'as Miguel, M. (2009). La satisfacci' on vital en los mayores: factores sociodemogr' aficos [Life satisfaction in the elderly: sociodemographic factors], *Bol. Psicolog.* 95,; p. 29–42. https://www.researchgate.net/publication/28262936_La_satisfaccion_vital_en_los_mayores_Factores_sociodemograficos
13. Stahl, S. T. & Patrick, J. H. (2012). Adults' future time perspective predicts engagement in physical activity, *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* 67 (4),; p.413–416., <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr118>.
14. Thornberg, K., Lindquist, I. & Josephsson, S. (2012). Experiences of healthy elderly participating in a creative dance workshop, *Adv. Physiother.* 14 (2), (2012) 71–77., <https://doi.org/10.3109/14038196.2012.662696>.
15. Verghe, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M. & Herman Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly, *N. Engl. J. Med.* 348 (25), (2003) 2508–2516, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa022252>.
16. Wen, H. S. in Wu, H. L. & Lee, H. J. (2014). Applying a creative art activity in care: report on an experience with a newly admitted resident., *Hu Li Za Zhi: J. Nurs.* 61 (5) (2014) 104–110, <https://doi.org/10.6224/JN.61.5.104>.
17. World Health Organization. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. DOI: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>.
18. Yoong S. Q., Xi Wu, V. & Jiang, Y. (2024). Experiences of older adults participating in dance exergames: A systematic review and meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*. 152. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104696>

POMEN NEFORMALNIH DRUŽINSKIH OSKRBOVALCEV PRI OSKRBI SVOJCA V PALIATIVNI OSKRBI

Branka Šifer Grobelnik, dipl. m. s., mag. pal. osk.*

Terme Dobrna

branka.s.grobelnik@terme-dobrna.si



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Družinski oskrbovalci, ki v domačem okolju skrbijo za neozdravljivo bolne svojce, so zelo obremenjeni. V raziskavi je v ospredju vprašanje, katere oblike teh obremenitev so najpogostejše in kakšen vpliv imajo na kakovost življenja oskrbovalcev. Cilj je poglobljeno razumeti vsakodnevne izzive, s katerimi se srečujejo, ter izpostaviti potrebe po ustrezni podpori in razbremenitvi.

Metoda: Raziskava je temeljila na integrativnem pregledu literature po smernicah PRISMA. Izključeni so bili znanstveni članki, ki niso bili slovenski ali angleški, vključeni so bili znanstveni članki iz obdobja 2011–2023, izbrani glede na relevantnost in ustreznost. Viri so bili iskani v bazah COBISS, Google Učenjak, Medline, PubMed, ProQuest in ResearchGate. Podatki so bili analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo.

Rezultati: S sistematičnim pregledom literature ugotavljamo, da se družinski oskrbovalci, ki v domačem okolju skrbijo za neozdravljivo bolne svojce, soočajo z različnimi psihičnimi, fizičnimi in socialnimi obremenitvami ter stiskami.

Razprava: Neformalni družinski oskrbovalci so ključni pri negi neozdravljivo bolnih doma. Potrebujejo več formalne pomoči, časa in družbene podpore, saj so močno obremenjeni in premalo podprti. V raziskavi ugotavljamo, da imajo neformalni družinski oskrbovalci ključno vlogo pri skrbi za neozdravljivo bolne svojce. Za zagotavljanje kakovostne, celostne oskrbe potrebujejo zadostno formalno pomoč, čas ter podporo ožje in širše družbe.

Ključne besede: paliativna oskrba, kakovost življenja, stiske družinskih oskrbovalcev, dolgotrajna oskrba, neozdravljivo bolni.

ABSTRACT

Theoretical background: Family caregivers who care for terminally ill relatives in their home environment are under a lot of stress. The research focuses on the question of which forms of this stress

are the most common and what impact they have on the quality of life of caregivers. The aim is to gain a deeper understanding of the daily challenges they face and to highlight the needs for appropriate support and relief.

Method: The research was based on an integrative literature review according to PRISMA guidelines. Scientific articles that were not in Slovenian or English were excluded, and scientific articles from the period 2011–2023 were included, selected based on relevance and appropriateness. Sources were searched in the COBISS, Google Scholar, Medline, PubMed, ProQuest and ResearchGate databases. The data were analyzed using qualitative content analysis

Results: Through a systematic review of the literature, we find that family caregivers who care for terminally ill relatives in the home environment face various psychological, physical, and social burdens and hardships.

Discussion: Informal family caregivers are key in caring for terminally ill people at home. They need more formal help, time and social support, as they are heavily burdened and under-supported. The research finds that informal family caregivers play a key role in caring for terminally ill relatives. To provide quality, comprehensive care, they need sufficient formal help, time and support from both the immediate and wider society.

Keywords: palliative care, quality of life, family caregivers' hardships, long-term care, terminally ill.

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

V življenju vsakega posameznika prinaša starost značilne biološke, psihološke in sociološke spremembe (Červek, et al., 2012; Drofenik, 2015; Ihan, 2015; Lahajnar Čavlovič, 2011). Koler Huzjak (2016) poudarja, da je zelo pomembno, da podpora popolnoma prilagodimo pacientovim željam in sposobnostim. Gre za vedno večjo populacijo starejših odraslih in s tem tudi verjetnost kroničnih pacientov (Blinka, et al., 2021; Červek, et al., 2012; Drofenik,

2015; Lahajnar Čavlovič, 2011; Muršec, 2015). Gre za zelo težko življenjsko obdobje, ki po Eriksonovi teoriji postavlja osmo stopnjo psihosocialnega razvoja. Vse to po mnenju Muršec (2015) vpliva na obvladovanje bolezni v starosti, ki je pogoj za kakovostno življenje posameznika in njegovih svojcev. Zelo pogosta spremljevalka staranja je tudi prisotna bolečina.

Da bi lahko neformalni družinski oskrbovalci zagotovili kakovostno in celovito oskrbo, potrebujejo ustrezno formalno pomoč, dovolj časa ter podporo tako bližnjega kot širšega družbenega okolja.

2 METODA

Temeljno raziskovalno vprašanje je: Katere oblike obremenitev neformalnih družinskih oskrbovalcev so najpogostejše?

Uporabljena je bila deskriptivna metoda - pregled znanstvene in strokovne literature s področja paliativne oskrbe.

V teoretičnem delu smo se oprli na sekundarne vire, ki smo jih pridobili z analizo domače in tuje znanstvene ter strokovne literature. Pri tem smo uporabili različne podatkovne baze, med drugim slovensko vzajemno bibliografsko-kataložno bazo COBISS, Google Scholar, Medline, PubMed, ProQuest in platformo ResearchGate. Osredotočili smo se na znanstvene in strokovne članke, dostopne v celotnem besedilu, objavljene v slovenskem ali angleškem jeziku. Iskanje literature je temeljilo na naslednjih ključnih pojmi: paliativna oskrba, kakovost življenja, obremenitve in stiske družinskih oskrbovalcev, dolgotrajna oskrba in neozdravljivo bolni. V angleškem jeziku smo uporabili ustrezne ključne besede, povezane z Boolovimi operatorji AND: palliative care, quality of life, burden and troubles of family caregivers, long-term care, in terminally ill patients. V raziskavo smo vključili vire, objavljene med leti 2011 in 2023.

Z uporabo natančno določenih iskalnih pojmov in različnih kombinacij ključnih besed z uporabo Boolovega operatorja smo pridobili obsežnejši nabor ustrezne literature, ki je bila prosto dostopna v celotnih besedilih – skupaj 390 enot v slovenskem in angleškem jeziku. Po pregledu in analizi vsebine smo izbor omejili na 31 člankov, pri čemer smo v končno analizo za potrebe prispevka vključili 17 virov. Analiza je potekala v treh fazah: začetno odprto kodiranje, oblikovanje kategorij in končna tematska sinteza.

3 REZULTATI

V raziskavi smo ugotovili, da je negovanje neozdravljivo bolnih svojcev zelo zahtevno in so zelo obremenjeni.

V Tabeli 1 prikazujemo Model Prisma. Z uporabo različnih kombinacij ključnih besed in upoštevanja časovnega obdobja je bilo iz bibliografskih baz pridobljenih 390 člankov v angleškem jeziku. Pregled teh člankov je število pregledane literature omejil na 114

enot, od tega jih je bilo na podlagi vključitvenih in izključitvenih kriterijev za namen pisanja preglednega članka vključenih 31, v vsebinsko analizo in sintezo pa 17 člankov.

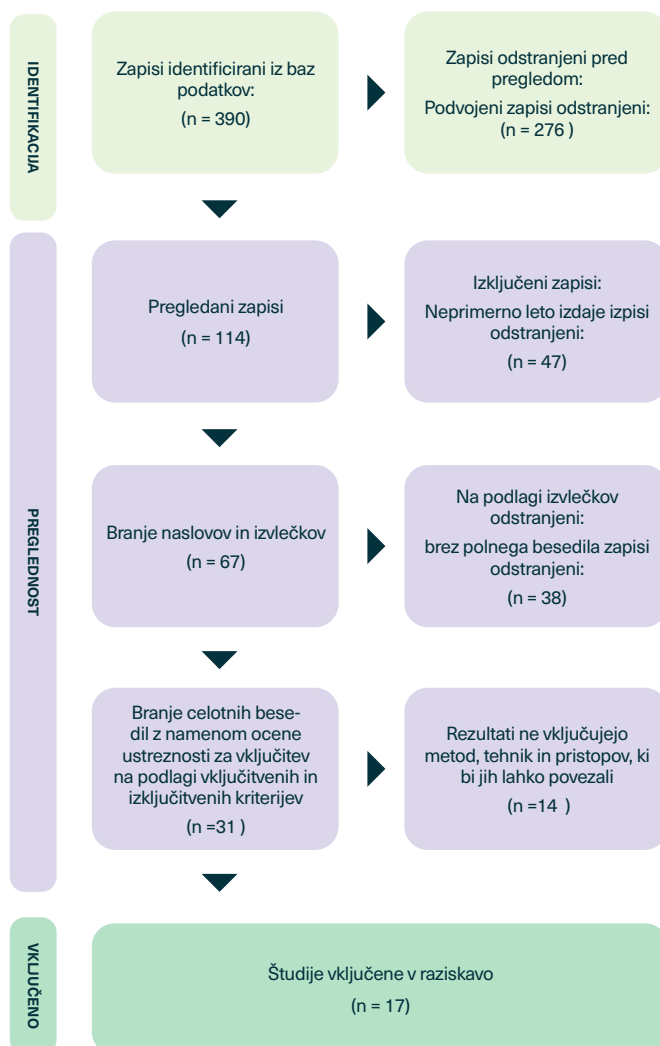


Tabela 1. Model Prisma

Avtorji	Ugotovitve
Muršec (2015)	Pomemben je vpliv na obvladovanje bolezni v starosti, ki je pogoj za kakovostno življenje posameznika in njegovih svojcev.
Haley et al., (2020)	Avtorji poudarjajo, da je demenca eden najpogostejših razlogov za potrebo po negovalcu.
Rezende et al., (2017)	Pomembno je tudi dejstvo, da je med kroničnimi boleznimi rak največji razlog smrtnosti in povzroča velike socialno-ekonomske posledice ter zahteva zelo kompleksno obravnavo.
Hamzić, (2013)	Čustveni stres pacienta je povezan z doživljanjem pacienta že ob postavitvi same diagnoze, zdravljenju in naporih ob zdravljenju.
Roth et al., (2019)	Avtorji poudarjajo, da potekajo raziskave, ki se osredotočajo na biološke posledice stresa.
Penrod, et al., (2015)	Zelo pozorni moramo biti tudi na depresivne paciente, ki so povezani z vsemi ostalimi družinskimi obremenitvami.
Veloso & Tripodoro, (2016)	Zelo verjetno je, da družinski oskrbovalci dojemajo situacijo kot breme, glede na to, kako zahtevna je naloga.
Ramovš (2015)	Neformalni oskrbovalci so večinoma svojci, ki negujejo svoje družinske člane, imenovani družinski oskrbovalci.
Skela Savič, (2015)	Kakovostno zdravstveno nego lahko izvaja samo izobražen kader, ki ima dovolj znanja.
Henson (2020)	Izpostavljeno je, kako zelo pomembno je poznavanje družinskih oskrbovalcev glede oskrbovanja po bruhanju, v smislu pitja in hranjenja po požirkih, uživanja ustrezne prehrane, nege ustne votline ipd.
Lipar & Mravljak Andoljšek, (2018)	Družinske oskrbovalce je strah glede poteka bolezni oskrbovanca, trajanja oskrbovanja, neučinkovitosti na delovnem mestu idr. Zaradi vseh teh različnih občutenj strahov so nenehno pod stresom.
Gendrona, (2015)	Nastalo situacijo svojci doživljajo kot veliko breme, ko opazujejo, kako se zdravstveno stanje njihovega najbližjega poslabšuje, bolezen pa po navedbah ne pojenja.
Hudarin Kovačič, (2017)	Oskrba neozdravljivo bolnih je zelo kompleksna. Upoštevati je treba telesne in duševne potrebe pacienta in svojcev.
Onkološki inštitut Ljubljana, (2015)	Bolj kot čas preživetja je v obdobju pred smrtjo pomembna kakovost življenja.
Brodsky & Donkin, (2022)	Skrbniki, ki jih motivira oskrbovanje kot koristno za oskrbovanca, doživljajo manj bremena, boljše zdravje in odnose ter večjo socialno podporo.
Ramovš, (2020)	Dojemanje smisla svojega ravnanja je najgloblja človeška motivacija, brez katere se človeško delovanje zmede v labirintu psihosocialne patologije ali se ustavi.
Penrod et al., (2015)	Soočanje z izzivi progresije bolezni in mirovanja, ki jo doseže negovalec, negovalni proces definira kot normalen.

V Tabeli 2 prikazujemo članke, ki smo jih vsebinsko kvalitativno analizirali glede na naslednje podatke: avtor, leto objave ter osnovne ugotovitve.

4 RAZPRAVA

S staranjem pogosto pride do temeljitih sprememb na različnih življenjskih področjih. Kronične bolezni so najpogostejše zdravstvene težave v starosti in imajo pomemben vpliv na dolžino življenja posameznika. Močno vplivajo tudi na način življenja in kakovost življenja celotne populacije (Kavčič, Filipovič Hrast & Hlebec, 2012; Lipar, 2012). Njihovo število zaskrbljujoče narašča (Rezende idr., 2017), kar je povezano s staranjem prebivalstva po svetu, pri čemer je starejša populacija najbolj ranljiva. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (2018) kronične bolezni, kot so možganska kap, rak, sladkorna bolezen, bolezni srca in dihal, predstavljajo skoraj 70 % vseh smrti globalno. Haley in sodelavci (2020) izpostavljajo, da je demenca eden najpogostejših razlogov za potrebo po oskrbi. Rezende in sodelavci (2017) prav tako opozarjajo, da je rak med kroničnimi boleznimi vodilni vzrok smrti, hkrati pa povzroča znatne socialne in ekonomske posledice ter zahteva zapleten pristop k zdravljenju. Rastoče število starejših zmanjšuje možnost neformalnih družinskih oskrbovalcev za zagotavljanje neprekinjene oskrbe.

Čustveni stres pri pacientu se pogosto pojavi že ob prejemu diagnoze in se nadaljuje skozi celoten proces zdravljenja in ob naporih, ki jih zdravljenje prinaša (Hamzić, 2013). Za kakovostno oceno čustvenih odzivov neozdravljivo bolnih oseb in njihovih oskrbovalcev je ključnega pomena razumevanje njihovih čustvenih odzivov, skrbi in tistega, kar jim v vsakdanjem življenju pomeni največ (Limonero & Lacasta Reverte, 2015). Roth in sodelavci (2019) opozarjajo, da številne raziskave raziskujejo tudi biološke učinke stresa. Posebna pozornost je potrebna pri pacientih z depresijo, saj so pogosto povezani z dodatnimi obremenitvami, ki jih nosi družina (Penrod idr., 2015). Pacienti imajo tri temeljne potrebe: potrebo po varnosti, občutku celovitosti in pripadnosti. Velik del teh potreb lahko zadovolji neformalna družinska oskrba, predvsem zaradi bolj osebnega in čustveno povezanega odnosa. Vendar pa družinski oskrbovalci pogosto doživljajo svojo vlogo kot veliko breme, kar je razumljivo glede na zahtevnost nalog, s katerimi se soočajo (Veloso & Tripodoro, 2016).

Ramovš (2015) izpostavlja, da je dolgotrajna oskrba tudi pomembno politično vprašanje, predvsem z vidika evropske politike. Povpraševanje po tovrstni oskrbi se je močno povečalo, kar odpira tudi vprašanja finančne vzdržnosti sistema. Neformalni oskrbovalci so največkrat družinski člani, ki skrbijo za svoje bližnje, zato jih pogosto imenujemo družinski oskrbovalci. Zakon o dolgotrajni oskrbi (2021) v 1. členu določa, da dolgotrajna oskrba obsega različne ukrepe, storitve in dejavnosti, namenjene posameznikom, ki so zaradi bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti ali zmanjšanih intelektualnih sposobnosti trajno – najmanj tri mesece – odvisni od pomoči drugih pri izvajanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil.

Temeljna paliativna oskrba na domu se izvaja pod vodstvom izbrane osebnega zdravnika, ki pri tem sodeluje s patronažno medicinsko sestro. Poskrbljeno je za neprekinjeno obravnavo pacienta, ne glede na njegovo trenutno zdravstveno stanje ali kraj, kjer se nahaja.

Kakovostna zdravstvena nega je mogoča le ob prisotnosti strokovno usposobljenega kadra z ustreznim znanjem (Skela Savič, 2015), zato je neprestano strokovno izpopolnjevanje nujno, še posebej zaradi številnih izzivov, ki jih prinaša paliativna oskrba (European Association for Palliative Care, 2014). Medicinske sestre, ki že delujejo na tem področju, so znanja o spremljanju in negi umirajočih večinoma pridobile skozi praktične izkušnje in neformalna izobraževanja, ne pa v okviru formalnega študija (Žist, 2018). Prvi magistrski program paliativne oskrbe z naprednimi vsebinami na tem področju v Sloveniji poteka od leta 2016 na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju (Kaučič idr., 2016). Žist (2018) posebej izpostavlja pomen dodatnega usposabljanja medicinskih sester na področju komunikacijskih veščin in učinkovitega timskega sodelovanja.

Patronažno zdravstveno varstvo, ki deluje kot samostojna enota znotraj zdravstvenih domov, predstavlja obliko primarnega zdravstvenega varstva, katerega namen je zaščita posameznika, družine in skupnosti (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020). Po mnenju Krajnc (2013) je njihovo osnovno poslanstvo skrb za zdravje posameznikov, družin in širše skupnosti z namenom krepitve, ohranjanja pozitivnega zdravja ter zagotavljanja kakovostne zdravstvene nege.

V okviru patronažnega zdravstvenega varstva medicinska sestra že ob prvem stiku z okoljem pacienta začne s postopnim spoznavanjem tako ožjega kot širšega konteksta njegovega življenja ter deluje zdravstveno-vzgojno na pacienta in njegove bližnje (Lam idr., 2017). Svojem pojasni način uporabe zdravil, ki jih je predpisal zdravnik, in jih pouči, kako opazovati bolnika po prejemu terapije (Krčevski Škvarč, 2015). Po besedah Krajnc (2013) patronažne medicinske sestre družinske oskrbovalce tudi naučijo osnovnih postopkov, kot so preoblačenje, oblačenje, vlaženje ustnic, počasno pitje tekočine, skrb za prezračevanje prostora in izvajanje drugih nefarmakoloških ukrepov. Henson (2020) izpostavlja, da je zelo pomembno, da so družinski oskrbovalci ustrezno poučeni o postopkih nege po bruhanju – predvsem glede pravilnega pitja, prehranjevanja po požirkih, izbire ustrezne prehrane in skrbi za ustno higieno.

Raziskava Ramovša (2020) je pokazala, da pozitivni spomini na odnos med oskrbovalcem in oskrbovancem predstavljajo osnovo za kakovostno oskrbo in služijo kot navdih za vsakodnevna oskrbovalna dejanja. Gre predvsem za pomoč s strani bližnjih, ki temelji na temeljni človeški solidarnosti. Ti prijetni spomini izvirajo iz antropološke dinamike – prepletanja dobrih izkušenj in težav, ki pomembno prispevajo k oblikovanju osebnosti skozi življenjski razvoj. Ramovš ugotavlja, da se največ izzivov, s katerimi se soočajo oskrbovalci, nanaša prav na samo izvajanje oskrbe. Glede na opažene težave bi jim močno koristili:

- Programi usposabljanja za domačo oskrbo, kjer bi se naučili tehnik dvigovanja, obračanja, umivanja in preoblačenja – zlasti pri negi oseb z omejeno gibljivostjo. Pomembna bi bila tudi komunikacija s težavnimi ali neodzivnimi oskrbovanci in poznavanje značilnosti težjih bolezni, predvsem demence.

- Organizirana razbremenilna pomoč na domu, saj so oskrbovalci pogosto poročali o pomanjkanju časa, fizični oddaljenosti ter občutkih preobremenjenosti in izčrpanosti. Možnost začasne nadomestne oskrbe v času njihove bolezni ali za namen počitka bi bila zanje ena ključnih potreb in izredno pomemben podporni ukrep.

Oskrbovalcem, ki skrbijo za neozdravljivo bolne družinske člane, so na voljo izobraževalni tečaji, kjer se lahko naučijo praktičnih veščin in tehnik za pravilno izvajanje transferjev ob pomoči fizioterapevta ter osnov nege v domačem okolju. Patronažna medicinska sestra jim predstavi različne negovalne pripomočke, svetuje pri izbiri ustrezne postelje in jih seznani z možnostmi pomoči, ki so na voljo v njihovem lokalnem okolju (Ramovš, 2020).

Skrb za neozdravljivo bolne osebe je izredno zahtevna in zahteva celostni pristop, pri katerem je treba upoštevati tako telesne kot tudi psihične potrebe pacienta in njegovih bližnjih (Hudarin Kovačič, 2017). V zadnjem obdobju življenja ni ključen le čas, temveč predvsem kakovost življenja (Onkološki inštitut Ljubljana, 2015). Berčan (2016) prav tako poudarja, da morajo bolniki, vključeni v paliativno oskrbo, prejemati kakovostno in celostno obravnavo.

Lunder (2013) poudarja, da imajo vsi bolniki najboljše možnosti, da kakovostno izkoristijo preostali čas svojega življenja, saj paliativna oskrba temelji na razumevanju zagotavljanja najboljše razpoložljive zdravstvene nege, ki vključuje tudi sodobne dosežke zadnjih desetletij. Tradicionalni življenjski vzorci danes niso več primerni, verska motivacija za etično ravnanje se je sicer zmanjšala, a hkrati se je poglobilo razumevanje samega bistva življenja in njegovega končnega smisla. Smisel lastnih dejanj je najgloblji človeški motiv, brez katerega se človek lahko izgubi v zapletenih psihosocialnih težavah ali celo ustavi (Ramovš, 2020). Po rezultatih raziskave so družinski skrbniki za oskrbo motivirani iz različnih razlogov: ljubezni ali občutka vzajemnosti, duhovne izpolnitve, dolžnosti, krivde, družbenih pritiskov ali v redkih primerih iz pohlepa. Tisti, ki so vodeni z občutkom dolžnosti, krivde ali družbenimi in kulturnimi pričakovanji, so bolj dovzetni za psihične stiske kot tisti, ki jih vodi bolj pozitivna motivacija. Skrbniki, ki dojemajo svojo vlogo kot koristno za oskrbovanca, občutijo manj bremena, imajo boljše zdravje, kakovostnejše odnose in več socialne podpore (Brodsky & Donkin, 2022).

V številnih državah družinski oskrbovalci predstavljajo temeljni steber dolgotrajne oskrbe, saj prevzemajo veliko breme pri skrbi za starejše, kronično bolne in neozdravljivo bolne osebe. Pogosto so prepoznani kot »nevidni zdravstveni delavci«, ker zagotavljajo čustveno, socialno in fizično podporo, ki dopolnjuje formalne zdravstvene in socialne storitve. V nekaterih državah, zlasti v skandinavskih in anglosaksonskih, so sistemsko bolj vključeni v mrežo formalne oskrbe, dobivajo podporo (npr. nadomestila, izobraževanja, pravico do oddiha).

Družinski oskrbovalci se po svetu srečujejo s podobnimi izzivi: preobremenjenostjo, pomanjkanjem časa zase, psihičnim in telesnim izčrpavanjem, občutki izolacije ter pomanjkanjem ustrezne strokovne in finančne podpore. Pogoste so tudi težave pri usklajevanju oskrbe z delom in lastnim družinskim življenjem.

Družinska oskrba je v tujini zelo pogosta in v številnih državah predstavlja prevladujočo obliko pomoči, zlasti kadar je formalna oskrba omejena ali finančno težko dostopna. Statistike kažejo, da velik delež oskrbe za starejše in bolne osebe v večini evropskih držav še vedno prevzamejo družinski člani.

Tudi v Sloveniji družinski oskrbovalci nosijo ključno breme oskrbe, a njihova vloga je manj formalno priznana in premalo raziskana. Sistemskih oblik podpore (npr. finančnih nadomestil, izobraževanj, psihološke pomoči ali možnosti začasne razbremenitve) je zelo malo in so pogosto prepuščeni lastnim zmožnostim ter pomoči širše družine. V zadnjih letih se sicer povečuje razprava o uvedbi celostne dolgotrajne oskrbe, a v praksi so družinski oskrbovalci še vedno premalo vključeni v integrirane oblike pomoči, kar pomeni, da so obremenjeni podobno kot v tujini, a z manj institucionalne podpore.

Dne 15. maja 2025 je Ministrstvo za solidarno prihodnost sprejelo novelo zakona o dolgotrajni oskrbi, s katero se med drugim omogoča, da lahko tudi upokojenci prevzamejo vlogo oskrbovalcev družinskih članov ter pri tem uveljavljajo pravice, kot so nadomestilo in ohranitev pokojnine. Novela hkrati prinaša lažji prehod uporabnikov iz obstoječih oblik socialnega varstva, zagotavlja nemoteno oskrbo mladih po dopolnjenem 18. letu starosti, krepi pristojnosti in naloge občin ter začasno omogoča sofinanciranje dela študentov in upokojencev v sistemu dolgotrajne oskrbe.

V praksi zakon o dolgotrajni oskrbi pomeni, da se področje financiranja seli na model obveznega socialnega zavarovanja s prispevki, ki ga dopolnjujejo državna sredstva, kar zagotavlja stabilnejši in bolj predvidljiv sistem. Dostop do storitev se poenostavlja z uvedbo enotnih vstopnih točk na centrih za socialno delo, kjer uporabniki skupaj s strokovnjaki oblikujejo osebni načrt oskrbe, kar povečuje preglednost in dostopnost. Pomembno vlogo ima tudi digitalizacija, saj e-oskrba z zapestnicami omogoča varnejše življenje na domu, hkrati pa zakon prinaša več fleksibilnosti, ker so zdaj tudi upokojenci priznani kot oskrbovalci družinskih članov. Celoten sistem temelji na solidarnosti in javnem financiranju, kar pomeni, da ni zasnovan na tržnih osnovah, temveč na družbeni odgovornosti in enaki dostopnosti za vse.

Zakon o dolgotrajni oskrbi se postopoma uvaja v bolj dostopen sistem oskrbe, ki temelji na solidarnosti, vključevanju tudi upokojencev kot oskrbovalcev, digitalnih orodjih ter jasni časovnici pravic. Prehod je dolgoročna gradnja bolj vključujočega in dostopnega sistema za vse, ki potrebujejo oskrbo ali pomoč.

5 ZAKLJUČEK

Ugotovili smo, da so oskrbovalcem neozdravljivo bolnih družinskih članov na voljo tečaji, kjer pridobijo praktična znanja o negi in pomoči pri transferjih, pri čemer sodelujejo s fizioterapevti. Patronažne medicinske sestre jih seznanijo z negovalnimi pripomočki, izbiro ustrezne postelje in možnostmi lokalne pomoči.

Skrb za neozdravljivo bolne je zelo zahtevna in zahteva celostni pristop, ki upošteva tako telesne kot duševne potrebe pacienta in njegovih bližnjih. Pomembnejša od same dolžine življenja je kakovost zadnjih dni.

Lunder (2013) poudarja, da paliativna oskrba temelji na zagotavljanju najkvalitetnejše razpoložljive nege, ki upošteva sodobne dosežke in presega tradicionalne vzorce. Smisel lastnih dejanj je temeljna motivacija človeka; brez tega se lahko pojavi psihosocialna stiska (Ramovš, 2020). Motivacije družinskih skrbnikov so različne – od ljubezni in duhovne izpolnitve do dolžnosti, krivde in družbenih pritiskov. Tisti, ki so vodeni z dolžnostjo ali krivdo, so bolj izpostavljeni psihičnim težavam, medtem ko skrbniki s pozitivno motivacijo doživljajo manj bremena, boljše zdravje in več socialne podpore (Brodaty & Donkin, 2022).

Rezultati raziskave poudarjajo potrebo po spremembah za zagotovitev integrirane oskrbe na domu. Ključni so izobraževanje oskrbovalcev, večje vključevanje zdravstvenih ustanov ter možnosti za oddih. Podpore mora nuditi celovita državna strategija. Na potrebo po spremembah opozarja tudi Zakon o dolgotrajni oskrbi.

Za celostno in kakovostno obravnavo neozdravljivo bolnih na domu je nujno, da imajo družinski oskrbovalci na voljo dovolj časa ter ustrezno formalno podporo. To je mogoče zagotoviti z ustrezno kadrovsko organizacijo, ki omogoča integrirano oskrbo v domačem okolju, ter z ozaveščanjem in opolnomočenjem tako ožje kot širše skupnosti k izražanju sočutja.

Teoretični doprinos raziskave bo oblikoval temeljne gradnike v paliativni oskrbi. S prepoznavanjem različnih dejavnikov, ki vplivajo na kakovost življenja neformalnih družinskih oskrbovalcev in njihovih svojcev v paliativni oskrbi, in proučevanjem obremenitev, bo raziskava omogočila boljše razumevanje pomena osredotočenosti in zavedanja pomena kakovostne oskrbe. Poleg tega bo služila kot izhodišče za nadaljnje raziskave, ki bi lahko proučevale vpliv na paliativno oskrbo.

V sami raziskavi smo naleteli na omejitve raziskave v smislu virov, starejših od 10 let zaradi pomanjkanja literature na tem področju.

Na področju družinskih oskrbovalcev v Sloveniji je opravljenih malo raziskav, novejših pa sploh ni, kar odpira priložnosti za nadaljnje znanstveno proučevanje. Smiselno bi bilo raziskavo ponoviti in razširiti na celotno slovensko območje, saj gre za pomembno problematiko, ki bo v prihodnje zahtevala še več pozornosti.

LITERATURA

1. Berčan, M. (2016). *Model celostne oskrbe umirajočega človeka* [doktorska disertacija, Univerza Alma Mater Europaea].
2. Blinka, M., Liu, C., Sheehan, O., Rhodes, J. D. & Roth, D. (2021). Family caregivers' perceptions and experiences: A qualitative analysis of family caregiver perspectives from the caregiving transitions study. *Innovation in Aging*, 5(1), 790–791. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.2917>
3. Brodaty, H. & Donkin, M. (2022). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
4. Červek, J., Simončič Godnič, M., Benedik, J., Ebert, M., Gugić Kevo, J., Lahajnar-Čavlovič, S., & Tavčar, P. (2012). *Zdravila za uporabo v paliativni medicini* (pp. 30–31). Onkološki inštitut Ljubljana.
5. Drofenik, P. (2015). Problemi medikacije pri starejših. In B. Kotnik Kevorkijan (Ed.), *Zbornik predavanj 10. Bedjaničev simpozij – Pristop k starostniku z okužbo*, Maribor, 29. in 30. maj 2015 (pp. 45–50). Univerzitetni klinični center Maribor.
6. European Association for Palliative Care. (2014). *Study, learn and grow*. <http://www.eapcnet.eu/Themes/Education.aspx>
7. Gendron, M. (2015). Iz gerontološke literature. *Kakovostna starost*, 21(3), 62–65.
8. Haley, W. E., Roth, D. L., Sheehan, O. C., Rhodes, J. D., Huang, J., Blinka, M. D. & Hovard, V. J. (2020). Effects of transitions to family caregiving on well-being: A longitudinal population-based study. *The American Geriatrics Society*, 68(12), 2839–2846. <https://doi.org/10.1111/jgs.16778>
9. Hamzić, V. (2013). *Zdravstvena nega bolnika z akutnimi in kasnimi neželenimi učinki obsevanja raka dojke*. Onkološki inštitut Ljubljana.
10. Henson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38, 905–914. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>
11. Hudarín Kovačič, D. (2017). Vloga medicinske sestre v patronažni dejavnosti v paliativni obravnavi. In S. Majcen Dvoršak (Ed.), *Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem: zbornik predavanj z recenzijo. 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 27. in 29. november* (pp. 273–279). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
12. Ihan, A. (2015). Imunski odziv v starosti. In B. Kotnik Kevorkijan (Ed.), *Zbornik predavanj 10. Bedjaničev simpozij – Pristop k starostniku z okužbo*, Maribor, 29. in 30. maj 2015 (pp. 39–44). Univerzitetni klinični center Maribor.
13. Kaučič, B. M., Esih, K., Plank, D., Fringer, A., Voga, G. & Meža, J. (2016). Prvi magistrski študij paliativne oskrbe v Sloveniji – temelj za razvoj kakovosti paliativne oskrbe. In A. Presker Planko & K. Esih (Eds.), *Celostna paliativna oskrba: Primeri dobre prakse in možnosti razvoja: Simpozij s področja paliativne oskrbe z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj z recenzijo. VII. Stiki zdravstvene nege*, Celje, 16. april 2016 (pp. 9–19). Visoka zdravstvena šola v Celju.
14. Kavčič, M., Filipovič Hrast, M. & Hlebec, V. (2012). Starejši ljudje in njihove strategije shajanja s tveganji za zdravje. *Zdravstveno varstvo*, 51(3), 163–172.
15. Koler Huzjak, M. (2016). Prehrana v paliativni oskrbi. In J. Završnik (Ed.), *Zbornik prispevkov 4. Mariborska šola paliativne oskrbe, Maribor, 25. in 26. november 2016* (pp. 59–63). Univerzitetni klinični center Maribor.
16. Krajnc, A. (2013). Paliativna obravnava pacienta in njegove družine v patronažni zdravstveni negi. In A. Presker Planko (Ed.), *Paliativna zdravstvena nega: zbornik predavanj. IV. Stiki* (pp. 63–72). Visoka zdravstvena šola Celje.
17. Lahajnar Čavlovič, S. (2011). Pogostnost in zdravljenje kronične bolečine med varovanci patronažnega varstva. In *Zbornik prispevkov, 21. in 22. oktober 2011* (p. 69). Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
18. Lam, M.-H., Agarwal, A., Chow, S., Chan, S., Zaki, P. & Chow, E. (2017). Barriers to home death for Canadian cancer patients. *Nova Science Publishers*, 10(1), 107–110.
19. Limonero, J. T. & Lacasta Reverte, M. A. (2015). Ocena čustvenih reakcij. *Kakovostna starost*, 18(2), 22–33.
20. Lipar, T. (2012). Kronične nalezljive bolezni. *Kakovostna starost*, 15(2), 72–74.
21. Lunder, U. (2013). Načela paliativne oskrbe bolnikov. In A. Presker Planko & K. Esih (Eds.), *Paliativna zdravstvena nega: Zbornik predavanj z recenzijo/IV. Stiki zdravstvene nege*, Celje, 18. april 2013 (pp. 4–12). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
22. Muršec, M. (2015). Sodelovanje starejših pri zdravljenju z zdravili. *Pristop k starostniku z okužbo. V Zbornik predavanj*, Maribor, 29. in 30. maj 2015 (str. 63–72). Maribor: Univerzitetni klinični center.
23. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020). *Patronažno varstvo*. <https://www.nijz.si/sl/patronazno-varstvo>

24. Penrod, J., Hupcej, J. E., Shipley, P. Z., Loep, S. J. & Banet, B. (2012). A model of caregiving through the end of life. *Western Journal of Nursing Research*, 34(2), 174–193. <https://doi.org/10.1177/0193945911400920>
25. Ramovš, K. (2015). Dolgotrajna oskrba. *Kakovostna starost*, 18(2), 22–33.
26. Ramovš, K., & Ramovš, M. (2018). Tečaj za družinske in druge neformalne oskrbovalce. *Kakovostna starost*, 21(3), 20–46.
27. Rezende, G., Gomes, C. A., Rugno, F. C., Eva, G., Lima, N. K. C. & De Carlo, M. M. R. P. (2017). Burden on family caregivers of the elderly in oncologic palliative care. *European Geriatric Medicine*, 88(7), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.06.001>
28. Roth, D. L., Sheehan, O. C., Haley, W. E., Jenny, N. S., Cushman, M. & Walston, J. D. (2019). Is family caregiving associated with inflammation or compromised immunity? A meta-analysis. *The Gerontological Society of America*, 95(5), 521–522. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz015>
29. Skela Savič, B. (2015). Vloga managementa pri izgradnji na dokazih temelječega dela v zdravstveni negi: Rezultati raziskave v slovenskih bolnišnicah. In A. Kvas (Ed.), *Razvojne usmeritve zdravstvene in babiške nege: Zbornik prispevkov z recenzijo. 16. simpozij z mednarodno udeležbo*, Ljubljana, 27. november 2015 (pp. 43–60). Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
30. Svetovna zdravstvena organizacija. (2018). *Noncommunicable diseases and their risk factors*. <http://www.who.int/ncds/en>
31. Veloso, V. I. & Tripodoro, V. A. (2016). Caregivers burden in palliative care patients: A problem to tackle. *Current Opinion Supportive & Palliative Care*, 10(00), 1–6. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000239>
32. *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*. (2022). Uradni list RS, št. 100/22. Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
33. Žist, A. (2018). Izzivi paliativne oskrbe za sedanjost in prihodnost. In M. Tratnik Volasko (Ed.), *Razmišljanja o vprašanjih ob iztekanju življenja, Knjižna zbirka: zbornik referatov in razprav*, št. 1/2018 (p. 108). Državni svet Republike Slovenije.



V. sklop

**Zdravstveni delavci
v ospredju: od stresa
do sodelovanja**

PSIHOLOŠKA IN ČUSTVENA RANLJIVOST MEDICINSKIH SESTER V POVEZAVI Z MEDKULTURNO KOMPETENTJOSTJO

Đurđina Račetović, dipl. m. s.

Fakulteta za zdravstvene vede Celje

djurdjina.racetovic@hotmail.com

dr. Ivanka Huber Kropec

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

Nacionalni inštitut za javno zdravje

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Kulturna raznolikost sodobne zdravstvene nege zahteva razvijanje medkulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Te vključujejo razumevanje vrednot, navad, prepričanj in jezika pacientov ter prispevajo k boljši komunikaciji, večjemu zaupanju in kakovostnejši obravnavi. Pomanjkanje tovrstnega znanja, jezikovne ovire in predsodki pa pogosto vodijo v slabšo ali nepopolno obravnavo in dodatno obremenitev osebja. Namen raziskave je bil preučiti ovire, s katerimi se soočajo zaposleni v zdravstveni negi pri pacientih iz različnih kulturnih okolij, in ugotoviti, kako se z ovirami spoprijemajo medicinske sestre. Zastavili smo si raziskovalno vprašanje: Kako medicinske sestre, ki delujejo v multikulturnem zdravstvenem okolju, doživljajo psihološko in čustveno obremenjenost pri obravnavi pacientov različnih kulturnih ozadij ter kako ocenjujejo kakovost, varnost in etičnost zdravstvene nege, ki jo zagotavljajo tem pacientom?

Metoda: Uporabljena je bila kvalitativna metodologija s polstrukturiranimi intervjuji z medicinskimi sestrami, zaposlenimi na sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

Rezultati: Med največjimi ovirami pri zagotavljanju kakovostne, varne in etične zdravstvene nege izstopajo jezikovne ovire, ki pogosto vodijo do občutkov nepopolno opravljenega dela, stiske in stresa pri medicinskih sestrah zaposlenih na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Za premagovanje teh ovir medicinske sestre uporabljajo različne pristope pri sporazumevanju, kot so Google Translate, pomoč tolmačev, uporaba gestikulacije in drugih neverbalnih oblik komunikacije.

Razprava: Medicinske sestre se v multikulturnem okolju soočajo z jezikovnimi ovirami, kulturnimi razlikami in nepoznavanjem pacientovega ozadja, kar povzroča stres, negotovost in otežuje komunikacijo. Kljub prizadevanjem za medkulturno kompetentno delovanje pogosto niso dovolj opolnomočene, zato je nujno okrepiti izobraževanje o kulturnih kompetencah. To naj vključuje formalne programe in usposabljanja na delovnem mestu, kot so delavni-

ce in supervizije. Ključno vlogo imata tudi raziskovanje in prenos znanstvenih spoznanj v prakso, saj omogočata kakovostnejšo in medkulturno ustrezno zdravstveno obravnavo.

Ključne besede: jezikovne in kulturne ovire, komunikacija, obremenjenost na delovnem mestu

ABSTRACT

Introduction: The cultural diversity of modern healthcare requires the development of intercultural competencies among healthcare professionals. These competencies include understanding patients' values, habits, beliefs, and language, and contribute to better communication, greater trust, and higher-quality care. A lack of such knowledge, language barriers, and prejudices often leads to inadequate or incomplete treatment and increased stress for staff. The purpose of this study was to examine the obstacles faced by nursing staff when caring for patients from different cultural backgrounds, and explore how nurses cope with these challenges. We posed the following research question: How do nurses working in a multicultural healthcare environment experience psychological and emotional strain when treating patients from diverse cultural backgrounds, and how do they assess the quality, safety, and ethical aspects of the care they provide to these patients?

