

JHS

Revija za zdravstvene vede
Journal of Health Sciences

Vol. 3 • No. 1 • 2016



REVIJA ZA ZDRAVSTVENE VEDE
Journal of Health Sciences

Izdajatelj *Publisher*

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto *Faculty of Health Sciences Novo mesto*

Glavni in odgovorni urednik *Editor-in-Chief*

Bojana Filej

Uredniški odbor *Editorial Board*

Barbara Davis, ZDA

Božena Gorzkowicz, Poljska

Goran Kozina, Hrvaška

Nevenka Kregar Velikonja, Slovenija

Oscar R. de Miranda, Nizozemska

Jasmina Starc, Slovenija

Tehnični urednik *Technical Editor*

Bojan Nose

Tajniška dela *Secretary*

Brigita Jugovič

Jezikovni pregled *Slovene-Language Editor*

Melanija Frankovič

Jezikovni pregled angleških besedil *English-Language Editor*

Katja Kropce

Naslov uredništva *Address of the Editorial Office*

JHS - Revija za zdravstvene vede, Na Loko 2, SI-8000 Novo mesto, Slovenija

Spletna stran revije *Website of the Journal*

<http://www.jhs.si>

Elektronski naslov *E-mail*

urednistvo@jhs.si, editorial.office@jhs.si

Naklada *Circulation*

200

Tisk *Printed by*

Tiskarna Cicero Begunje, d.o.o.

ISSN 2350-3610

VSEBINA CONTENTS

<i>Helena Malmivirta, PhD</i> Art, Art Education and Art Pedagogy for Brain Health Pomen umetnosti, umetnostne vzgoje in umetnostne pedagogike za zdravje možganov	3
<i>Nera Muslimović, mag. Tamara Štemberger Kolnik, dr. Katarina Babnik</i> Dejavniki pri odločanju za poklic medicinske sestre Factors Influencing Decision for Nursing Profession	15
<i>Dr. Bojana Filej, dr. Boštjan Žvanut</i> Vpliv spola in starosti na samopodobo in samospoštovanje starejših The influence of gender and age on self-image and self-esteem of older people	29
<i>Dr. Branko Gabrovec, dr. Jelka Zaletel</i> Kronične bolezni z vidika multimorbidnosti Chronic Diseases through the Lens of Multimorbidity	43
<i>Dr. Vladka Lešer, dr. Bojana Filej</i> Študenti fizioterapije in higiena rok Students of Physiotherapy and Hand Hygiene	56
<i>Vesna Zupančič, Katja Kropce</i> Stališča študentov zdravstvene nege o komplementarnem zdravljenju Nursing Students' Views on Complementary Treatment	70
<i>Dr. Nadja Plazar</i> Vloga vodilnih medicinskih sester pri razvoju zdravstvene nege The Role of Leading Nurses on the Development of Nursing Practice	84
<i>Mag. Nataša Štandeker</i> Model delovne sposobnosti: teoretična izhodišča in možnosti raziskovanja z uporabo indeksa delovne sposobnosti Work Ability Model: Theoretical Bases and Research Possibilities Using the Work Ability Index	94
<i>Mag. Danijela Lahe</i> Odnos do starosti in starejših ljudi skozi zgodovino Attitude Towards Old Age and Older People Through History	105

<i>Marjana Trontelj Zavratnik, Josipina Ana Červek</i> Paliativna oskrba ob koncu življenja Palliative Care in the End-of-Life Period	117
<i>Maja Rožman, Renata Škrget, Miran Grah</i> Izgorelost patronažnih medicinskih sester v delovnem okolju Burnout of Community Nurses at the Workplace	132

Art, Art Education and Art Pedagogy for Brain Health

Scientific article

UDC 374:7+616-053.9

KEY WORDS: older people, art, art education, art pedagogy, brain health

ABSTRACT - The field of art, art pedagogy and art education is changing and has found its place in the area of social and healthcare education and its work practices. Art education practices comprise teaching that uses art methods, materials and tools. In this process, pedagogically guided means-ends art activities play a significant role. The operations are assessed in relation to the set objectives and in view of their outcomes. The purpose of this paper is to describe the double meaning of this approach in education and in practice. Examples are based on two studies carried out through the practical action research strategy and narrative approach. The qualitative data of the process (1. N=31, 2. N=17) were analysed using the narrative method. The results show that art and means-ends art pedagogy, based on sociocultural learning practice, are means of learning to build and create life by expanding the consciousness, by shaping new perspectives, constructing meaning, creating and establishing social interaction with others, and sharing a common culture. It is also shown to be a proactive process to enhance brain health, when brain health is examined and as people themselves experience it.

Znanstveni članek

UDK 374:7+616-053.9

KLJUČNE BESEDE: starejši, umetnost, umetnostna vzgoja, umetnostna pedagogika, zdravje možganov

POVZETEK - Področje umetnosti, umetnostne pedagogike in umetnostne vzgoje se spreminja in tako je našlo svoje mesto na področju socialnega in zdravstvenega izobraževanja in znotraj njegovih delovnih praks. Umetnostna vzgoja vključuje poučevanje, ki uporablja umetnostne metode, materiale in orodja. V tem procesu pedagoško vodene t.i. »sredstvo-cilj« umetnostne dejavnosti igrajo pomembno vlogo. Delovanje je ovrednoteno glede na dosego zastavljenih ciljev in dobljenih rezultatov. Namen prispevka je predstaviti dvojni pomen tega pristopa v izobraževanju in v praksi. Primeri temeljijo na dveh študijah, izvedenih s pomočjo praktične akcijske raziskovalne strategije in metode pripovedovanja. Kvalitativni podatki (1. N = 31