Method: A qualitative methodology was used, employing semi-structured interviews with nurses working at the secondary level of healthcare.

Results: Among the greatest obstacles to providing quality, safe, and ethical healthcare are language barriers, which often lead to feelings of incomplete care, distress, and stress among staff. To overcome these obstacles, nurses employ various communication strategies, such as using Google Translate, seeking help from interpreters, and utilizing gestures and other forms of nonverbal communication.

Discussion: *Nurses in multicultural settings face language barriers, cultural differences, and limited knowledge of patients' backgrounds, which leads to stress, uncertainty, and hindered communication. Despite their efforts to practice intercultural competence, they are often insufficiently empowered, highlighting the need to strengthen education in cultural competencies. This should include formal educational programs as well as workplace training, such as workshops and supervision. Research and the transfer of scientific knowledge into practice also play a key role, as they enable higher-quality and culturally appropriate healthcare.*

Keywords: *language and cultural barriers, communication, workplace stress*

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

V sodobni družbi se kulturna raznolikost močno odraža tudi v zdravstvenih sistemih, ki predstavljajo temelj za zagotavljanje skrbi za zdravje posameznikov, družin in družbe kot celote. Zdravstveni sistemi spremljajo posameznike skozi celotno življenjsko obdobje in nosijo trajno odgovornost za njihovo zdravje. Med ključnimi lastnostmi učinkovitega zdravstvenega sistema sta odzivnost na pričakovanja prebivalstva in pravičnost, ki pomeni zagotavljanje enako kakovostne oskrbe vsem, ne glede na spol, etnično pripadnost, vero, spolno usmerjenost, jezik, geografski izvor ali družbeni položaj. Temelj pravičnosti je priznavanje dostojanstva in avtonomije vseh posameznikov, kar omogoča vključujočo oskrbo in preprečuje neenakosti (Halbwachs et al., 2025).

V kontekstu naraščajoče kulturne raznolikosti pacientov postaja medkulturna zdravstvena nega vse bolj pomembna. Murseli in Filej (2024) opozarjata, da ta predstavlja izziv pri zagotavljanju individualizirane in celostne oskrbe, ki spoštuje kulturne posebnosti posameznika. Medkulturna zdravstvena nega, utemeljena na kulturnih modelih, ima ključno vlogo pri premagovanju ovir v dostopu do zdravstva. Cilj tega pristopa je zagotavljanje učinkovite in kulturno občutljive oskrbe, ki odgovarja na potrebe posameznikov in njihovih družin. Takšen pristop zmanjšuje tveganje kulturnega šoka, spodbuja prilagodljivost zdravstvenih storitev ter preprečuje nesoglasja, ki izhajajo iz kulturnih razlik.

Medkulturne kompetence so v zdravstveni negi ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne, pravične in kulturno občutljive obravnave. Razvijanje teh kompetenc omogoča zaposlenim v zdravstveni negi, da učinkovito naslavlja razliko vrednot, prepričanj in praks pacientov, s čimer prispevajo k zmanjševanju neenakosti v zdravstvu ter preprečevanju diskriminacije in rasizma. Poleg tega medkulturna kompetentnost izboljšuje komunikacijo in terapevtske odnose, kar pozitivno vpliva na zadovoljstvo pacientov, vključenost njihovih družin ter na končne zdravstvene izide (Prosen, 2018).

Ključni dejavnik pri zagotavljanju kakovostne medkulturne zdravstvene nege je učinkovita komunikacija. Člani negovalnega tima z razvitimi komunikacijskimi veščinami prispevajo k boljšim

zdravstvenim izidom in večjemu zadovoljstvu pacientov, hkrati pa izboljšujejo tudi lastno delovno zadovoljstvo. V današnji kompleksni zdravstveni oskrbi, ki poudarja kulturno varnost in obravnavo osredotočeno na posameznika, ni mogoče spregledati pomena prilagajanja komunikacijskih pristopov kulturnim potrebam pacientov. Komunikacija in kultura sta tesno povezani, saj kultura skozi komunikacijo vzdržuje in prenaša svoje vrednote, medtem ko nerazumevanje kulturnih razlik pogosto vodi do napačnih interpretacij in nesoglasij (Ušaj et al., 2022).

Kljub zavedanju pomena medkulturnih pristopov in dognanj na podlagi raziskav pa se zdravstveni delavci v praksi pogosto soočajo z različnimi ovirami. Purabdollah s sodelavci (2020) opredeljuje kulturne razlike, jezikovne ovire in nepoznavanje neverbalne komunikacije kot velike izzive pri komunikaciji znotraj zdravstvenega sistema. Pacienti iz različnih kulturnih okolij imajo različne potrebe, zato pomanjkanje znanja zdravstvenega osebja povzroča motnje v celostni obravnavi, napačna razumevanja pacientovih potreb, neskladnost z zdravljenjem ter nezmožnost medicinskih sester, da se prilagodijo pacientovim čustvom, samopodobi in stresu.

Ugotovitve tudi kažejo, da je soočanje s pacienti, ki ne govorijo slovenskega jezika, za medicinske sestre zelo stresno in zahtevno. Otežena komunikacija jim namreč onemogoča pridobivanje ključnih informacij za kakovostno zdravstveno obravnavo. Zaradi tega se pogosto počutijo nemočne in ne vedo, kako naj pristopijo k pacientu (Štante, et al., 2018).

2 METODA

Na podlagi teoretičnih izhodišč in izsledkov nam dostopnih raziskav smo si zastavili raziskovalno vprašanje, in sicer: Kako medicinske sestre, ki delujejo v multikulturnem zdravstvenem okolju, doživljajo psihološko in čustveno obremenjenost pri obravnavi pacientov različnih kulturnih ozadij ter kako ocenjujejo kakovost, varnost in etičnost zdravstvene nege, ki jo zagotavljajo tem pacientom?

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Še pred izvedbo kvalitativne raziskave smo z deskriptivno raziskovalno metodo pridobili sekundarne podatke, ki so bili zbrani s pomočjo pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature, pri čemer smo uporabili različne baze podatkov, kot so PubMed, Chinal in COBISS. S kvalitativno raziskavo pa smo s pomočjo polstrukturiranih intervjujev pridobili primarne podatke.

2.2 Opis instrumenta

Za potrebe kvalitativne raziskave smo izdelali vprašalnik za polstrukturirani intervju, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Vprašalnik je vseboval 9 vprašanj odprtega tipa. Prvi sklop vprašanj je bil namenjen pridobivanju sociodemografskih podatkov in izkušenj s pacienti iz drugih kulturnih okolij; drugi sklop vprašanj je obravnaval psihološki in profesionalni vidik medkulturne obravnave, tretji sklop vprašanj pa je proučeval komunikacijo, podporo in kakovost obravnave.

2.3 Opis vzorca

V vzorec smo želeli vključiti od 6 do 8 zdravstvenih delavcev zaposlenih na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti iz drugih kulturnih okolij. K sodelovanju v raziskavi je pristopilo 5 zdravstvenih delavcev - članov negovalnega tima, starih med 25 in 45 let, ki so v času izvajanja raziskave imeli med 5 in 15 let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege. Ena oseba je bila diplomirana medicinska sestra, ostale štiri pa srednje medicinske sestre. Vseh pet oseb je zaposlenih v eni izmed splošnih bolnišnic v Sloveniji.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Polstrukturirani intervjuji z zdravstvenimi delavci - člani negovalnega tima, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti iz različnih kulturnih okolij, so potekali med 1. 6. 2025 in 1. 7. 2025. Intervjuvanci so se za sodelovanje odločili prostovoljno. Anonimnost jim je bila zagotovljena. Za izvedbo raziskave v zdravstveni ustanovi smo pridobili soglasje etične komisije dotične ustanove. Pridobljene podatke smo kvalitativno analizirali, kodirali in kategorizirali odgovore, jih interpretirali in ovrednotili. Analiza je bila opravljena po metodologiji tematske analize, kot jo opredelujeta Braun in Clarke (2006), pri čemer je bil poudarek na identifikaciji ponavljajočih se vzorcev v podatkih, ki osvetljujejo izkušnje, izzive in pristope zdravstvenih delavcev glede medkulturne obravnave. Ugotovitve so prikazane v razpravi in zaključku.

3 REZULTATI

Glede na analizo pridobljenih podatkov smo izoblikovali 21 kod, ki smo jih razvrstili v 10 podkategorij, iz katerih je nastalo 5 kategorij, kot je prikazano v Tabeli 1.

Prva kategorija: jezikovne ovire v zdravstveni obravnavi

Zdravstveni delavci - člani negovalnega tima so kot osrednji izziv izpostavili pomanjkanje skupnega jezika s pacienti, ki najpogosteje prihajajo iz držav, kot so Albanija, Ukrajina, Bosna in Hercegovina, Srbija, Rusija, Italija ter Avstrija, vse pogosteje pa se pojavljajo tudi pacienti iz še drugih zahodnoevropskih držav, predvsem turisti. Omenjali so oteženo podajanje informacij, nepopolno razumevanje pacientovih potreb in posledično občutke negotovosti. Eden od udeležencev je poudaril: »Težko je razložiti pacientu, kaj bomo počeli, če se ne razumemo.«

Druga kategorija: kulturne razlike in njihov vpliv na zdravljenje

Pri delu s pacienti iz drugih kulturnih okolij so največje ovire jezikovne, vendar kulturne razlike prav tako vplivajo na komuniciranje. Intervjuvanci težave običajno rešujejo s tolmači ali s pomočjo družinskih članov, vendar pa so pomembne tudi kulturne razlike in razlaga njihovih pomenov. Razumevanje vrednot in običajev pacientov namreč lahko vpliva na njihov odnos do zdravljenja in pripravljenost na sodelovanje.

Tretja kategorija: psihološka obremenitev

Več intervjuvancev je izpostavilo občutke nemoči, stresa in frustracije zaradi komunikacijskih preprek. Pojavlja se tudi moralna stiska, kadar menijo, da pacient ni bil ustrezno obravnavan zaradi jezikovnih ali kulturnih razlik: »Občutek imam, da nisem naredila dovolj, ker se nisva razumela.«

Četrta kategorija: strategije za komunikacijo

Poudarjena je bila pomembnost odprtega, spoštljivega pristopa in prilagoditev komunikacije, kot je poenostavitev jezika, neverbalna komunikacija, preverjanje razumevanja. Uporaba tolmačev in ustrezne tehnologije je bila prepoznana kot ključna podpora pri vzpostavljanju zaupanja.

Peta kategorija: potreba po izobraževanju

Večina intervjuvancev meni, da je podpora s strani sodelavcev dobra, vendar pogrešajo sistemsko podporo in strukturirana izobraževanja. Predlagajo praktična usposabljanja in spremembe že v srednješolskem izobraževanju, ki bi poudarile pomen medkulturnih kompetenc, vse z namenom zmanjševanja posledičnega stresa v praksi pri zdravstvenih delavcih in omogočanja kakovostnejše zdravstvene obravnave pacientov.

Kode	Podkategorije	Kategorije
»Pacienti ne govorijo slovenskega jezika.« »Težko razložimo pacientu, kaj bomo počeli pri njem.« »Včasih uporabljamo Google Translate.« »Uporabimo sodelavce, ki razumejo jezik.« »Družinski člani kot prevajalci.«	Nepoznavanje jezika	17,7 %
Uporaba pomožnih sredstev	Jezikovne ovire v zdravstveni obravnavi	35,3 %
»Pacientka zavrne moškega negovalca zaradi moža.« »Nekateri pacienti bolezen doživljajo kot sramoto ali kazen.« »Jehove priče zavračajo transfuzije.« »V nekaterih primerih družina odloča namesto pacienta.«	Predstave posameznika o drugih kulturah Vloga spola in družine	Kulturne razlike in njihov vpliv na zdravljenje
»Občutek imam, da nisem naredila dovolj, ker se nisva razumela.« »Vse skupaj me psihično obremenijo.« »Frustracija, ko ne morem pomagati zaradi jezika.« »Moralna stiska, ker pacient ne dobi celostne oskrbe.«	Negotovost Občutek nezadostnosti	Psihološka obremenitev
»Govorim v preprostih stavkih.« »Uporabljamo tolmače, če jih lahko dobimo.« »Kretnje in izrazi obraza mi veliko pomagajo.« »Prevajalci na klic so zelo koristni, čeprav zahtevajo čas.«	Prilagajanje Tehnološke rešitve	Strategije za komunikacijo
»Sodelavci med seboj stopimo skupaj.« »Vodstvo nima posluha za ta problem.« »Potrebovali bi več praktičnih primerov, igranje vlog.« »V šolah se učimo jezika, a opisujemo bolniško sobo, kar nima smisla.« »Izobraževanja bi zmanjšala stres in občutek nemoči.«	Podpora sodelavcev Potreba po znanju	Potreba po izobraževanju

Tabela 1. Prikaz kod, podkategorij in kategorij

4 RAZPRAVA

Raziskovalno vprašanje naše raziskave je bilo: Kako medicinske sestre, ki delujejo v medkulturnem zdravstvenem okolju, doživljajo psihološko in čustveno obremenjenost pri obravnavi pacientov različnih kulturnih ozadij ter kako ocenjujejo kakovost, varnost in etičnost zdravstvene nege, ki jo zagotavljajo pacientom? Rezultati kažejo, da medicinske sestre obravnavo pacientov iz drugih kulturnih okolij doživljajo kot zahtevno in pogostno psihično obremenjujočo. Med glavnimi dejavniki obremenitve so izpostavile jezikovne ovire, kulturna neskladja v dojemanju bolezni in zdravljenja ter občutek nezadostnosti, ko komunikacija ni učinkovita. Kljub temu intervjuvanci v raziskavi izražajo visoko stopnjo profesionalne predanosti, pogosto prilagajajo pristope ter uporabljajo različne strategije za ohranjanje kakovosti in etičnosti zdravstvene obravnave.

Ali in Watson (2018) v svoji raziskavi, ki sta jo izvedla med medicinskimi sestrami navajata, da prav ta dvojna odgovornost, zagotavljanje varne, strokovne in hkrati kulturno občutljive obravnave pri medicinskih sestrah krepí občutke stresa, nemoči, krivde in dvoma v lastno kompetentnost, kar pomembno sovpadá z izsledki naše raziskave. Kljub jezikovnim oviram so medicinske sestre odgovorne za zagotavljanje pacientom prilagojene obravnave, kar pomembno vpliva na njihovo sposobnost ocenjevanja pacientovih potreb in nudenja ustrezne zdravstvene obravnave. Ugotovitve kažejo, da medicinske sestre pri tem potrebujejo učinkovita komunikacijska orodja, vključno s sodobnimi tehnologijami, kot je Google Translate. V skladu z ugotovitvami predhodnih raziskav se medicinske sestre tudi v naši raziskavi trudijo po svojih najboljših močeh premagovati te izzive, saj si prizadevajo za učinkovito, varno in kakovostno obravnavo ter aktivno iščejo načine za vzpostavljanje komunikacije s pacienti.

V raziskavah (Jaeger, et al., 2019; Hunter-Admas & Rother, 2017), ki sta potekali v Švici in Južni Afriki, zdravstveni delavci poročajo o pomembnih jezikovnih ovirah predvsem pri pacientih, ki prihajajo iz drugačnega kulturnega okolja. V obeh državah se zdravstveno osebje pogosto zanaša na laične tolmače, predvsem družinske člane in prijatelje pacientov, kar poteka brez formalnega usposabljanja in nadzora kakovosti tolmačenja. Čeprav je ta praksa pogosto dojemana kot priročna in stroškovno učinkovita, raziskave, vključno z našo, opozarjajo na pomanjkljivo natančnost tolmačenja, povečano tveganje napačnih interpretacij, nepopolnih informacij ter nedorečene odgovornosti. Pomanjkanje profesionalnega tolmačenja lahko vodi do napačnih diagnoz, nezmožnosti razumevanja zdravniških navodil in otežuje ustrezno zdravljenje. Študije kažejo, da improvizirano tolmačenje lahko celo poslabša komunikacijo v primerjavi z njeno odsotnostjo.

Drugačno medkulturno okolje in jezikovne ovire v komunikaciji so zelo razširjen problem v zdravstvu, zato Olani s sodelavci (2023) predlaga nujno vključitev tega vprašanja v razprave oblikovalcev zdravstvene politike ter vzpostavitev sistema strokovnih tolmačev. Čeprav intervjuvanci v naši raziskavi opažajo dobro sodelovanje med sodelavci, izražajo potrebo po sistemski podpori in strukturi-

ranih izobraževanjih. Predlagajo uvedbo praktičnih usposabljanj in spremembe že na ravni srednješolskega izobraževanja, ki bi okrepile kulturne kompetence zdravstvenih delavcev, s ciljem zmanjšanja stresa v praksi in izboljšanja kakovosti nadaljnje oskrbe.

Kljub pomembnim ugotovitvam ima naša raziskava določene omejitve, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji rezultatov. Prva omejitev je povezana z majhnim in ciljno usmerjenim vzorcem sodelujočih medicinskih sester, kar omejuje možnost posploševanja ugotovitev na širšo populacijo zaposlenih v zdravstveni negi. Poleg tega je bila uporabljena kvalitativna metodologija, ki omogoča poglobljen vpogled v izkušnje udeležencev, a ne omogoča kvantitativne primerjave ali statistične generalizacije. Raziskava je bila izvedena v specifičnem jezikovnem in kulturnem okolju slovenskega zdravstvenega sistema, kar pomeni, da so njeni izsledki manj prenosljivi v mednarodni kontekst. Poleg tega je raziskava osredotočena zgolj na perspektivo članov negovalnega tima, medtem ko mnenja in izkušnje pacientov iz drugih kulturnih okolij niso vključena, slednje bi lahko dopolnilo razumevanje komunikacijskih izzivov in zaznavanje kakovosti obravnave. Zaradi navedenih omejitev bodo prihodnje raziskave na tem področju ključnega pomena za nadgradnjo obstoječih spoznanj zdravstvene nege in medkulturnih kompetenc.

5 ZAKLJUČEK

Raziskava je osvetlila pomembne izzive, s katerimi se medicinske sestre soočajo pri delu s pacienti iz različnih kulturnih okolij. Ključne ugotovitve kažejo, da so jezikovne ovire, kulturne razlike in pomanjkanje sistemskih podpore glavni dejavniki, ki prispevajo k psihološki in čustveni obremenjenosti zdravstvenih delavcev zaposlenih v zdravstveni negi. Kljub tem izzivom medicinske sestre kažejo visoko raven profesionalne predanosti ter uporabljajo različne strategije za ohranjanje kakovostne, varne in etične obravnave. Raziskava je hkrati poudarila potrebo po sistemskih rešitvah, kot so dostop do strokovno usposobljenih tolmačev, strukturirana izobraževanja o medkulturnih kompetencah ter vključitev teh vsebin že v srednješolski izobraževalni program. Prispevek raziskave k znanstvenemu razumevanju je v poudarjanju povezave med medkulturnimi komunikacijskimi izzivi in psihološkim bremenom zaposlenih v zdravstveni negi. S tem prispeva k razvoju stroke zdravstvenih ved, saj izpostavlja konkretne potrebe po izboljšanju podpore zaposlenim v zdravstveni negi in oblikovanju politik, ki bodo omogočile bolj enakovredno in dostopno zdravstveno obravnavo v vse bolj raznoliki družbi.

Ker naša raziskava ne more odgovoriti na vsa vprašanja, se z njo odpirajo nova področja za nadaljnje raziskovanje. Raziskovalci, ki se bodo posvetili tej temi, naj razmislijo o vključevanju multidisciplinarnih pristopov, razširitvi vzorca na različne zdravstvene ustanove in preučevanju vpliva sistemskih politik na prakso. Nadaljnje raziskave so ključne za oblikovanje celovitih in trajnostnih rešitev v skrbi za paciente v kulturno raznolikih okoljih.

LITERATURA

1. Ali, P. A. & Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e1152–e1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>
2. Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
3. Halbwachs, H. K., Blažun Vošner, H. & Ovsenik, M. (2025). Kje smo in kam gremo: eksperti o kulturni kompetentnosti v slovenskem zdravstvu. *Revija za zdravstvene vede*, 12(1), 3–18. <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i1.175>
4. Hunter-Adams, J. & Rother, H. (2017). A Qualitative study of language barriers between South African health care providers and cross-border migrants. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2042-5>
5. Jaeger, N. F., Pellaud, N., Laville, B. & Klauser, P. (2019). The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 429(19). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4164-4>
6. Murseli, A. & Filej, B. (2024). Samoocena kulturne kompetentnosti izvajalcev zdravstvene nege. *Revija za zdravstvene vede*, 11(1), 57–72. <https://doi.org/10.55707/jhs.v11i1.145>
7. Olani Amanti B., Olani Ararso. B., Muleta, T. B., Rikitu, D. H. & Disassa, K.G. (2023). Impacts of language barriers on healthcare access and quality among Afaan Oromoo-speaking patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 23(39). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09036-z>
8. Prosen, M. (2018). Razvijanje medkulturnih kompetenc: priložnost za zagotavljanje enakosti in pravičnosti v zdravju in zdravstveni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), 76–80. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.262>
9. Purabdollah, M., Tabrizi, F. M., Markani, A. K. & Poornaki, L. S. (2021). Intercultural sensitivity, intercultural competence and their relationship with perceived stress among nurses: evidence from Iran. *Mental Health, Religion & Culture*, 24(7), 687–697. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1816944>
10. Štante, A., Mlinar Reljić, N. & Donik, B. (2018). Jezikovne prepreke pri zdravstveni negi tujgovorečih pacientov: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), 233–241. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.207>
11. Ušaj, S., Medvešček, K., Černe, T. K., Licen, S. & Prosen, M. (2022). Pomembnost medkulturne komunikacije v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 11(2), 124–139. DOI: 10.37886/ruo.2022.009

MEDITACIJA PRI OBVLADOVANJU STRESA ZA ZAPOSLENE IN PACIENTE NA ONKOLOGIJI – KVALITATIVNA ŠTUDIJA PRIMERA

Melanie Gričnik, dipl. m. s.

dr. Tamara Štemberger Kolnik

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

melanie.gricnik@gmail.com

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Onkološke medicinske sestre igrajo ključno vlogo pri zagotavljanju visokokakovostne oskrbe pacientov z rakom, tako na področju preventive, diagnostike, zdravljenja, paliativne oskrbe kot tudi rehabilitacije. Njihovo delo s pacientom z rakom, ki se sooča z boleznijo in zaključevanjem življenja medicinske sestre postavi v čustvene odzive in stresne situacije. Obvladovanje dolgotrajnih stresnih situacij je pomembno tako za zdravje medicinskih sester kot za paciente, ki se soočajo s sprejemanjem pomembnih življenjskih odločitev.

Metoda: Izvedena je bila kvalitativna raziskava, z uporabo polstrukturiranih poglobljenih intervjujev. Intervjuvali smo medicinsko sestro in pacienta. Intervjuji so potekali brez posebnosti, Zbrane podatke (transkripte) smo kodirali in vsebino združili v ključne teme.

Rezultati: Podatki so združeni v štiri teme: narava dela in čustvena obremenjenost zdravstvenih delavcev, stres in njegove posledice pri bolnikih in zdravstvenih delavcih, vloga meditacije pri obvladovanju stresa in učinki sprostitvenih tehnik na psihofizično zdravje.

Razprava: Vodilo pri pripravi raziskovalne podlage je predstavljala teorija Marte Rogers, ki spodbuja razumevanje posameznika kot kompleksnega, dinamičnega bitja, ki je v nenehni interakciji s svojim okoljem. Izkušnje intervjuvancev so skladne z jedrom teorije Marte Rogers, ki človeka obravnava kot dinamično celoto v interakciji z okoljem.

Ključne besede: celostna zdravstvena nega, holizem, teorija Marte Rogers

ABSTRACT

Theoretical Background: Oncology nurses play a key role in providing high-quality care to cancer patients across prevention, diagnosis, treatment, palliative care, and rehabilitation. Working with cancer patients—who often face the reality of end-of-life decisions—places nurses in emotionally intense and stressful situations. Managing prolonged stress is essential not only for the nurses' own health but also for the well-being of patients who are making important life decisions.

Method: A qualitative study was conducted using semi-structured, in-depth interviews. We interviewed one oncology nurse and one patient. The interviews proceeded without complications. Collected data (transcripts) were coded and organized into key thematic categories.

Results: The data were grouped into four main themes: The nature of work and emotional burden of healthcare professionals, Stress and its impact on patients and healthcare workers, The role of meditation in stress management, Effects of relaxation techniques on psychophysical health.

Discussion: The theoretical foundation of the study is based on Martha Rogers' theory, which promotes an understanding of the individual as a complex, dynamic being in constant interaction with their environment. The experiences of the interviewees align with the core of Rogers' theory, which views the human being as an integrated whole continuously shaped by internal and external influences.

Keywords: holistic nursing care, holism, Martha Rogers' theory.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Onkologija je eno najzahtevnejših področij zdravstvene nege. Rak velja za eno najbolj razširjenih bolezni sodobnega časa, število pacientov pa hitro narašča, kar povečuje potrebe po usposobljenih zdravstvenih delavcih na onkološkem področju. Po podatkih Li et al. (2023) je letno diagnosticiranih kar 18,1 milijona novih primerov raka, kar 9,6 milijona ljudi pa zaradi raka tudi umre. Do leta 2040 naj bi to število naraslo na 29,5 milijona, kar pomeni izjemno obremenitev zdravstvenega sistema in onkoloških medicinskih sester. Te igrajo ključno vlogo pri zagotavljanju celostne oskrbe pacien-

tov z rakom – od preventive in diagnostike do paliativne oskrbe in rehabilitacije (Li et al., 2023; Challinor et al., 2020). Zaradi narave bolezni in zahtevnosti zdravstvene obravnave so tako pacienti kot medicinske sestre v onkologiji vsakodnevno izpostavljeni intenzivnemu stresu. Zato je holistični pogled na oba – pacienta in izvajalca zdravstvene nege – ključen za učinkovito obvladovanje bremena bolezni, za izboljšanje kakovosti življenja ter za preprečevanje izgorelosti in čustvene izčrpanosti. Ena izmed teorij, ki ponuja prav takšen celosten pogled na človeka, je teorija Marte Rogers, medtem ko meditacija predstavlja konkretno orodje za podporo tako pacientom kot tudi zdravstvenemu osebju. Teorija človeka kot energetskega polja Marte Rogers utemeljuje zdravstveno nego na razumevanju posameznika kot kompleksnega, dinamičnega bitja, ki je v nenehni interakciji s svojim okoljem (Alligood, 2017). Po tej teoriji človek ni zgolj skupek organskih sistemov, temveč celostno energetsko polje – fizično, čustveno, mentalno in duhovno. Poudarja se, da zdravje ni zgolj odsotnost bolezni, temveč stanje harmonije med posameznikom in njegovim okoljem. Ko pride do neravnovesij, se to odrazi tako v telesu kot tudi v čustvih in duševnem stanju (Alligood, 2022). Ta pristop je posebej pomemben pri obravnavi pacientov z rakom, ki se pogosto srečujejo z občutki strahu, negotovosti, depresije in bolečine. Prav tako pa je dragocen za onkološke medicinske sestre, ki se vsakodnevno srečujejo s trpljenjem pacientov, kar lahko vodi v izgorelost in čustveno otopelost (Challinor et al., 2020). Razumevanje posameznika kot celote in ne le kot telesa z boleznijo omogoča bolj empatičen, spoštljiv in učinkovit pristop k oskrbi – nekaj, kar pacienti z rakom nujno potrebujejo. Obremenitve v onkološki zdravstveni negi so visoke. Intenzivno delo z življenjsko ogroženimi pacienti, odgovornost za zapletene procese zdravljenja in pogosto soočanje z izgubo zahtevajo visoko mero čustvene stabilnosti in odpornosti. Kljub usposobljenosti medicinskih sester, ki so ključni člen v multidisciplinarnih timih, se te pogosto soočajo z utrujenostjo zaradi sočutja, izčrpanostjo in izgorelostjo (Luquette, 2007). Epel et al. (2018) poudarjajo, da še ne vemo natančno, katere vrste in vidiki stresa so najpomembnejši za zdravje in boleznijo ljudi, stres namreč ni monoliten koncept, temveč nastajajoči proces, ki vključuje interakcije med posameznikovimi in okoljskimi dejavniki, zgodovinskimi in trenutnimi dogodki, alostatičnimi stanji ter psihološko in fiziološko reaktivnostjo. Čeprav ima stres v določenih primerih tudi pozitivne učinke, kot so večja motivacija in osredotočenost, dolgoročno povzroča škodljive fiziološke in psihološke posledice, kot so motnje spanja, prebavne težave, depresija in anksioznost (Chu et al., 2024). Na področju onkološke zdravstvene nege, kjer vemo, da so prisotni vsi dejavniki za razvoj kroničnega stresa, je pomembno prepoznati učinkovita orodja za spoprijemanje s stresom. Meditacija je ena izmed najbolj uveljavljenih tehnik za sproščanje in izboljšanje duševnega počutja. Kot navajata Iršič (2021) in Mayo Clinic (2023), meditacija pomaga zmanjševati napetost, krepi sposobnost osredotočenosti, izboljšuje čustveno stabilnost in zmanjšuje negativne misli. Uporabna je tako za paciente kot tudi za medicinske sestre. Za onkološke medicinske sestre meditacija pomeni možnost refleksije, umiritve in povezave s samim sabo, kar pripomore k boljšemu psihofizičnemu ravnovesju. Redna praksa meditacije zmanjšuje tveganje za izgorelost in povečuje zadovoljstvo pri delu (Gren & Kinchen, 2021; Garcia & DeMeyer, 2023). Študije kažejo, da intervencije, ki temeljijo na čuječnosti (ang. mindfulness), učinkovito zmanj-

šujejo stres, anksioznost in depresijo ter povečujejo empatijo in sočutje do sebe (Toussaint et al., 2021; Qualls et al., 2022). Meditacija koristi tudi pacientom z rakom. Pacienti se ob postavljeni diagnozi pogosto srečajo z občutki nemoči, strahu, izgube kontrole in čustvene bolečine. Praksa čuječnosti in meditacije jim lahko pomaga razviti občutek notranjega miru, izboljša kakovost spanja, zmanjša občutke bolečine in okrepi imunski sistem (Lange, 2023). Raziskave so pokazale, da lahko že nekaj minut meditacije dnevno pripomore k zmanjšanju simptomov depresije in anksioznosti ter izboljša psihično odpornost (Ngamkham et al., 2019).

Namen izvedene raziskave je bil preučiti vpliv uporabe meditacije na medicinske sestre in paciente ter ugotoviti, kako meditacija pripomore k obvladovanju stresa, čustvenih izzivov in duševne obremenjenosti pri soočanju z zahtevnimi in čustveno napornimi situacijami na področju onkologije.

METODE RAZISKOVANJA

Uporabljena je bila deskriptivna in kvalitativna metoda dela. Izvedena je bila študija primera. Za zbiranje podatkov so bili uporabljeni poglobljeni polstrukturirani intervjuji, za katere so značilni vnaprej pripravljene tematske vodnike, ki vsebujejo glavna vprašanja, ki smo jih v vsakem intervjuju uporabili na enak način. Intervjuja sta se razlikovala glede zaporedja vprašanj in na ravni iskanja informacij, saj smo intervjuvali pacienta in medicinsko sestro (Mashuri et al., 2022). Vprašanja in izvedba intervjuja je potekala tako, da smo intervjuvance spodbujali, da nam podajo čim več svojih temeljnih stališč, prepričanj in vrednot.

Vzorec

V raziskavi je bil uporabljen namenski (ciljni) vzorec, ki je vključeval dva udeleženca: medicinsko sestro, zaposleno na onkološkem inštitutu, in pacienta z rakom. Udeleženca sta bila izbrana glede na kriterije, povezane z obravnavano temo, zato sta morala oba imeti izkušnjo uporabe meditacije kot metode za obvladovanje stresnih situacij.

Postopek zbiranja podatkov

Podatke smo zbirali v mesecu februarju 2025. Najprej smo sklenili informiran dogovor o zaupanju z udeležencema. Intervjuje smo izvedli v živo in odgovore intervjuvancev sproti zapisovali. Vsak intervju je trajal 20 minut.

Analiza podatkov

Izvedena je bila tematska analiza podatkov. Zapisane intervjuje smo večkrat prebrali in izvedli kodiranje podatkov, nato smo poiskali vzorce in teme.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Rezultate kodiranja prikazujemo v Tabeli 1 in jih opisujemo narativno v nadaljevanju poglavja.

Analiza intervjujev in kodiranih vsebin kaže, da imajo tako zdravstveni delavci kot pacienti koristi od vključevanja meditacije v vsakdanjo rutino kot oblike celostne skrbi za zdravje. Praksa meditacije ne prinaša le kratkoročnega olajšanja, temveč spodbuja dolgoročno čustveno stabilnost, kar je še posebej pomembno v onkološkem kontekstu. Rezultati potrjujejo pomembnost vključevanja psiholoških, duhovnih in sprostitvenih pristopov v zdravstveno obravnavo v skladu z načeli teorije Marte Rogers. Onkološke medicinske sestre opravljajo ključno in raznoliko vlogo, ki presega tehnično izvajanje zdravstvene nege. Kot kaže intervju, njihove naloge vključujejo sodelovanje pri multidisciplinarni obravnavi, spremljanje pacientov skozi vse faze diagnostike, učenje ter celo prisotnost pri sporočanju slabih novic v timu z drugimi strokovnjaki. Vse to se

sklada z ugotovitvami Li et al. (2023), ki poudarjajo pomen psihološke in edukativne podpore pacientom s strani medicinskih sester. Na podlagi kod »multidisciplinarna obravnava«, »vloga v komunikaciji diagnoze« in »čustvene zahteve dela«, lahko trdimo, da je delo onkoloških medicinskih sester močno prepleteno z emocionalno dinamiko pacientove bolezenske izkušnje.

Stres je osrednji element tako pri zdravstvenih delavcih kot tudi pri pacientih. Iz podatkov pridobljenih z intervjuji izhaja, da medicinske sestre različno doživljajo intenzivne stresne situacije, odvisno od delovnega mesta (koda: »stres glede na delovno mesto«), vendar morajo vedno ohranяти profesionalnost in čustveno stabilnost, kar je ključnega pomena za kakovostno obravnavo. Po drugi strani pa tudi pacienti poročajo o izrazitem čustvenem nihanju in psihofizičnem naporu ob soočanju z negotovostjo, zdravljenjem in spremembo vsakdana (kode: »sprememba vsakdana po diagnozi«, »psihološki vpliv bolezni«, »telesne posledice stresa«). Skladno s teorijo Marte Rogers se človek kot energij-

Tematski sklop	Koda	Primer citata
Narava dela in čustvena obremenjenost zdravstvenih delavcev	Multidisciplinarna obravnava	Vključena sem v multidisciplinarno obravnavo onkoloških pacientov.
	Čustvene zahteve dela	Zelo pomembna je čustvena zrelost in razvit profesionalen odnos do pacientov.
	Delo v različnih fazah bolezni	Vključena sem v delo s pacienti v vseh fazah diagnostike rakave bolezni.
	Vloga v komunikaciji diagnoze	Sodelujem pri sporočanju slabe novice skupaj z zdravnikom radiologom.
Stres in njegove posledice pri bolnikih in zdravstvenih delavcih	Izpostavljenost stresu pri delu	Menim, da smo vsakodnevno v večji ali manjši meri izpostavljene stresnim situacijam.
	Stres glede na delovno mesto	Odvisno od tega, na katerem delovišču znotraj oddelka smo razporejene.
	Strategije obvladovanja stresa (zdravstveni delavci)	Pomaga mi čuječa meditacija, ki jo izvajam vsaj 5-krat tedensko.
	Psihološki vpliv bolezni (pacient)	Včasih sem preplavljen z negativnimi mislimi, včasih pa poskušam ohranяти optimizem.
Vloga meditacije pri obvladovanju stresa	Meditacija kot redna praksa	Meditacije se poslužujem doma, običajno vsaj 5-krat tedensko.
	Vpliv meditacije na duševno zdravje	Meditacija mi je pomagala, da sem umiril svoje misli in začel obvladovati občutke.
	Težave na začetku prakse	Moje prve izkušnje z meditacijo niso bile takojšnje in enostavne.
	Dihalne vaje in druge tehnike	Preprosta tehnika, kot je dihanje v štirih delih - vdihni za štiri sekunde.
	Joga in narava kot podpora	Tudi joga in sprehodi v naravi so mi pomagali pri obvladovanju stresa.
Učinki sprostitvenih tehnik na psihofizično zdravje	Zmanjšanje telesne napetosti	Opazil sem manjšo napetost v ramenih, vratu in hrbtu.
	Izboljšanje spanja	Moji problemi s spanjem so se začeli izboljševati.
	Občutek kontrole	Meditacija mi je dala občutek, da imam kontrolo nad nečim v svojem življenju.
	Poudarek na sedanjosti	Meditacija vas lahko nauči, kako živeti v trenutku.
	Celostni pristop k zdravju	Kombinirajte meditacijo z drugimi tehnikami, kot so telesna aktivnost, prehrana, pogovori.

Tabela 1. Prikaz rezultatov obdelave podatkov, oblikovne kode in teme

sko polje nenehno odziva na vplive iz okolja (Alligood, 2017), kar pomeni, da mora biti tudi obravnava bolezni celostna – vključujoč telesno, čustveno in duhovno dimenzijo.

Oba intervjuvanca (medicinska sestra in pacient) omenjata meditacijo kot učinkovito strategijo za spoprijemanje s stresom. Intervjuvanka je poročala, da izvaja čuječo meditacijo petkrat tedensko (koda: »meditacija kot redna praksa«), kar ji pomaga pri vzdrževanju notranjega ravnovesja. Tudi pacient je kljub začetni skepsi postopoma razvil rutino meditacije in dihalnih vaj, s katerimi uspešno obvladuje stres, telesno napetost in motnje spanja (kode: »vpliv meditacije na duševno stanje«, »izboljšanje spanja«, »zmanjšanje telesne napetosti«). Znanstvena literatura tovrstne ugotovitve podpira, raziskave potrjujejo pozitivne učinke meditacije čuječnosti na zmanjševanje stresa, izgorelosti, anksioznosti in izboljšanje splošnega počutja (Garcia & DeMeyer, 2023). Tehnike, kot je 4-4-4 dihanje, ki jo je pacient posebej izpostavil (koda: »dihalne vaje in druge tehnike«), dokazano pomagajo pri regulaciji živčnega sistema in povečujejo prisotnost v trenutku.

Redna praksa meditacije in zavestna skrb za notranje ravnovesje predstavlja obliko aktivnega usmerjanja lastnega energijskega polja, ki lahko spodbuja harmonijo in izboljša posameznikovo prilagajanje na stresne spremembe. V primeru medicinske sestre to pomeni večjo profesionalno odpornost v primeru pacienta pa večje psihofizično blagostanje in občutek kontrole. Intervjuvanec pacient priporoča uporabo meditacije kot podporne tehnike tudi drugim pacientom (koda: »poudarek na sedanjosti«, »celostni pristop k zdravju«). Opozarja pa, da gre za dopolnilno, ne nadomestno tehniko, ki mora biti vključena v širši kontekst skrbi za zdravje – skupaj s telesno dejavnostjo, prehrano, čustveno podporo in zdravljenjem. Rogersova teorija tak pristop podpira kot obliko sinergičnega usklajevanja posameznika z njegovim okoljem (Alligood, 2022)

Omejitve raziskave

Izvedena sta bila poglobljena intervjuja, ki sicer pokažeta pogled v temeljna stališča, prepričanja, vrednote in izkušnje intervjuvanih, vendar podatkov ne moremo posploševati na širšo populacijo zdravstvenih delavcev in tudi ne pacientov.

ZAKLJUČEK

Rak močno vpliva na čustveno in psihološko stanje tako pacientov kot zdravstvenih delavcev. Onkološke medicinske sestre imajo ključno vlogo pri celostni oskrbi pacientov, vendar pri tem pogosto doživljajo visoko stopnjo stresa. Intervjuji so pokazali, da redna meditacija pomaga tako pacientom kot medicinskim sestram pri soočanju s stresom, izboljšuje čustveno stabilnost ter krepi občutek notranjega ravnovesja. V skladu s teorijo Marte Rogers meditacija spodbuja harmonijo med posameznikom in njegovim okoljem, zato predstavlja učinkovito podporo pri prilagajanju na izzive bolezni in dela. Zaradi njenih koristi bi bilo smiselno meditacijo bolj vključevati v proces zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work-E-book: nursing theorists and their work-e-book*. Elsevier Health Sciences.
2. Alligood, M. R. (Ed.). (2022). *Nursing theorists and their work (10th ed.)*. Elsevier.
3. Challinor, J. M., Alqudimat, M. R., Teixeira, T. O. & Oldenmenger, W. H. (2020). Oncology nursing workforce: challenges, solutions, and future strategies. *The Lancet Oncology*, 21(12), e564-e574.
4. Chu, B., Marwaha, K., Sanvictores, T., Awosika, A. O. & Ayers, D. (2024). *Physiology, stress reaction*. StatPearls Publishing.
5. Epel, E. S., Crosswell, A. D., Mayer, S. E., Prather, A. A., Slavich, G. M., Puterman, E. & Mendes E. B. (20218). More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 49, 146-169. doi: 10.1016/j.yfrne.2018.03.001
6. Garcia, B. & Demyer, E. S. (2023). *Mindfulness Meditation for Oncology Nurses*. <https://www.cancernursingtoday.com/post/mindfulness-meditation-for-oncology-nurses>.
7. Green, A. A. & Kinchen, E. V. (2021). The effects of mindfulness meditation on stress and burnout in nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 39(4), 356-368.
8. Iršič, M. (2021). *Obvladovanje stresa*. (str. 46-62). Ljubljana: Zavod Rakmo.
9. Lange, S. (2023). *From diagnosis through survivorship: Mindfulness can help people cope with cancer*. <https://www.ucla-health.org/news/article/diagnosis-through-survivorship-mindfulness-can-help-people>.
10. Li, Y., Yu, W., Li, L., Yao, Q., Jiang, K., Zhu, T. & Jiang, E. (2023). Oncology nursing on the move: a contemporary issue on Chinese oncology nursing in cancer care. *Frontiers in public health*, 11, 1061572.
11. Luquette, J. (2007). Stress, compassion fatigue, and burnout: Effective self-care techniques for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*. 34 (2). https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A14%3A21442014/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A28835245&crl=c&link_origin=scholar.google.com

12. Maskuri, S., Abdul Rasak, M. S., Alhabsyi, F. & Syam, H. (2022). Semi-structured Interview: A Methodological Reflection on the Development of a Qualitative Research Instrument in Educational Studies. *IOSR Journal of Research & Method in Education*. 12(1), 22-29. DOI: 10.9790/7388-1201052229
13. Mayo Clinic. (2023). *Meditation: A simple, fast way to reduce stress*. <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/meditation/in-depth/meditation/art-20045858>.
14. Ngamkham, S., Holden, J. E. & Smith, E. L. (2019). A systematic review: mindfulness intervention for cancer-related pain. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 6(2), 161-169.
15. Qualls, B. W., Payton, E. M., Aikens, L. G. & Carey, M. G. (2022). Mindfulness for outpatient oncology nurses: *A pilot study*. *Holistic Nursing Practice*, 36(1), 28-36.
16. Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., Offenbächer, M., Kohls, N. & Sirois, F. (2021). Effectiveness of progressive muscle relaxation, deep breathing, and guided imagery in promoting psychological and physiological states of relaxation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021(1), 5924040.

FIZIČNO IN PSIHIČNO NASILJE PACIENTOV NAD ZAPOSLENIMI NA URGENCI

Sebastjan Murko, dipl. zn.

dr. Tamara Štemberger Kolnik

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

sebaa.murko@gmail.com



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Urgentni centri so že sami po sebi zelo naporen prostor za opravljanje dela, ko pa dodamo nasilje, pa je vse skupaj še bolj stresno, težko in naporno. Poznamo več vrst nasilja, ki se izvaja nad zaposlenimi na urgenci. Splošno znano pa je, da je najbolj pogosto nasilje verbalno oziroma psihično nasilje. Druga najbolj pogosta vrsta, ki se pojavlja je fizično nasilje, ki se lahko kaže na več načinov. To vrsto nasilja najpogosteje kažejo pacienti, ki so bili pripeljani zaradi psihoaktivnih substanc oziroma kakšnih psihiatričnih težav.

Metoda: Naredili smo kvantitativno raziskavo z metodo anketiranja. Uporabili smo anketni vprašalnik z odprtimi in zaprtimi vprašanji. Opravili smo tudi pregled literature, podatke smo iskali po podatkovnih bazah PubMed, Science direct, Sage in dodatno v Google učenjak. Članke smo iskali znotraj 10 let v angleškem jeziku. V raziskavo smo vključili 9 člankov.

Rezultati: Podatke smo zbirali z anketnim vprašalnikom ter rezultate prikazali z grafi in tabelami. Sodelovalo je 28 anketirancev iz področja urgence (medicinske sestre, zdravstveni tehniki, administratorji, zdravniki, študenti).

Razprava: Nasilje nad zaposlenimi na urgenci je resen problem, ki ga povzročajo različni dejavniki, kot so prenatrpanost, dolge čakalne dobe, uporaba alkohola in drog ter psihiatrične motnje pacientov. Zaposleni so pogosto izpostavljeni verbalnemu in fizičnemu nasilju, pri čemer nasilje pogosto dojemajo kot del svojega poklica. Med glavnimi vzroki za nasilje so neustrezna organizacija dela, stresno okolje in slaba komunikacija.

Ključne besede: urgencia, zdravstveni delavci, agresija, verbalno nasilje, pacienti

ABSTRACT

Introduction: Emergency departments are inherently demanding work environments, and the presence of violence only adds to the stress and challenges faced by employees. Various forms of violence occur in emergency settings, with verbal or psychological violence being the most common. The second most frequent type is physical violence, which can manifest in different ways. This type of violence is most often exhibited by patients under the influence of psychoactive substances or those with psychiatric disorders.

Method: A quantitative study was conducted using a survey method. A questionnaire with both open and closed-ended questions was utilized. Additionally, a literature review was performed using databases such as PubMed, ScienceDirect, Sage, and Google Scholar. Articles published in English within the last ten years were included, resulting in the selection of nine articles for analysis.

Results: Data were collected through surveys, and the results were presented using graphs and tables. A total of 28 respondents from emergency departments participated, including nurses, technicians, administrative staff, doctors, and students.

Discussion: Violence against healthcare workers in emergency settings is a serious issue caused by factors such as overcrowding, long waiting times, substance abuse, and psychiatric disorders among patients. Employees are frequently exposed to verbal and physical violence, often perceiving it as an inevitable part of their profession. The main causes of violence include poor work organization, a high-stress environment, and inadequate communication.

Keywords: emergency department, healthcare workers, aggression, verbal violence, patients

1 TEORETIČNI DEL

Urgenca je na splošno naporen oddelek in tudi nepredvidljiv, saj običajno ne morete predvideti, katere bolnike boste videli čez dan. Vaša soba za nujne primere je morda prenatrpana ali noč poteka počasneje, vendar je še vedno pomembno, da so vsi zaposleni ustrezno pripravljeni na vstop pacientov na oddelek z različnimi težavami (Chazel, et al., 2023).

1.1 Nasilje nad zaposlenimi na urgenci

Nasilje temelji na neravnovesju moči med dvema ali več osebami ali skupinami. Običajno nasilje izvaja oseba, ki ima več moči, nad tisto, ki je ima manj. Moč lahko izhaja iz družbenega položaja, starosti, telesnih značilnosti, narodnosti, kognitivnih sposobnosti ali drugih dejavnikov (Chazel, et al., 2023). Oseba, ki izvaja nasilje, s svojimi dejanji posega v osebno integriteto žrtve in omejuje njen človeški potencial. Nasilja ne smemo enačiti s konflikti, saj gre za različna koncepta. Konflikti so naravni in pričakovani v vseh odnosih in se jih ni treba izogibati (Jerkič, et al., 2014).

Nasilje se pogosto pojavi kot telesno dejanje, kjer posameznik udari ali pljune na drugo osebo, kar lahko povzroči poškodbe. V hujših primerih se pacienti lahko poslužujejo uporabe orožja, pogosto pa pride do poškodb zaradi metanja predmetov (Enns, et al., 2016). Najpogostejše se uporablja bolnišnična oprema kot orožje. Telesno nasilje je resen problem v zdravstvenih ustanovah, kjer so zaposleni pogosto izpostavljeni takšnemu vedenju, zlasti v urgentnih centrih (Lim, et al., 2022).

Nasilje v urgentnih centrih je kompleksen problem, ki ga sprožajo različni dejavniki. Glavni povzročitelj nasilja je nepravilna komunikacija, ki prispeva k napetostim in konfliktom, ki se lahko razvijejo v nasilje. Naslednje je pomanjkanje zmogljivosti oziroma preobremenjenost urgentnih centrov in pomanjkanje kadra, ki lahko vodita do stresa in frustracije, ki se lahko izražata kot nasilje (d'Ettorre, et al., 2018). Dolge čakalne dobe lahko povzročijo nestrpnost in jezo pri pacientih in njihovih bližnjih, kar lahko vodi do agresivnega vedenja. Neskladje med pričakanji pacientov in dejanskimi zdravstvenimi storitvami lahko prispeva k nezadovoljstvu in nasilju (Martins Irvine, et al., 2024).

Nasilje na delovnem mestu je vedno večji problem saj nenehno narašča, potrebne so strategije za preprečevanje nasilja in obvladovanje negativnih posledic, ki jih medicinske sestre doživijo zaradi nasilnih dogodkov (Hakala, et al., 2020).

Nasilje na delovnem mestu ima uničujoče posledice za žrtve, sodelavce, delovno organizacijo in družbo kot celoto. Medicinske sestre pogosto pasivno sprejemajo nasilje kot del svojega dela, saj se kot začetnice bojijo spregovoriti o njem ob zaposlitvi, da ne bi sprožile novega vala nasilja (Yagil & Dayan, 2020). Pojavnost poškodb na področju zdravstva zaradi nasilja uporabnikov nad zdravstvenimi delavci, je tudi do trikrat večja v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami. Medicinske sestre na urgenci, so kar šestkrat bolj izpostavljene nasilju kot pa ostale medicinske sestre, na

splošno pa so medicinske sestre približno dvakrat bolj izpostavljene vsem vrstam nasilja v primerjavi z zdravniki. Zdravstveni delavci, izpostavljeni nasilju že od začetka, lahko postanejo neobčutljivi in ga sprejemajo kot nekaj samoumevnega, kar posledično povzroča tudi drugim, zavedno ali nezavedno (Hogarth, et al., 2016).

Nasilje v zdravstvu bi naj predstavljalo približno četrtno vsega nasilja na delovnem mestu. Nasilje močno vpliva na psihično in fizično zdravje medicinskih sester, kar jih zaznamuje za celo življenje (Yagil & Dayan, 2020). Nekatere delavke zaradi hudih motenj na duševnem področju končajo hospitalizirane v psihiatričnih bolnišnicah, medtem ko druge naredijo samomor zaradi pritiska. Žrtve nasilja se ne soočajo le s fizičnimi posledicami, temveč doživljajo tudi jezo, nemoč, brezup, depresijo in nezaupanje. Kljub sistemom poročanja, se številni incidenti sploh ne prijavijo, zaradi pomanjkanja zaupanja v sistem in strahu žrtv pred maščevanjem. Pomembno je začeti prepoznavati nasilje, kar je prvi korak k njegovi omejitvi z željo po odpravi (Martins Irvine, et al., 2024).

Potrebno je sistematično pridobljeno znanje, organizirano v celovit pregled in poznavanje razsežnosti, lokacije okoliščin, udeležencev in posledic nasilja v zdravstveni negi. Delo medicinskih sester je nasploh pogosto zelo tvegano, saj ni mogoče predvideti, kdaj se bo pojavilo psihično ali fizično nasilje (Enns, et al., 2016).

1.2 Psihično nasilje

Psihično nasilje je oblika nasilja, ki vključuje namerno uporabo moči brez fizične sile, pri čemer se uporabljajo besede ali dejanja, ki ponižujejo, razvrednotijo, prestrašijo ali škodujejo drugi osebi. To nasilje negativno vpliva na človekovo psiho, zmanjšuje samozavest, samospoštovanje in samopodobo žrtve (Jerkič, et al., 2014). Psihično nasilje lahko vključuje verbalno nasilje, ustvarjanje slabih mnenj na podlagi stereotipov, izsiljevanje, grožnje, prekomerno kritičnost, socialno izolacijo, poniževanje, ignoriranje in posesivnost (Bayram, et al., 2023).

Psihično nasilje je pogosto prisotno v različnih okoljih, vključno z delovnim mestom, kjer lahko vpliva na duševno, moralno in socialno blagostanje posameznika. Pomembno je, da se psihično nasilje prepozna in obravnava, saj lahko povzroči dolgoročne posledice za žrtve, kot so depresija, anksioznost in socialna izolacija (Enns, et al., 2016).

1.3 Fizično nasilje

Fizično nasilje v zdravstvenem okolju je opredeljeno kot vsaka uporaba fizične sile z namenom povzročiti bolečino, poškodbo ali drugo telesno trpljenje ali poškodbo. To vključuje udarce, klofutanje, brce, davljenje, potiskanje, metanje predmetov in ožiganje. Taka dejanja so storjena proti zdravstvenemu osebju s silo in proti njihovi volji (Beattie & Morphet, 2016). Fizično nasilje vpliva na žrtve, kar se kaže kot izguba samospoštovanja, samozavesti, avtonomije, povzroča strah, pomanjkanje energije, izolacijo, depresijo, občutek nemoči, težave s spominom, izgubo zaupanja, nemotiviranost in jok. V najhujših primerih lahko privede do zlomljenih kosti, splavov, trajne invalidnosti ali celo smrti (Lim, et al., 2022).

Cilj fizičnega nasilja je pridobiti, povečati ali dokazati moč nad žrtvijo, pri čemer je pomemben tudi element horizontalnega in vertikal-

nega nasilja. Fizično nasilje se pogosto začne z verbalno zlorabo, ki spodkopava posameznikovo dostojanstvo in varnost z žalitvami in poniževanjem. Stopnjevanje verbalne zlorabe vodi v fizični napad, kjer je lahko žrtev napadena tudi s strani več storilcev hkrati. Med najpogostejšimi oblikami fizičnega nasilja je obračunavanje s pestmi, med najhujše pa spada umor. Nasilje v urgentnih centrih je resen problem, ki vpliva na sposobnost zdravstvenega osebja pri zagotavljanju kakovostne oskrbe (Martins Irvine, et al., 2024).

1.4 Deeskalacijske tehnike

Deeskalacijske tehnike so se od prve omembe začele vse bolj poudarjati kot glavna intervencija za preprečevanje nasilja. Izvajajo se neposredno pred pacienti, ki so samoagresivni, heteroagresivni, agitirani ali kršijo pravila. Proučujejo se izključno na področju zdravstvene nege, predvsem v psihiatrični, pa tudi akutni in splošni obravnavi (Polit & Beck, 2017). Neposredni namen uporabe teh tehnik je zagotavljanje varnosti, zmanjšanje pacientove jeze in frustracij, omejevalnih in prisilnih ukrepov, zmanjšanje uporabe zdravil, izolacije ter nadaljnje eskalacije agresije. Dolgoročni vpliv je izboljšanje odnosa med pacientom in osebjem ter izboljšanje pacientovega samoobvladovanja (Hakala, et al., 2020).

1.5 Vzroki za nasilje

Primerov nasilja na delovnem mestu je iz leta v leto več. Za nastanek nasilja na delovnem mestu obstaja več različnih vzrokov, ki jih ne smemo iskati samo na eni strani, saj sta pri dejanju vedno prisotna tako napadalec kot žrtev. Potrebno je upoštevati kulturo organizacije, organizacijo dela in značilnosti žrtve ter napadalca (Yagil & Dayan, 2020). Čeprav je večina nasilnih dejanj nepredvidljivih, je pomembno prepoznati dejavnike tveganja za nasilje in omogočiti intervencijo, še preden se nasilje zgodi. Vse zdravstvene ustanove so izpostavljene nasilnim incidentom, vendar so nekatere bolj izpostavljene kot druge. Posebno pozornost je treba nameniti zdravstvenim zavodom na območjih z visoko stopnjo kriminala, gosto naseljenih predmestjih in majhnih, izoliranih mestih z malo zaposlenimi (Polit & Beck, 2021).

Pomembno je tudi spremljati delež visokih izostankov z dela zaradi bolezni in zgodovino nasilnih incidentov (Enns, et al., 2016). Pri prepoznavanju dejavnikov posameznika je pomembno, da se ne osredotočamo na anketiranje posameznikov kot storilcev, saj so storilci pogosto sami žrtve nasilja. Razloge za nasilno vedenje je treba iskati v možganih, saj so za modulacijo nasilnega vedenja odgovorna ključna področja v možganih (Jerkič, et al., 2014).

Nekatere oblike nasilja so povezane s spremenjeno zavestjo ali motnjo zavesti, zaradi česar pacienti drugače vrednotijo druge ljudi. Nasilnost se pojavlja tudi pri osebah, ki so opite ali pod vplivom prepovedanih substanc. Bolezni osrednjega živčevja lahko izzovejo večjo agresivnost pri posamezniku, ki se lahko stopnjuje do nasilnosti. Oblika vedenja pacienta se lahko izraža kot nasilje na izzivalne dražljaje okolja. Pomanjkanje komunikacije med medicinskimi sestrami in pacienti, nepravilna organizacija in neustrezni odnosi med zaposlenimi in pacienti so pogosto vzrok pacientovega nasilja na preveč polnih oddelkih (Chazel, et al., 2023). Vpliv okolja, kot so nasilje v otroštvu, domače nasilje, revščina ali ločitev staršev, povečuje nasilje posameznika. Socialni dejavniki, kot so neposredna

provokacija, frustracija ali televizijsko nasilje, lahko vpliva na mlajše ali otroke. Neprezračeni prostori, dolge čakalne vrste, osebje in svojci s pomanjkanjem pozornosti so okoliščine, ki lahko izzovejo nasilno vedenje (Enns, et al., 2016). Nasilje je lahko tudi izraz duševne motnje ali motnje zavesti, kjer se oseba pri običajnem dražljaju odzove sovražno. Dejavniki tveganja za nasilje so različni od bolnišnice do bolnišnice in v socialno varstvenih zavodih. Urgentna dejavnost je nasilju bolj izpostavljena, saj so urgentne ambulate vstopna točka vsem nenačrtovanim in nujnim primerom. Pogosto so prenapolnjene, čakalna doba je dolga, medicinske sestre pa so prvi kontakt pacientom v zdravstveni ustanovi (Polit & Beck, 2021). Medicinske sestre delujejo kot zunanji regulatorji, ki pomagajo pacientom doseči optimalno ravnotežje in stabilnost sistema vedenja. d'Ettorre, et al., (2018) so povzeli, da je za strateško reševanje nasilja potrebno usposabljanje zaposlenih o vzpostavljanju odnosa med zdravstvenimi delavci in pacienti, komunikacijskih veščinah ter v ravnotežju in prilagoditvi sistema njihovega vedenja. Intervencije v zdravstveni negi se osredotočajo na vzpostavitev ravnotežja preko ocene, popravljanja strukturnih komponent, regulatornih ukrepov in zagotavljanja funkcionalnih zahtev, kar zagotavlja okvir za študij prehodov in razumevanje, kako se posamezniki prilagajajo novim situacijam. Model obravnave pacienta po Dorothy E. Johnson, ki vključuje vedenjske sisteme je celovit okvir, ki združuje teorijo sistemov in razvojne perspektive za usmerjanje prakse, izobraževanja in raziskav v zdravstveni negi. Njegov poudarek na ravnotežju in prilagoditvi vedenja ga naredi dragoceno orodje za reševanje kompleksnih zdravstvenih problemov tudi na področju obravnave nasilja v zdravstveni negi (Polit & Beck, 2021).

1.6 Ukrepi za preprečevanje nasilja

Nasilje na delovnem mestu v zdravstvu ima škodljive posledice. V času pomanjkanja osebja in povečanega števila pacientov, je reševanje nasilja ključnega pomena. Izboljšanje ozaveščenosti o nasilju na delovnem mestu, zahteva skupno prizadevanje, podporo vodstva in delavcev (Martins Irvine, et al., 2024). Za izboljšanje delovnega okolja in preprečevanje socialne osamitve, so ključni preventivni ukrepi proti nasilju na delovnem mestu. Odsvetuje se čakanje delodajalcev na pritožbe žrtev, temveč proaktivni ukrep proti škodljivim delovnim razmeram (Chazel, et al., 2023).

Ker enoten pristop ne ustreza vsem okoljem, morajo zdravstvene ustanove oblikovati prilagojene programe za preprečevanje nasilja, ki temeljijo na smernicah organizacij. Ukrepi vključujejo upravljanje agresivnih pacientov, zagotavljanje fizične varnosti objektov, prenos nasilnih pacientov v varnejše enote, namestitve zaščitnih ovir, izvajanje posebnih varovalnih ukrepov in alarmnih sistemov (Lim, et al., 2022). Pomembni so tudi administrativni ukrepi, kot so politika ničelne tolerance do nasilja, sistemi poročanja, usposabljanje za reševanje konfliktov in podpora po incidentih, vključno s svetovanjem. Pomembno vlogo imajo tudi strokovne organizacije, ki podpirajo pobude za zmanjšanje nasilja, vključujejo klavzule o nesprejemljivosti nasilja v kodekse ravnanja, spodbujajo akreditacijske postopke za preprečevanje nasilja, vzpostavljajo nadzor nasilja in nudijo pravno pomoč žrtvam (d'Ettorre, et al., 2018).

Za preprečevanje nasilja nad zdravstvenimi delavci, je ključno prepoznavanje dejavnikov tveganja, kot so stresne situacije in

neposredna interakcija s pacienti in njihovimi družinami. Nujno potrebno je obravnavati nasilje, da bi zaščitili zdravstvene delavce in zagotovili kakovostno zdravstveno oskrbo (Hakala, et al., 2020).

1.7 Sodobna teorija zdravstvene nege

Dorothy E. Johnson je leta 1968 predstavila svoj model vedenjskega sistema, ki posameznika obravnava kot sistem vedenja, sestavljen iz ponavljajočih se, namernih in vzorčnih vedenj. Model vključuje sedem ključnih vedenjskih sistemov: povezovalni, ki zagotavlja socialno vključenost in varnost; odvlistnostni, osredotočen na pridobivanje pozornosti in podpore; prehranski, ki zadovoljuje potrebe po hrani in tekočinah; izločevalni, namenjen odstranjevanju odpadkov; seksualni, povezan s spolnim vedenjem; agresivno-zaščitni, ki ščiti pred škodo ter dosežkov, osredotočen na doseganje ciljev. Vsak od teh sistemov mora izpolnjevati tri funkcionalne zahteve: zaščito pred škodljivimi vplivi, negovanje za podporo in hranila ter stimulacijo za rast in razvoj. Neravnovesje v kateremkoli sistemu vodi v motnje, pri čemer medicinske sestre delujejo kot zunanji regulatorji, ki pomagajo ponovno vzpostaviti ravnotežje. Model temelji na teoriji sistemov, ki vključuje koncepta celostnosti in stabilizacije. Medicinske sestre lahko prilagodijo zunanje okolje za doseganje zdravstvenih ciljev. Model se uporablja v praksi, izobraževanju in raziskavah v zdravstveni negi ter poudarja pomen ravnotežja in prilagoditve vedenja za reševanje zdravstvenih težav. Raziskave so pokazale njegovo učinkovitost pri izboljševanju oskrbe bolnikov in njihovega zadovoljstva. (Lim, et al., 2022).

2 RAZISKOVALNI DEL

2.1 Namen in cilji raziskovanja

Namen raziskave je raziskati vpliv fizičnega in psihičnega nasilja pacientov na zaposlene na urgenci.

Cilji, ki smo si jih zastavili, so:

- pregledati, analizirati in sintetizirati znanstveno in strokovno literaturo s področja vpliva fizičnega in psihičnega nasilja pacientov na zaposlene na urgenci;
- ugotoviti, kako pogosto je fizično in psihično nasilje pacientov nad zaposlenimi na urgenci;
- ugotoviti, kateri dejavniki prispevajo k povečanju nasilja, ki ga pacienti izvajajo nad zaposlenimi na urgenci
- in kateri ukrepi bi lahko zmanjšali nasilje, ki ga izvajajo pacienti nad zaposlenimi na urgenci.

2.2 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

Zastavili smo si raziskovalna vprašanja:

- RV 1: Kako pogosto se fizično in psihično nasilje s strani pacientov pojavlja nad zaposlenimi na urgenci?
- RV 2: Kateri dejavniki prispevajo k povečanju nasilja pacientov nad zaposlenimi na urgenci?
- RV 3: Kateri ukrepi bi lahko zmanjšali ali preprečili nasilje pacientov nad zaposlenimi na urgenci?

2.3 Raziskovalna metodologija

2.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskovalnem delu smo objektivno proučevali raziskovalni problem. Podatke smo pridobili z metodo anketiranja s spletnim vprašalnikom, kar nam je bilo izhodišče za nadaljnjo obdelavo podatkov.

2.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov bomo uporabili merski instrument v obliki vprašalnika. Vprašalnik smo izdelali s pomočjo pregleda domače in tuje znanstvene in strokovne literature, ki smo jih pridobili iz bibliografskih baz (PubMed, Science direct, Sage in dodatno v Google učenjak), vključili pa smo tudi spremenljivke, ki smo jih povzeli iz lastnih izkušenj pri delu.

Vprašalnik, ki smo ga oblikovali, je vseboval 28 vprašanj. Splošni del, kjer so bila vprašanja o starosti, spolu, izobrazbi in delovnih izkušnjah je vseboval 4 vprašanja zaprtega tipa. Nato so sledila vprašanja na temo pacientov in nasilja z več možnimi odgovori. Zadnji 2 vprašanja sta govorili o najpomembnejših dejavnikih, ki prispevajo k nasilju pacientov in najpomembnejših ukrepih za zmanjševanje nasilja v delovnem okolju. Ti 2 vprašanja sta bili odprtega tipa, saj so lahko anketiranci odgovorili s svojimi besedami. Notranja zanesljivost je zadovoljiva, če Cronbachov koeficient alfa znaša $> 0,7$. Vprašalnik je bil validiran, Cronbach koeficient alfa je znašal 0,86.

2.3.3 Opis vzorca

V kvantitativnem delu raziskave smo uporabili namenski vzorec. Vključevalna merila so zajela zaposlene na urgenci (medicinske sestre, tehnike, administratorje, zdravnike, študente). V raziskavi je sodelovalo 28 anketirancev, ki so zaposleni ali opravljajo študentsko delo v urgentni dejavnosti v Sloveniji. Prevladujoča starostna skupina anketirancev je bila med 25 in 28 let. Sodelovalo je 75 % žensk in 25 % moških. Največ anketirancev je imelo dokončano visokošolsko izobrazbo prve stopnje.

2.3.4 Postopek zbiranja podatkov

Podatke smo zbirali meseca februarja 2025. Anketirancem smo poslali povezavo do anketnega vprašalnika in jim tudi razložili, da je izpolnjevanje anketnega vprašalnika povsem prostovoljno in, da lahko kadarkoli prenehajo. Po končanem zbiranju podatkov smo naredili še analizo.

2.3.5 Postopek analize podatkov

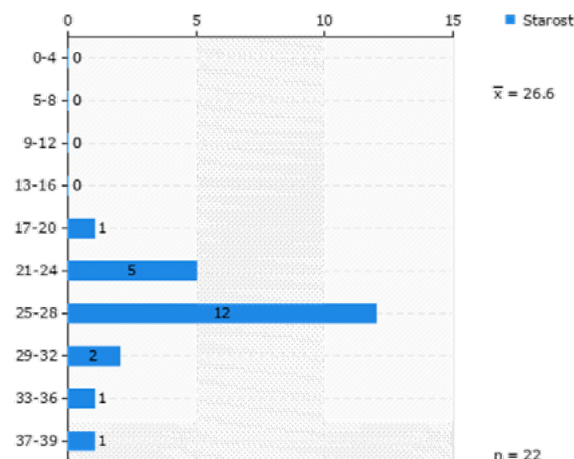
Podatke smo zbirali, analizirali in interpretirali s pomočjo programa 1KA. Anketni vprašalnik smo poslali ciljni populaciji preko elektronske pošte in socialnih omrežij. Uporabili smo deskriptivno ali opisno metodo in podatke pridobljene z anketnim vprašalnikom prikazali v obliki grafov in tabel.

2.4 Etični vidik

Preden smo začeli z raziskavo, smo zaprosili za etično soglasje. V raziskavi smo upoštevali načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2022), načela Ovijske konvencije (Council of Europe, 1997) in načela Helsinško-Tokijske deklaracije (World Health Organization [WHO], 2001). Vse udeležence, ki so sodelovali v raziskavi smo seznanili s tem, da je sodelovanje prostovoljno in

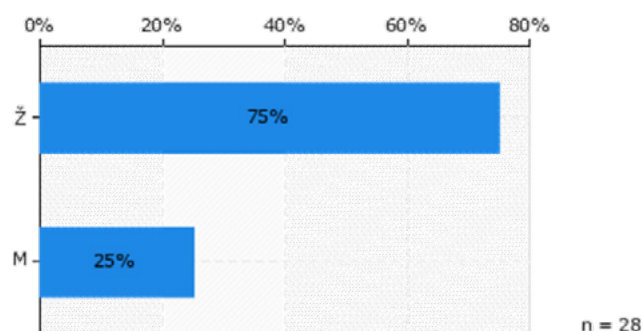
anonimno, prav tako je sodelovanje v raziskavi bilo možno prekiniti vsak trenutek. Udeleženci so bili seznanjeni z načelom zaupnosti in varovanjem osebnih podatkov. Vsi pridobljeni rezultati so se uporabili izključno v raziskovalne namene.

3 REZULTATI



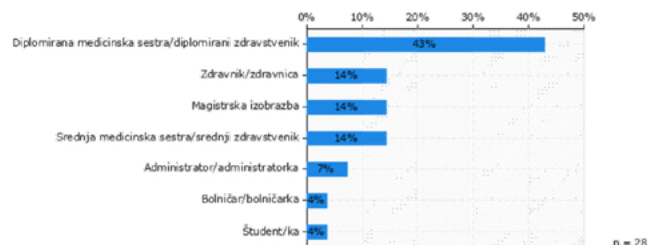
Graf 1. Starost udeležencev v raziskavi

Graf 1 prikazuje razporeditev udeležencev raziskave po starosti. Na x-osi so označene različne starostne skupine, na y-osi pa je prikazano število oseb v vsaki starostni skupini. Na grafu je razvidno, da prevladuje starostna skupina med 25 in 28 leti. Ta skupina predstavlja največji delež udeležencev, kar nakazuje na to, da je bila raziskava usmerjena v mlajšo odraslo populacijo.



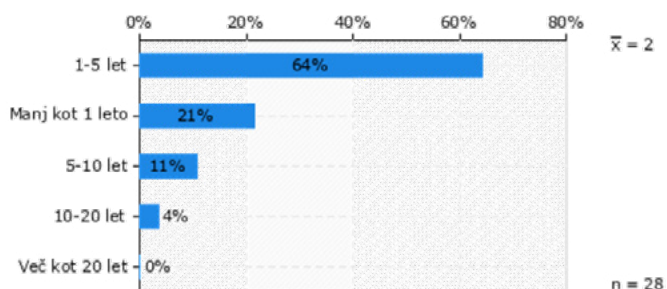
Graf 2. Spol anketirancev

Graf 2 prikazuje razporeditev spolov v raziskavi. Na grafu je razvidno, da v raziskavi prevladujejo ženske, ki predstavljajo 75 % udeležencev, medtem ko moški predstavljajo preostalih 25 %. Prevladujoča prisotnost žensk v raziskavi nakazuje na to, da je vzorec bolj žensko usmerjen.



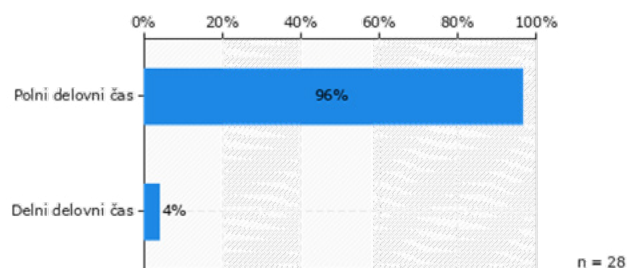
Graf 3. Izobrazba anketiranih zaposlenih na urgenci

Graf 3 prikazuje razporeditev zdravstvenih delavcev v raziskavi glede na izobrazbo. Na x-osi so označene različne stopnje izobrazbe, na y-osi pa je prikazan % oseb v vsaki kategoriji. Na grafu je razvidno, da prevladujejo diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirani zdravstveniki (43 %), na drugem mestu so zdravniki (14 %), sledijo tisti z magistrsko izobrazbo (14 %) in srednje medicinske sestre oziroma srednji zdravstveniki (14 %), nato sledijo administratorji oziroma administratorke (7 %), za njimi bolničarji oziroma bolničarke (4 %) in študenti oziroma študentke (4 %). Graf jasno ponazarja, da so diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirani zdravstveniki prevladujoča skupina zdravstvenih delavcev v raziskavi, kar nakazuje na večjo možnost izpostavljenosti nasilja na delovnem mestu.



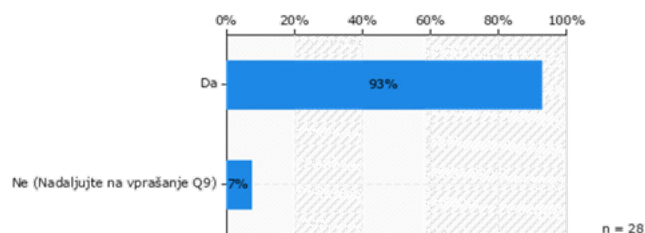
Graf 4. Število anketirancev glede na leta delovnih izkušenj

Graf 4 prikazuje število anketirancev glede na leta delovnih izkušenj, pri čemer x-os predstavlja kategorije let delovnih izkušenj, y-os pa % anketiranih zaposlenih. Na grafu je razvidno, da prevladujejo anketiranci, ki imajo 1-5 let delovnih izkušenj (64 %), na drugem mestu so tisti, ki imajo manj kot 1 leto delovnih izkušenj (21 %), sledijo anketiranci s 5-10 let delovnih izkušenj (11 %), najmanj pa je tistih, ki imajo med 10 in 20 let delovnih izkušenj (4 %), pri čemer lahko sklepamo, da je na urgenci zaposlena mlajša populacija.



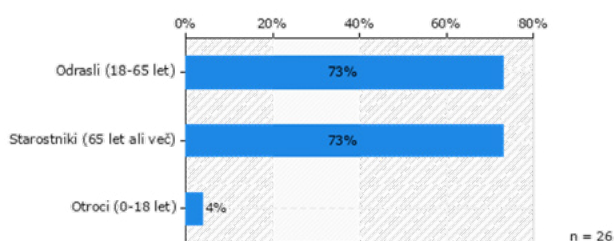
Graf 5. Polni in delni delovni čas anketirancev

Graf 5 prikazuje razporeditev anketirancev glede na polni in delni delovni čas. Najbolj zanimivo je, da kar 96 % anketirancev dela polni delovni čas in le 4 % delni delovni čas, kar nakazuje na prevladujočo normo v delovnem okolju.



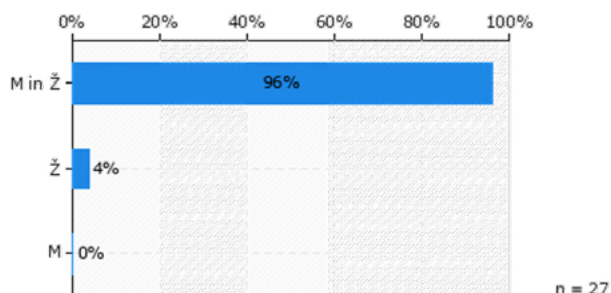
Graf 6. Stik s pacienti med delovnim časom

Graf 6 prikazuje, da je kar 93 % anketirancev v stiku s pacienti med delom, in le 7 % jih ni, kar nakazuje na visoko stopnjo neposredne interakcije s pacienti na urgenci



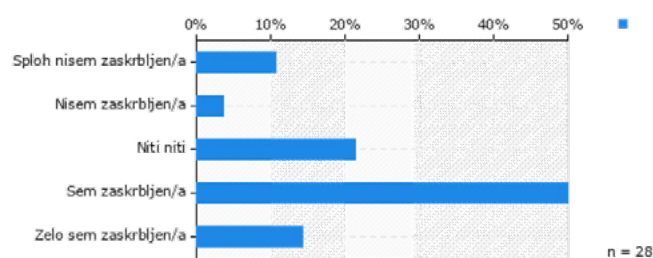
Graf 7. Starostna skupina pacientov, s katerimi so anketiranci največ v stiku

Graf 7 prikazuje starostno razporeditev pacientov, pri čemer x-os predstavlja starostne skupine, y-os pa % anketirancev, ki so največ v stiku s posamezno starostno skupino. Vidimo, da prevladujejo pacienti, stari med 18 in 65 let, ter starostniki, stari nad 65 let. Oboji predstavljajo 73 % populacije pacientov, ki so obravnavani na urgenci, najmanj pa je otrok do 18 let (4 %), pri čemer lahko sklepamo, da na urgenco hodi v večini odrasla populacija.



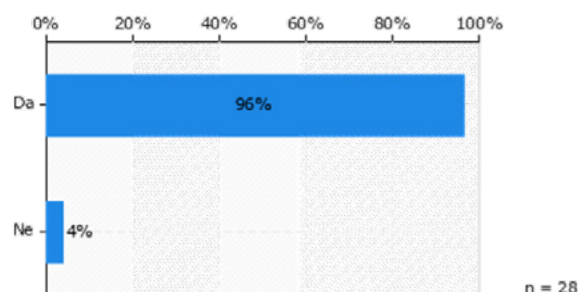
Graf 8. Spol pacientov, s katerimi so anketiranci največ v stiku

Graf 8 prikazuje, da je delež moških in ženskih pacientov v veliki večini enak (96 %), kar nakazuje na uravnoteženost v zdravstveni oskrbi glede na spol.



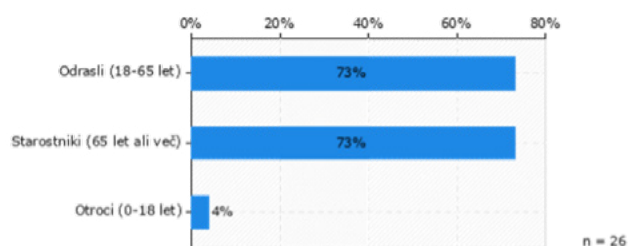
Graf 9. Stopnja zaskrbljenosti glede na nasilje na delovnem mestu

Graf 9 prikazuje stopnjo zaskrbljenosti anketirancev glede nasilja na delovnem mestu. Večina anketirancev je odgovorila s »Sem zaskrbljen/a« (50 %), nato z »Niti niti« (21 %), z »Zelo sem zaskrbljen/a« (14 %), s »Sploh nisem zaskrbljen/a« (11 %) in najmanj z »Nisem zaskrbljen/a« (4 %), kar nakazuje na potrebo po ukrepih za izboljšanje varnosti na delovnem mestu.



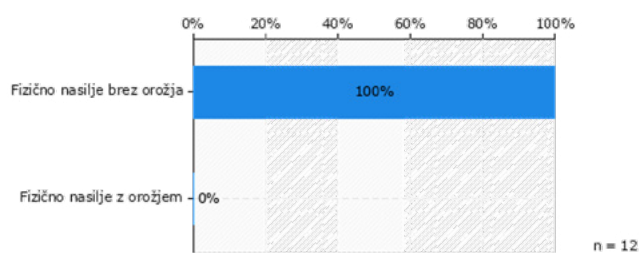
Graf 10. Obstoj postopkov za poročanje o nasilju na delovnem mestu

Graf 10 prikazuje obstoj postopkov za poročanje o nasilju na trenutnem delovnem mestu anketirancev. Razvidno je, da jih je večina odgovorila z »Da« (96 %), ostali pa z »Ne« (4 %), kar kaže na dobro organizirano delovno okolje z uveljavljenimi mehanizmi za obravnavo nasilja.



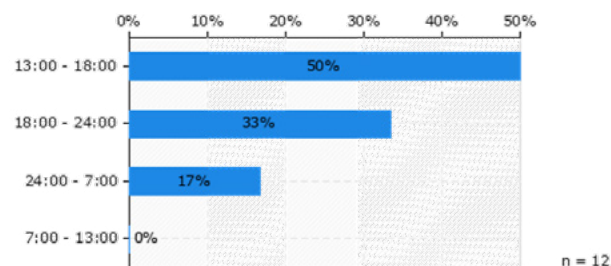
Graf 11. Stik anketirancev s fizičnim nasiljem v zadnjih 12 mesecih

Graf 11 prikazuje stik s fizičnim nasiljem na delovnem mestu anketirancev v zadnjih 12 mesecih. Razvidno je, da je 43 % anketirancev odgovorilo z »Da«, 57 % pa z »Ne«, kar kaže na pomemben problem varnosti zaposlenih v zdravstvu in poudarja potrebo po dodatnih ukrepih za izboljšanje varnosti in zaščite na delovnem mestu.



Graf 12. Oblika fizičnega nasilja v zadnjih 12 mesecih

Graf 12 prikazuje, da so vsi anketiranci, ki so doživeli fizični napad pacientov, poročali, da je bil incident brez uporabe orožja, kar nakazuje, da so napadi večinoma spontani in brez predhodnega načrta, kar lahko vpliva na načine preprečevanja in reagiranja na take incidente.



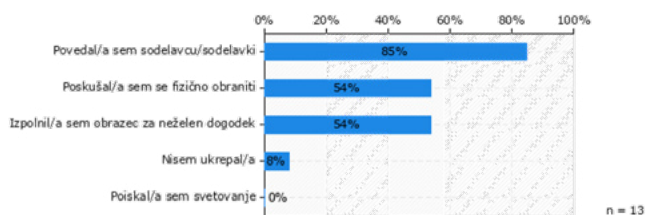
Graf 13. Čas incidenta fizičnega nasilja v zadnjih 12 mesecih

Graf 13 prikazuje čas incidenta. Razvidno je, da se je polovica fizičnih napadov zgodila med 13. in 18. uro (50 %), nekaj se jih je zgodilo med 18. in 24. uro (33 %), preostali pa med 24. in 7. uro (17 %), kar kaže, da so najbolj kritična obdobja v dnevu za varnost zaposlenih v poznem popoldnevu in zgodnjem jutru, kar bi lahko kazalo na povečano napetost v nočnih izmenah.

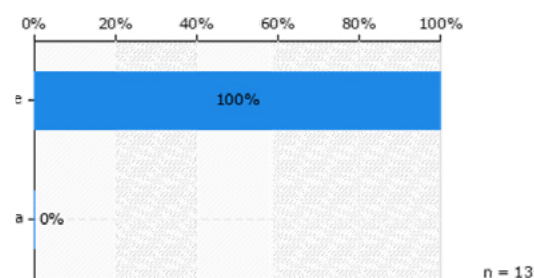
Q14	Kateri dan v tednu se je ta incident zgodil?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	Vikend	1	4 %	10 %	10 %
	Sreda	2	7 %	20 %	30 %
	Torek	1	4 %	10 %	40 %
	Petek	2	7 %	20 %	60 %
	Ne vem	1	4 %	10 %	70 %
	Ne vem točno	1	4 %	10 %	80 %
	Vse dni	1	4 %	10 %	90 %
	Nedelja	1	4 %	10 %	100 %
Veljavni	Skupaj	10	36 %	100 %	
Manjkajoči	-1 (Ni odgovoril)	18	64 %		
	Skupaj	18	64 %		
	SKUPAJ	28	100 %		

Tabela 1. Dan dogodka incidenta

Tabela 1 prikazuje odgovore tistih anketirancev, ki so bili fizično napadeni brez orožja, zanimalo pa nas je, kateri dan se je napad pojavil. Iz Tabele 1 razberemo, da so odgovori zelo različni, po čemer lahko sklepamo, da se lahko napad pojavi katerikoli dan v tednu.

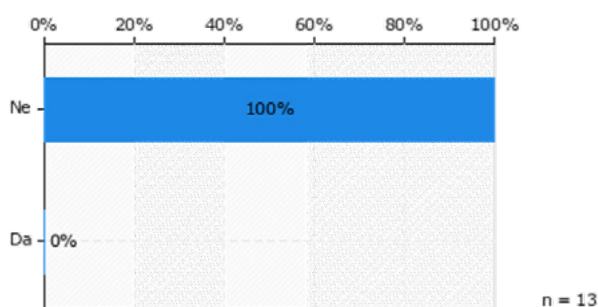


Graf 14. Odziv anketirancev po fizičnem napadu pacienta



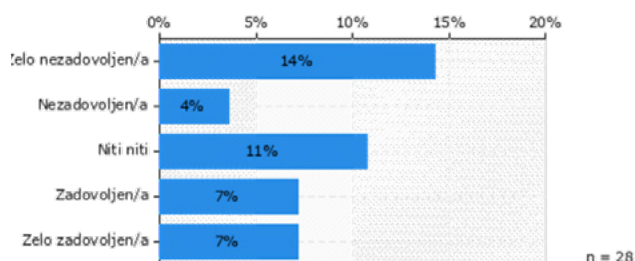
Graf 15. Poškodba anketirancev med incidentom

Na grafu 15 je razvidno, da so vsi anketiranci odgovorili, da niso bili poškodovani med incidentom fizičnega napada s strani pacientov.



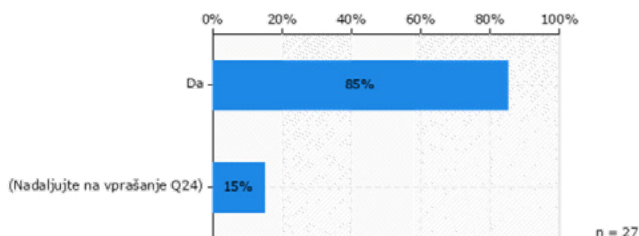
Graf 16. Prosti dan po incidentu

Na grafu 16 je razvidno, da so vsi anketiranci odgovorili, da po incidentu niso potrebovali prostega dne.



Graf 17. Zadovoljstvo anketirancev z obravnavo incidenta fizičnega napada

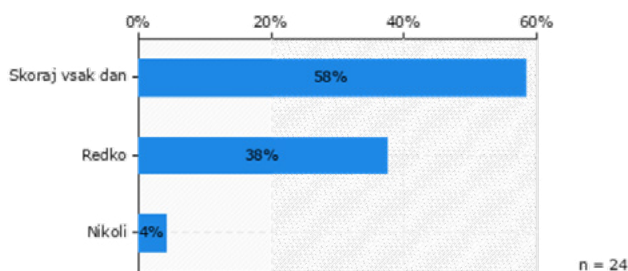
Na grafu 17 je razvidno zadovoljstvo anketirancev z obravnavo incidenta. 14 % jih je odgovorilo z »Zelo nezadovoljen«, 4 % z »Nezadovoljen«, 11 % z »Niti niti«, 7 % z »Zadovoljen« in 7 % z »Zelo zadovoljen«, pri čemer lahko sklepamo, da velik delež anketirancev ni bilo zadovoljnih z obravnavo incidenta, kar nakazuje, da obstaja prostor za izboljšave procesov in obravnave takšnih dogodkov na urgenci.



Graf 18. Stik anketirancev z verbalnim nasiljem v zadnjih 12 mesecih

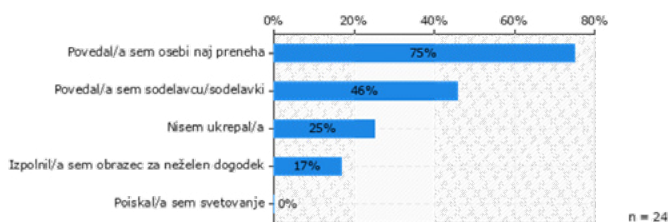
Na grafu 18 je razvidno, da le 15 % anketirancev v zadnjih 12 mesecih ni bilo verbalno napadenih in kar 85 % anketirancev se izkaže za tiste, ki so bili v zadnjih 12 mesecih verbalno napadeni na delovnem mestu s strani pacientov. Ta visoka stopnja verbalnih napadov kaže na resno problematiko, ki vpliva na psihično in fizično blagos-

tanje zdravstvenih delavcev na urgenci. To nakazuje na potrebo po uvedbi učinkovitih strategij za preprečevanje in obravnavo takšnih incidentov ter zagotavljanje varnega okolja.



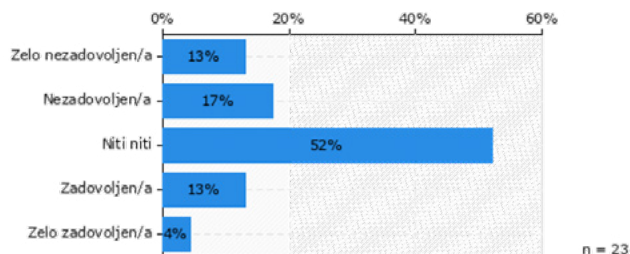
Graf 19. Pogostost verbalnega napada pacientov nad anketiranci v zadnjih 12 mesecih

Na grafu 19 je razvidno, da je 38 % anketirancev odgovorilo, da so bili v zadnjih 12 mesecih redko verbalno napadeni s strani pacientov, kar 58 % pa je odgovorilo s »Skoraj vsak dan«, po čemer lahko sklepamo, da ta visoka frekvenca verbalnih napadov kaže na kronično problematiko, ki lahko ima resne posledice za psihično in fizično zdravje zdravstvenih delavcev na urgenci.



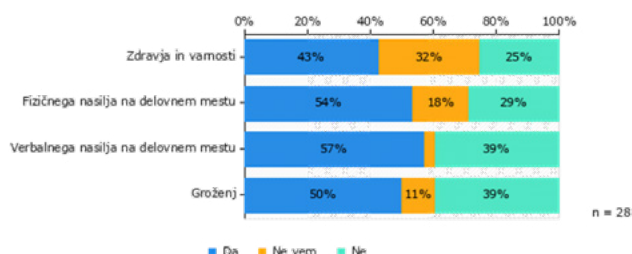
Graf 20. Odziv anketirancev na verbalni napad pacientov

Na grafu 20 je razvidno, kako so se anketiranci odzvali na incident verbalnega nasilja s strani pacientov v zadnjih 12 mesecih. Možnih je bilo več odgovorov. 75 % anketirancev je odgovorilo, da so povedali pacientu oziroma pacientki naj preneha, 46 % jih je povedalo sodelavcu oziroma sodelavki, 25 % anketirancev ni ukrepalo, 17 % pa jih je izpolnilo obrazec za neželen dogodek.



Graf 21. Zadovoljstvo anketirancev z obravnavo incidenta verbalnega napada pacientov

Na grafu 21 je razvidno, da je kar 52 % anketirancev izrazilo nevravno stališče (»Niti niti«), glede zadovoljstva s tem, kako je bil incident obravnavan. 13 % anketirancev je odgovorilo z »Zelo nezadovoljen«, 17 % z »Nezadovoljen«, 13 % z »Zadovoljen« in 4 % z »Zelo zadovoljen«, po čemer lahko sklepamo, da obstaja prostor za izboljšanje komunikacije in podpore pri obravnavi incidentov, saj so nekateri anketiranci bili zadovoljni, medtem ko so drugi ostali brez jasne podpore ali prilagoditve njihovim potrebam.



Graf 22. Možnost izvedbe posebnih ukrepov na delovnem mestu glede incidenta

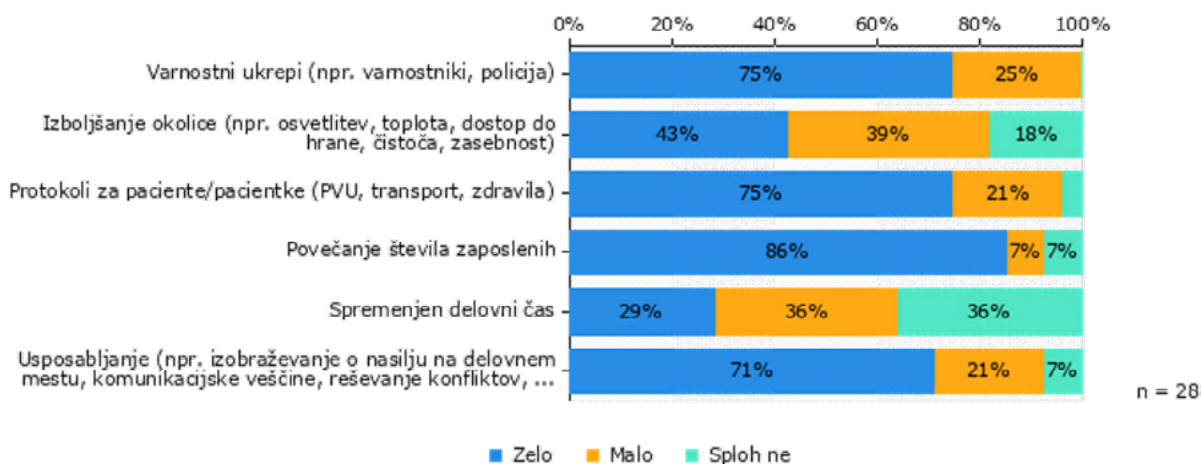
Na grafu 22 je razvidno, ali je delodajalec anketirancem omogočil posebne ukrepe glede zdravja in varnosti na delovnem mestu. 43 % anketirancev je odgovorilo z »Da«, 32 % z »Ne vem« in 25 % z »Ne«. Glede omogočanja posebnih ukrepov glede fizičnega nasilja na delovnem mestu je 54 % anketirancev odgovorilo z »Da«, 18 % z »Ne vem« in 29 % z »Ne«. Glede omogočanja posebnih ukrepov v zvezi z verbalnim nasiljem na delovnem mestu je 57 %

anketirancev odgovorilo z »Da«, 4 % z »Ne vem« in 39 % z »Ne«. Kar se tiče omogočanja posebnih ukrepov glede groženj, je 50 % anketirancev odgovorilo z »Da«, 11 % z »Ne vem« in 39 % z »Ne«. To nakazuje na potrebo po izboljšanju komunikacije in zagotavljanju jasne podpore za zdravstvene delavce, ki so bili vpleteni v incidente.



Graf 23. Posebni ukrepi glede incidenta, ki so na voljo anketirancem na delovnem mestu

Na grafu 23 je razvidno, da so anketiranci kot ukrepe za obvladovanje nasilja na delovnem mestu najpogosteje 96 % navedli varnostne ukrepe, nato protokole za paciente oziroma pacientke 68 %, nato usposabljanje 50 %, izboljšanje okolice 21 %, povečanje števila zaposlenih 14 % in na koncu spremenjen delovni čas 7 %. Ta rezultat kaže, da se zdravstveni delavci zanašajo predvsem na prisotnost zunanjih varnostnih služb, kar lahko nakazuje na pomanjkanje notranjih ukrepov za preprečevanje nasilja na delovnem mestu.



Graf 24. Koristnost posebnih ukrepov, glede nasilja na delovnem mestu

Na grafu 24 je razvidno mnenje anketirancev o koristnosti posameznih ukrepov na delovnem mestu. 75 % jih je odgovorilo, da so varnostni ukrepi zelo koristni, 25 % pa da malo. 43 % anketirancev je odgovorilo, da je izboljšanje okolice zelo koristno, 39 % da je malo in 18 % pa da sploh ni koristno. 75 % anketirancev je odgovorilo, da so protokoli za paciente zelo koristni, 21 % da so malo, 4 % pa da sploh niso koristni. 86 % anketirancev meni, da je povečanje števila

zaposlenih zelo koristno, 7 % da malo in 7 % da sploh ni koristno. 29 % anketirancev je odgovorilo, da je spremenjen delovni čas zelo koristen, 36 % da je malo in 36 % da sploh ni koristen. 71 % anketirancev je odgovorilo, da je usposabljanje zelo koristno, 21 % da je malo in 7 % da sploh ni koristno. Ta rezultat kaže, da obstaja splošno prepričanje, da bi kombinacija teh ukrepov lahko učinkovito zmanjšala tveganje nasilja in izboljšala celotno delovno okolje.

Q27

Po vašem mnenju, kateri je najpomembnejši dejavnik, ki prispeva k nasilju pacientov (1 razlog zakaj menite, da so pacienti nasilni)?

Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
Čakalne vrste.	1	4 %	4 %	4 %
Čakanje.	1	4 %	4 %	8 %
Čakanje na obravnavo.	1	4 %	4 %	12 %
Dolgi čakalni časi.	1	4 %	4 %	16 %
Časovni vidik čakanja na obravnavo.	1	4 %	4 %	20 %
Predolge čakalne vrste.	1	4 %	4 %	24 %
Alkohol, droge.	2	7 %	8 %	32 %
Eden glavnih razlogov za nasilje pacientov je stres, povezan z bolečino, dolgotrajnim čakanjem ali občutkom, da njihovi problemi niso ustrezno obravnavani. ko pacienti izgubijo občutek nadzora nad svojo situacijo, lahko frustracija preraste v agresivno vedenje.	1	4 %	4 %	36 %
Fizicno nasilje: je razlog alkohol, verbalno nasilje: je razlog dolgih čakalnih dob oziroma nezadovoljstva z zdravstvenim sistemom.	1	4 %	4 %	40 %
Nepotrpežljivost in nevednost stanja.	1	4 %	4 %	44 %
Dolge čakalne vrste, slaba dostopnost do primarnega zdravstva.	1	4 %	4 %	48 %
Čakalna vrsta v urgentnem centru.	1	4 %	4 %	52 %
Nepotrpežljivost.	2	7 %	8 %	60 %
Zaradi čakanja na prosto posteljo na oddelkih.	1	4 %	4 %	64 %
Čakalna vrsta/čakanje na zaključek obravnave.	1	4 %	4 %	68 %
Dolge čakalne vrste, intoksikacije z drogami in alkoholom.	1	4 %	4 %	72 %
Ker mislijo, da lahko, ker ni posledic.	1	4 %	4 %	76 %
Nerazrešena kognitivno-čustvena disonanca v kontekstu percepcije avtoritete.	1	4 %	4 %	80 %
Pacienti pod vplivom ali taki z duševno boleznijo.	1	4 %	4 %	84 %
Nestrpnost.	1	4 %	4 %	88 %
Zaradi bolezni.	1	4 %	4 %	92 %
Alkohol, droge, travme.	1	4 %	4 %	96 %
Trenutna zdravstvena stiska.	1	4 %	4 %	100 %
Veljavni	Skupaj	25	89 %	100 %
Manjkajoči	-1 (Ni odgovoril)	3	11 %	
	Skupaj	3	11 %	
	SKUPAJ	28	100 %	

Tabela 2. Najpomembnejši dejavnik, ki prispeva k nasilju pacientov na delovnem mestu

V Tabeli 2 je razvidno, da je najpomembnejši dejavnik, ki prispeva k nasilju pacientov dolga čakalna vrsta. Ta rezultat kaže, da anketiranci povezujejo nasilje pacientov z organizacijskimi dejavniki, kot so preobremenjenost in pomanjkanje dostopnosti zdravstvene oskrbe, kar lahko vodi do občutkov frustracije in nasilja pri pacientih. To nakazuje na potrebo po izboljšanju organizacijskih postopkov in zagotavljanju hitrejšega dostopa do zdravstvene oskrbe, da bi se zmanjšala verjetnost nasilja na delovnem mestu.

V Tabeli 3 je razvidno, da večina anketirancev meni, da so najpomembnejši ukrepi za zmanjšanje nasilja na delovnem mestu prisotnost policije, varnostnikov in uvedba denarnih kazni za kršitelje. Ta rezultat kaže, da anketiranci poudarjajo pomembnost zunanjih varnostnih ukrepov in sankcij za preprečevanje nasilja. To nakazuje na potrebo po izboljšanju sodelovanja z varnostnimi službami in uvedbi strožjih sankcij za nasilje, kar bi lahko prispevalo k zmanjšanju incidentov in izboljšanju varnosti zdravstvenih delavcev.

4 RAZPRAVA

Nujna medicinska pomoč je osrednji del zdravstvenega sistema. Pomeni takojšnjo oceno stanja in oskrbo, povezano z akutno boleznijo, poškodbo ali poslabšano kronično boleznijo. Ocenjuje se, da je približno tretjina pacientov, zdravljenih v urgentnih centrih, pod vplivom alkohola ali drugih opojnih snovi. Splošni razlogi, zakaj pacienti, ki so pod vplivom alkohola, pridejo v nujno medicinsko pomoč, so fizične težave, nesreče ali psihiatrične motnje (Hakala, et al., 2020), (Chazel, et al., 2023).

RV 1: Kako pogosto se fizično in psihično nasilje s strani pacientov pojavlja nad zaposlenimi na urgenci?

Zaposleni na urgenci so zelo izpostavljeni tveganju za nasilje zaradi številnih dejavnikov, tudi zaradi povečanega števila pacientov in obiskovalcev, ki uživajo droge in alkohol ali imajo psihiatrične

Q28

Po vašem mnenju, kateri je najpomembnejši ukrep, za zmanjšanje nasilja v vašem delovnem okolju?

Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
Prisotnost policije.	2	7 %	9 %	9 %
Policija.	1	4 %	4 %	13 %
Komunikacija.	2	7 %	9 %	22 %
Poskušamo se pogovoriti, pvu, varnostnik/policija.	1	4 %	4 %	26 %
Paciente čimprej spraviti na oddelke!	1	4 %	4 %	30 %
Kontinuiran razvoj čustvene inteligence.	1	4 %	4 %	35 %
Povečanje kadra.	1	4 %	4 %	39 %
Usposobljeni varnostniki.	1	4 %	4 %	43 %
Sprememba zdravstvenega sistema in visoka finančna ter zaporna kazen za kršitelje.	1	4 %	4 %	48 %
Strogo kaznovanje kršiteljev in ničelna tolerance.	1	4 %	4 %	52 %
Prisotnost varnostnikov, usposabljanje osebja.	1	4 %	4 %	57 %
Prisotnost varnostne službe.	1	4 %	4 %	61 %
Npr. če zdravstveni delavci namenijo dovolj časa razlagi postopkov in prisluhnejo pacientovim skrbem, lahko bistveno zmanjšajo možnost konfliktov.	1	4 %	4 %	65 %
Varnostna služba.	1	4 %	4 %	70 %
Zdravila.	1	4 %	4 %	74 %
Deskalacijske tehnike.	1	4 %	4 %	78 %
Sprememba zakona - da je za nasilje nad delavci v zdravstvu denarna globa.	1	4 %	4 %	83 %
Komunikacijske veščine, deeskalacijske tehnike.	1	4 %	4 %	87 %
Pvu, sedativi.	1	4 %	4 %	91 %
Ozaveščanje in izobraževanje.	1	4 %	4 %	96 %
Izboljšanje komunikacije med pacienti in zdravstvenim osebjem.	1	4 %	4 %	100 %
Veljavni	Skupaj	23	82 %	100 %
Manjkajoči	-1 (Ni odgovoril)	5	18 %	
	Skupaj	5	18 %	
	SKUPAJ	28	100 %	

Tabela 3. Najpomembnejši ukrep, ki zmanjšuje nasilje na delovnem mestu

motnje ali demenco (Enns, et al., 2016). Poleg tega se urgentni centri soočajo s prenatrpanostjo in dolgotrajnimi čakalnimi dobami za paciente in njihove svojce, kar povzroča stres tistim, ki se že sicer težko spopadajo s svojimi situacijami (Chazel, et al., 2023).

Nasilje v bolnišnicah, zlasti na urgentnih oddelkih, je tako pogosto, da veliko zdravstvenih delavcev, še posebej medicinskih sester, meni, da je to preprosto del poklica (Martins Irvine, et al., 2024).

Nasilje nad zdravstvenimi delavci, zlasti na urgenci, je resen problem, ki se pogosto pojavlja v zdravstvenih ustanovah. Raziskave kažejo, da je več kot polovica zaposlenih v zdravstveni negi doživela nasilje na delovnem mestu, pri čemer je najpogostejša oblika nasilja verbalno nasilje (Yagil & Dayan, 2020).

Po podatkih naše raziskave je v zadnjih 12 mesecih fizično nasilje prijavilo xx anketirancev in psihično nasilje xx anketirancev. Psihično nasilje je bilo veliko pogostejše od fizičnega, saj so se anketiranci z njim srečevali vsak dan.

RV 2: Kateri dejavniki prispevajo k povečanju nasilja pacientov nad zaposlenimi na urgenci?

Delo na urgenci predstavlja velik dejavnik tveganja za pojav nasilja predvsem zaradi vrste opravljenih storitev in splošnega stresnega okolja. Ti dejavniki tveganja so 24-urni dostop do nujne pomoči; pacienti z nelagodjem in bolečinami; nezadostno zagotovljena varnost; velik vpliv na pojav nasilja predstavljajo tudi pacienti svojci, ki so zaradi predolgega čakanja in nezadostnih informacij o stanju pacienta pod stresom; dolgi čakalni čas in utesnjeni prostori. Vsi ti dejavniki pa povečujejo nasilje s strani pacientov in njihovih svojcev (Hogarth, 2016).

Anketiranci v raziskavi so odgovorili, da je bil glavni dejavnik k povečanju nasilja dolge čakalne vrste, kar posledično pripelje do frustracije pacientov in nasilja nad zaposlenimi. Dodatno pa so k nasilju so pripomogle tudi razne substance.

Nasilje na delovnem mestu je kompleksen problem, ki ga sprožijo različni dejavniki. Redko obstaja samo en sam vzrok za nasilje, saj

je pogosto rezultat kombinacije različnih okoliščin. Med najpogostejšimi vzroki so neustrezna organizacija dela, slabo definirane pristojnosti, nejasna navodila s strani vodje, preobilica dela ali premalo zaposlenih. Poleg tega lahko nasilje sprožijo tudi okoliščine, ki so povezane z agresijo ali razburjenostjo, kot so gneča, telesni in fiziološki dejavniki, povišana temperatura, hrup in drugi okoljski dejavniki (Chazel, et al., 2023).

Nasilje na delovnem mestu je vedno posledica interakcije med napadalcem in žrtvijo, zato je treba vzroke analizirati z več perspektiv. Pri iskanju razlogov za nasilje je ključno upoštevati tako organizacijske dejavnike (kulturo, strukturo dela) kot individualne značilnosti (osebnostne lastnosti, odzive na stres) (Lim, et al., 2022).

Ključni elementi analize vzrokov so organizacijski dejavniki, ki pomenijo slabo komunikacijo ali hierarhične strukture, ki spodbujajo nezaupanje, nejasne delovne naloge, obremenjenost ali pomanjkanje usposabljanja za obvladovanje konfliktov in pa toksična kultura, ki normalizira nasilje ali podcenjuje njihove posledice (Yagil & Dayan, 2020). Potem so tu še individualne značilnosti, ki se delijo na žrtev (ranljivost zaradi družbenega položaja, kot je na primer podrejenost, manjšinska skupina ali pomanjkanje podpore) in napadalca (nizka čustvena inteligenca, zgodovina agresivnega vedenja ali neizravnani osebni problemi). Na koncu pa so še okoljski dejavniki, to pa so prenatrpanost, hrup, zamude in tehnične težave (d'Ettorre, et al., 2018).

RV 3: Kateri ukrepi bi lahko zmanjšali ali preprečili nasilje pacientov nad delavci na urgenci?

Preden se organizacija loti načrtovanja strategij za preprečevanje nasilja, je ključno, da ga zna prepoznati. Brez prepoznavanja nasilja ni noben načrt učinkovit. Zato je potrebno izvesti oceno ogroženosti in določiti tipične oblike nasilja, ki bi se lahko pojavile v organizaciji. To vključuje seznanitev z znaki nasilja na ravni organizacije dela, kot so fizično in verbalno nasilje, grožnje in nadlegovanje (Martins Irvine, et al., 2024).

1. Izobraževanje in usposabljanje

Zaposleni na urgenci bi se morali izobraževati in biti usposobljeni za prepoznavanje zgodnjih znakov agresije pri pacientih, kot so spremembe v vedenju, glasni govor ali agresivne geste. Usposabljanje za deeskalacijo konfliktov je prav tako zelo pomembno, saj lahko zaposleni s pravilnimi tehnikami umirjajo napetost in preprečijo eskalacijo situacije. Tovrstno usposabljanje lahko vključuje tudi učinkovite komunikacijske veščine, ki pomagajo zaposlenim, da se učinkovito sporazumevajo s pacienti in njihovimi bližnjimi (Polit & Beck, 2021).

2. Varnostni ukrepi

Varnostni ukrepi so zelo pomembni za preprečevanje nasilja na urgenci. Prisotnost varnostnega osebja, zlasti v času povečanega tveganja, kot so nočne ure, lahko pomembno prispeva k zmanjšanju nasilja. Nadzorne kamere in drugi varnostni sistemi tudi lahko pomagajo pri spremljanju situacije in hitri intervenciji v primeru nasilja. Poleg tega lahko bolnišnice uvedejo varnostne protokole

za prijavo in obravnavo nasilnih incidentov, kar tudi lahko zmanjša tveganje za ponovitev nasilja (d'Ettorre, et al., 2018).

3. Komunikacijske veščine

Učinkovite komunikacijske veščine so ključne za preprečevanje nasilja na urgenci. Zaposleni bi morali biti usposobljeni za jasno in sočutno komunikacijo s pacienti in njihovimi bližnjimi. Razvijanje empatije in aktivnega poslušanja lahko pomaga zaposlenim, da razumejo pacientove potrebe in občutke ter jim ustrezno odgovorijo. To lahko zmanjša napetost in spodbudi bolj pozitivno vzdušje v urgentnem centru (Al-Qadi, 2020).

4. Organizacijske spremembe

Organizacijske spremembe lahko prav tako prispevajo k zmanjšanju nasilja na urgenci. Optimizacija delovnih procesov, kot so zmanjšanje čakalnih dob in izboljšanje delovnih pogojev, lahko zmanjša stres zaposlenih in pacientov (d'Ettorre, et al., 2018). Zagotavljanje psihološke podpore in svetovanja za zaposlene, ki so izpostavljeni nasilju, je prav tako zelo pomembno, saj lahko zmanjša njihovo izgorelost in poveča sposobnost za delo (Al-Qadi, 2020).

5. Ozaveščanje in sodelovanje

Ozaveščanje pacientov in njihovih bližnjih o pomenu spoštovanja zaposlenih in posledicah nasilja je zelo pomembno (Chazel, et al., 2023). Bolnišnice lahko sodelujejo z lokalnimi varnostnimi službami in socialnimi organizacijami za podporo žrtvam in preprečevanje nasilja. Sodelovanje z lokalno skupnostjo lahko prispeva k boljšemu razumevanju potreb zaposlenih in pacientov ter k ustvarjanju bolj varnega okolja za vse (Polit & Beck, 2017).

Anketiranci so v večini odgovorili, da bi nasilje pacientov nad zaposlenimi v veliki meri zmanjšala prisotnost varnostnikov ali policije in da bi se naj uvedla denarna kazen za pacient pri izvajanju nasilja nad zaposlenimi.

5 ZAKLJUČEK

Medicinske sestre morajo ob pojavu nasilja pravilno ukrepati in zagotoviti, da dejanja ne bodo pustila vtisa na njeno duševno zdravje, pomembno je pravilno odreagirati in si poiskati pomoč, da osvojimo načine komuniciranja ob takšni situaciji. Ponujene so različne tehnike sproščanja in motivacijske tehnike, da se znamo soočiti z nasiljem na delovnem mestu, smo na njega pripravljeni in da ta nima negativnega vpliva na medicinske sestre. Medicinske sestre so vsakodnevno izpostavljene nasilju na delovnem mestu. Vsakodnevno trpinčenje lahko negativno vpliva na medicinsko sestro in njeno delo. Posledice se lahko kažejo tudi v osebnem življenju. Zato je pomembno, kako se medicinske sestre soočajo s tem. Nasilje na delovnem mestu, tako fizično kot psihično, predstavlja resen problem, ki nenehno narašča. Najpogostejši storilci so pacienti pod vplivom substanc in njihovi sorodniki. Potrebne so strategije za obvladovanje nasilja ter zmanjšanje njegovih negativnih posledic za medicinske sestre, saj to vpliva na njihovo zdravje in kakovost zdravstvene oskrbe.

6 LITERATURA

1. Al-Qadi, M. M. (2020). Nurses' perspectives of violence in emergency departments: A metasynthesis. *International Emergency Nursing*, 52, 100905. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100905>
2. Bıyık Bayram, Ş., Gülnar, E., Özveren, H. & Çalışkan, N. (2023, February). The effect of flipped learning on blood pressure knowledge and self-directed learning skills of first-year nursing students: A randomized controlled trial. *Nurse Education in Practice*, 67, 103557. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103557>
3. Chazel, M., Alonso, S., Price, J., Kabani, S., Demattei, C. & Fabbro-Peray, P. (2023). Violence against nurses in the emergency department: An observational study. *BMJ Open*, 13(4), e067354. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067354>
4. D'Ettorre, G., Pellicani, V., Mazzotta, M. & Vullo, A. (2018). Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments. *Acta Biomedica*, 89(4-S), 28-36. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7113>
5. Hogarth, K. M., Beattie, J. & Morphet, J. (2016). Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(2), 75-81. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.03.006>
6. Lim, M. C., Jeffree, M. S., Saupin, S. S., Giloi, N. & Lukman, K. A. (2022, May 13). Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Annals of Medicine and Surgery* (London), 78, 103727. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103727>
7. Hakala, T., Kylmä, J., Paavilainen, E. & Koivunen, M. (2020). The care of patients with alcohol intoxication in the emergency department of a central hospital: Nurses' skills, knowledge, and attitudes. *Journal of Addictions Nursing*, 31(3), 146-152. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000345>
8. Jerkič, K., Babnik, K. & Karnjuš, I. (2014). Verbalno in posredno nasilje v urgentni dejavnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), 19-26. <https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.19>
9. Martins Irvine, A., et al. (2024). Support mechanisms that enable emergency nurses to cope with aggression and violence: Perspectives from New Zealand nurses. *Australasian Emergency Care*, 27(2), 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2023.09.004>
10. Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.)*. Wolters Kluwer Health.
11. Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (11th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
12. Yagil, D. & Dayan, H. (2020). Justification of aggression against nurses: The effect of aggressor distress and nurse communication quality. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2), 611-620. <https://doi.org/10.1111/jan.14269>

ČUJEČNOST KOT UČINKOVITA METODA PRI OBVLADOVANJU STRESA MED ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI

Melanie Štrucl, dipl. m. s.

dr. Tamara Štemberger Kolnik

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

strucl.melanie@gmail.com



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Čuječnost pomeni zavestno prisotnost v trenutku brez presojanja, ki vključuje namerno osredotočenje pozornosti na sedanji trenutek z odprtostjo in sprejemanjem. V zdravstveni negi se uporablja kot orodje za povečanje osredotočenosti, sočutja in čustvene odpornosti. Obvladovanje stresa je ključnega pomena za negovalno osebje, ki se pogosto sooča z zahtevnimi in čustveno napornimi situacijami. Redna praksa čuječnosti dokazano zmanjšuje stres, anksioznost in izgorelost ter spodbuja psihofizično dobrobit.

Metoda: Uporabljen je kvantitativni pristop raziskovanja na vzorec 62 zdravstvenih delavcev (56 žensk in 6 moških), ki so delali kot bolničarji/negovalci, medicinske sestre oziroma zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre. Za zbiranje podatkov smo uporabili standardizirane vprašalnike za merjenje čuječnosti (MAAS), zaznavanja stresa (PSS-10) in simptomov stresa. Izvedene so bile statistične analize, s katerimi smo preverjali povezanost spremenljivk značilnosti čuječnosti, zaznan stres in simptomi stresa z demografskimi podatki.

Rezultati: Raziskava je pokazala močno negativno povezavo med značilnostmi čuječnosti in zaznavanjem stresa ($r = -0.775$, $p < 0.001$), kar pomeni, da posamezniki z višjo stopnjo zaznavanja čuječnosti izrazito bolje obvladujejo stresne situacije, saj hitreje zaznajo stres. Ženske poročajo o boljšem zaznavanju značilnosti čuječnosti kot moški v zdravstveni negi. Starost, izobrazba in delovna doba niso pomembno povezani z zaznavanjem značilnosti čuječnosti in zaznanim stresom.

Razprava: Poznavanje in redna uporaba meditacije čuječnosti sta povezana z učinkovitejšim zaznavanjem stresa in boljšim obvladovanjem stresnih situacij v zdravstveni negi. Čuječnost se izkazuje kot učinkovita metoda za zmanjšanje stresa in izboljšanje psihofizičnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi, zato priporočamo njeno vključitev v preventivne programe na delovnih mestih.

Ključne besede: čuječnost, stres, zdravstveni delavci, obvladovanje stresa

ABSTRACT

Introduction: Mindfulness is the conscious presence in the moment without judgement, which involves intentionally focusing attention on the present moment with openness and acceptance. It is used in nursing as a tool to increase focus, compassion and emotional resilience. Stress management is crucial for health professionals who are often faced with challenging and emotionally stressful situations. Regular mindfulness practice has been shown to reduce stress, anxiety and burnout, and to promote psychophysical well-being.

Method: A quantitative research approach was applied to a sample of 62 health care workers (56 women and 6 men) working as paramedics/nurses, nurses or health technicians and registered nurses. Standardised questionnaires measuring mindfulness (MAAS), stress perception (PSS-10) and stress symptoms were used to collect data. Statistical analyses were performed to test the association of the variables mindfulness traits, perceived stress and stress symptoms with demographic data.

Results: The study showed a strong negative association between mindfulness traits and perceived stress ($r = -0.775$, $p < 0.001$), indicating that individuals with higher levels of perceived mindfulness cope markedly better with stressful situations, as they perceive stress more quickly. In nursing women report better perception of mindfulness characteristics than men. Age, education and length of service are not significantly associated with perceived traits of mindfulness and perceived stress.

Discussion: Familiarity with and regular use of mindfulness meditation are associated with more effective perception of stress and better coping with stressful situations in nursing. Mindfulness has been shown to be an effective method for reducing stress and improving the psychophysical health of healthcare workers, and we recommend its inclusion in workplace prevention programmes.

Keywords: mindfulness, stress, healthcare workers, stress management.

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Medicinsko osebje se pri svojem vsakodnevnom delu pogosto sooča z visoko stopnjo stresa, ki izhaja iz kompleksnosti in zahtevnosti njihove poklicne dejavnosti. Neprestano soočanje z bolečino, trpljenjem, etičnimi dilemami, pomanjkanjem kadra in dolgi delovnimi urami predstavlja izziv za duševno in telesno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi (Kriakous et al., 2021). Dolgotrajen stres lahko vodi v težave v duševnem zdravju, kot so anksioznost, depresija, motnje spanja in kognitivne motnje. Med najpogostejši posledicami je izgorelost, ki se pri medicinskih sestrah pogosto kaže kot depersonalizacija – čustveno otopel odziv na paciente, kar vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe (Ghawadra et al., 2019).

Stres je kompleksen psihobiološki proces, ki ga lahko opredelimo kot odziv na zaznano grožnjo ali nepredvidljivo situacijo, kjer posameznik meni, da nima ustreznega nadzora nad okoliščinami (McEwen & Karatsoreos, 2020; Peters et al., 2017). V delovnem okolju je stres pogosto povezan z občutkom preobremenjenosti, pomanjkanjem podpore in visokimi pričakovanji. Svetovna zdravstvena organizacija je dolgoročni stres prepoznala kot eno ključnih tveganj za zdravje v 21. stoletju (Iršič, 2021).

V tem kontekstu se čuječnost (angl. mindfulness) vse pogostejše prepoznava kot učinkovita metoda za obvladovanje stresa in krepitev duševnega zdravja negovalnega osebja. Čuječnost presega običajne tehnike sproščanja – gre za zavestno usmerjanje pozornosti na sedanji trenutek z odprtostjo, radovednostjo in sprejemanjem (Rojc, 2019; Otavnik, 2023). Ta pristop omogoča posamezniku, da razvije boljšo samoregulacijo čustev, večjo odpornost na stres in sočutnejši odnos do sebe in drugih. Čuječnost se kaže kot koristna praksa zlasti v zdravstveni negi, kjer je delo čustveno intenzivno in zahtevno.

Raziskave potrjujejo, da čuječnost zmanjšuje zaznano raven stresa, izboljšuje kakovost življenja ter zmanjšuje simptome izgorelosti, vključno z depersonalizacijo in čustveno izčrpanostjo (Guillaumie idr., 2017; Lu et al., 2023). Kitajska študija s 358 medicinskimi sestrami je pokazala, da obstaja negativna korelacija med čuječnostjo in zaznavo stresa ter čustveno izčrpanostjo (Yu et al., 2022), kar dodatno potrjuje potencial te metode v kliničnih okoljih.

V teoretičnih izhodiščih lahko stres razdelimo na več oblik, in sicer eustres (pozitiven stres), distres (negativen stres), akutni stres in kronični stres. Medtem ko eustres spodbuja rast in motivacijo, kronični stres ogroža psihofizično ravnovesje in lahko povzroči resne posledice za zdravje (Kriakous et al., 2021; Scott, 2023). Biološki odziv telesa na stres vključuje sproščanje hormonov, kot sta adrenalin in kortizol, kar vodi v »boj ali beg« reakcijo. Čeprav je ta mehanizem ključen za preživetje, lahko njegova dolgotrajna aktivacija oslabi imunski sistem, povzroči srčno-žilne bolezni, depresijo, težave s spominom in druge motnje (McEwen & Karatsoreos, 2020).

Na vedenjski ravni se stres pogosto izraža skozi utrujenost, težave s spanjem, razdražljivost, težave s koncentracijo, povečano bolniško odsotnost in slabšanje medosebnih odnosov. To še posebej vpliva na negovalno osebje, katerih delo temelji na empatični ko-

munikaciji, natančnosti in fizični prisotnosti. Ob tem postaja skrb za psihološko dobrobit zaposlenih nujen del zagotavljanja kakovostne zdravstvene oskrbe (Starc, 2018; Better Health Channel, 2024). Čuječnost kot odgovor na te izzive vključuje različne tehnike, med njimi dihalne vaje, telesno skeniranje, meditacijo in čuječo hojo. Pomembno je poudariti, da čuječnost ni izolirana od vsakodnevnega življenja – lahko se udejanja tudi pri vsakdanjih opravilih, kot so prehranjevanje, poslušanje ali gibanje (Mindful Staff, 2020). Na ta način postane dostopna praksa, ki jo posameznik lahko vključi v svoj življenjski slog in delo.

Raziskave v zadnjih dveh desetletjih podpirajo številne pozitivne učinke čuječnosti na fizično in psihično zdravje. Poleg zmanjšanja stresa in anksioznosti prispeva k izboljšanju empatije, koncentracije, odzivnega časa ter motoričnih in kognitivnih sposobnosti, vključno s spominom (Raski, 2015; Shapiro & Weisbaum, 2020). Uporablja se tudi pri zdravljenju depresije, kronične bolečine in različnih psihosomatskih bolezni. Nevroznanstveni dokazi dodatno potrjujejo učinkovitost čuječnosti. Študije z magnetno resonanco so pokazale strukturne spremembe v možganskih regijah, povezanih s pozornostjo, samorefleksijo in urnavanjem čustev – zlasti v prefrontalnem korteksu, amigдали, anteriornem cingularnem korteksu in insuli (Guendelman et al., 2017). Te spremembe omogočajo boljše obvladovanje stresorjev in zmanjšanje impulzivnih odzivov, kar je še posebej pomembno v stresnih situacijah na delovnem mestu. Specifične študije na področju zdravstvene nege dodatno podpirajo uporabo čuječnosti kot preventivne in kurativne metode. Na Kitajskem je štiritedenski intervencijski program, ki temelji na čuječnosti, pokazal izboljšanje duševnega zdravja medicinskih sester v enotah intenzivne terapije (Lu et al., 2023). Podobno so v Egiptu v času pandemije covid-19 zaznali 21 % zmanjšanje depersonalizacije in 18 % povečanje sočutja po čuječnostnem treningu (Othman et al., 2023). V ZDA so programi čuječnosti v kliničnih okoljih privedli do zmanjšanja izgorelosti in izboljšanja psihološkega počutja negovalnega osebja (Penque, 2019). Pomembno je poudariti, da je učinkovitost teh programov največja pri posameznikih z visoko začetno stopnjo stresa (Lu et al., 2023). Zato se čuječnost lahko uvrsti med ključne elemente promocije zdravja in varnosti na delovnem mestu.

Čeprav čuječnost prinaša številne koristi, je pomembno opozoriti na morebitne negativne učinke. Nekateri posamezniki lahko ob soočenju z neprijetnimi notranjimi vsebinami (npr. travmami) doživijo začasne poslabšane občutke, kot so panični napadi ali povečana čustvena občutljivost (Raski, 2015). Zato je pri uvajanju čuječnostnih programov v zdravstvenih ustanovah ključna strokovna podpora in ustrezna priprava.

Zdravje negovalnega osebja je ključno za kakovostno zdravstveno oskrbo. Da bi lahko medicinske sestre delovale na visoki ravni, je treba poskrbeti za njihovo telesno, čustveno in duševno dobrobit (Penque, 2019). Uvajanje čuječnosti kot orodja za zmanjšanje stresa ponuja dostopen, znanstveno podprt in praktičen način za podporo zaposlenim v zdravstvu. V času, ko so zdravstveni sistemi pod vedno večjim pritiskom, je skrb za člane zdravstvene nege nujna in moralna dolžnost.

Raziskavo smo zasnovali z namenom, ugotoviti, kako se na vzorcu medicinskih sester v Sloveniji povezujejo zaznavanje značilnosti čuječnosti, zaznavanje stresa, simptomi stresa in demografske značilnosti vzorca (spol, starost, izobrazbo in leta delovne dobe).

2 METODA

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop, saj ta omogoča merjenje pojavov na večjem vzorcu in nadaljnjo statistično obdelavo podatkov. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketno tehniko, ki je primerna za proučevanje odnosa med čuječnostjo in stresom pri članih zdravstvene nege. Anketni vprašalnik je bil udeležencem posredovan v spletni obliki, kar je omogočilo enostaven dostop in večjo udeležbo.

Zbiranje podatkov je potekalo v obdobju 18. 3. 2025–18. 4. 2025, pri čemer smo k sodelovanju povabili negovalno osebje različnih starosti, spola in izobrazbe. Tak način zbiranja podatkov je omogočil pridobitev raznolikega vzorca, kar povečuje zanesljivost ugotovitev.

2.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili standardiziran vprašalnik, ki smo ga povzeli po različnih avtorjih. Vprašalnik je bil sestavljen iz štirih sklopov. V prvem sklopu smo spraševali po demografskih podatkih. V nadaljevanju smo vnesli tri merske lestvice, pri čemer smo v raziskavi uporabili javno dostopne vprašalnike:

- Lestvica MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) – meri oceno ključnih značilnosti čuječnosti posameznika, torej njegovo sposobnost prisotnosti v trenutku in zavedanja brez avtomatskih reakcij (Carlson & Brown; 2005; Brown & Ryan, 2003).
- Lestvica zaznanega stresa PSS-10 (Perceived Stress Scale) – ocenjuje, kako posamezniki v zadnjem mesecu čutijo in zaznavajo stres ob določenih situacijah (Cohen et al., 1983).
- Lestvica simptomov stresa (Stress Questionnaire, ISMA UK, 2017) – omogoča vpogled v telesne, čustvene in vedenjske simptome, ki se pojavljajo kot posledica stresa.

Za oceno trditve v navedenih lestvicah so anketiranci odgovarjali po 6-stopenjski Likertovi lestvici. Na lestvici MAAS je 1 pomenila skoraj vedno, 2 – zelo pogosto, 3 – nekoliko pogosto, 4 – nekoliko redko, 5 – zelo redko, 6 – skoraj nikoli. Na lestvici PSS-10 je 1 pomenila nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – včasih, 4 – dokaj pogosto, 5 – zelo pogosto. Na tretji lestvici za oceno simptomov stresa (Stress Questionnaire, ISMA UK, 2017) so anketiranci odgovarjali z »da« ali »ne« na posamezne trditve.

2.3 Opis vzorca

Vzorec je vključeval 56 žensk in 6 moških, ki so delali kot bolničarji/negovalci, medicinske sestre oziroma zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre v domu za starejše občane (DSO). Veči-

na udeležencev je imela srednješolsko izobrazbo (69,4 %), ostali pa visoko strokovno izobrazbo (3,2 %), univerzitetno izobrazbo (21,0 %) in magisterij (4,8 %). Pri 1,6 % anketirancev podatki o izobrazbi niso bili zbrani. Starost anketirancev je bila različna: 19,4 % jih je bilo mlajših od 25 let, 29,0 % v starostni skupini 25–30 let, 21,0 % v starostni skupini 35–44 let, 27,4 % v starostni skupini 45–54 let in 3,2 % v starostni skupini 55–64 let.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Izvedena je bila deskriptivna statistika za oceno srednjih vrednosti in standardnega odklona za posamezne skupne spremenljivke, ki so bile oblikovane na podlagi uporabljenih lestvic (značilnosti čuječnosti, zaznan stres in simptomi stresa). Rezultati so bili predstavljeni opisno in tabelarno, za proučevanje odnosa med spremenljivkami pa smo uporabili izračun Pearsonovega korelacijskega koeficienta, ANOVO in T-test.

Za izvedbo spletnega anketiranja smo zagotovili, da so bili vsi udeleženci raziskave pred sodelovanjem obveščeni o namenu raziskave, prostovoljnosti sodelovanja, pravici do prekinitve in varstvu osebnih podatkov. Sodelovanje je bilo možno le z izrecnim soglasjem udeležencev, ki so to potrdili na uvodni strani ankete.

3 REZULTATI

Ocenili smo notranjo konsistentnost za posamezno lestvico s pomočjo Cronbachovega koeficienta alfa. Za lestvico značilnosti čuječnosti (MAAS) je znašala $\alpha = 0,98$, za lestvico zaznanega stresa (PSS-10) $\alpha = 0,98$, za lestvico simptomov stresa pa $\alpha = 0,997$. Vse vrednosti presegajo priporočeno mejo 0,7, kar pomeni, da so bile vse tri lestvice v naši raziskavi zelo zanesljive.

Izračunana je bila mediana ocen anketirancev na posamezni lestvici. Na lestvici zaznavanje čuječnosti so anketiranci dosegli mediano povprečne stopnje ($M = 49,93$), vendar so bile razlike med udeleženci velike ($SD = 27,93$), kar nakazuje na razlike v zaznavanju čuječnosti. Podobno se je pokazalo pri zaznavanju stresa, ki je bilo v povprečju zmerno ($M = 23,81$), standardni odklon med vrednostmi je pokazal velike razlike med anketiranci ($SD = 17,43$). Anketiranci so poročali o zmernih simptomih stresa ($M = 25,21$), pri čemer so bile razlike med njimi zelo velike ($SD = 35,44$).

Za preučevanje povezav med značilnostmi čuječnosti, zaznavanjem stresa in simptomi stresa je bila izvedena korelacijska analiza s pomočjo Pearsonovega korelacijskega koeficienta. Rezultati so pokazali, da obstaja močna negativna povezava med značilnostmi čuječnosti in zaznavanjem stresa ($r = -0,775$, $p < 0,001$). Prav tako se je izpostavila močna negativna povezava med značilnostmi čuječnosti in simptomi stresa ($r = -0,732$, $p < 0,001$). Med zaznavanjem stresa in simptomi stresa se je pokazala zelo močna pozitivna povezava med ($r = 0,891$, $p < 0,001$) (Tabela 1).

	Čuječnost	Zaznavanje stresa	Simptomi stresa
Čuječnost	1		
Zaznavanje stresa	0,775**	1	
Simptomi stresa	0,732**	0,891**	1

** Korelacije so statistično značilne pri stopnji $p \leq 0,01$

Tabela 1. Pearsonov korelacijski koeficient med skupnimi spremenljivkami značilnosti čuječnosti, zaznavanjem stresa in simptomi stresa

V Tabeli 2 prikazujemo rezultate T-testa za neodvisne vzorce za preučevanje razlik med moškimi in ženskami v prepoznavanju značilnosti čuječnosti, zaznavanju stresa in simptomih stresa. Rezultati so pokazali, da obstaja statistično značilna razlika med moškimi in ženskami v zaznavanju čuječnosti ($t(60) = 2,200$; $p = 0,032$; Cohen's $d = 0,945$). Ženske imajo višjo stopnjo zaznavanja čuječnosti kot moški. Ni pa bilo ugotovljenih statistično značilnih razlik med moškimi in ženskami v zaznavanju stresa ($p = 0,349$) in simptomih stresa ($p = 0,307$).

	F	Sig.	t	df	Sig (2-tailed)
Značilnosti čuječnosti	2,515	0,118	2,200	60	0,032
Zaznavanje stresa	10,856	0,002	1,767	60	0,082
Simptomi stresa	7,675	0,007	1,781	60	0,080

** F = vrednost Levenovega testa za enakost varianc; Sig. = p-vrednost Levenovega testa; t = t-statistika za razliko med povprečjema; df = stopnje prostosti; Sig. (2-tailed) = dvostranska p-vrednost t-testa, ki kaže statistično značilnost razlike.

Tabela 2. Rezultati T testa za neodvisne vzorce med moškimi in ženskami

V nadaljevanju prikazujemo rezultate ANOVA testa, ki kaže statistično značilne razlike med starostnimi skupinami, kar prikazujemo v Tabeli 3. Med starostnimi skupinami in značilnostmi čuječnosti ni statistično pomembnih razlik ($F(4, 57) = 2,150$; $p = 0,086$). Prav tako se statistično pomembne razlike niso pokazale pri spremenljivki zaznavanje stresa ($F(4, 57) = 1,437$; $p = 0,234$) in simptomi stresa ($F(4, 57) = 1,620$; $p = 0,182$).

	df	F	Sig.
Značilnosti čuječnosti	4	2,150	0,086
Zaznavanje stresa	4	1,437	0,234
Simptomi stresa	4	1,620	0,182

**df = stopnje prostosti (degrees of freedom); F = vrednost F-statistike ANOVA testa; Sig. = p-vrednost (stopnja statistične značilnosti).

Tabela 3. Test ANOVA- razlike med starostnimi skupinami

Izvedli smo še ANOVA test za izobrazbo in za delovno dobo. Nikjer nismo potrdili statistično pomembnih razlik med dimenzijami. Analiza variance na delovno dobo je pokazala, da med leti delovne dobe in Značilnostmi čuječnosti ($F(5, 56) = 1,628$; $p = 0,168$), Zaznavanjem stresa ($F(5, 56) = 1,678$; $p = 0,155$) in Simptomi stresa ($F(5, 56) = 1,441$; $p = 0,224$) ni statistično pomembnih razlik.

4 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil preučiti povezanost med stopnjo čuječnosti, zaznavanjem stresa in izraženostjo simptomov stresa pri članih negovalnega tima. Rezultati so pokazali, da obstajajo statistično značilne povezave med obravnavanimi spremenljivkami. Ugotovljena je bila močna negativna korelacija med stopnjo čuječnosti in zaznavanjem stresa ter med čuječnostjo in izraženimi simptomi stresa. Prav tako je bila ugotovljena močna pozitivna korelacija med zaznavanjem stresa in izraženimi simptomi stresa. Rezultati so skladni z ugotovitvami številnih predhodnih raziskav, ki poudarjajo zaščitno vlogo čuječnosti pri soočanju s stresom. Kot navaja Černetič (2020), redno prakticanje čuječnosti pripomore k zmanjšanju zaznavanja stresa in blaženju simptomov stresa, s čimer udeležencem omogoča učinkovitejše spoprijemanje z vsakodnevnimi stresnimi situacijami. Posamezniki z višjo stopnjo čuječnosti učinkoviteje uravnavajo svoje čustvene odzive, kar jim omogoča bolj konstruktivno spoprijemanje s stresnimi situacijami. Tudi Rojc (2019) ugotavlja, da je čuječnost pomemben dejavnik pri izboljšanju psihološkega in fizičnega zdravja ter pri zmanjšanju stresa in njegovih posledic. Močna negativna povezanost med čuječnostjo in zaznavanjem stresa, ki smo jo zaznali v naši raziskavi ($r = -0,775$, $p < 0,001$), potrjuje tudi ugotovitve študije Atanes in sodelavci (2015), kjer je bila čuječnost prav tako negativno povezana z zaznavo stresa pri osebju zdravstvene nege. Ti rezultati kažejo, da posamezniki, ki bolj zavestno in sprejemajoče spremljajo svoje izkušnje v trenutku, doživljajo manj notranjega nemira in psihološkega bremena. Prav tako se rezultati ujemajo z izsledki raziskave Guillaumie in sodelavcev (2017), ki poudarjajo, da lahko programi čuječnosti prispevajo k zmanjšanju izgorelosti in izboljšanju duševnega zdravja medicinskih sester. Naša raziskava je tako dodatno potrdila, da čuječnost ni zgolj sprostitvena tehnika, temveč pomembna strategija samoregulacije in ohranjanja notranjega ravnovesja (Guendelman et al., 2017; Otavnik, 2023). Raziskava je pokazala, da so ženske v povprečju poročale o višji stopnji čuječnosti kot moški, kar je bilo statistično značilno ($p = 0,032$). Ta ugotovitev odpira vprašanje, ali morda obstajajo razlike v dostopnosti ali sprejemanju čuječnostnih pristopov med spoloma. Glede na to, da ni bilo statistično značilnih razlik med moškimi in ženskami pri zaznavanju stresa in simptomih stresa, bi lahko sklepali, da je čuječnost tista spremenljivka, ki ženskam omogoča boljše soočanje s stresom. To je skladno z raziskavo Othman in sodelavci (2023), kjer so pri medicinskih sestrah po čuječnostnem treningu zaznali zmanjšanje depersonalizacije in povečanje samo-sočutja. Pri analizi vpliva starosti, izobrazbe in delovne dobe nismo zaznali statistično pomembnih razlik glede

stopnje čuječnosti, zaznavanja stresa in izraženosti simptomov stresa. To kaže na to, da čuječnost kot sposobnost ni neposredno povezana s starostjo ali življenjskimi izkušnjami, temveč je verjetno bolj odvisna od individualne naravnosti in morebitne predhodne izpostavljenosti čuječnostnim praksam. To izpostavljata tudi raziskavi Mindful Staff (2020) in Shapiro in Weisbaum (2020), ki poudarjata, da je čuječnost univerzalna sposobnost, ki ni odvisna od demografskih dejavnikov, temveč jo je mogoče sistematično razvijati. Izpostaviti velja tudi visoke standardne odklone pri vseh treh lestvicah, kar kaže na raznolikost zaznav in izkušenj med anketiranimi člani negovalnega tima. To kaže na potrebo po individualiziranih pristopih pri promociji čuječnosti in obvladovanju stresa v zdravstvenih ustanovah. Čuječnost kot praksa je lahko dragocena komponenta programov za krepitev duševnega zdravja, vendar jo je treba ustrezno predstaviti in prilagoditi značilnostim ciljne skupine. Ugotovitve naše raziskave dopolnjujejo nevroznanstvene dokaze, ki kažejo na to, da redna praksa čuječnosti vpliva na možganske strukture, odgovorne za regulacijo čustev, pozornost in samorefleksijo (Guendelman et al., 2017). Takšne spremembe lahko prispevajo k večji odpornosti na stres in zmanjšanju impulzivnih odzivov, kar je v zdravstvenem okolju izjemno pomembno. Naši izsledki imajo pomembne implikacije za prakso v zdravstveni negi. V času, ko je sindrom izgorelosti med osebjem zdravstvene nege vse pogostejši, predstavlja sistematično uvajanje čuječnostnih programov dostopen in stroškovno učinkovit način za podporo zaposlenim. Lu in sodelavci (2023) navajajo, da že štiritedenski program čuječnosti lahko bistveno zmanjša zaznani raven stresa v enotah intenzivne terapije.

Čeprav so rezultati spodbudni, moramo omeniti tudi omejitve naše raziskave, kot so majhen vzorec in neenakomerna porazdelitev po spolu. Kljub temu pa močne statistične povezave med spremenljivkami potrjujejo, da čuječnost igra pomembno vlogo pri doživljanju in obvladovanju stresa v zdravstvenem okolju.

5 ZAKLJUČEK

Rezultati raziskave potrjujejo, da je čuječnost pomemben varovalni dejavnik pri obvladovanju stresa med osebjem zdravstvene nege. Ugotovljene negativne povezave med stopnjo čuječnosti ter zaznavanjem in simptomi stresa kažejo, da posamezniki z višjo stopnjo čuječnosti doživljajo manj stresa in njegovih posledic. Čeprav starost, izobrazba in delovna doba niso pokazale statistično pomembnih razlik, se je izkazalo, da imajo ženske višjo stopnjo čuječnosti kot moški.

Poleg tega ugotovitve potrjujejo pomen vključevanja čuječnostnih praks v programe promocije zdravja na delovnem mestu. Rezultati podpirajo nadaljnji razvoj intervencij za krepitev duševnega zdravja v zdravstveni negi in ponujajo podlago za prilagojene strategije za posamezne skupine zaposlenih.

LITERATURA

1. Atanes, A. C. M., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., Kozasa, E. H., Soler, J., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J. & Demarzo, M. M. P. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: A correlational study in primary care health professionals. *BMC Complementary and alternative medicine*, 15(1), 303. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0823-0>
2. Better Health Channel. (2024). *Work-related stress*. <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/work-related-stress>
3. Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
4. Carlson, L. E. & Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.366>
5. Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
6. Černetič, M. (2017). Čuječnost kot orodje za spoprijemanje s stresom na delovnem mestu: Tehnika STOP. *Mednarodno inovativno poslovanje*, 9(2). URN:NBN:SI:DOC-9QEICWN8. <http://www.dlib.si>
7. Ghawadra, S. F., Abdullah, K. L., Choo, W. Y. & Phang, C. K. (2019). Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 28(21-22), 3747-3758. <https://doi.org/10.1111/jocn.14987>
8. Guendelman, S., Medeiros, S. & Rampes, H. (2017). Mindfulness and emotion regulation: insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Frontiers in psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220>
9. Guillaumie, L., Boiral, O. & Champagne, J. (2017). A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of advanced nursing*, 73(5), 1017-1034. <https://doi.org/10.1111/jan.13176>
10. Iršič, M. (2021). *Obvladovanje stresa*. Zavod Rakmo: Ljubljana. <https://www.rakmo.si/fempy/188jc18-39982-kp>
11. Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C. & Owen, R. (2021). The Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: a systematic review. *Mindfulness*, 12(1), 1-28. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>

12. Lu, F., Xu, Y., Yu, Y., Zhao, R., Peng, L., Liu, B. & Li, M. (2023). Long-term effects of a tailored mindfulness-based program for Chinese intensive care unit nurses: A randomized parallel-group trial. *Nurse education in practice*, 70, 103640. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103640>
13. McEwen, B. S. & Karatsoreos, I. N. (2020). What is stress? In A. Choukèr (Ur.), *Stress challenges and immunity in space* (pp. 19-42). *Springer International Publishing*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16996-1_4
14. Mindful Staff. (2020). What is mindfulness? *Mindful healthy mind, healthy life*. <https://www.mindful.org/what-is-mindfulness/>
15. Otavnik, A. (2023). *Čuječnost kot tehnika zmanjševanja stresa pri medicinskih sestrah* [Diplomska naloga, Univerza v Ljubljani]. Repozitorij Univerze v Ljubljani. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=151625>
16. Othman, S. Y., Hassan, N. I. & Mohamed, A. M. (2023). Effectiveness of mindfulness-based interventions on burnout and self-compassion among critical care nurses caring for patients with COVID-19: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 22(1), 305. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01466-8>
17. Penque, S. (2019). Mindfulness to promote nurses' well-being. *Nursing management*, 50(5), 38–44. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000557621.42684.c4>
18. Peters, A., McEwen, B. S. & Friston, K. (2017). Uncertainty and stress: why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Progress in neurobiology*, 156, 164-188. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2017.05.004>
19. Raski, M. P. (2015). Mindfulness: what it is and how it is impacting healthcare. *Faculty of medicine medical journal (UBCMJ)*. <https://ubcmj.med.ubc.ca/ubcmj-volume-7-issue-1/mindfulness-what-it-is-and-how-it-is-impacting-healthcare/mindfulness-what-it-is-and-how-it-is-impacting-healthcare/>
20. Rojc, Ž. (2019). *Razvozlajmo pomen čuječnosti*. Društvo za razvijanje čuječnosti. <https://www.cuječnost.org/razvozlajmo-pomen-cuječnosti/>
21. Scott, E. (2023). *Eustress is the good type of stress you didn't know you needed*. <https://www.verywellmind.com/what-you-need-to-know-about-eustress-3145109>
22. Shapiro, S. & Weisbaum, E. (2020). History of mindfulness and psychology. In S. Shapiro & E. Weisbaum (Eds.), *Oxford research encyclopedia of psychology*. Oxford university press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.678>
23. Starc, J. (2018). Stress Factors among nurses at the primary and secondary level of public sector health care: The case of Slovenia. *Open access Macedonian journal of medical Sciences*, 6(2), 416–422. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.100>
24. Yu, J., Song, Y., Hua, D., Shi, Y. & Zhao, J. (2022). Factors influencing mindfulness among clinical nurses in China: An observational cross-sectional study. *Journal of nursing Management*, 30(3), 758-766. <https://doi.org/10.1111/jonm.13560>

KREPITEV SODELOVANJA MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI

Katja Romih, mag. zdr.-soc. manag.

Dom upokojencev Šmarje pri Jelšah

glavna.sestra@dusmarje.si



POVZETEK

Teoretična izhodišča: Timsko delo v institucionalnem varstvu starejših je temelj kakovostne, varne in kontinuirane obravnave, pri čemer medosebni odnosi, komunikacija in organizacijska podpora odločilno oblikujejo sodelovanje.

Metoda: Uporabljen je bil kvantitativni pristop z anketnim vprašalnikom. V raziskavo v Domu upokojencev Šmarje pri Jelšah je bilo vključenih 15 zdravstvenih delavcev različnih profilov. Podatki so bili analizirani z deskriptivno statistiko.

Rezultati: 93 % anketirancev je ocenilo, da je sodelovanje ključno za uspešno zdravstveno nego. Najvišje ocenjeni dejavniki so bili medsebojno spoštovanje ($y=4,8$), jasna razdelitev nalog ($y=4,6$), odprta komunikacija ($y=4,5$) in podpora vodstva ($y=4,3$). Najpogostejše ovire so pomanjkanje časa za usklajevanje ($y=4,2$) in različna stališča o prioritetah ($y=3,9$).

Razprava: Ugotovitve poudarjajo pomen razvijanja komunikacijskih veščin, jasnih vlog in sistematične vodstvene podpore. Priporočljivi so redni timski sestanki, intervizije in ciljno usmerjena interna izobraževanja, kar lahko izboljša delovno klimo in kakovost obravnave.

Ključne besede: timska dinamika; organizacijska podpora; delovni odnosi; stres; profesionalna komunikacija.

ABSTRACT

Background: Teamwork in long-term care settings is fundamental to safe, continuous, and high-quality resident care. Interpersonal relations, communication, and organizational support are key determinants of collaboration.

Methods: A quantitative survey was conducted among 15 healthcare workers of different profiles at a residential care home in Šmarje pri Jelšah. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: Overall, 93% of participants rated collaboration as essential for effective nursing care. The highest-rated enablers were mutual respect ($y=4.8$), clear role allocation ($y=4.6$), open communication ($y=4.5$), and managerial support ($y=4.3$). Frequently reported obstacles were a lack of time for coordination ($y=4.2$) and divergent views on priorities ($y=3.9$).

Discussion: Findings underscore the need to develop communication skills, clarify roles, and provide systematic managerial support. Regular team meetings, peer group supervision, and targeted in-house training may improve team climate and quality of care.

Keywords: team dynamics, organizational support, workplace relations, stress, professional communication.



VI. sklop

**Kakovost in varnost
v zdravstveni negi:
pristopi za celostno
obravnavo pacienta
in zaposlenega**

ZNOTRAJ BOLNIŠNIČNI TRANSPORT PACIENTOV V ODSEKU INTENZIVNE MEDICINE OPERATIVNIH STROK SB CELJE

Matej Mažič, mag. zdr. nege

Biserka Lipovšek, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Celje

matej.mazic@sb-celje.si



POVZETEK

Uvod: Pacienti, ki se zdravijo na Oddelku intenzivne medicine operativnih strok, so pogosto vključeni v znotraj bolnišnične transporte. Organizacija transporta najzahtevnejših pacientov predstavlja velik izziv tudi za zaposlene v zdravstveni negi, saj se poleg načrtovanja in priprave pacientov na transport, intenzivni oddelek sooča z deficitom kadra, ki je zaradi potreb transporta zapustil oddelek.

Metode: S kvantitativnim metodoloških pristopom smo izvedli retrospektivno študijo znotraj bolnišničnih transportov, vključujoč paciente, zdravljenе na Oddelku za intenzivno medicino operativnih strok, v letih 2020 do 2024.

Rezultati: Na Oddelku intenzivne medicine operativnih strok se je v letih 2020 do 2024 povprečno zdravilo 422 pacientov letno. Zaradi potrebe po dodatnih preiskavah, ki se ne izvajajo na oddelku, je bilo izvedenih povprečno 281 transportov letno. Vrednost ne vsebuje transportov, ki se nanašajo na transport pacientov v operacijski blok ali iz njega. Izvajanje transporta je v povprečju trajalo 37 minut, ne vključujoč pripravo in ponovno namestitvev pacienta v posteljno enoto. Največ transportov je bilo izvedenih ob 10:37. Povprečna starost pacientov je bila 58 let.

Razprava: Znotrajbolnišnični transporti pacientov na različne preiskave predstavljajo pomemben delež transportov (66,5 %) med zdravljenjem na Oddelku intenzivne medicine operativnih strok. Največjo obremenitev za kader predstavljajo med delavniki, v dopoldanskem času, ko je zaradi zagotavljanja prisotnosti kadra zdravstvene nege med transportom, potrebno zagotoviti nemoten potek dela na oddelku. Hkrati je potrebno omogočiti varno, strokovno in kakovostno zdravstveno nego med transportom najtežjih kirurških pacientov.

Ključne besede: kritično bolni, znotrajbolnišnični transport, zdravstvena nega

SUMMARY

Introduction: Patients treated in the Department of perioperative intensive care medicine are often involved in intrahospital transport. Organizing the transport of the most demanding patients represents a major challenge for nursing staff as well, not only due to planning and preparing patients for transport, but also because the intensive care unit faces a shortage of staff who have left the department due to transport needs.

Methods: Using a quantitative methodological approach, we conducted a retrospective study of intrahospital transports, including patients treated in the Department of perioperative intensive care medicine from 2020 to 2024.

Results: An average of 422 patients were treated annually in the Department of perioperative intensive care medicine between 2020 and 2024. Due to the need for additional examination procedures that are not performed in the department, an average of 281 transports were performed annually. The value does not include transports of patients to or from the operating block. The average duration of the transport was 37 minutes, not including the preparation and repositioning of the patient in the bed unit. The majority of transports were carried out at 10:37 am. The average age of the patients was 58 years.

Discussion: Intrahospital transports of patients for various examinations represent a significant proportion (66.5%) of the treatment in the Department of perioperative intensive care medicine. The greatest burden on the staff occurs on weekday mornings, when, in order to ensure the presence of nursing staff during transport, it is necessary to ensure a smooth flow of work in the department. At the same time, it is necessary to enable safe, professional and high-quality health care during the transport of the most difficult surgical patients.

Keywords: Critical patients, intrahospital transport, health care.

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

V Odseku za intenzivno medicino operativnih strok (v nadaljevanju »OIMOS«) SB Celje se zdravijo najtežji pacienti kirurške etiologije. Najpogostejše so pacienti sprejeti na oddelek iz operacijskega bloka, kamor se odpravi ponje ekipa iz OIMOS. Znotrajbolnišnični transporti kritično bolnih predstavljajo strokovni izziv zaradi svoje zahtevnosti, po drugi strani pa dodatno obremenijo delo na oddelku zaradi izpada kadra, ki je potreben za izvedbo transporta. V času zdravljenja so ti pacienti deležni diagnostičnega programa z uporabo računalniške tomografije ali magnetne resonance, zaradi česar je potrebo opraviti Transporte teh pacientov izven oddelka. Zaradi diagnostičnih ali terapevtskih potreb se pacienti transportirajo bodisi na interventno kardiologijo ali vse pogostejše tudi na interventno radiologijo. Zaradi potrebe po operativnem zdravljenju pa se že hospitalizirane paciente na oddelku transportira v operacijski blok in se jih spremlja tudi na poti iz operacijskega bloka v enoto intenzivne terapije. Transport življenjsko ogroženega pacienta predstavlja nujen, pogosto neizbežen del zdravljenja, v katerega so vključeni vsi člani zdravstveno negovalnega tima. Ne glede na to ali je transport nujen ali planiran, je potrebno skrbno načrtovati in (re)organizirati delo tako ob pacientu kot na oddelku. Timska medicinska sestra določi tim zdravstvene nege, ki bo pacienta spremljal med transportom. Prično se priprave za pacienta, aparatur in zdravil, ki se izvedejo po navodilu zdravnika. Pacientu je za čas trajanja transporta potrebno zagotoviti nadzor življenjskih funkcij in kontinuirano podporo določenim organskim sistemom, enako kot na oddelku. Tim zdravstvene nege mora biti pripravljen na izvajanje nujnih intervencij, ki bi lahko ogrozile zdravje oziroma življenje pacienta. Preventivno se izvede tudi ukrepe, da ne bi prišlo do neželenih dogodkov, kot so na primer nehotena ekstubacija, izpad torakalnih drenov, dekonektiranje infuzijskih sistemov, zamašena arterijska kanila, izpuljenje osrednjih venskih katetrov, nedelujoča zunanja ventrikularna drenaža, zbujanje pacienta med transportom in podobno. Hkrati pa se na oddelku soočajo z izpadom kadra zdravstvene nege. OIMOS razpolaga z 11 intenzivnimi posteljami in ima med delavnikom v dopoldanskem času v povprečju na razpolago dve timski medicinski sestre in štiri sobne medicinske sestre. Odsotnost dveh medicinskih sester zaradi transporta enega pacienta predstavlja 33,3 % izpada kadra zdravstvene nege. Vsled temu je potrebna reorganizacija dela in pogoste prilagoditve trenutnim razmeram na oddelku.

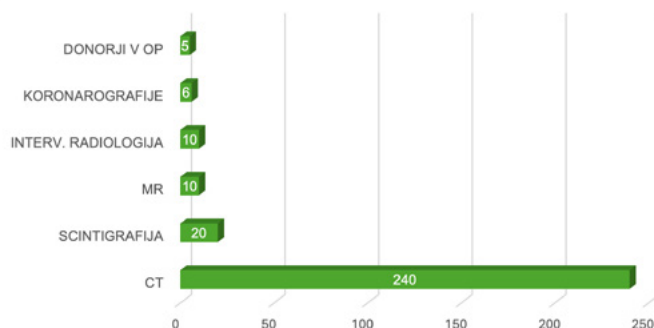
2 METODE

Uporabili smo kvantitativni način raziskovanja, izvedli smo retrospektivno študijo, v katero smo vključili paciente, ki so bili obravnavani v OIMOS v 5-letnem obdobju, med leti 2020 in 2024. Vir podatkov so predstavljali dokumenti »Seznami transportov«, ki so del oddelčne dokumentacije. Za vpogled in uporabo omenjenih podatkov smo pridobili soglasje vodje enote. Pri raziskovanju smo upoštevali etični vidik raziskovanja. Podrobneje smo analizirali Transporte pacientov v letu 2024. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS, verzija 26.0. Deleže smo prikazali z odstotki in vrednostmi. Uporabili smo deskriptivne metode in-

ferenčne statistike, za dokazovanje normalne porazdelitve smo uporabili histogram s krivuljo normalne porazdelitve in Kolmogorov-Smirnov test. Za dokazovanje povezanosti starosti pacienta in trajanja transporta smo uporabili neparametrične teste bivariate korelacije. S pomočjo linearne regresije smo nato izdelali regresijski model. Za primerjavo srednjih rankov smo uporabili Mann-Whitney test, ki se uporablja ob predpostavki nenormalne porazdelitve podatkov.

3 REZULTATI

V povprečju je bilo na oddelku OIMOS letno zdravljenih 422 pacientov in opravljenih povprečno 240 transportov pacientov izven oddelka na lokacijo, kjer se izvaja računalniška tomografija in nazaj na oddelek OIMOS. Za potrebe preiskave s pomočjo perfuzijske scintigrafije je bilo letno izvedenih povprečno 20 transportov. Zaradi potreb po preiskavi magnetne resonance je bilo izvedenih 10 transportov na leto in prav tako 10 transportov na zaradi potreb po preiskavi intervencijske radiologije. V 6 primerih letno so bili pacienti deležni transporta na intervencijsko koronarografijo in nazaj na oddelek. Poleg navedenih povprečnih deležev transportov na letni ravni se v povprečju obravnava še 5 pacientov, ki so mrtvi darovalci organov in so vključeni v transplantacijsko dejavnost in so prav tako bili deležni znotrajbolnišničnih transportov. Z retrospektivno analizo smo dokazali, da oddelek OIMOS na letni ravni v povprečju opravi 281 znotrajbolnišničnih transportov. Podatki so prikazani v grafu 1.



Graf 1. Delež posameznih transportov na letni ravni

V letu 2024 sta bila opravljena 302 transporta iz in na OIMOS, vrednost ne vključuje transportov v operacijski blok ali iz njega.

Povprečna starost transportiranih pacientov ($n = 151$) je v letu 2024 znašala v povprečju 58,66 let, $\pm 17,2$ let. Parameter sploščenosti znaša $-0,712$, parameter asimetričnosti pa $-0,655$. Vrednosti niso razporejene približno enako. Povprečni čas trajanja transporta pacientov ($n = 151$) je v letu 2024 znašal 37 minut, ± 13 minut. Parameter sploščenosti znaša $1,988$, parameter asimetričnosti pa $5,619$. Vrednosti niso razporejene približno normalno. Podatki so prikazani v Tabeli 1.

DESCRIPTIVES			Statistic	Std. Error
AGEPATIENT	Mean		58,66	1,400
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	55,89	
		Upper Bound	61,42	
	5% Trimmed Mean		59,39	
	Median		64,00	
	Variance		296,081	
	Std. Deviation		17,207	
	Minimum		18	
	Maximum		87	
	Range		69	
	Interquartile Range		28	
	Skewness		-,712	0,197
	Kurtosis		-,655	0,392

TRAJANJE	Mean		0:37	0:01
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	0:34	4 %
		Upper Bound	0:39	
	5% Trimmed Mean		0:35	
	Median		0:30	
	Variance		689562,914	
	Std. Deviation		0:13	
	Minimum		0:15	
	Maximum		1:50	
	Range		1:35	
	Interquartile Range		0:10	
	Skewness		1,988	0,197
	Kurtosis		5,619	0,392

Tabela 1. Deskriptivna statistika starosti vseh pacientov in trajanja vseh transportov v letu 2024

Podrobneje smo analizirali starost pacientov, transportiranih na posamezne preiskave. Povprečna starost najmlajših pacientov (58,22 +/- 17 let) je bila pri pacientih udeleženih v preiskave CT, povprečna starost najstarejših pacientov (66, +/-2,8 let) pa je bila pri pacientih transportiranih na preiskave koronarografije. Podatki so prikazani v Tabeli 2.

Primerjali smo starost pacientov, transportiranih na preiskavo CT in na koronarografijo. Srednji rank pri pacientih, prepeljanih na CT, znaša 66,40; pri pacientih, prepeljanih na koronarografijo, pa 72,75. Za primerjavo obeh rankov smo ob upoštevanju nenormalnosti porazdelitve izbrali Mann-Whitney test, ki je pokazal vrednost $p = 0,819$, na osnovi česar trdimo, da med omenjenima skupinama ne obstajajo statistično pomembne razlike. Podatki so prikazani v Tabeli 3.

Na osnovi deskriptivne statistike in grafičnega prikaza smo ocenili, da vrednosti »starost pacientov« in »trajanje transporta« niso normalno porazdeljene, kar smo dokazali z Kolmogorov-Smirnovim testom ($p < 0,05$). Podatki so prikazani v Tabeli 4 in Tabeli 5.

DESCRIPTIVES				Statistic	Std. Error
AGEPATIENT	CT	Mean		58,22	1,503
		95% Confidence Interval for Mean	Lower B.	55,24	
			Upper B.	61,19	
		5% Trimmed Mean		58,89	
		Median		64,00	
		Variance		293,690	
		Std. Deviation		17,137	
		Minimum		22	
		Maximum		87	
		Range		65	
		Interquartile Range		28	
		Skewness		-0,644	0,212
		Kurtosis		-0,775	0,422
AGEPATIENT	MR	Mean		58,25	14,109
		95% Confidence Interval for Mean	Lower B.	13,35	
			Upper B.	103,15	
		5% Trimmed Mean		59,06	
		Median		65,50	
		Variance		796,250	
		Std. Deviation		28,218	
		Minimum		18	
		Maximum		84	
		Range		66	
		Interquartile Range		50	
		Skewness		-1,405	1,014
		Kurtosis		2,640	2,619
AGEPATIENT	SCINTIGRAFIJA	Mean		63,00	5,695
		95% Confidence Interval for Mean	Lower B.	49,53	
			Upper B.	76,47	
		5% Trimmed Mean		63,83	
		Median		69,00	
		Variance		259,429	
		Std. Deviation		16,107	
		Minimum		32	
		Maximum		79	
		Range		47	
		Interquartile Range		23	
		Skewness		-1,325	0,752
		Kurtosis		0,791	1,481
AGEPATIENT	KORONAROGRAFIJA	Mean		66,00	2,000
		95% Confidence Interval for Mean	Lower B.	40,59	
			Upper B.	91,41	
		5% Trimmed Mean		.	
		Median		66,00	
		Variance		8,000	
		Std. Deviation		2,828	
		Minimum		64	
		Maximum		68	
		Range		4	
		Interquartile Range		.	
		Skewness		.	.
		Kurtosis		.	.
AGEPATIENT	OSTALO	Mean		60,00	6,928
		95% Confidence Interval for Mean	Lower B.	43,05	
			Upper B.	76,95	
		5% Trimmed Mean		60,83	
		Median		70,00	
		Variance		336,000	
		Std. Deviation		18,330	
		Minimum		27	
		Maximum		78	
		Range		51	
		Interquartile Range		28	
		Skewness		-1,110	0,794
		Kurtosis		0,346	1,587

Tabela 2. Deskriptivna statistika starosti pacientov, ki so bili transportirani na preiskave iz oddelka OIMOS v letu 2024

AGEPATIENT	RANKS			
	Vrsta	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	CT	130	66,40	8632,50
	KORONAROGRAFIJA	2	72,75	145,50
	Total	132		

TEST STATISTICS^a

	AGEPATIENT
Mann-Whitney U	117,500
Wilcoxon W	8632,500
Z	-,233
Asymp. Sig. (2-tailed)	,816
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,819 ^b

- a. Grouping Variable: VRSTA
b. Not corrected for ties.

Tabela 3. Mann-Whitney test primerjave srednjih rangov med starostjo pacientov, prepeljanih na CT, in pacienti, prepeljani na koronarografijo v letu 2024

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		AGEPATIENT
N		151
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	58,66
	Std. Deviation	17,207
Most Extreme	Absolute	0,172
Differences	Positive	0,092
	Negative	-0,172
Test Statistic		0,172
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,000 ^c

- a. Test distribution is Normal.
b. Calculated from data.
c. Lilliefors Significance Correction.

Tabela 4. Kolmogorov-Smirnov test porazdelitve podatkov o starosti pacientov, transportiranih v letu 2024

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		AGEPATIENT
N		151
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	0:37
	Std. Deviation	0:13
Most Extreme	Absolute	,262
Differences	Positive	,262
	Negative	-,195
Test Statistic		0,262
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,000 ^c

- a. Test distribution is Normal.
b. Calculated from data.
c. Lilliefors Significance Correction.

Tabela 5. Kolmogorov-Smirnov test porazdelitve podatkov o trajanju transporta v letu 2024

V nadaljevanju smo proučili povezanost med starostjo pacienta in trajanjem transporta. Z bivariatno korelacijsko analizo smo izračunali moč povezanosti med danima spremenljivkama. Spermanov korelacijski koeficient znaša 0,014 in ni statistično pomemben ($p = 0,866$), kar označuje šibko in statistično nepomembno povezanost med starostjo pacientov in trajanjem transporta. Podatki so prikazani v Tabeli 6.

CORRELATIONS

SPEARMAN'S RHO	Vrsta	AGEPATIENT	TRAJANJE
	AGEPATIENT	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,014
		N	151
	TRAJANJE	Correlation Coefficient	-,014
		Sig. (2-tailed)	0,866
		N	151

Tabela 6. Neparametrični testi bivariatne korelacije med vrednostmi »trajanje transporta« in »starost pacientov« v znotrajbolnišničnih transportih 2024

Vrednost R^2 znaša 0,017, kar pomeni, da starost pacienta v 1,7 % vpliva na trajanje transporta. Regresijska konstanta znaša 36,39, regresijski koeficient 0,014 regresijski model zapišemo kot: $y(\text{trajanje transporta v minutah}) = 36,39 + 0,014 \times \text{starost pacienta}$. Glede na nizko stopnjo korelacije z regresijsko analizo ni smiselno nadaljevati.

4 RAZPRAVA

Na podlagi pridobljenih rezultatov sklepamo, da največji delež znotrajbolnišničnih transportov (85,4 %) zavzame preiskava slikanja z računalniško tomografijo. Čeprav takšni transporti v povprečju trajajo 37 minut, pomeni dejanski čas zasedenosti medicinskih sester zaradi transporta bistveno več časa. Zaradi priprave življenjsko ogroženega pacienta na varen transport se objektivno porabi približno 30 minut in prav toliko časa za namestitev pacienta v posteljno enoto po izvedenem transportu. Veiga in ostali (2019) so v kohortni študiji, ki je vključevala 1559 znotrajbolnišničnih transportov, ugotavljala povprečni čas transporta 43 minut (Veiga et al., 2019), kar je povsem primerljivo z našo študijo. Vzorec je bil namreč v obeh študijah narejen na oddelku intenzivne terapije, kjer zdravijo odraslo populacijo in te intenzivne enote sodijo v intenzivne terapije III. kategorije.

Izbira tima oziroma ekipe zdravstvene nege, ki bo spremljala pacienta med transportom, je v domeni vodje tima. Raziskava iz Brazilije, kjer imajo v bolnišnici šest intenzivnih terapij za odrasle s skupaj 204 intenzivnimi posteljami, poudarja, da je pri izbiri kadra za transport na prvem mestu izkušnost. Pri 117 pacientih (7,5 %) so beležili življenju nevarne dogodke oziroma zaplete med transportom, ki so zahtevali takojšnje ukrepanje (Veiga et al., 2019). Incidenca teh dogodkov se poveča, če so pri pacientih uporabljeni

sedativi in vazoaktivna podpora (Veiga et al., 2019). Glede incidence nevarnih dogodkov študije poročajo različne rezultate; v Franciji je med znotrajbolnišničnimi transporti incidenca 45 % (Agizew et al., 2021), kar je precej višje kot v Braziliji. Predpripravljene in izpolnjene t. i. »check liste« zmanjšajo verjetnost neželenih dogodkov med transportom (Canellas et al., 2020), z njo razpolagajo tudi na oddelku OIMOS. Dejavniki, ki zmanjšajo nevarne dogodke med transportom so poleg kontrolne liste še izkušnost kadra, standardizirani protokoli in ustrezna oprema za transport (Salt et al., 2020). Juneja & Nasa (2023) navajata strukturiran pristop k znotrajbolnišničnem transportu po sistemu ABCDE, kjer A pomeni assesment (ocena), B kot basic monitoring (osnovni monitoring), C kot consent and check list (preverjanje), D kot documentation (dokumentiranje) in E kot equipment (oprema) (Juneja & Nasa, 2023). Poleg predpripravljenih kontrolnih listov imajo dobro prakso na Švedskem, kjer se medicinske sestre, zaposlene v intenzivni terapiji ali anesteziji, izobražujejo za izvajanje znotrajbolnišničnih transportov s simulacijskim učenjem in scenariji (Skoglund et al., 2024).

Povprečna starost transportiranih pacientov v naši raziskavi je bila 58 let, medtem ko raziskave iz Brazilije navajajo osem let starejše paciente (Veiga et al., 2019) v primerjavi z našo raziskavo. Razliko bi težko pripisali povprečni življenjski dobi, ki je v Braziliji nekoliko manjša kot v Sloveniji.

Zanimiva je ugotovitev, da se povprečna starost pacientov, transportiranih na preiskavo računalniške tomografije in koronarografije statistično pomembno ne razlikujeta. Možna razlaga je v incidenti hudih poškodb v vseh starostnih obdobjih (pri mlajših pacientih hudi mehanizmi poškodb, pri starejših fiziološke spremembe in ob enakem mehanizmu hujše poškodbe kot pri mlajših pacientih) ter v pojavnosti bolezni srca in žilja. Povprečna starost nenadne srčne smrti in reanimacije pri pacientih v Splošni bolnišnici Celje je približno 67 let (Mažič et al., 2021).

Ugotovili smo, da je starost pacientov statistično šibko povezana s trajanjem transporta. Vendar lahko iz izdelanega regresijskega modela razberemo, da se čas transporta izračuna tako, da se regresijski konstanti 36 minut prišteje 0,014 krat starost pacienta. V praksi to pomeni, da pri starosti 60 let, dodamo času transporta eno minuto, kar je zanemarljivo in klinično nepomembno.

5 ZAKLJUČEK

Znotrajbolnišnični transporti predstavljajo logističen, strokovni in organizacijski izziv za zaposlene v zdravstveni negi v intenzivnih oddelkih. Izvedeni morajo biti varno, kakovostno in strokovno. Vloga medicinske sestre je v ugotavljanju potreb, ki jih mora zagotoviti med transportom, načrtovanjem negovalnih intervencij pred med in po transportu, izvajanje negovalnih intervencij med transportom ter vrednotenje po izvedenem transportu.

LITERATURA

1. Agizew, T. B., Ashagrie, H. E., Kassahun, H. G. & Temesgen, M. M. (2021). Evidence-Based Guideline on Critical Patient Transport and Handover to ICU. *In Anesthesiology Research and Practice (Vol. 2021)*. Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2021/6618709>
2. Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P. & Rabiais, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review Checklist para el transporte intra-hospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *In Enfermería Global (Vol. 19, Issue 4, pp. 557–572)*. Universidad de Murcia Servicio de Publicaciones. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
3. Juneja, D. & Nasa, P. (2023). Intrahospital Transport of Critically Ill Patients: Safety First. *In Indian Journal of Critical Care Medicine (Vol. 27, Issue 9, pp. 613–615)*. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24538>
4. Mažič M., Markota A. *Kazalniki preživetja pri pacientih z zunanjsbolnišničnim srčnim zastojem*. Magistrsko delo: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, 2021.
5. Salt, O., Akpınar, M., Sayhan, M. B., Örs, F. B., Durukan, P., Baykan, N. & Kavalci, C. (2020). Intrahospital critical patient transport from the emergency department. *Archives of Medical Science*, 16(2), 337–344. <https://doi.org/10.5114/aoms.2018.79598>
6. Skoglund, K., Bescher, M., Ekwall, S. & Hammar, L. M. (2024). Intrahospital transport of critically ill patients: Nurse anaesthetists' and specialist ICU nurses' experiences. *Nursing in Critical Care*, 29(5), 1142–1150. <https://doi.org/10.1111/nicc.13053>
7. Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., da Silva Vale, R. T., de Oliveira, C. Z. & Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 15–20. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>

VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI SPODBUJANJU SAMOOSKRBE PO ZLOMU KOLKA: KVALITATIVNI PRISTOP

Dijana Vasić

Splošna bolnišnica Celje

dr. Tamara Štemberger Kolnik

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

POVZETEK

Uvod: Zlom kolka je zelo pogosta poškodba med starejšo odraslo populacijo in velikokrat znatno poslabša kakovost življenja starejših odraslih, saj lahko povzroči popolno odvisnost od pomoči drugih oseb. Pri rehabilitaciji po operacijskem zdravljenju zloma je vloga medicinske sestre nadvse pomembna, saj večji del časa preživi s pacientom, mu pomaga in ga spodbuja pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih ter ga opolnomoči z informacijami za zagotovitev hitrejše samooskrbe.

Metode: Za raziskavo smo uporabili kvalitativno metodo raziskovanja. Za zbiranje podatkov so bili uporabljeni polstrukturirani intervjuji. Za zagotavljanje večje verodostojnosti rezultatov smo z intervjuvanci dosegali triangulacijo, saj smo v intervjuje zajeli medicinsko sestro, zdravnika in fizioterapevta. Izvedeni so bili trije poglobljeni intervjuji. Zbrane podatke smo kodirali in razdelili v tri smiselne tematske sklope.

Rezultati: Ugotovili smo, da je vloga medicinske sestre za samooskrbo pacienta po poškodbi kolka izrednega pomena. Pacient potrebuje, za hitrejšo rehabilitacijo po operaciji kolka, holistični pristop, psihosocialno podporo in jasno ter podporno komunikacijo.

Razprava: Medicinska sestra ima ključno vlogo pri spodbujanju samooskrbe pacienta po zlomu kolka. S ciljno usmerjeno zdravstveno vzgojo, motivacijo in prilagojeno zdravstveno nego usmerja pacienta pridobiti samozavest in veščine za samostojno opravljanje vsakodnevnih aktivnosti. Poleg zdravstveno negovalne obravnave pacientu nudi tudi psihološko podporo. Kljub pozitivnim učinkom, pa so izzivi, kot so pomanjkanje časa in kadra, še vedno prisotni.

Zaključek: Poškodba kolka povzroči veliko spremembo v življenju starejših odraslih, zato je potrebno, da s pravočasno in učinkovito zdravstveno nego preprečimo pooperativne komplikacije in z zdravstvenovzgojnim delom, rehabilitacijo in spodbujanjem samooskrbe pacientu omogočimo, da se mu čimprej povrne kakovost življenja po poškodbi.

Ključne besede: poškodba kolka, samooskrba, vpliv medicinske sestre

ABSTRACT

Introduction: Hip fractures are a common injury among the older adult population and frequently lead to a significant decline in quality of life, as they may result in complete dependence on others. In the postoperative rehabilitation process, the role of the nurse is vital, as nurses spend the most time with patients, assist them with essential daily activities, and empower them with relevant information to support faster recovery of self-care.

Methods: A qualitative research approach was used. Data were collected through semi-structured interviews. To ensure greater credibility of the findings, we applied triangulation by conducting interviews with a nurse, a physician, and a physiotherapist. A total of three in-depth interviews were carried out. The collected data were coded and grouped into three meaningful thematic categories.

Results: The study found that the nurse's role is crucial in supporting patients' self-care following a hip fracture. For faster recovery, patients require a holistic approach, psychosocial support, and clear, supportive communication.

Discussion: Nurses play a key role in promoting self-care in patients after a hip fracture. Through targeted health education, motivation, and individualized nursing care, nurses help patients regain confidence and the skills needed for performing everyday activities independently. In addition to providing direct care, nurses also offer important psychological support. Despite these positive impacts, challenges such as staff shortages and time constraints remain present.

Conclusion: *A hip fracture significantly disrupts the lives of older adults, and it is essential to prevent postoperative complications through timely and effective nursing care. By providing health education, rehabilitation, and encouragement of self-care, nurses can help patients regain their quality of life as quickly as possible after injury.*

Key words: *hip injury, self-care, nurse influence.*

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Vse daljša življenjska doba in proces staranja prebivalstva prinašata pomembne izzive na področju zdravstva, med katerimi izstopa naraščajoča potreba po dolgotrajni oskrbi, obravnavi kroničnih bolezni in preprečevanju zapletov, ki so posledica starostnih sprememb. Med pogostimi in resnimi zdravstvenimi stanji starejših odraslih je zlom kolka, ki bistveno vpliva na kakovost življenja posameznika, njegov gibalni status, samostojnost in preživetje (Špehar, 2020; Rok Simon, 2020). S starostjo namreč narašča degeneracija sklepnih struktur, osteoporoza in verjetnost padcev, kar vodi v večjo pojavnost zlomov kolke, zlasti po 75 letu starosti, ko incidenca eksponentno narašča, predvsem pri ženskah. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje v Sloveniji letno zaradi posledic zloma kolke umre več kot 273 starejših odraslih, od tega dve tretjini žensk (Rok Simon, 2020). Zlom kolke je tako ne le zdravstveni, temveč tudi socialni problem, saj lahko povzroči trajno odvisnost od pomoči drugih in prispeva k institucionalizaciji starejših oseb. V tem kontekstu se kot izjemno pomembna izpostavlja vloga medicinske sestre, ki skozi proces rehabilitacije ne le izvaja zdravstveno nego, temveč pacienta aktivno usmerja k ponovni vzpostavitvi samostojnosti v osnovnih življenjskih aktivnostih (Špehar, 2020). Za razumevanje in ustrezno oblikovanje zdravstvene nege po zlomu kolke je bistveno teoretično izhodišče model Dorothee Orem, ki opredeljuje zdravstveno nego kot dejavnost, namenjeno pomoči posamezniku pri ohranjanju ali ponovni vzpostavitvi njegove sposobnosti za samooskrbo (Gonzalo, 2024). Orem poudarja, da je posameznik središče zdravstvene nege, pri čemer so njegove sposobnosti za izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti ključne za odločitev, ali in v kolikšni meri je potrebna intervencija zdravstvene nege (Hitejc, 2000). Samooskrba je definirana kot niz aktivnosti, ki jih posameznik izvaja, da bi ohranil zdravje, dobro počutje in življenje. Med te aktivnosti sodijo osebna higiena, prehranjevanje, gibanje in upoštevanje zdravstvenih navodil. Ko posameznik teh dejavnosti ne more več samostojno izvajati, govorimo o primanjkljaju samooskrbe, ki zahteva podporo zdravstvene nege (Gonzalo, 2024). Sistemi zdravstvene nege v teoriji Orem vključujejo: popolno kompenzacijo, kadar pacient ne zmore samostojne samooskrbe; delno kompenzacijo, kadar pacient zmore nekatere aktivnosti sam, druge pa z pomočjo; podporno-izobraževalni pristop, kadar pacient zmore samooskrbo z usmerjanjem in učenjem. Ta teorija je še posebej uporabna pri obravnavi starejših oseb po zlomu kolke, saj omogoča individualno načrtovanje zdravstvene nege in rehabilitacije glede na zmožnosti in potrebe posameznega pacienta (Hagran & Fakharany, 2015).

Operativna obravnava zloma kolke je standardni pristop, razen v primerih, kjer je poseg kontraindiciran zaradi splošnega zdravstvenega stanja pacienta. Način operacije je odvisen od vrste zloma, starosti in psihofizične kondicije pacienta (Komadina et al., 2012). Povprečna dolžina hospitalizacije traja približno 16 dni, pri čemer trendi skrajševanja ležalnih dob zahtevajo intenzivno in dobro organizirano rehabilitacijsko obravnavo (Kos et al., 2014). Bolnišnična obravnava zajema več kot le operativni poseg – vključuje pripravo pacienta na življenje po odpustu, kar pomeni, da mora zdravstvena nega temeljiti na interdisciplinarnem pristopu, sodelovanju med zdravnikom, medicinsko sestro, fizioterapevtom in drugimi člani tima. Poleg obravnave telesnega stanja je ključno upoštevati tudi psihosocialne potrebe pacienta in njegove družine (Pišek & Fošnarič, 2022). Zgodnja mobilizacija in rehabilitacija sta ključnega pomena za funkcionalno okrevanje po zlomu kolke. Priporočila vključujejo začetek aktivnosti že v zgodnjem pooperativnem obdobju od respiratorne fizioterapije do postopnega sedenja, stanja in hoje (Kos et al., 2014). Sodobne smernice poudarjajo pomen individualiziranih pristopov, kar pomeni, da se program rehabilitacije prilagodi zmožnostim posameznika. Uporaba pripomočkov (hodulja, bergle), načrtovana vadba in učenje osnovnih življenjskih aktivnosti so nepogrešljivi elementi kakovostne oskrbe. Klinične poti, ki so vnaprej načrtovani protokoli za obravnavo določenega zdravstvenega stanja, nudijo podporo pri zagotavljanju enotne, multidisciplinarne in kakovostne oskrbe. Hkrati predstavljajo orodje za spremljanje kakovosti oskrbe in rezultatov (Kos et al., 2014). Po podatkih Che et al. (2023) rehabilitacijski programi bistveno izboljšujejo kakovost življenja pacientov, saj preprečujejo upad funkcionalnosti, zmanjšujejo pooperativne zaplete in spodbujajo povrnitev gibalnih funkcij. Pomembno je, da je rehabilitacija progresivna, ciklična in prilagojena posamezniku. V tem okviru se teorija Oremove o samooskrbi izkaže kot uporabno vodilo. Pacienti, ki so aktivno vključeni v lastno okrevanje, prej dosežejo večjo avtonomijo in manjšo odvisnost od zdravstvene in socialne oskrbe (Xu et al., 2020). Zdravstveni delavci igrajo ključno vlogo pri usmerjanju, učenju in spodbujanju pacientov, da prevzamejo odgovornost za svoje zdravje, pri čemer je bistvena tudi motivacijska komponenta zdravstvene vzgoje. Oremov model omogoča razvoj strukturiranih programov samooskrbe za starejše paciente po zlomu kolke, kar lahko prispeva k hitrejši reintegraciji pacientov v domače okolje, zmanjšanju hospitalizacij in dolgoročno prispeva k večji kakovosti življenja. Ugotovitve Xu et al. (2020) potrjujejo, da so tovrstni programi učinkoviti predvsem takrat, kadar so vsebine prilagojene posameznikovim interesom, sposobnostim in socialnemu okolju.

Namen raziskave je ugotoviti, kako delo medicinskih sester vpliva na proces samooskrbe pacientov po poškodbi kolke in katere intervencije so se izkazale za najbolj koristne pri spodbujanju rehabilitacije pacientov po zlomu kolke.

METODOLOGIJA

Izvedena je bila kvalitativna raziskava z uporabo intervjujev za zbiranje podatkov.

Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili polstrukturiran intervju, ki omogoča prilagodljivost pri pridobivanju širokega pogleda na obravnavano tematiko in hkrati zagotavlja primerljivost odgovorov med intervjuvanimi osebami. Intervju smo izvedli s tremi različnimi zdravstvenimi strokovnjaki, kar nam omogoča širši pogled na raziskovalno problematiko in poveča verodostojnost pridobljenih rezultatov, saj smo uporabili metodo triangulacije.

Opis merskega instrumenta

Merski instrument je bil razvit z namenom pridobivanja poglobljenih kvalitativnih podatkov o subjektivnih izkušnjah o vplivu zdravstvene nege na rehabilitacijski proces pacientov. Vprašanja so bila usmerjena v izkušnje s fizičnim, psihičnim, socialnim in čustvenim okrevanjem pacienta po operaciji kolka.

Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen namerni vzorec, kjer so intervjuvanci bili izbrani na podlagi njihove specifične strokovne vloge in izkušenj, ki so relevantne za obravnavo problematike samooskrbe pacientov po poškodbi kolka. Vzorec je zajemal tri strokovnjake s področja zdravstvenih strok (medicinsko sestro, fizioterapevta in kirurga travmatologa). Pri izbiri strokovnjakov smo bili pozorni, da so bili neposredno vključeni v proces obravnave pacienta po operaciji kolka in ob obravnavi bili del multidisciplinarne obravnave. Bolj specifičnih in številčnih podatkov o vzorcu ne podajamo zaradi varovanja osebnih podatkov.

Metodološki postopek zbiranja podatkov

Postopek zbiranja podatkov predstavljamo po korakih:

1. korak: Priprava informiranega soglasja oziroma dogovora o zaupanju

Pred izvedbo intervjujev smo pripravili obrazec z informiranim soglasjem, s katerim smo intervjuvance seznanili s cilji raziskave, načinom uporabe pridobljenih podatkov in etičnimi načeli raziskave. Vsi intervjuvanci so pred izvedbo intervjuja podpisali izjavo o zaupnosti in sodelovanju v raziskavi.

2. korak: Izvedba intervjujev

Intervjuji so bili snemani. Potekali so brez večjih posebnosti, vprašanja so si sledila po pripravljenem vrstnem redu. Intervjuvani so bili z uporabo podvprašanj spodbujani k širšemu razmisleku o tematiki.

3. korak: Postopek analize podatkov

Posnetke intervjujev smo prepisali in podatke analizirali na podlagi transkripta. Uporabljena je bila metoda kodiranja podatkov za kvalitativno analizo vsebine. Pri tem smo identificirali ključne teme, vzorce in vpoglede, ki se nanašajo na vlogo medicinske sestre in njeno sodelovanje z drugimi strokovnjaki pri spodbujanju samooskrbe pacientov.

Pridobljene rezultate predstavljamo v nadaljevanju.

REZULTATI

V Tabeli 1 predstavljamo kode iz analize podatkov na temo vloge zdravstvene nege pri samooskrbi pacienta po zlomu kolka.

Koda	Tema	Opis	Primer izjave intervjuvanca
HOL01	Holističen pristop pri obravnavi pacienta	Celostna obravnava pacienta, ki vključuje fizične, psihične, socialne in čustvene vidike okrevanja.	»Pot do samostojnosti ni lahka saj se starostnik srečuje na poti okrevanja z mnogimi težavami, za katere so v veliki meri odgovorne pridružene bolezni.« »Izkušnje kažejo, da se pacienti različno prilagajajo na okrevanje, imamo zelo motivirane, do takšnih, ki imajo dovolj življenja.« »Pomembno je, da vsak korak prilagodimo individualno, saj je vsak pacient v drugačni fazi okrevanja.«
POD01	Psihosocialna podpora	Vloga medicinske sestre pri zagotavljanju čustvene in psihološke podpore pacientu.	»Medicinske sestre imajo ključno vlogo pri psihološki podpori pacienta, saj so one največ časa z njimi.« »Medicinske sestre nudijo psihosocialno podporo z empatijo, spodbujanjem pozitivnega mišljenja in potrpežljivostjo.« »Njihova empatičnost, potrpežljivost in vztrajnost pogosto zelo vplivajo na pacientovo sodelovanje pri rehabilitaciji.«
KOM01	Jasna in podpirna komunikacija	Medicinska sestra uporablja jasne in spodbudne besede, da poveča pacientovo zaupanje in motivacijo.	»Medicinske sestre spodbujajo pacientov napredek s pozitivno povratno informacijo, postavljanjem dosegljivih ciljev in omogočanjem malih zmagov v vsakodnevnih aktivnostih, da ohranijo pacientovo motivacijo in zaupanje.« »Velikokrat sem v pogovoru omenila, da je komunikacija temelj dobrega sodelovanja in sporazumevanja.«

Tabela 1. Prikaz rezultatov kodiranja podatkov za vlogo zdravstvene nege pri samooskrbi pacienta po zlomu kolka

RAZPRAVA

Zlom kolka pri starejših osebah predstavlja kompleksno zdravstveno stanje, ki zahteva celostno in multidisciplinarno obravnavo. Operativno zdravljenje je le začetni korak v dolgotrajnem procesu rehabilitacije, ki zahteva aktivno vključenost medicinske sestre, fizioterapevta, zdravnika in drugih strokovnjakov (Phang et al., 2023). V središču obravnave je pacient, katerega telesno, psihosocialno in funkcionalno stanje se skozi okrevanje nenehno spreminja. Analiza intervjujev, opravljenih z medicinsko sestro, zdravnikom in fizioterapevtom, je potrdila ključno vlogo medicinske sestre pri spodbujanju in razvijanju pacientove samooskrbe po operaciji kolka. Podatki kažejo, da medicinska sestra ne le izvaja osnovne negovalne intervencije, temveč je nosilka celostne fizične in čustvene podpore ter zdravstvene vzgoje. V skladu s teorijo Dorothee Orem medicinska sestra ocenjuje primanjkljaje v samooskrbi in načrtuje negovalne aktivnosti glede na stopnjo pacientove odvisnosti (Gonzalo, 2024). V praksi to pomeni prehod med popolno, delno in podporno-izobraževalno nego. Holistični pristop, ki je bil poudarjen v izjavah intervjuvancev, se odraža v prepoznavanju kompleksnih potreb pacienta, od bolečine in zmanjšane gibljivosti do strahu, depresije in občutka nemoči. Medicinske sestre, ki so vsakodnevno v stiku s pacienti, so v idealnem položaju za zgodnje prepoznavanje teh težav in zagotavljanje podpore. Medicinska sestra je poudarila, da »pot do samostojnosti ni lahka«, kar potrjuje, da je okrevanje zelo individualiziran proces. Pomemben tematski sklop, ki se je izoblikoval, je psihosocialna podpora, ki jo medicinske sestre nudijo s svojo prisotnostjo, empatijo in spodbudo. S tem bistveno vplivajo na pacientovo motivacijo za sodelovanje v rehabilitaciji. Jasna, strukturirana in podporna komunikacija je bila izpostavljena kot ključni dejavnik za krepitev pacientove samozvesti in zaupanja. Izjava, da medicinske sestre »spodbujajo pacientov napredek s pozitivno povratno informacijo in malimi zmagami«, potrjuje pomembnost individualno usmerjene in ciljno naravnane komunikacije. Multidisciplinarnost je še ena ključna komponenta uspešne rehabilitacije. Podatki raziskave kažejo, da učinkovito sodelovanje med medicinsko sestro, fizioterapevtom in zdravnikom omogoča pravočasno prilagajanje negovalnih in rehabilitacijskih strategij. Medicinske sestre pomembno prispevajo k spremljanju napredka, prepoznavanju tveganj za zaplete in učenju uporabe pripomočkov (bergla, hojica), kar je ključno za preprečevanje ponovnih poškodb in zapletov (npr. tromboze, preležanine). Rezultati potrjujejo ugotovitve Špehar (2020), ki je poudarila pomen oblikovanja negovalnih diagnoz kot osnove za kakovostno načrtovanje zdravstvene nege. Raziskava pa dodatno osvetljuje vlogo motivacije, čustvene podpore in komunikacije kot ključnih dejavnikov za uspešno samooskrbo. Primerljiva je tudi z raziskavo Xu idr. (2020), ki je pokazala, da strukturirani modeli samooskrbe, podprti s teorijo Orem, bistveno prispevajo k izboljšanju kakovosti življenja starejših pacientov po zlomu kolka.

OMEJITVE RAZISKAVE

Raziskava temelji na kvalitativnem vzorcu z majhnim številom udeležencev ($n = 3$), kar omejuje možnost posploševanja rezultatov na širšo populacijo. Vzorec vključuje le predstavnike treh strok (medicinsko sestro, zdravnika in fizioterapevta), ne pa tudi socialnega delavca, delovnega terapevta ali samega pacienta.

ZAKLJUČEK

Rehabilitacija po zlomu kolka zahteva strukturiran in multidisciplinaren pristop, kjer ima medicinska sestra ključno vlogo pri spodbujanju samooskrbe, zagotavljanju podpore in ohranjanju kakovosti življenja pacienta. Teorija Dorothee Orem o samooskrbi zagotavlja teoretični okvir za razvoj in izvajanje ciljno usmerjene zdravstvene nege, ki temelji na individualnih potrebah pacienta. Programi zdravstvene nege morajo biti oblikovani tako, da omogočajo postopno doseganje samostojnosti, upoštevajo telesno in psihosocialno stanje pacienta ter spodbujajo sodelovanje celotnega tima. Le tako lahko pacientom omogočimo uspešno okrevanje in povrnitev v kakovostno življenje po zlomu kolka.

LITERATURA

1. Che, Y. Qian, Z., Chen, Q., Chang, R., Xie, X. & Hao, Y. F. (2023). Effects of rehabilitation therapy based on exercise on motor function and complications after hip fracture surgery in elderly patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(817), 2-8. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06806-y>
2. Gonzalo, A. (2024). *Dorothea Orem: Self-Care deficit theory*. <https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/>
3. Hagran, A. & Fakharany, E. (2015). Critique of Orem's Theory. *Journal of Middle East and North Africa Sciences*, 1(5), 12-17.
4. Hitejc, Z. (2000). Uporaba teorije Dorothy Orem v procesu zdravstvene nege otroka z motnjo v duševnem razvoju. *Obzor Zdravstvo*, 34, 121-125.
5. Komadina, R., Senekovič, V., Dolenc, I., Andoljšek, M., Grabljevec, K., Veninšek, G., Preželj, J. & Kocjan, T. (2012). Priporočila za zdravljenje zloma kolka v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*. 81(3), 183-192.
6. Kos, N., Sedej, B. & Kos, B et. al., (2014). Klinične smernice za rehabilitacijo poškodovancev po zlomu kolka. *Rehabilitacija*. XIII(1). 163-167.
7. Phang, J. K., Ying Lim, Z., Qi Yee, W., Fang Tan, C. Y., Kwan, Y. H. & Low, L. L. (2023). Post-surgery interventions for hip fracture: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(417), 5-16. doi: 10.1186/s12891-023-06512-9
8. Pišek, A. & Fošnarič, L. (2022). Zdravstvena nega starostnika po operaciji kolka. In A. Debelak (ed). *Novosti in znanje kot podlaga kirurški zdravstveni negi*. (pp 12-18). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nega – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji.
9. Rok Simon, M. (2020). *Padci starejših odraslih – naraščajoči problem javnega zdravja*. Ljubljana: NIJZ. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/padci_pri_starejsih_2019_publicacija_oblikovano_2020_koncna_mrs.pdf
10. Špehar, Š. (2020). *Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta po operaciji kolka s poudarkom na izpostavitvi negovalnih diagnoz*. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
11. Xu, X., Han, J., Li, Y., Sun, X., Lin, P., Chen, Ying., Gao, F., Li, Z., Zhang, S. & Sun, W. (2020). Effects of Orem's Self-Care Model on the life quality of elderly patients with hip fractures. *Pain Research and Management*. 20(5602683), 1-5. doi: 10.1155/2020/5602683

KRITIČNA TOČKA V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE: PREDAJA PACIENTA PATRONAŽNI MEDICINSKI SESTRICI

Mateja Podergajs Fijavž, mag. zdr. nege

Splošna bolnišnica Celje

mateja.podergajs@sb-celje.si

POVZETEK

Ob odpustu pacienta iz bolnišnice se zdravstvena obravnava ne konča vedno, temveč preide v novo fazo – to je v okrevanje in nadaljnjo zdravstveno oskrbo v domačem okolju. Tukaj ima ključno vlogo patronažna medicinska sestra, ki prevzame nadaljnje spremljanje, izvajanje zdravstvene nege in podporo pacientu ter njegovi družini. Za zagotavljanje varne, kakovostne in neprekinjene zdravstvene nege je nujna pravočasna, celovita in strukturirana predaja informacij med bolnišničnim zdravstvenim timom in patronažno službo. Kljub temu je ta proces pogosto podcenjen ali pomanjkljivo izveden, kar lahko negativno vpliva na potek okrevanja, pojav zapletov in zadovoljstvo pacienta.

Namen raziskave je analizirati pomen pravočasne, celovite in strukturirane predaje pacienta patronažni medicinski sestri ob odpustu iz bolnišnice kot ključnega elementa kontinuirane zdravstvene nege ter opozoriti na posledice pomanjkljivega prenosa informacij in predstaviti primer dobre prakse, ki prispeva k večji varnosti, kakovosti in celovitosti zdravstvene obravnave.

Ključne besede: predaja informacij ob odpustu pacienta, kontinuirana zdravstvena nega, patronažna zdravstvena nega, patronažna medicinska sestra.

ABSTRACT

Upon hospital discharge, healthcare management does not necessarily conclude but rather transitions into a new phase – recovery and continued care in the home environment. At this stage, the community nurse plays a crucial role, taking responsibility for ongoing monitoring, the delivery of nursing care, and providing support to the patient and their family. To ensure safe, high-quality, and uninterrupted care, the timely, comprehensive, and structured transfer of information between the hospital healthcare team and the community nursing service is essential. Nevertheless, this process is often underestimated or inadequately implemented, which can negatively influence the recovery process, contribute to complications, and reduce patient satisfaction.

Aim: To analyze the significance of timely, comprehensive, and structured handover of patients to community nurses upon hospital discharge as a key element of continuity of care, to highlight the consequences of inadequate information transfer, and present a good practice example that contributes to greater safety, quality, and comprehensiveness of healthcare delivery.

Keywords: handover of information at patient discharge, continuity of nursing care, community nursing care, community nurse.

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Napredek v znanosti prinaša v medicino sodobne pristope zdravljenja, izvajajo se vse manj invazivni posegi, po podatkih Ministrstva za zdravje RS (2023) se posledično krajšajo ležalne dobe v bolnišnicah. Pacienti tako hitreje zaključijo zdravljenje in rehabilitacijo na sekundarnem ali terciarnem nivoju zdravstvenega varstva in prihajajo v domače okolje. Tako se pogosto prenesejo na primarni nivo postopki in posegi nadaljnega zdravljenja, spremljanje zdravstvenega stanja in izvajanje zdravstvene nege in oskrbe, ki jo izvajajo patronažne medicinske sestre. Bolnišnica mora za vse paciente, ki na domu potrebujejo kontinuirano zdravstveno nego in oskrbo ob odpustu obvestiti pristojno patronažno medicinsko sestro. To velja tudi za novorojenčke in otročnice, pri katerih se na domu opravi preventivna zdravstvena obravnava že naslednji dan po odpustu (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016). Pri pacientih, ki so prezgodaj odpuščeni ali brez ustrezne zdravstvene podpore po odpustu, je večja verjetnost zapletov, ki zahtevajo njihovo nenačrtovano vrnitev v bolnišnico (Chan et al., 2019). Pravočasen in dobro načrtovan odpust iz bolnišnic izboljšuje učinkovito delovanje zdravstvenih virov, povečuje razpoložljivost bolnišničnih postelj, zmanjšuje prenatrpanost bolnišničnih in urgentnih oddelkov ter poveča zmogljivost za sprejem novih pacientov, ki potrebujejo akutno obravnavo (Khenna et al., 2016).

Vloga patronažne medicinske sestre je pri potrebni nadaljnji oskrbi na pacientovem domu zelo pomembna. Patronažna medicinska sestra zagotavlja kontinuirano zdravstveno oskrbo, spremlja zdravstveno stanje pacienta ter daje podporo pacientu in njegovi

družini, s ciljem preprečevanja zapletov in zmanjšanja ponovnih hospitalizacij. Skrbi za edukacijo pacienta in družine ter predstavlja vez med pacientom in drugimi zdravstvenimi službami (Handiyani et al., 2024). Za uspešno in kakovostno nadaljevanje zdravstvene nege po odpustu iz bolnišnice je potrebno pravočasno obvestiti patronažno službo in izbranega osebnega zdravnika o odpustu pacienta iz bolnišnice (Lončarevič & Romih, 2016) in tako zagotoviti prenos informacij, ki so bistvenega pomena za kontinuirano zdravstveno nego (Milavec Kapun, 2006). Za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege in oskrbe je nujno potrebno posredovanje zdravstvene dokumentacije, ki se nanaša na nadaljnjo zdravstveno nego, vendar pacienti pogosto dobijo le odpustno dokumentacijo, ki je namenjena osebnemu zdravniku. Žele (2019) v raziskavi ugotavlja, da prihaja pogosto do pomanjkljivega informiranja. Predaja pacienta iz bolnišnice je pogosto brez jasnih navodil patronažni medicinski sestri, včasih je izdana le začasna odpustnica. Bolnišnice imajo različne načine poročanja, celo znotraj iste ustanove obveščajo na različne načine. Nekateri poročajo ustrezno, medtem ko drugi sploh ne poročajo. Slabo obveščeni odpusti negativno vplivajo na delo patronažne medicinske sestre, kakor tudi na zdravstveno stanje pacienta, otročnice in novorojenčka (Žele, 2019). Da se lahko patronažna medicinska sestra pravočasno vključi in nadaljuje kontinuirano zdravstveno oskrbo mora dobiti vse potrebne informacije glede pacientovega trenutnega zdravstvenega stanja, poteka zdravljenja, termina odpusta in podatke o načrtu nadaljnje zdravstvene oskrbe (Runtas, 2022). Namen raziskave je analizirati pomen pravočasne, celovite in strukturirane predaje pacienta patronažni medicinski sestri, opozoriti na posledice pomanjkljivega prenosa informacij ter predstaviti primer dobre prakse, ki prispeva k večji varnosti, kakovosti in celovitosti zdravstvene obravnave.

2 NAČRTOVANJE ODPUSTA

Od sprejema pacienta v bolnišnico dalje mora multidisciplinaren tim načrtovati njegov odpust (Djukanovic et al., 2024). Proces načrtovanja odpusta se začne že ob sprejemu pacienta v bolnišnico in nadaljuje tekom hospitalizacije, ko zdravstveni tim oceni verjetnost, da bo po odpustu potrebna nadaljnja oskrba na domu (Žele et al., 2021). Učinkovito načrtovanje odpusta temelji na oceni potreb pacienta in iskanju ustreznih odzivov nanje. Pomembno je oceniti pacientove domače razmere, mobilnost, podporo svojcev in možnost dostopa do nadaljnje zdravstvene oskrbe (Omonaye et al., 2024). Domače okolje pacientu ne nudi vedno ustreznega okolja, kjer bi lahko potekalo nadaljevanje zdravljenja in nadaljnja rehabilitacija (Grudnik Seljak, 2022). Pogosto je težava slabšanje pacientovega zdravstvenega stanja, še posebej v terminalni fazi bolezni, kjer sta zdravljenje in zdravstvena nega pacienta otežena in zelo zahtevna. Načrtovanje odpusta se razlikuje med posameznimi državami. Ponekod je načrtovanje odpusta obvezno, drugod pa so podane le smernice za odpust. V Sloveniji zaznavamo pomanjkljivost standardizacije odpusta in odpustne dokumentacije, kar predstavlja velik izziv za kakovostno, kontinuirano, varno in celostno zdravstveno obravnavo (Žele et al., 2021).

3 ODPUST PACIENTA IZ BOLNIŠNICE

Prehod pacienta iz bolnišnične oskrbe v domače okolje predstavlja eno izmed občutljivih točk v procesu zdravstvene nege. Ta faza ni zgolj organizacijski izziv, temveč pomemben klinični in varnostni moment, ki zahteva natančno usklajenost med bolnišničnim zdravstvenim timom in patronažno zdravstveno službo (Saragosa et al., 2023). Patronažne medicinske sestre se vse pogostejše srečujejo z vse hitrejšimi odpusti iz bolnišnične obravnave. Predaja informacij o zdravstvenem stanju pacientov in koordiniranje dela s patronažno službo je izredno pomembna. Če je poročanje o odpustu neustrezno, je nadaljevanje zdravstvene obravnave na domu oteženo (Žele et al., 2021). Pri prehodu pacientov iz bolnišnične obravnave na primarno raven zdravstvenega varstva obstaja veliko tveganje za neželene dogodke. Saragosa et al., (2023) opozarjajo, da pacienti pogosto doživljajo občutek izgubljenosti, zmedenosti in pomanjkanja podpore, ko so prepuščeni domači oskrbi brez ustrezne predaje informacij patronažni medicinski sestri. Pogoste težave vključujejo manjkajoče odpustne liste, zamude pri obvestilu patronažnih služb, nejasne odgovornosti in neusklajene časovne okvire. Ob slabi koordinaciji lahko posledice negativno vplivajo na posameznika in njegovo družino (Thomas-Gregory & Richmond, 2015). Učinkovita in natančna predaja službe na področju zdravstvene nege je eden od pogojev za varno in kakovostno obravnavo pacienta (Peče, 2018). Kljub temu raziskave kažejo, da je predaja pacienta pogosto izvedena pomanjkljivo, brez pravočasne komunikacije, strukturiranega zapisa ali jasne odgovornosti, kar lahko ogrozi varnost pacienta in povzroči motnje v nadaljnji obravnavi (Waring et al., 2014; Po et al., 2023). Klinično pomembne informacije se včasih izgubijo ali ne pridejo pravočasno do patronažne medicinske sestre, kar vpliva na kakovost in učinkovitost oskrbe na domu (Burgess & Watt, 2020).

Sodobni pristopi poudarjajo pomen strukturiranih predajnih procesov, standardiziranih dokumentov in vnaprejšnjega vključevanja patronažne medicinske sestre v odpustno načrtovanje ter rednih multidisciplinarnih srečanj. Takšne prakse povečujejo zaupanje, kakovost in učinkovitost nadaljnje oskrbe. Tako se izboljšata koordinacija in kontinuiteta zdravstvene nege (Pereira et al., 2021). V tem kontekstu postaja predaja pacienta patronažni medicinski sestri ne le organizacijska naloga, temveč kritična točka, ki vpliva na uspešnost nadaljnje obravnave. Waring et al., (2014) ugotavljajo, da je predaja pacienta prepoznana kot procesni niz, kjer se odločilno oblikuje varnost nadaljnje oskrbe. V praksi je ta korak velikokrat izveden nepopolno, brez ustreznih standardov, kar lahko negativno vpliva na zdravstveno stanje pacienta. Ključna ovira je pomanjkanje enotnih sistemskih rešitev in komunikacijskih kanalov med ravnmi zdravstvenega varstva. Nejasna komunikacija, pomanjkanje dokumentacije in slaba koordinacija med bolnišničnim timom in patronažnimi medicinskimi sestrami lahko vodijo do zapletov, ponovnih hospitalizacij in zmanjšane zadovoljstva pacienta (Burgess & Watt, 2020; Po et al., 2023). V ospredje stopa potreba po zgodnjem vključevanju patronažne službe v odpustni načrt in potreba po strukturirani predaji informacij (z dokumenti, po telefonu ali e-pošti) (Saragosa et al., 2023).

4 PRIMER DOBRE PRAKSE: OBVEŠČANJE PATRONAŽNE SLUŽBE O ODPUSTU PACIENTA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI CELJE

Na podlagi povratnih informacij regijskih patronažnih medicinskih sester je bilo ugotovljeno, da je obveščanje o odpustu pacientov iz Splošne bolnišnice Celje pogosto pomanjkljivo. Pogosto se zgodi, da obveščanja s strani bolnišničnih medicinskih sester sploh ni, ali pa se predaja informacij izvede le delno in brez potrebnih klinično pomembnih podatkov. Posledično patronažne medicinske sestre včasih izvedo za odpust pacienta šele po njegovem prihodu na dom, kar otežuje načrtovanje obiska, pravočasno vključitev v zdravstveno nego ter zagotavljanje varne in neprekinjene oskrbe.

Z namenom izboljšanja kontinuitete zdravstvene nege in zagotavljanja enotne ter popolne predaje podatkov smo v Splošni bolnišnici Celje pripravili strukturiran dokument »Poročilo zdravstvene nege za patronažno medicinsko sestro«. Dokument je zasnovan tako, da omogoča celovito posredovanje vseh ključnih informacij o pacientovem zdravstvenem stanju, potrebnih intervencijah in načrtu nadaljnje oskrbe.

Dokument vključuje naslednje vsebinske sklope:

- Podatki o pacientu (identifikacijski podatki, oddelek odpusta, kontaktna številka oddelka).
- Odstopanja v stanju pacienta ob odpustu (npr. kolonizacija z multirezistentnimi bakterijami, dihalna podpora, prehranske omejitve, prisotnost sond ali stom, urinski kateter, težave z izločanjem, omejitve gibanja, bolečina, žilni katetri in vključitev v paliativno oskrbo).
- Terapija v domeni patronažne medicinske sestre (vrsta zdravila, doza, način aplikacije, čas zadnje aplikacije in izvedena edukacija).
- Rane (vrsta rane, lokacija, stanje okolne kože, vrsta oblog, načrt prevez, načrt odstranitve šivov/sponk/drenaž).
- Posebnosti (dodatni podatki, ki lahko vplivajo na oskrbo).
- Način obveščanja (po telefonu, e-pošti in z delovnim na-logom).

Pripravili smo tudi natančna navodila za izpolnjevanje dokumenta. Takšen dokument omogoča standardizirano in pravočasno predajo informacij, zmanjšuje možnost izgube podatkov in povečuje varnost pacienta ob prehodu v domače okolje.

Na dan odpusta diplomirana medicinska sestra, ki pacienta dobro pozna pripravi Poročilo zdravstvene nege za patronažno medicinsko sestro. Dokument pošlje patronažni službi, ki deluje na območju, kjer pacient živi in bo vključena v nadaljnjo oskrbo pacienta. Zaradi varovanja osebnih podatkov je dokument zavarovan z geslom. Istočasno medicinska sestra po telefonu obvesti patronažno službo in pacienta tudi ustno preda. Če se na pacientovem domu pojavijo kakršnekoli nejasnosti, lahko patronažna medicinska sestra pokliče na telefonsko številko, ki je navedena na predajnem dokumentu ter se posvetuje z medicinsko sestro na oddelku ali po potrebi z odpustnim zdravnikom glede nastalih težav ali dvomov.

5 RAZPRAVA

S pregledom literature smo ugotovili, da je predaja pacienta patronažni medicinski sestra ob odpustu iz bolnišnice eden izmed ključnih procesov v zagotavljanju kontinuirane zdravstvene obravnave. Gre za kritično točko, ki neposredno vpliva na kakovost, varnost in učinkovitost nadaljnje oskrbe v domačem okolju. Kljub številnim raziskavam, ki poudarjajo pomen pravočasne, celovite in strukturirane predaje (Milavec Kapun, 2006; Žele, 2019; Saragosa et al., 2023), se v praksi pogosto ugotavlja, da je ta proces izveden nepopolno, neenotno ali brez jasno opredeljenih odgovornosti (Waring et al., 2014; Po et al., 2023).

Ključna problematika, ki se pri tem izpostavlja, je pomanjkljiva komunikacija med bolnišničnimi timi in patronažno medicinsko sestro. Posledica tega so izgubljene klinično pomembne informacije, kar otežuje načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege na domu ter povečuje tveganje za zaplete in ponovno hospitalizacijo (Burgess & Watt, 2020). Še posebej ranljive so skupine pacientov, ki potrebujejo intenzivnejše spremljanje po odpustu, kot so starejši, kronični bolniki, novorojenčki in otročnice (NIJZ, 2016; Chan et al., 2019). Saragosa in sod. (2023) ugotavljajo, da pacienti in njihove družine v primeru pomanjkljive predaje informacij pogosto doživljajo negotovost, občutek prepuščenosti in pomanjkanje podpore.

Vprašanje kakovostne predaje pacienta presega tehnični vidik posredovanja odpustne dokumentacije in zahteva obravnavo širšega organizacijskega in sistemskega okvira. Standardizacija postopkov, enotni komunikacijski kanali in jasno določene odgovornosti vseh vpletenih deležnikov predstavljajo nujen pogoj za zmanjšanje variabilnosti praks ter zagotavljanje večje varnosti in kakovosti zdravstvene obravnave (Žele, 2019; Žele et al., 2021). Kot poudarjajo Waring in sod. (2014), odsotnost protokolov vodi do prekinitev v zdravstveni oskrbi in povečuje možnost neželenih dogodkov.

Izkušnje v Splošni bolnišnici Celje so pokazale, da pomanjkljivo obveščanje patronažne službe predstavlja resno oviro pri zagotavljanju neprekinjene oskrbe. Primer dobre prakse predstavlja uvedba strukturiranega dokumenta Poročilo zdravstvene nege za patronažno medicinsko sestro v Splošni bolnišnici Celje, ki omogoča standardizirano, pregledno in celovito posredovanje podatkov o pacientu. Tak pristop je skladen z ugotovitvami Pereire in sod. (2021), ki izpostavljajo pomen strukturiranih predajnih procesov, vnaprejšnjega vključevanja patronažne službe v načrtovanje odpusta in multidisciplinarnega sodelovanja. Uvedba tovrstnih rešitev zmanjšuje tveganje za izgubo informacij, povečuje varnost pacienta in omogoča učinkovitejše načrtovanje dela patronažnih medicinskih sester.

Ob organizacijskih izboljšavah je treba posebej poudariti tudi vlogo patronažne medicinske sestre, ki presega zgolj tehnično izvajanje zdravstvene nege. Njene ključne naloge vključujejo spremljanje zdravstvenega stanja pacienta, edukacijo pacienta in svojcev ter koordinacijo z drugimi ravni zdravstvenega varstva. S tem patronažna medicinska sestra prevzema vlogo osrednjega povezovalnega člana v nadaljnji zdravstveni obravnavi (Handiyani et al., 2024). Kakovostno izvedena predaja informacij je zato osnovni pogoj za uspešno uresničevanje teh nalog.

6 ZAKLJUČEK

Sistematičen pristop k predaji pacienta ter vzpostavitev jasnih komunikacijskih kanalov med bolnišničnim in patronažnimi medicinskimi sestrami sta nujna pogoja za uspešno izvedbo kontinuirane zdravstvene nege. Nadaljnji razvoj in uvedba standardiziranih postopkov na nacionalni ravni bi lahko pomembno prispevala k izboljšanju kakovosti obravnave pacientov po odpustu in krepitvi povezovanja med ravnmi zdravstvenega varstva.

LITERATURA

1. Burgess, L. & Watt, K. (2020). Improving patient handover from hospital to home: A quality improvement initiative. *British Journal of Community Nursing*, 25(7), 322–328.
2. Chan, B., Goldman, L. E., Sarkar, U., Guzman, D., Critchfield, J., Saha, S. & Kushe, M. (2019). High perceived social support and hospital readmissions in an older multi-ethnic, limited English proficiency, safety-net population. *BMC Health Services Research*, 19, 334. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4162-6>
3. Djukanovic, I., Hellstrom, A., Wolke, A. & Schildmeijer, K. (2024). The meaning of continuity of care from the perspective of older people with complex care needs. *Geriatric Nursing*, 55, 354–361.
4. Grudnik Seljak, A. (2022) Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice iz perspektive socialnih delavk. *Socialno delo*, 61(4), 317–334.
5. Handiyani, H., Kurniawan M. H., Hariyati, T. S. & Nuraini, T. (2024). Post-discharge Follow-up care: Nurses' Experience of Fostering Continuity of Care and patient outcomes. *The Open Nursing Journal*, 18, 2–7. [e18744346284419.pdf](https://doi.org/10.18744/346284419.pdf)
6. Khanna, S., Sier, D., Boyle, J. & Zeitz K. (2016) Discharge timeliness and its impact on hospital crowding and emergency department flow performance. *Emergency Medicine Australia*, 28(2), 164–170.
7. Lončarevič, A. & Romih, L. (2016). Paliativna oskrba na primarni ravni – zdravstveni dom Celje. In A. Presker Planko & K. Esih (Eds.), *Celostna paliativna oskrba: primeri dobre prakse in možnosti razvoja: zbornik predavanj z recenzijo VII. stiki zdravstvene nege*, Celje, 14. april 2016 (pp. 31–39). Visoka zdravstvena šola.
8. Milavec Kapun, M. (2006). Kontinuirana zdravstvena nega z vidika patronažne medicinske. In M. Logonder, K. Lokar & B. Skela-Savič (Eds.), *Med bolnišnico in domom: izziv medicinski sestre za kontinuirano onkološko zdravstveno nego, standardi zdravstvene nege Onkološkega inštituta Ljubljana* (pp. 11–19).
9. Ministrstvo za zdravje. (2023). *Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji - januar 2023*. <https://www.zdravstveni-sistem-v-sloveniji-januar-2023.pdf>
10. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2016). Strokovne podlage za posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva nosečnic, otročnic in novorojenčkov na domu ter podlage za zmanjšanje neenakosti v zdravju
11. Omonaiye, O., Ward-Stockham, K., Darzins, P., Kitt, C., Nennham, E., Taylor, N. F. & Cosidine, J. (2024). Hospital discharge processes: Insights from patients, caregivers, and staff in an Australian healthcare setting. *PLoS One* 19(9), Article e0308042 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11412517/>
12. Pereira, F., Ribeiro, O. & Sousa, L. (2021). Continuity of care: Bridging the gap between hospital and community nursing. *International Journal of Integrated Care*, 21(3), 11.
13. Peče, D. (2018). *Strukturirana predaja službe zdravstvene nege kot dejavnik varne zdravstvene obravnave*. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
14. Po, Y. Y., Lee, C. Y. & Lin, M. H. (2023). Factors affecting the effectiveness of discharge planning in nursing care. *Journal of Nursing Research*, 31(2), e 204.
15. Thomas-Gregory, A. & Richmond, I. (2015). The role of the community nurse in integrated end of life care. *Primary Health Care*, 25(3), 33–39. <https://doi.org/10.7748/phc.25.3.33.e947>
16. Runtas, M. (2022) *Zagotavljanje varnosti prenosa podatkov na področju predaje službe v zdravstveni negi* [diplomsko delo, Univerza v Ljubljani].
17. Saragosa, M., Chu, C. H. & Berta, W. (2023). The hospital-to-home care transition experience of home care clients: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 23, 1–11.
18. Waring, J., Marshall, F. & Bishop, S. (2014). An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: The case of discharge planning. *Health Services and Delivery Research*, 2(29), 1–160.
19. Žele, M. (2019). *Odpust pacienta iz bolnišnice in nadaljevanje zdravstvene obravnave v patronažnem varstvu*. Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.
20. Žele, M., Šučurovič, A. & Kegl, B. (2021). Kontinuiteta zdravstvene obravnave v patronažnem varstvu po bolnišnični obravnavi otročnice, novorojenčka in ostalih pacientov: kvalitativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 24–34.

Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

ODNOS IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE DO PREPREČEVANJA POŠKODB ZARADI PRITISKA

Tatjana Dvoršak, mag. zdr. in soc. ved

Splošna bolnišnica Celje

tatjana.dvorsak1@sb-celje.si



POVZETEK

Uvod: Po navedbah European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel in Pan Pacific Pressure Injury Alliance je mogoče omiliti ali preprečiti 90 % poškodb zaradi pritiska (PZP). Pojavnost se v svetu kljub temu že desetletja bistveno ne zmanjšuje. Na izvajanje preventivnih ukrepov vpliva strokovno znanje in management zdravstvene nege, ki mora zagotoviti pogoje za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene nege. Eden ključnih dejavnikov je odnos posameznika do preprečevanja PZP, saj predstavlja motivacijo, odgovornost, zavzetost, dovezetnost za spremembe in način razmišljanja.

Metode: S kvantitativnim metodološkim pristopom smo v avgustu 2025 izvedli raziskavo, v katero smo vključili študente in izvajalce zdravstvene nege, zaposlene v Splošni bolnišnici Celje. Pridobili smo 127 v celoti veljavnih odgovorov. Kot raziskovalni instrument smo uporabili validiran vprašalnik APuP (Attitude to Pressure ulcer Prevention). Za potrditev hipotez smo uporabili deskriptivno statistično analizo.

Rezultati: V vseh petih sklopih ocenjevanja smo prepoznali pozitivni odnos do preprečevanja PZP. Povprečne vrednosti odnosa so bile naslednje: individualne kompetence (3,27), preprečevanje PZP kot prednostna aktivnost v zdravstveni negi (3,35), negativni vpliv PZP (3,39), odgovornost (3,22) in odnos do učinkovitosti preventive PZP (3,13). Izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo so dosegli višjo povprečno vrednost v sklopu negativni vpliv PZP (MR = 68,77) kot izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo (MR = 57,12). Izvajalci zdravstvene nege, ki imajo več kot 5 let delovnih izkušenj so dosegli višjo povprečno vrednost v sklopu individualne kompetence (MR = 66,83) kot izvajalci z delovno dobo do 5 let (MR = 50,50).

Razprava Rezultati raziskave kažejo pozitiven odnos izvajalcev zdravstvene nege do preprečevanja PZP. Posebno pozornost je potrebno nameniti zaposlenim na začetku kariere, ki se čutijo manj usposobljene in manj samostojne. Management zdravstvene nege mora graditi na utrjevanju najboljših kliničnih praks, na strokovnih izobraževanjih, usposabljanjih in zagotavljanju pogojev za izvajanje ukrepov preprečevanja PZP.

Ključne besede: poškodba/razjeda zaradi pritiska, preprečevanje, odnos

ABSTRACT

Introduction: According to the European Pressure Ulcer Advisory Panel, the National Pressure Injury Advisory Panel, and the Pan Pacific Pressure Injury Alliance, it is possible to alleviate or prevent 90 % of pressure injuries (PI). Nevertheless, the global incidence has not significantly decreased for decades. The implementation of preventive measures is influenced by professional knowledge and nursing management, which must ensure conditions for evidence-based nursing care. One of the key factors is the individual's attitude toward PI prevention, as it reflects motivation, responsibility, commitment, receptiveness to change, and mindset.

Methods: Using a quantitative methodological approach, we conducted a study in August 2025 involving nursing students and practitioners employed at the Celje General Hospital. We obtained 127 valid responses. As a research instrument, we used the validated APuP (Attitude to Pressure Ulcer Prevention) questionnaire. Descriptive statistical analysis was employed to test the hypotheses.

Results: In all five assessment domains, we identified a positive attitude toward PI prevention. The average attitude scores were as follows: individual competencies (3.27), PI prevention as a priority activity in nursing care (3.35), negative impact of PIs (3.39), responsibility (3.22), and attitude toward the effectiveness of PI prevention (3.13). Nurses with higher education achieved a higher average score in the domain of negative impact of PIs (MR = 68.77) compared to nurses with secondary education (MR = 57.12). Nurses with more than five years of work experience achieved a higher average score in the domain of individual competencies (MR = 66.83) compared to those with five years or less of experience (MR = 50.50).

Discussion: The study results indicate a positive attitude of nursing staff toward PI prevention. Particular attention should be paid

to early-career employees who feel less competent and independent. Nursing management must focus on strengthening best clinical practices, professional education, training, and ensuring the conditions necessary for implementing PI preventive measures.

Keywords: *pressure injury/ulcer, prevention, attitude.*

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Poškodba zaradi pritiska (PZP) sodi med pet najpogostejših vzrokov, ki povzročijo dodatno škodo na zdravju pacienta (Vilar, 2011). Nastanek PZP vpliva na fizično, psihično in socialno zdravje pacienta ter na njegovo kakovost življenja. PZP predstavljajo pomembno tveganje za zdravje, saj so pacienti izpostavljeni nevarnostim za sekundarne okužbe in septična stanja. Zapleti kronične rane podaljšujejo hospitalizacijo za 5 do 8 dni in povečujejo tveganje za invalidnost in smrtnost (Wood et al., 2019). Pacienti s PZP v domačem okolju potrebujejo zdravstveni nadzor in pomoč svojcev ali skrbnikov. Zaradi osnovne bolezni in zapletov so nesposobni za delo in imajo dodatne stroške za nabavo pripomočkov in opreme za nego, kar vpliva na njihov finančni status. PZP predstavljajo veliko finančno breme za zdravstvene sisteme po svetu. Kljub temu, da PZP predstavlja pomemben škodni dogodek za pacienta, se pogostost v svetu že desetletja bistveno ne znižuje. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel in Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2019) navajajo, da je mogoče preprečiti nastanek ali omiliti razvoj PZP v več kot 90 %. Izpostavlja se vprašanje, zakaj smo torej pri preprečevanju PZP neučinkoviti?

Preprečevanje PZP je aktivnost, kjer mora sodelovati interdisciplinarni tim. Najpomembnejšo vlogo pa nosijo izvajalci zdravstvene nege in pojavnost PZP je odraz predvsem kvalitete zdravstvene nege. Vsak posameznik nosi odgovornost za strokovno izvedeno zdravstveno nego, pri učinkovitosti pa je ključen management zdravstvene nege. Vsaka zdravstvena organizacija mora imeti protokol preventive PZP. Natančno mora biti opredeljen proces dela, zagotovljeni morajo biti pripomočki, strokovna izobraževanja, poročanje in nadzor. Protokol mora vključevati tudi razpoložljivost kadrovskih virov, kar je ob aktualnem stanju na trgu dela izziv za večino zdravstvenih zavodov. Izhodišče za pripravo protokola so nacionalne klinične smernice. Pri uvajanju na dokazih podprte zdravstvene nege je pomembno, da so vsi udeleženci v procesu informirani o ciljih in namenu in da proces soustvarjajo (Rozman et al., 2019, str. 249–261).

Vsak izvajalec zdravstvene nege potrebuje strokovno znanje za uspešno izvajanje preventive, na osnovi katerega sprejema boljše klinične odločitve in so posledično boljši tudi klinični rezultati. Strokovnega znanja zaposleni ne pridobijo le z izobraževanji. Pridobivajo ga tudi kontinuirano znotraj zdravstvenih timov, v katerih delujejo, saj se učijo od sodelavcev in z delom pridobivajo veščine (Dvoršak, 2024). Izpostavlja se vprašanje, ali izvajalci zdravstvene nege strokovno znanje prenesejo v vsakdanjo klinično prakso? Saleh et al., (2019) so v raziskavi, ki je vključevala 318 pacientov in 377 medicinskih sester, ugotovili, da zdravstveni delavci strokovnega znanja ne implementirajo v klinično prakso. 74,5 % medicinskih sester je

doseglo pričakovan nivo strokovnega znanja, preventivne ukrepe pa jih je izvajalo le 49,2 %. Medicinske sestre so kljub ustreznemu nivoju strokovnega znanja opuščale izvedbo preventivnih aktivnosti, na kar je vplival njihov odnos (Ghazanfari et al., 2022). Odnos predstavlja zavzetost, odgovornost, motivacijo, dovezetost za spremembe, interes do izobraževanja in način razmišljanja. Za oceno odnosa medicinskih sester do izvajanja preventivnih ukrepov se uporablja instrument APuP (Attitude to Pressure ulcer Prevention). Vprašalnik izhaja iz znanstvene raziskave, opravljene leta 2010 v Belgiji, avtorja Beeckman D. in sodelavcev. Gre za strukturiran vprašalnik, namenjen ocenjevanju stališč izvajalcev zdravstvene nege do preprečevanja PZP. Sestavlja ga 13 vprašanj, ki so razvrščena v pet skupin: individualne kompetence, preprečevanje PZP kot prednostna aktivnost v zdravstveni negi, negativni vpliv PZP, odgovornost in odnos do učinkovitosti preventive PZP (Korkmaz et al., 2023).

V Splošni bolnišnici Celje smo z namenom ocene odnosa izvajalcev zdravstvene nege do preprečevanja PZP izvedli raziskavo z vprašalnikom APuP. Želeli smo pridobiti tudi informacije o poznavanju in upoštevanju protokola preprečevanja PZP, internih strokovnih izobraževanj in oceniti ali je management zdravstvene nege zagotovil pogoje za izvajanje učinkovite preventive. Pridobljeni podatki omogočajo prepoznavanje dobre prakse oziroma vrzeli, ki predstavljajo izhodišče za aktivnosti zdravstvene nege v prihodnje. Oblikovali smo naslednje hipoteze:

H1: Izvajalci zdravstvene nege z višjo stopnjo izobrazbe izkazujejo višji odstotek pozitivnega odnosa do preprečevanja PZP kot izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko ali poklicno izobrazbo.

H2: Izvajalci zdravstvene nege z daljšo delovno dobo izkazujejo večjo samostojnost in občutek usposobljenosti pri izvajanju ukrepov preprečevanja PZP kot izvajalci zdravstvene nege, ki imajo do 5 let delovnih izkušenj.

H3: Odnos do preprečevanja PZP je bolj pozitiven pri izvajalcih, ki dnevno izvajajo ukrepe preprečevanja PZP, kot pri tistih, ki ukrepe izvajajo izjemoma.

2 METODE

Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja. Med 5. in 13. 8. 2025 smo v Splošni bolnišnici Celje izvedli kvantitativno raziskavo odnosa izvajalcev zdravstvene nege do preprečevanja PZP. Kot raziskovalni instrument smo uporabili validiran vprašalnik APuP s štiristopenjsko Liertovo lestvico trditev. Uporabili smo elektronsko obliko anketiranja. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje pomočnice direktorja za zdravstveno nego in etične komisije. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS, verzija 26.0. Deleže smo grafično in tabelarno prikazali z odstotki in vrednostmi. Izvedli smo deskriptivno statistično analizo po petih sklopih odnosa. Uporabili smo Cronbach Alpha test, Kolmogorov–Smirnov test in Shapiro–Wilk test. Za preverjanje hipotez smo uporabili neparametrični test Mann–Whitney U test.

3 REZULTATI

		Pogostost	Odstotek
Najvišje dosežena stopnja izobrazbe	Študent zdravstvene nege	6	4,7
	Srednja strokovna izobrazba (tzn, sms)	46	36,2
	Visokošolska strokovna izobrazba (dipl. m. s., dipl. zn., dipl. babica)	65	51,2
	Druška bolonjska stopnja izobrazbe, univerzitetna izobrazba (mag. zdr. nege...)	10	7,9
Leta zaposlitve na področju zdravstvene nege	1-5 let	22	17,3
	5-10 let	15	11,8
	10-15 let	15	11,8
	15-20 let	11	8,7
	Nad 20 let	64	50,4
Področje dela	Kirurško bolnišnično področje	34	26,8
	Internistično bolnišnično področje	42	33,1
	Intenzivna terapija	14	11,0
	Ginekološko porodniško področje	10	7,9
	Pedriatrija	4	3,1
	Operacijska dejavnost	6	4,7
	Specialistična ambulantna dejavnost	6	4,7
	Urgentna dejavnost	11	8,7
	Skupaj	127	100,0

Tabela 1. Demografske značilnosti raziskovalnega vzorca

Raziskovalni vzorec je zajemal 131 študentov in izvajalcev zdravstvene nege, zaposlenih v Splošni bolnišnici Celje. Prejeli smo 127 v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Iz Tabele 1 je razvidno, da je bilo med anketiranci 6 študentov zdravstvene nege (4,7 %), 46 izvajalcev zdravstvene nege s srednjo strokovno izobrazbo (36,2 %), 65 z visokošolsko strokovno izobrazbo (51,2 %) in 10 izvajalcev zdravstvene nege z drugo bolonjsko oziroma univerzitetno izobrazbo (7,9 %). Največ anketirancev 64 (50,4 %) ima več kot 20 let delovnih izkušenj. V raziskovalnem vzorcu največji odstotek predstavljajo zaposleni na internističnem (42 anketirancev, 33,1 %) in na kirurškem področju (34 anketirancev, 26,8 %).

		Pogostost	Odstotek
Veljavno	Izjemoma	7	5,5
	Vsaj 1-krat mesečno	10	7,9
	Vsaj 1-krat tedensko	10	7,9
	Dnevno	100	78,7
	Skupaj	127	100,0

*rekodirane vrednosti

Tabela 2. Pogostost izvajanja zdravstvene nege pacienta s tveganjem za nastanek PZP

*Zdravstveno nego pacientov s tveganjem za nastanek ali prisotno PZP izvajam

Iz Tabele 2 je razvidno, da večina anketirancev zdravstveno nego pacientov s tveganjem za nastanek ali prisotno PZP izvaja dnevno (100 anketirancev, oziroma 78,7 %). Najmanjši delež (7 anketirancev, oziroma 5,5 %) jo izvaja izjemoma.

Sklop 1 – Individualne kompetence

	Število	Povprečje	Stand. odklon
Sem dobro usposobljen/a za preprečevanje PZP.	127	3,28	0,54
Sem samostojen/a pri preprečevanju PZP.	127	3,28	0,58
*Pri preprečevanju PZP sem manj uspešen/-a kot moji sodelavci.	127	3,24	0,63
Kompetence ($\alpha = 0,796$)	127	3,27	0,49
*rekodirane vrednosti			

Tabela 3. Individualne kompetence

Iz Tabele 3 je razvidno, da je bila najvišja povprečna vrednost v tem sklopu dosežena pri trditvah »Sem dobro usposobljen/a za preprečevanje PZP.« ($M = 3,28$; $SD = 0,54$) in »Sem samostojen/-a pri preprečevanju PZP.« ($M = 3,28$; $SD = 0,58$). Skupna spremenljivka »kompetence« je imela povprečje $M = 3,27$ ($SD = 0,49$). Notranja skladnost sklopa je bila dobra (Cronbach $\alpha = 0,796$).

Sklop 2: Preprečevanje PZP kot prednostna aktivnost v zdravstveni negi

	Število	Povprečje	Stand. odklon
*Preprečevanju PZP se posveča preveč pozornosti.	127	3,33	0,67
*Preprečevanje PZP je manj pomembna aktivnost v zdravstveni negi.	127	3,32	0,79
Preprečevanje PZP mora biti prioriteta.	127	3,41	0,60
Prioriteta ($\alpha = 0,799$)	127	3,35	0,49
*rekodirane vrednosti			

Tabela 4. Preprečevanje PZP kot prednostna aktivnost v zdravstveni negi

Iz Tabele 4 je razvidno, da je najvišjo povprečno vrednost dosegla trditve »Preprečevanje PZP mora biti prioriteta.« ($M = 3,41$; $SD = 0,60$), najnižja povprečna vrednost pa je bila pri trditvi »Preprečevanje PZP je manj pomembna aktivnost v zdravstveni negi.« ($M = 3,32$; $SD = 0,79$). Skupna spremenljivka »prioriteta« je imela povprečje $M = 3,35$ ($SD = 0,49$). Zanesljivost sklopa je bila visoka (Cronbach $\alpha = 0,799$).

Sklop 3: Negativni vpliv PZP

	Število	Povprečje	Stand. odklon
*PZP večinoma ne vpliva na počutje pacienta.	127	3,52	0,82
Pojav PZP ne bi smel vplivati na finančno stanje pacienta.	127	3,46	0,61
PZP imajo velik finančni vpliv na družbo.	127	3,18	0,66
Vpliv ($\alpha = 0,711$)	127	3,39	0,44
*rekodirane vrednosti			

Tabela 5. Negativni vpliv PZP

Iz Tabele 5 je razvidno, da je bila najvišja povprečna vrednost ugotovljena pri trditvi »PZP večinoma ne vpliva na počutje pacienta.« ($M = 3,52$; $SD = 0,82$), najnižja pa pri trditvi »PZP imajo velik finančni vpliv na družbo.« ($M = 3,18$; $SD = 0,66$). Skupna spremenljivka »vpliv« je dosegla povprečje $M = 3,39$ ($SD = 0,44$). Zanesljivost sklopa je bila zadovoljiva (Cronbach $\alpha = 0,711$).

Sklop 4: Odgovornost

	Število	Povprečje	Stand. odklon
Moja osebna vloga pri preprečevanju PZP je pomembna.	127	3,47	0,50
*Jaz nisem osebno odgovoren/a, če se pri pacientu, ki ga negujem, pojavi PZP.	127	2,96	0,71
Odgovornost ($\alpha = 0,741$)	127	3,22	0,49
*rekodirane vrednosti			

Tabela 6. Odgovornost

Iz Tabele 6 je razvidno, da je bila najvišja povprečna vrednost dosežena pri trditvi »Moja osebna vloga pri preprečevanju PZP je pomembna.« ($M = 3,47$; $SD = 0,50$), najnižja vrednost pa pri trditvi »Jaz nisem osebno odgovoren/a, če se pri pacientu, ki ga negujem, pojavi PZP.« ($M = 2,96$; $SD = 0,71$). Skupna spremenljivka »odgovornost« je imela povprečje $M = 3,22$ ($SD = 0,49$). Zanesljivost sklopa je bila dobra (Cronbach $\alpha = 0,741$).

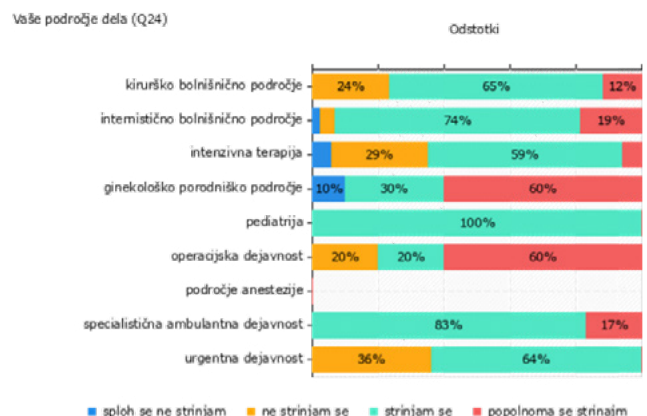
Sklop 5: Odnos do učinkovite preventive

	Število	Povprečje	Stand. odklon
*PZP se večinoma ne da preprečiti.	127	3,28	0,65
PZP se da preprečiti tudi pri pacientih z visokim tveganjem.	127	2,98	0,65
Učinkovitost ($\alpha = 0,727$)	127	3,13	0,52
*rekodirane vrednosti			

Tabela 7. Odnos do učinkovite preventive

Iz Tabele 7 je razvidno, da je bila najvišja povprečna vrednost dosežena pri trditvi »PZP se večinoma ne da preprečiti.« ($M = 3,28$; $SD = 0,65$), najnižja pa pri trditvi »PZP se da preprečiti tudi pri pacientih z visokim tveganjem.« ($M = 2,98$; $SD = 0,65$). Skupna spremenljivka »učinkovitost« je dosegla povprečje $M = 3,13$ ($SD = 0,52$). Zanesljivost sklopa je bila zadovoljiva (Cronbach $\alpha = 0,727$).

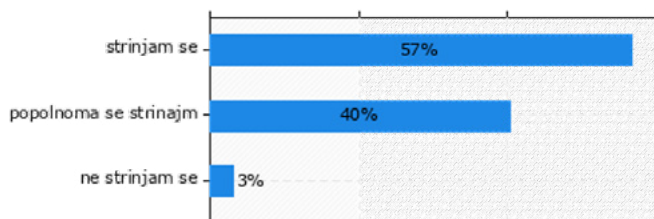
Trditve smo primerjali po področjih dela.



Graf 1. Preprečevanje PZP pri pacientih z visokim tveganjem glede na področje dela izvajalcev zdravstvene nege

Graf 1 kaže na mnenje anketirancev iz različnih kliničnih okolij o možnosti preprečitve nastanka PZP pri pacientih z visokim tveganjem. Ugotovili smo, da najvišji delež anketirancev, ki meni, da se PZP ne da preprečiti, prihaja iz oddelkov intenzivne terapije 6 (35 %). Na področju kirurgije je takega mnenja 8 anketirancev (24 %), v urgentni dejavnosti 4 (36 %).

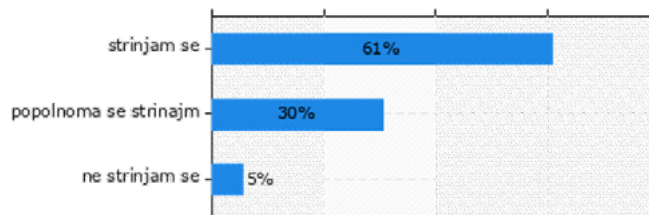
Rezultati izvajanja ukrepov preprečevanja PZP



Graf 2. Poznavanje protokola preprečevanja PZP

V grafu 2 je razvidno, da se je 97 % (125) anketirancev strinjalo, da pozna protokol preprečevanja PZP v ustanovi, kjer so zaposleni, 3 % (4) anketirancev ga ne pozna. Pri tem je najvišji odstotek pripadal študentom, saj se je 17 % študentov opredelilo, da protokola ne pozna.

98 % (127) anketirancev je odgovorilo, da aktivnosti preprečevanja PZP izvajajo v skladu s protokolom, 2 % (2) anketirancev tega ne izvaja. Dnevno oceno kože, ki sodi med eno od aktivnosti preprečevanja PZP izvaja 91 % (118) anketirancev. Ob primerjavi po področju dela smo ugotovili, da 6 anketirancev (18 %) s kirurškega področja ne izvaja dnevne ocene kože, 1 (20 %) v operacijski dejavnosti in 2 (18 %) v urgentni dejavnosti.



Graf 3. Interes do dodatnega strokovnega izobraževanja na temo PZP

V grafu 3 je prikazan interes do dodatnega izobraževanja s področja preprečevanja PZP. Da si želi več strokovnih izobraževanj je odgovorilo 91 % (117) anketirancev, 8 % (11) anketirancev pa ni tega mnenja. Potrebe po dodatnih izobraževanjih ne izkazuje 22 % anketirancev, ki zdravstveno nego pacienta s tveganjem za nastanek PZP izvaja vsaj 1-krat mesečno in 20 % tistih, ki takega pacienta negujejo izjemoma.

Preverjanje hipotez

H1: Izvajalci zdravstvene nege z višjo stopnjo izobrazbe izkazujejo višji odstotek pozitivnega odnosa do preprečevanja PZP kot izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko ali poklicno izobrazbo. Hipotezo smo preverili z Mann-Whitney U testom.

Izobrazba		Število	Povprečna rang vrednost	Mann-W-hitneyjev U preizkus	Statistična značilnost
Kompetence	Izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko ali poklicno izobrazbo	52	67,56	1765,000	0,337
	Izvajalci zdravstvene nege z višjo stopnjo izobrazbe	75	61,53		
Prioriteta	Izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko ali poklicno izobrazbo	52	67,31	1778,000	0,388
	Izvajalci zdravstvene nege z višjo stopnjo izobrazbe	75	61,71		
Vpliv	Izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko ali poklicno izobrazbo	52	57,12	1592,000	0,071
	Izvajalci zdravstvene nege z višjo stopnjo izobrazbe	75	68,77		
Odgovornost	Izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko ali poklicno izobrazbo	52	59,10	1695,000	0,191
	Izvajalci zdravstvene nege z višjo stopnjo izobrazbe	75	67,40		
Učinkovitost	Izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko ali poklicno izobrazbo	52	60,47	1766,500	0,339
	Izvajalci zdravstvene nege z višjo stopnjo izobrazbe	75	66,45		

Tabela 8. Odnos izvajalcev zdravstvene nege do preprečevanja PZP glede na stopnjo izobrazbe

Rezultati, ki so prikazani v Tabeli 8 so pokazali, da so v sklopu individualne kompetence izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko ali poklicno izobrazbo dosegli nekoliko višji povprečni rang (MR = 67,56) kot izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo (MR = 61,53), vendar razlika ni bila statistično značilna ($U = 1765,000$; $p = 0,337$). V sklopu prioriteta so izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko ali poklicno izobrazbo dosegli višji rang (MR = 67,31) v primerjavi z višjo izobrazbo (MR = 61,71), a razlika prav tako ni bila statistično značilna ($U = 1778,000$; $p = 0,388$). V sklopu negativni vpliv so izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo dosegli višji rang (MR = 68,77) kot izvajalci s srednješolsko ali poklicno izobrazbo (MR = 57,12), rezultat pa je bil blizu meje statistične značilnosti ($U = 1592,000$; $p = 0,071$). V sklopu odgovornost so višji povprečni rang prav tako dosegli izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo (MR = 67,40) v primerjavi s tistimi z nižjo (MR = 59,10), a razlika ni bila statistično

značilna ($U = 1695,000$; $p = 0,191$). V sklopu učinkovitost so višji povprečni rang dosegli izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo (MR = 66,45) v primerjavi s tistimi s srednješolsko ali poklicno izobrazbo (MR = 60,47), vendar razlika ni bila statistično značilna ($U = 1766,500$; $p = 0,339$). Čeprav izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo v povprečju dosegajo nekoliko višje vrednosti pri vplivu, odgovornosti in učinkovitosti, nobena od razlik med skupinami ni statistično značilna ($p > 0,05$). Hipoteza H1 zato ni potrjena.

H2: Izvajalci zdravstvene nege z daljšo delovno dobo izkazujejo večjo samostojnost in občutek usposobljenosti pri izvajanju ukrepov preprečevanja PZP kot izvajalci zdravstvene nege, ki imajo do 5 let delovnih izkušenj. Hipotezo smo preverili z Mann-Whitney U testom.

Leta zaposlitve na področju zdravstvene nege		Število	Povprečna rang vrednost	Mann-W-hitneyjev U preizkus	Statistična značilnost
Kompetence (samostojnost in občutek usposobljenosti pri izvajanju ukrepov preprečevanja PZP)	Do 5 let delovnih izkušenj	22	50,50	858,000	0,045
	Od 5 let delovnih izkušenj in več	105	66,83		

Tabela 9. Samostojnost in občutek usposobljenosti pri izvajanju ukrepov preprečevanja PZP glede na delovno dobo

*Zdravstveno nego pacientov s tveganjem za nastanek ali prisotno PZP izvajam		Število	Povprečna rang vrednost	Mann-W-hitneyjev U preizkus	Statistična značilnost
Kompetence	Izjemoma	7	41,86	265,000	0,258
	Dnevno	100	54,85		
Prioriteta	Izjemoma	7	41,29	261,000	0,251
	Dnevno	100	54,89		
Vpliv	Izjemoma	7	48,57	312,000	0,622
	Dnevno	100	54,38		
Odgovornost	Izjemoma	7	55,43	340,000	0,895
	Dnevno	100	53,90		
Učinkovitost	Izjemoma	7	41,14	260,000	0,223
	Dnevno	100	54,90		

Tabela 10. Odnos do preprečevanja PZP glede na pogostost izvajanja preventivnih ukrepov

Iz Tabele 9 je razvidno, da so izvajalci zdravstvene nege z do 5 leti delovnih izkušenj dosegli nižji povprečni rang (MR = 50,50), medtem ko so izvajalci zdravstvene nege z več kot 5 leti delovne dobe dosegli višjega (MR = 66,83). Razlika med skupinama je bila statistično značilna ($U = 858,000$; $p = 0,045$), kar kaže, da daljša delovna doba pomembno prispeva k večji samostojnosti in občutku usposobljenosti pri izvajanju ukrepov preprečevanja PZP. Ker so izvajalci zdravstvene nege z daljšo delovno dobo dosegli statistično značilno višje rezultate, hipotezo H2 potrjujemo.

H3: Odnos do preprečevanja PZP je bolj pozitiven pri izvajalcih zdravstvene nege, ki dnevno izvajajo ukrepe preprečevanja PZP, kot pri tistih, ki ukrepe izvajajo izjemoma. Hipotezo smo preverili z Mann-Whitney U testom.

Iz Tabele 10 je razvidno, da so izvajalci zdravstvene nege, ki dnevno izvajajo ukrepe, v sklopu individualne kompetence dosegli višji povprečni rang (MR = 54,85) kot tisti, ki izvajajo ukrepe izjemoma (MR = 41,86), vendar razlika ni bila statistično značilna ($U = 265,000$; $p = 0,258$). Podobno je bilo v sklopu prioriteta, kjer so anketiranci, ki dnevno izvajajo ukrepe preventive, dosegli višji rang (MR = 54,89) kot anketiranci, ki preventivne ukrepe izvajajo izjemoma (MR = 41,29), razlika pa ni bila statistično značilna ($U = 261,000$; $p = 0,251$). V sklopu negativni vpliv so anketiranci, ki dnevno izvajajo ukrepe preventive dosegli MR = 54,38, anketiranci, ki ukrepe izvajajo izjemoma pa MR = 48,57; razlika ni bila statistično značilna ($U = 312,000$; $p = 0,622$). V sklopu odgovornost so nekoliko višji rang

dosegli anketiranci, ki ukrepe izvajajo izjemoma (MR = 55,43) v primerjavi s tistimi, ki jih izvajajo dnevno (MR = 53,90), a razlika ni bila statistično značilna ($U = 340,000$; $p = 0,895$). V sklopu učinkovitost so anketiranci, ki ukrepe izvajajo dnevno dosegli višji rang (MR = 54,90) kot tisti, ki jih izvajajo izjemoma (MR = 41,14), razlika pa ni bila statistično značilna ($U = 260,000$; $p = 0,223$). Čeprav so anketiranci, ki preventivne ukrepe izvajajo dnevno v povprečju dosegali višje vrednosti pri kompetencah, prioriteti, vplivu in učinkovitosti, razlike niso bile statistično značilne. Hipoteza H3 zato ni potrjena.

4 RAZPRAVA

V raziskavi smo v vseh petih sklopih prepoznali pozitivni odnos izvajalcev zdravstvene nege do preprečevanja PZP. Najbolj pozitivni odnos je bil izkazan v tretjem sklopu – negativni vpliv PZP, kjer je povprečna vrednost znašala 3,39. Najnižja povprečna vrednost odnosa je bila izkazana v petem sklopu – odnos do učinkovite preventive, znašala je 3,13.

Med posameznimi odgovori je bil najbolj pozitiven odnos prepoznani pri trditvi »PZP večinoma ne vpliva na počutje pacienta.«, kjer je povprečna vrednost znašala 3,52. Izrazito pozitiven odnos je bil prepoznan tudi pri zavedanju pomena osebne vloge pri preprečevanju PZP, saj je dosegla povprečno vrednost 3,47.

Najnižja povprečna vrednost odnosa 2,96 je bila dosežena pri trditvi »Nisem osebno odgovoren, če se pri pacientu, ki ga ne-gujem pojavi PZP.«, s trditvijo se je strinjalo 23 % anketirancev. Kljub najnižji povprečni vrednosti rezultat kaže na pozitiven odnos. Preprečevanje PZP je rezultat dela celotnega multidisciplinarnega tima. Sklepamo, da izvajalci zdravstvene nege nastanek škodnih posledic na zdravje pacienta kljub zavedanju njihove osebne vloge, vidijo predvsem kot kolektivno in manj kot osebno odgovornost. Prav tako je bilo prepoznano, da se izvajalci zdravstvene nege manj zavedajo pomena finančnega vpliva PZP na zdravstveni sistem, kar je lahko posledica tega, da finančni vidik zdravljenja v Sloveniji ni v pristožnosti izvajalcev zdravstvene nege. Nizko povprečno vrednost 2,98 je dosegla tudi trditev »PZP se lahko prepreči pri pacientih z visokim tveganjem.«

S primerjavo rezultatov po področjih dela, smo ugotovili, da anketiranci iz oddelkov intenzivne terapije v 17,65 % menijo, da se PZP ne da preprečiti in v 35,29 %, da se PZP ne da preprečiti pri pacientih z visokim tveganjem. Ker so pacienti z največjim tveganjem za nastanek PZP hospitalizirani predvsem na oddelkih intenzivne terapije, rezultat lahko kaže na izkustveno mnenje. Al Mutair et. al (2019) so ugotovili, da so kritično bolni kljub uvedbi strukturiranega pristopa k preventivi razvili PZP druge ali višje stopnje v 71,5 %, v primerjavi s pacienti, ki niso bili kritično bolni. Anketiranci z oddelkov intenzivne terapije prav tako v 5,88 % menijo, da se preprečevanju PZP posveča preveč pozornosti. Prioriteta zdravstvene obravnave kritično bolnih pacientov je usmerjena v obvladovanje življenjsko nevarnih stanj in ima prednost pred ohranjanjem integritete kože, kar izkazuje tudi odnos anketirancev.

Za potrditev hipotez smo rezultate primerjali po skupinah in iskali statistično pomembne korelacije. V hipotezi 1 smo predvideli, da imajo izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo bolj pozitiven odnos do preprečevanja PZP. Pri dipl. m. s./mag. zdr. nege smo prepoznali bolj pozitiven odnos, vendar razlika ni bila statistično pomembna in hipoteze nismo potrdili. Ob primerjavi rezultatov po sklopih so tzn/sms dosegli bolj pozitiven odnos v sklopu individualne kompetence in preprečevanje PZP kot prednostna aktivnost v zdravstveni negi. Izvajanje preventive PZP najpogosteje sodi v delokrog tzn/sms, ki tako skozi klinično prakso pridobivajo izkušnje in se posledično čutijo bolj usposobljeni. Da je preprečevanje PZP manj pomembna aktivnost v zdravstveni negi meni 4,35 % tzn/sms, medtem ko se je tako opredelilo kar 11,69 % dipl. m. s./mag. zdr. nege. Sklepamo, da izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo preprečevanje PZP vidijo kot manj pomembno aktivnost v zdravstveni negi, ker v njihov delokrog sodijo številne aktivnosti, ki lahko imajo večji vpliv na zdravstveno stanje pacienta. Kljub temu pa z raziskavo dokazujemo, da se zavedajo odgovornosti, učinkovitosti preventive in vpliva PZP na zdravje posameznika v višjem odstotku kot tzn/sms. Falk-Brynhildsen et al. (2022), so v raziskavi na Švedskem, v katero so vključili 284 operacijskih medicinskih sester, prepoznali bolj pozitiven odnos pri izvajalcih zdravstvene nege z višjo izobrazbo in vodstvenimi funkcijami. Florin et al. (2014) so v raziskavi na Švedskem, ki je vključevala 415 izvajalcev zdravstvene nege prepoznali slabši odnos pri posameznikih z nižjo izobrazbo. Tzn/sms so manj zaupali v svojo usposobljenost, kar pa se razhaja z izsledki naše raziskave, saj so izvajalci zdravstvene nege z nižjo

izobrazbo izkazali bolj pozitiven odnos prav v sklopu individualnih kompetenc in občutku usposobljenosti.

V hipotezi 2 smo predpostavili, da imajo izvajalci zdravstvene nege z več let delovnih izkušenj bolj pozitiven odnos kot tisti z 1 do 5 let delovnih izkušenj. Hipotezo smo s statistično pomembno razliko potrdili. Rezultati izkazujejo, da se izvajalci zdravstvene nege usposablja predvsem neposredno v klinični praksi, kjer pridobivajo izkušnje, postajajo bolj samostojni in razvijajo pozitiven odnos do preprečevanja PZP. Korelacijo med delovno dobo in pozitivnim odnosom so prepoznali Korkmaz et al. (2023), ki so izvedli raziskavo na enotah intenzivne nege v Turčiji. 113 od 152 (74,34 %) izvajalcev zdravstvene nege je doseglo željeno strokovno znanje in 76,97 % (117) jih je imelo pozitiven odnos do preprečevanja PZP. Podatki nakazujejo potrebo, da se posebna pozornost nameni zaposlenim na začetku kariere, da se jim omogoči strokovno izobraževanje, usposabljanje in klinično okolje, v katerem bodo pridobivali veščine. Prisod et al. (2022) so v raziskavi na Finskem, v katero so vključili 554 izvajalcev zdravstvene nege ugotovili, da posamezniki z več kot 14 let delovnih izkušenj izkazujejo bolj pozitiven odnos. Prepoznali so, da je pozitiven odnos povezan tudi s pomanjkanjem pripomočkov za izvajanje preventivnih ukrepov, z usposabljanjem in delovnimi obremenitvami. Najbolj negativni odnos so prepoznali pri dožemanju osebne odgovornosti, kar smo ugotavljali tudi v naši raziskavi. Elshahat et al. (2024) so prav tako ugotovili, da imajo bolj pozitiven odnos izvajalci zdravstvene nege z nad 10 let delovnih izkušenj. Izpostavili so pomen internih institucionalnih protokolov, organizacijsko podporo in kadrovske vire.

V hipotezi 3 smo predpostavili, da izvajalci zdravstvene nege, ki preprečevanje PZP izvajajo dnevno izkazujejo bolj pozitiven odnos kot izvajalci, ki paciente s tveganjem negujejo le izjemoma. V povprečju smo prepoznali višji pozitiven odnos pri izvajalcih zdravstvene nege, ki preprečevanje PZP izvajajo dnevno. Izjema je bil sklop odgovornost, kjer so bolj pozitiven odnos izkazali anketiranci, ki aktivnosti preprečevanja PZP izvajajo le izjemoma. Ker je bila statistična razlika neznatna, hipoteze 3 nismo potrdili.

V Splošni bolnišnici Celje je bil 2024 sprejet protokol standardnih ukrepov preprečevanja PZP. 97 % izvajalcev zdravstvene nege se je opredelilo, da protokol pozna. Med anketiranci, ki protokola ne poznajo je bil največji odstotek študentov. 98 % anketirancev je izjavilo, da ukrepe preprečevanja PZP izvaja v skladu s protokolom in 91 %, da izvaja dnevno oceno kože, ki jo veleva protokol. Rezultati poznavanja protokola preprečevanja PZP so za management zdravstvene nege vzpodbudni. Izvajanje standardnih preventivnih ukrepov je del klinične prakse, kjer imajo izredno pomembno vlogo strokovni vodje posameznih oddelkov. Vloga vrhnjega managementa zdravstvene nege pa je, da vzpostavi pogoje in organizacijo dela tudi na oddelkih, kjer je bil izkazan slabši odnos do preprečevanja PZP in da se vzpostavi enotna klinična praksa. V Splošni bolnišnici Celje se kontinuirano izvajajo interna strokovna izobraževanja in učne delavnice, ki so obvezne za vse izvajalce zdravstvene nege. V raziskavi smo pridobili informacije, da si 91,6 % izvajalcev zdravstvene nege želi še več strokovnih izobraževanj. Največji odstotek anketirancev, ki dodatnih izobraževanj ne želi, zdravstveno nego ogroženih pacientov izvaja le izjemoma. Sklepamo, da se anketiranci

želijo izobraževati predvsem o tistih aktivnosti zdravstvene nege, ki jih redno izvajajo. Izkazan interes po izobraževanjih managementu zdravstvene nege predstavlja eno od vodil pri obvladovanju tega pomembnega kazalnika kakovosti v prihodnje.

5 ZAKLJUČEK

V raziskavi smo prepoznali pozitiven odnos izvajalcev zdravstvene nege do preprečevanja PZP v vseh petih sklopih. Nekoliko bolj pozitivni odnos smo prepoznali pri izvajalcih zdravstvene nege z višjo izobrazbo, z daljšo delovno dobo in pri tistih, ki zdravstveno nego pacientov s tveganjem za PZP izvajajo dnevno. Prepoznali smo, da se zaposleni z manj delovne dobe počutijo manj usposobljene in samostojne. Korelacija med strokovnim znanjem, usposobljenostjo in odnosom je ena od ključnih, zato je potrebno graditi na zaposlenih, ki so na začetku kariere, jim omogočiti izobraževanje, usposabljanje in pozitiven vzgled. Pozitivno stališče vodi do boljše klinične prakse. Enega najpomembnejših izzivov v zdravstveni negi predstavlja sprememba miselnosti izvajalcev, ki morajo preventivo PZP dojemati kot njihovo poslanstvo v zagotavljanju varnosti pacientov in ne le kot izvajanje odrejenih nalog. Pri tem ima pomembno vlogo management zdravstvene nege, ki je odgovoren za organizacijske dejavnike, saj ti optimalno delovanje bodisi vzpodbujajo ali ga zavirajo. Organizacijska kultura mora biti naravnana k doslednim praksam. Klinične prakse ne smejo biti naključne temveč sistematične, kar lahko dosežemo le s protokoli, ki izhajajo iz kliničnih smernic. Vsi izvajalci zdravstvene nege se morajo zavedati, da z učinkovito preventivo dvigujejo kvaliteto zdravstvene nege in zmanjšujejo škodne posledice na zdravje vsakega posameznika.

Ker je za učinkovitost preprečevanja PZP poleg organizacije dela pomembno še strokovno znanje in odnos izvajalcev zdravstvene nege, so nadaljnja raziskovanja lahko usmerjena v proučevanje korelacije med strokovnim znanjem, odnosom in izvajanjem preventivnih aktivnosti v vsakdanji klinični praksi.

LITERATURA

1. Al Mutair, A., Ambani, Z., Al Obaidan, F., Al Salmah, K., Alhassan, H. & Al Mutairi, A. (2019). The effectiveness of pressure ulcer prevention programme: A comparative study. *International Wound Journal*, 17 (1), 214-219. <https://doi.org/10.1111/iwj.13259>
2. Beeckman, D., Defloor, T., Demarre, L., van Hecke, A. & Vanderwee, K. (2010). Pressure ulcers: development and psychometric evaluation of the attitude towards pressure ulcer prevention instrument (APuP). *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1432-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.04.004>
3. Dvoršak, T. (2024). *Evalvacija standardnih ukrepov preprečevanja poškodbe zaradi pritiska v izbranem zdravstvenem zavodu [magistrska naloga]*, Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec].
4. Elshahat Mostafa, O., Zakari, N. M. A. & Al Salem, M. (2024). Evaluation of Nurses attitudes, behaviors, and barriers toward pressure ulcer prevention in neonatal and pediatric intensive care units. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1455950>
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/Injuries: Quick Reference Guide*. <https://epuap.org/pu-guideline/>
6. Falk-Brynhildsen, K., Raepsaet, C., Wistrand, C., Swenne, C. L., Gifford, M., Gunningberg, L., Baath, C., Vogelsang, A., Bjorn, C. & Beeckman, D. (2022). The Swedish version of the attitude towards pressure ulcer prevention instruments for the use in an operating room context (APUP-OR): A nationwide psychometric evaluation. *Journal of Tissue Viability* 31 (2022), 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.12.005>
7. Florin, J., Baath, C., Gunningberg, L. & Martensson, G. (2016). Attitudes towards pressure ulcer prevention: a psychometric evaluation of the Swedish version of the APuP instrument. *International Wound Journal* 2016 (13), 655-662. doi: 10.1111/iwj.12338
8. Ghazanfari, M. J., Karkhah, S., Maroufizadeh, S., Fast, O., Jafaraghaee, F., Gholampour, M. H. & Zeydi, A. E. (2022). Knowledge, attitude, and practice of Iranian critical care nurses related to prevention of pressure ulcers: A multicenter cross-sectional study. *Journal of Tissue Viability* 31 (2), 326-331. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.01.009>
9. Korkmaz, S., Sonmez, M. & Gurlek Kisacik, O. (2023). The effect of knowledge levels of intensive care nurses about pressure injuries on their attitude toward preventing pressure injuries. *Journal of Tissue Viability* 32 (2023), 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.04.003>
10. Ministrstvo za zdravje (2023). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2023-2031)*. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_SLO_potrjena.pdf
11. Parisod, H., Holopainen, A., Kielo-Viljamaa, E., Puukka, P., Beeckman, D. & Haavisto, E. (2021). *International Wound Journal* 2021, 1-12. <https://doi.org/10.1111/iwj.13641>
12. Rozman, R., Kovač, J., Filej, B. & Robida, A. (2019). *Management v zdravstvenih organizacijah*. Ljubljana, Slovenija: Lexpera, GV Založba.

13. Saleh, M.Y.N., Papanikolaou, P., Nassar, Omayyah. S., Shahin, A. & Anthony, D. (2019). Nurses knowledge and practice of pressure ulcer prevention and treatment: An observational study. *Journal of Tissue Viability* 28 (4), 210-217. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.10.005>
14. Vilar, V. (2011). Preventivni pripomočki pri zdravljenju razjede zaradi pritiska. In V. Vilar (Eds.), *Evropske smernice za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska* (str. 197-224). Društvo za oskrbo ran Slovenije (DORS).
15. Wood, J., Brown, B., Bartley, A., Batista Custodio Cavaco, A. M., Roberts, A. P., Santon, K. & Cook, S. (2019). Reducing pressure ulcers across multiple care settings using a collaborative approach. *National Library of Medicine*, 20 (8). <https://doi.org/10.1136/bmj-2018-000409>

SAMOMORILNOST PRI STAREJŠIH ODRASLIH IN VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE

Barbara Brglez, dipl. m. s.

Dom ob Savinji

zacasna.namestitev@domobsavinji.si



POVZETEK

Teoretično izhodišče: Leta 2030 naj bi bil vsak šesti človek na svetu star 60 let ali več. Slovenija je po samomorih starejših odraslih na samem vrhu med državami članicami Evropske unije.

Metoda: Pri raziskovanju je bila uporabljena metoda analize dokumentov za predstavitev primera življenjske zgodbe 87-letne gospe, ki si je v starosti 78 let neuspešno poskusila vzeti življenje ter statistična metoda obdelave podatkov iz baze SZO, kjer so bile uporabljene ključne besedne zveze »suicidality« in »the elderly« in »suicidality« in SURS, kjer je bila uporabljena ključna beseda »samomor«.

Rezultati: V skoraj vseh državah članicah Evropske unije se je samomorilnost starejših odraslih v obdobju med leti 2000 in 2020 v povprečju znižala za 36,05 % na 100.000 prebivalcev. Slovenija kljub temu ostaja v samem vrhu. Za samomor po 65 letu so bolj ogroženi moški, saj jim tradicionalna moška vloga zapoveduje lastnosti kot so moč, pogum in ponotranjanje čustev. Kot najpogostejši vzrok za samomor se opredeljuje depresija in druge duševne motnje, za katerimi naj bi obolevalo 14 % starih več kot 60 let. Pomembni drugi vzroki so lahko tudi telesne bolezni, izguba bližnjih, kronična bolečina, finančna stiska in odvisnost od drugih zaradi telesne invalidnosti. Vloga zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih je, da stanovalce opazuje in pravočasno opazi spremembe v vedenju. Ključnega pomena je, da stanovalca obravnava multidisciplinarni tim, ki mora medsebojno dobro in pravočasno izmenjevati informacije.

Razprava: Trend staranja populacije se iz leta v leto viša. Staranju se pridružujejo kronične bolezni, ki lahko privedejo do telesnih in /ali socialno-ekonomskih sprememb pri starejših odraslih. Vsi ti in še drugi pridruženi dejavniki lahko vodijo v depresijo. Moški so zaradi tradicionalne vloge še toliko bolj ogroženi.

Najpomembnejša vloga zdravstvene nege pri tem je opazovanje. Medicinske sestre imajo o prepoznavanju depresivnih stanj premalo znanja. V socialnovarstvenih zavodih se osebe vsakodnevno srečuje s stanovalci in tako lahko hitreje opazi spremembe v obnašanju. V procesu obravnave mora sodelovati zdravstveno osebje,

socialna služba, fizioterapija, delovna terapija, zdravnik in svojci. Pomembna je točna in takojšnja izmenjava informacij, sploh čez gre za spremembe v vedenju, ki jih prej ni bilo.

Ključne besede: starostnik, samomor, samomorilnost med starostniki, vloga zdravstvene nege pri samomorilnosti

ABSTRACT

Theoretical background: In 2030, one in six people in the world is expected to be 60 years or older. Slovenia is at the top of the European Union in terms of suicides of the elderly.

Method: The research used document analysis method to present the life story of an 87-year-old woman who unsuccessfully attempted suicide at the age of 78. Data were processed using statistical methods from the WHO database, employing the search terms: suicidality in the elderly, suicidality, SURS, and suicide.

Results: In almost all European Union member states, the suicide rate of the elderly decreased by an average of 36.05% per 100,000 inhabitants between 2000 and 2020. Slovenia nevertheless remains at the top. Men are more at risk of suicide after the age of 65, as the traditional male role requires them to have qualities such as strength, courage and internalization of emotions. The most common cause is depression and other mental disorders, which are estimated to affect 14% of people over 60. Other important causes may also include physical illnesses, loss of loved ones, chronic pain, financial hardship and dependence on others due to physical disability. The role of nursing is to observe the elderly and notice changes in behavior in a timely manner. In social care institutions, it is crucial that the elderly are treated by a multidisciplinary team that must exchange information well and in a timely manner.

Discussion: The trend of population aging is increasing. Aging is accompanied by chronic diseases that can lead to physical and/or socio-economic changes in the elderly. All of these and other associated factors can lead to depression. Men are even more at risk due to their traditional role.

The most important role of nursing in this context is observation. Nurses have insufficient knowledge about recognizing depressive states. In social care institutions, staff meet with residents on a daily basis and can thus more quickly notice changes in behavior. The treatment process must involve medical staff, social services, physiotherapy, occupational therapy, a doctor and relatives. Accurate and immediate exchange of information is important, especially if there are changes in behavior that were not previously present.

Keywords: elderly, suicide, suicidality among the elderly, the role of nursing in suicidality.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Populacija prebivalstva se hitro stara, po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (WHO, 2023) je bila leta 2020 na svetu milijarda ljudi starih 60 let ali več. Ta številka naj bi se do leta 2030 povečala na 1,4 milijarde, kar predstavlja vsakega šestega človeka na svetu. Do leta 2050 se bo število ljudi starih 60 let in več podvojilo in doseglo 2,1 milijarde. Kot navaja SZO ima ta trend posledice za javno zdravje, kar vpliva tudi na starostnike, saj naj bi približno 14 % odraslih starih več kot 60 let imelo duševno motnjo (WHO, 2023).

V Sloveniji je bilo, po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, 1. 1. 2025 471.800 prebivalcev starejših od 65 let, od tega jih je bilo 20.875 v socialnovarstvenih zavodih, kar predstavlja nekaj manj kot 5 %. Izvzeti so posebni socialnovarstveni zavodi, saj v njih bivajo odrasle osebe, ki so lahko mlajše od 65 let.

Po podatkih spletne strani Svetovne zdravstvene organizacije, European Health Information Gateway je Slovenija na 100.000 prebivalcev med državami članicami evropske unije bila leta 2000 na tretjem mestu po samomorilnosti prebivalcev starih 65 let in več (56,73 prebivalca na 100.000 prebivalcev). Na prvem mestu je bila Madžarska (62,32 prebivalca na 100.000 prebivalcev), na drugem Hrvaška (58,49 prebivalca na 100.000 prebivalcev).

Do leta 2020 je količnik samomorilnosti v tej starostni skupini v skoraj vseh državah članicah Evropske unije upadel, v povprečju za 36,05 % na 100.000 prebivalcev. V Sloveniji je v tem letu količnik padel za 35,13 % na 36,8 prebivalca na 100.000 prebivalcev, kljub temu se je to leto Slovenija uvrstila na prvo mesto med državami članicami Evropske unije.

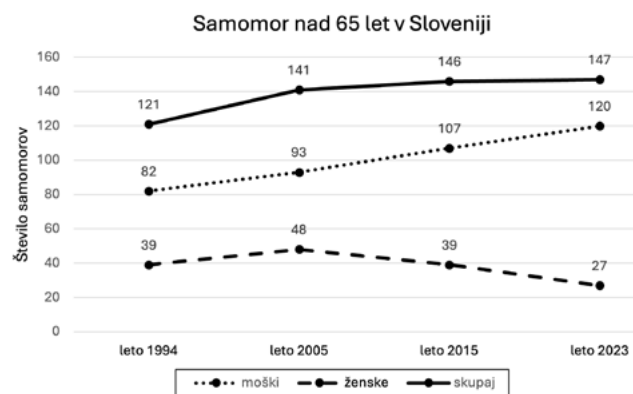
V štirih državah Evropske unije (na Irskem, v Grčiji, na Cipru in Portugalskem) pa se je trend od leta 2000 do leta 2020 v povprečju zvišal za 9,3 % na 100.000 prebivalcev.

V letu 2000 so v Sloveniji, po podatkih Statističnega urada Slovenije, v starostni skupini 65 let in več, največ samomorov (36) storili moški, ki so bili stari med 65 in 69 let, medtem ko je v enaki starostni skupini samomor naredilo 19 žensk.

Leta 2023 se starostna skupina zviša, saj največ, 44 samomorov naredijo moški stari 80 let in več. V enaki starostni skupini samomor stori 5 žensk.

V starostni skupini med 65 in 69 let samomor naredi 22 moških in 5 žensk.

V povprečju več samomorov storijo moški.



Slika 1. Samomor v Sloveniji v starostni skupini nad 65 let v absolutnih številkah glede na spol med leti 1994 in 2023 (SURS, 2025)

Zhou (2018) samomor opisuje kot zapleten dogodek, ki navadno vključuje več različnih dejavnikov. V raziskavi na Kitajskem so med 242 uspešnimi poskusi samomora pri starostnikih ugotavljali pojavnost duševnih motenj pri več kot polovici samomorov. Izstopajo zlasti motnje razpoloženja, med njimi predvsem depresija, sledijo psihotične motnje, odvisnost od psihoaktivnih substanc in anksiozne motnje. V tej isti raziskavi so ugotavljali tudi, da so nestabilen zakonski stan, brezposelnost, depresivni simptomi in duševne motnje prav tako neodvisni dejavniki tveganja za samomor pri starejših na podeželju.

Sultanoğlu (2021) v svoji študiji kot najpogostejše vzroke za samomorilnost starostnikov navaja moški spol, izguba zakonca, izguba socialno ekonomskega statusa, izguba sposobnosti odločanja, nevrološke motnje, Alzheimerjeva bolezen, demenca, epilepsija, povečana odvisnost od drugih zaradi telesne invalidnosti, psihosocialne bolečine ter psihiatrične motnje.

Žmuc Veranič & Pišljari (2021) pa k temu dodajata še kronično bolečino.

Conejero I. et al. (2018) pa v svoji študiji navajajo, da je večina umrlih zaradi samomora trpela zaradi ponavljajoče se depresije, kot pomemben dejavnik tveganja se je pokazala tudi zloraba psihoaktivnih substanc, saj je bila prisotna pri tretjini do četrtini umrlih zaradi samomora. Povečano tveganje v starosti je povezano tudi s psihotičnimi motnjami, tesnobnimi motnjami in kognitivnimi motnjami. Starejše osebe imajo pogosto depresivno motnjo oziroma depresivne simptome, ki ne dosegajo praga velike depresije in ne

zadoščajo kriterijem za diagnozo depresije po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10). Kljub temu pa bistveno poslabšujejo funkcionalne sposobnosti starejših ter so vir trpljenja in skrbi.

Depresija ni naravna spremljevalka staranja, vendar tretjina do petina starostnikov trpi zaradi nje. K temu pripomorejo dejavniki tveganja; izguba bližnjih, telesne bolezni, pešanje telesnih in umskih sposobnosti ter pešanje delovanja čutil (vid, sluh), nezmožnost za vožnjo avtomobila, finančne stiske. Depresija se pri starostnikih pogosto kaže z atipičnimi simptomi, starostniki navzven ne kažejo depresivnega razpoloženja. Lahko so apatični, brez motivacije, anksiozni. Lahko se pridružijo kognitivne motnje, kar lahko privede do napačne diagnoze – demence, saj so začetni simptomi lahko podobni depresiji ali pa se celo prikrivajo. Prepoznavanje depresije je pri starostnikih zelo pomembno, saj je odziv na terapijo pri njih enako dober kot pri ostali populaciji. (Lunder, 2016).

METODA

Zastavljena so bila raziskovalna vprašanja, ki so se nanašala na samomorilnost populacije stare 65 let in več.

- Kateri so najpogostejši dejavniki tveganja za samomor v starosti?
- Kako dejavniki kot so spol in starost vplivajo na samomorilnost po 65. letu starosti?
- Kakšna je vloga zdravstvene nege v domovih za starejše pri preprečevanju samomorilnosti starostnikov?

Pri raziskovanju je bila uporabljena metoda analize dokumentov za predstavitev primera življenjske zgodbe 87 letne gospe, ki si je v starosti 78 let neuspešno poskusila vzeti življenje. Po predhodni privolitvi gospe in socialnovarstvenega zavoda, kjer je bivala, je bil opravljen intervju z gospo. Uporabljena je bila tudi statistična metoda obdelave podatkov iz baze SURS in SZO. V podatkovnih bazah SZO so bile uporabljene naslednje ključne besedne zveze: »suicidality« in »the elderly« in »suicidality«, v SURS pa »samomor«.

Predstavitev primera

Gospa je živela kot podeželska gospodinja z osnovnošolsko izobrazbo. Po poroki sta si z možem zgradila dom, rodili so se jima trije sinovi. Eden od sinov je zaradi poporodnih zapletov umrl kmalu po rojstvu, drugi sin pa v poznih najstniških letih zaradi raka. Ostal jima je še starejši sin, ki se je po šolanju zaposlil v tujini in tam tudi ostal. Po njenih besedah sta z možem imela zdrav odnos. V odrasli dobi je bila večkrat hospitalizirana zaradi bolezni srca in ožilja in trikrat operirana zaradi žolčnih kamnov. V starosti 71 let ji je umrl mož. Pri 77 letih je morala ponovno na operacijo žolčnih kamnov, po končani hospitalizaciji je pričakovala, da bo okrevanje potekalo tako kot pred leti, vendar se je motila. Ni bila zmožna skrbeti sama zase, kar jo je žalostilo. Dejstvo, da je postala odvisna od drugih je bilo kaplja čez rob. V svoji hiši je poskusila narediti samomor, prerezala si je žile na levi podlahti in desnem golenu. K sreči ni izkravela, še pravi čas jo je našla nečakinja. Svoje dejanje obžaluje in ga ne bi ponovila.

REZULTATI IN DISKUSIJA

Raziskovalna vprašanja in odgovori:

Kateri so najpogostejši dejavniki tveganja za samomor v starosti?

Duševne motnje so najpogostejši dejavnik tveganja za samomorilnost pri starostnikih. Duševna motnja je tako prisotna v 71–97 % samomorov (Zhou et al., 2018).

Slika 2 prikazuje dejavnike tveganja za samomor starejših, vsak izmed teh dejavnikov ali dva oziroma več njih skupaj pa lahko privedejo do depresije ali druge psihične motnje, ki je posledično povod za samomor.



Slika 2. Najpogostejši dejavniki tveganja, ki lahko privedejo do depresije in drugih duševnih motenj (vir Sultanoğlu, 2021., Žmuc Veranič & Pišljari, 2021., Lunder, 2016)

V primeru 87-letne gospe so k samomorilnemu dejanju pripeljali dejavniki tveganja, kot so izguba bližnjega, telesna bolezen, pešanje telesnih zmožnosti in odvisnost od drugih. Po izgubi sina je ostala bolečina, ki jo je spremljala vsa leta življenja, v obdobju starosti pa jo je doletela še bolezen, ki ji je odvzela njeno samostojnost. V tem primeru vidimo prepletanje najpogostejših dejavnikov tveganja, ki so privedli do samomorilnega dejanja.

Ali dejavniki, kot so spol in starost vplivajo na samomorilnost po 65. letu starosti?

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije razmerje samomorov med moškimi in ženskami v Sloveniji znaša 3,5 : 1 (NIJZ).

Pred 31 leti je za moške veljalo, da jih samomor naredi več v starostni skupini med 65 in 74 let. V zadnjih letih je višji samomorilni količnik opaziti z naraščanjem starosti, saj največ samomorov med moškimi storijo prav tisti, ki so starejši od 80 let.

Tudi ženske so pred 31 leti pogosteje storile samomor v starosti med 65 in 74 let. Takšen samomorilni količnik se skozi leta ni dosti spremenil.

Za tradicionalno moško vlogo so značilne lastnosti, kot so želja po moči in prevladi, agresivnost, pogum, neodvisnost, učinkovitost,

racionalnost, tekmovalnost, uspeh, aktivnost, nadzor in neranljivost. Vloga moškega v zahodnih kulturah pa vključuje tudi neprižnavanje tesnobe, težav, bremen in groženj. Ženska identiteta je opredeljena v okviru družbenih odnosov in komunikacije, moško identiteto pa sestavljata tekmovalnost in ponotranjanje čustev (Möller, 2003 as cited in Zdravec Šedivy N, 2021).

SPOL	STAROST (letih)	Leto 1994	Leto 2005	Leto 2015	Leto 2023
moški	65-69	27	30	21	22
	70-74	24	20	24	25
	75-79	14	30	22	29
	80 in več	17	13	40	44
ženske	65-69	15	15	11	5
	70-74	11	15	9	6
	75-79	3	9	9	11
	80 in več	10	9	10	5

Tabela 1. Samomor v Sloveniji v starostni skupini nad 65 let v absolutnih številkah glede na starost in spol med leti 1994 in 2023 (vir SURS)

Moški manjkrat poskušajo storiti samomor kot ženske, a hkrati zaradi samomora umirajo pogostejše, ker je pri njih samomorilni namen intenzivnejši (Roškar, 2021).

Prisotnost nekaterih resnih somatskih bolezni pri starejših odraslih je dejavnik tveganja za samomorilno vedenje (Fässberg, et al., 2016 as cited in Bole, 2018). Prisotnost treh telesnih bolezni poveča verjetnost samomora pri starejših odraslih za trikrat, pri sedmih pridruženih telesnih boleznih pa do devetkrat. Respiratorne bolezni so bile povezane z željo po smrti (Lapierre, et al., 2015 as cited in Bole, 2018). Pri boleznih prebavil avtorji ugotavljajo višjo pojavnost samomorilnih idej in poskusov samomora pri starejših odraslih s prisotnim peptičnim ulkusom, in sicer kar trikrat pogostejše pri starejših od 85 let (Lee, et al., 2017 as cited in Bole, 2018).

Kakšna je vloga zdravstvene nege v domovih za starejše pri preprečevanju samomorilnosti starostnikov?

Bivanje starejših odraslih v socialnovarstvenih zavodih je v tem primeru zanje lahko velika pridobitev, saj zaposleni stanovalce dobro poznajo in lahko hitreje opazijo spremembe v vedenju. Če imajo zaposleni empatičen pristop, to pozitivno vpliva na odnos s stanovalci, saj zaposleni lažje pristopajo do njih, stanovalci pa vedo, da lahko komu zaupajo.

Že ob sprejemu v socialnovarstveni zavod je pomembna anamneza, ki jo opravi socialna služba doma ali diplomirana medicinska sestra. Ob morebitni spremembi vedenja stanovalca je pomembna tudi vključitev svojcev ali drugih bližnjih, ki so zanj skrbeli in ga dobro poznajo (sorodnik, sosed, prijatelj).

Multidisciplinarni tim v socialnovarstvenem zavodu (fizioterapevt, delovni terapevt, zdravnik, socialna delavka, diplomirana medicinska sestra, ostalo negovalno osebje, animatorji, javni delavci) skrbi,

da stanovalci ohranjajo fizično in psihično kondicijo v okviru njihovih zmoglosti. Ključnega pomena so stalni timi, saj se tako prej opazijo vse spremembe, ki jih stanovalec doživlja. Pomembna je tudi dosledna predaja službe in beleženje opažanj za posameznega stanovalca v programu, ki ga uporablja socialnovarstveni zavod.

Če medicinska sestra pri stanovalcu opazi znake, ki bi lahko nakazovali na samomorilne misli lahko z njim opravi test »Geriatrice lestvice depresivnosti«. Stanovalci so ob sprejemu v socialnovarstveni zavod razvrščeni v kategorijo zdravstvene nege glede na poznane diagnoze in potrebe po zdravstveni negi. Stanovalec, ki ima znano diagnozo psihiatričnega spektra, se razvrsti v nego duševno bolnega, tako osebe trikrat na dan spremlja njegovo obnašanje in počutje ter ga zabeleži. Takšen stanovalec ima redne preglede pri psihiatru znotraj socialnovarstvenega zavoda.

Velik pomen pri izboljšanju počutja stanovalcev imajo tudi prireditve in dogodki, ki jim dajejo občutek pripadnosti. Prav tako se v socialnovarstvenih izvaja terapija s kužki ali drugimi živalmi, ki so lahko stalni prebivalci doma oziroma storitev z lastniki prostovoljno opravljajo kot zunanji obiskovalci.

Bregar (2012 as cited in Mavri Tratnik, 2018) povzema, da tuji avtorji izpostavljajo predvsem funkcijo opazovanja (specialnega opazovanja ali t. i. nadzora bolnika) v kliničnih okoljih, kar trenutno predstavlja standard zdravstvene nege pri samomorilno ogroženih pacientih. Specialno opazovanje delijo na več stopenj, pri čemer se intenzivnost opazovanja stopnjuje. Problem takega načina dela je v povečanih kadrovskih zahtevah, relativni neučinkovitosti, omejevanju pacientove zasebnosti, rušenju avtonomije izvajalcev zdravstvene nege in zapostavljanju ostalih pacientov. Izvajalci zdravstvene nege bi morali samomorilno ogroženim pacientom zagotoviti tudi zadovoljitev preostalih potreb, predvsem na področju izražanja čustev. Za samomorilno ogrožene skrbijo kadri z nezadostnimi izkušnjami in znanji, npr. pripravniki, študentje in drugo manj usposobljeno osebje, kar ni ustrezno. Opisano klinično prakso se lahko označi kot »obrambno« oziroma »defenzivno«, ta pa je povezana s prevladujočimi cilji v kliničnih okoljih, kjer je pomembno predvsem to, da ne prihaja do neželenih dogodkov, manj pa je usmerjena v kakovost izvedbe zdravstvene nege. Medicinske sestre je potrebno opolnomočiti z znanjem in veščinami na področju prepoznavanja in učinkovitega ukrepanja pri samomorilno ogroženih osebah. Problem pri prepoznavi samomorilno ogroženega pacienta predstavlja dejstvo, da je specifično znanje zaposlenih izven psihiatričnega okolja manjše kot pri zaposlenih v psihiatričnem okolju.

Trend staranja populacije nas opozarja, da staranja ne smemo vzeti kot samoumevnega. Staranju se pridružujejo kronične bolezni, zaradi katerih lahko ima starejši odrasel kronične bolečine ali postane odvisen od drugih zaradi telesne invalidnosti ali izgubi socialno ekonomski status, ki ga lahko privede do finančne stiske (Sultanoğlu, 2021; Žmuc Veranič & Pišljari, 2021). Vsi ti in še drugi pridruženi dejavniki lahko vodijo v depresijo, ki je najpogostejši vzrok samomorilnih dejanj starostnikov (Zhou et al., 2018). Moški so zaradi tradicionalne vloge še toliko bolj ogroženi, saj svojih čustev ne izražajo navzven, kot to pogostejše počnejo ženske (Möller,

2003 as cited in Zdravec Šedivy N, 2021). Še posebej so ogroženi moški stari nad 80 let (SURs).

Najpomembnejša vloga zdravstvene nege pri tem je opazovanje. Medicinska sestra ima na vseh ravneh zdravstva prvi stik s pacientom, zato je njena vloga še toliko bolj pomembna. Medicinske sestre imajo o prepoznavanju depresivnih stanj premalo znanja, prav tako je v ambulantah obravnava kratka in se lahko depresivna in druga psihotična stanja zmotno pripiše kroničnim boleznim zaradi katerih starostnik obišče zdravnika.

V socialnovarstvenih zavodih starejši odrasli bivajo, to je njihov dom. Osebe se vsakodnevno srečuje z njimi in tako lahko hitreje opazi spremembe v obnašanju. Zelo pomembno je, da se stanovalec obravnava individualno in celostno. V procesu obravnave mora sodelovati zdravstveno osebje, socialna služba, fizioterapija, delovna terapija, zdravnik in svojci. Pomembna je točna in takojšnja izmenjava informacij, sploh če gre za spremembe v vedenju, ki jih prej ni bilo.

ZAKLJUČEK

Starejši odrasli so ranljiva skupina, ki je pogosto potisnjena na rob družbe. Višanje starostne meje pomeni več življenjskih izkušenj, ki na vsakega posameznika vplivajo individualno, odvisno od njegovih osebnostnih lastnosti in podpore okolice. Večja je verjetnost tudi za kronične bolezni in telesno invalidnost. Ker se depresija, kot eden vodilnih razlogov za samomorilnost v starosti, pogosto prepleta z demenco, jo zlahka spregledamo. Kadrovska podhranjenost v socialnovarstvenih zavodih in premalo znanja zaposlenih sta v tem primeru ključ do neuspeha. Zaposleni bi potrebovali več znanja s področja duševnih motenj v starosti, saj bi le tako lahko pravočasno prepoznali opozorilna dejanja in namigovanja. Ko starejši odrasel kljub vsakodnevni trudi zaposlenih v socialnovarstvenem zavodu stori samomor, to ni boleče samo za njegove svojce, temveč tudi za osebe, sploh tiste, ki se s tem neposredno soočijo.

LITERATURA

1. Conejero, I., Navucet, S., Keller, J., Olie, E., Courtet, P. & Gabelle, A. (2018). A complex relationship between suicide, dementia, and amyloid: A narrative review. *Frontiers in Neuroscience*, 11(12), 371. doi: 10.3389/fnins.2018.00371 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1752928X20302109?via%3Dihub>
2. Konec - Juričič, N., Roškar, S. & Jelenko, P. (2016). Geriatrska lestvica depresivnosti. Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika. *Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. <https://niz.si/publikacije/prepoznavanje-in-obravnavadepresije-in-samomorilnosti-pri-pacientih-v-ambulantni-druzinskega-zdravnika/> (pp. 99-100). Nacionalni inštitut za javno zdravje.
3. Lunder, L. (2016). Klinična slika depresije. In Konec - Juričič, N., Roškar, S. & Jelenko - Roth, P. Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika. *Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. <https://niz.si/publikacije/prepoznavanje-in-obravnavadepresije-in-samomorilnosti-pri-pacientih-v-ambulantni-druzinskega-zdravnika/> (pp. 25-31). Nacionalni inštitut za javno zdravje.
4. Mavri - Tratnik, M. (2018). Aktivnosti medicinske sestre pri oskrbi samomorilno ogroženega pacienta. In Lončar, D. Prepoznavanje in obravnava pacienta s samomorilnim vedenjem na vseh nivojih zdravstvenega varstva v različnih življenjskih obdobjih. *Zbornik*. Begunje na Gorenjskem, maj 2018. (pp. 20-28). Zbornica zdravstvene in babilške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babil in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana
5. Nacionalni inštitut za javno zdravje; Statistični urad Republike Slovenije. NIJZ podatkovni portal. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; c2021. *Baza umrljih 1954-2019*. https://podatki.niz.si/Selection.aspx?px_tableid=10204007.px&px_path=NIJZ%20podatkovni%20portal__1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva__02%20Umrlji__4%20Umrlji%20po%20vzroku%20smrti&px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=7fe41752-8545-4d36-9490-d-2bb100d3002
6. Roškar, S., Vinko, M. & Konec - Juričič N. (2021) Samomorilno vedenje v populaciji – prikaz stanja, trendov in značilnosti po svetu in v Sloveniji. In Roškar, S. & Videtič – Paska, A. Samomor v Sloveniji in svetu. *Opredelitev, raziskovanje, preprečevanje in obravnava*. www.niz.si. (pp. 63-76). Nacionalni inštitut za javno zdravje. Program MIRA - Nacionalni program duševnega zdravlja.
7. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. *Pregled kapacitet in pokritost institucionalnega varstva starejših in posebnih skupin odraslih*. <https://www.ssz-slo.si/splosno-o-posebnih-domovih/pregled-kapacitet-in-pokritost-institucionalnega-varstva-starejsih-in-posebnih-skupin-odraslih/>

8. Statistični urad republike Slovenije. *Prebivalstvo po starosti, občine*, Slovenija, polletno. <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/-/05C4003S.px/table/tableViewLayout2/>
9. Statistični urad republike Slovenije. *Umrli zaradi posledic nezgod in samomorov*, Slovenija, letno. <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/Data/05L3010S.px/table/tableViewLayout2/>
10. Sultanoğlu, H. (2021). Evaluation of elderly patients in adult suicide cases admitted to the emergency department. *Journal of Forensic and Legal Medicine*.
11. World Health Organization (2025). *Ageing: Global population*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>
12. World Health Organization. (2023). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
13. World Health Organization. European Health Information Gateway. *Indicators Explorer*. <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/#5QYATfXnAk>
14. Zadavec - Šedivy N. (2021). Moški s posebno visokim tveganjem za samomor. In Roškar, S. & Videtič – Paska, A. Samomor v Sloveniji in svetu. *Opredelitev, raziskovanje, preprečevanje in obravnavanje*. www.nijz.si. (pp. 405-416). Nacionalni inštitut za javno zdravje. Program MIRA - Nacionalni program duševnega zdravja.
15. Zhou, L., Wang, G., Jia, C. & Ma, Z. (2018). *Being left-behind, mental disorder, and elderly suicide in rural China: a case-control psychological autopsy study*. Cambridge core. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/being-left-behind-mental-disorder-and-elderly-suicide-in-rural-china-a-case-control-psychological-autopsy-study/BC53EF78E86ECD9C6A8D1EB2DABD9414#>
16. Žmuc, Veranič L. & Pišljari, M. (2021). Posebnosti samomornega vedenja starejših. In Roškar S., Videtič - Paska A. Samomor v Sloveniji in svetu. *Opredelitev, raziskovanje, preprečevanje in obravnavanje*. www.nijz.si. (pp. 393-404). Nacionalni inštitut za javno zdravje. Program MIRA - Nacionalni program duševnega zdravja.

**Za podporo pri izvedbi
kongresa se zahvaljujemo**

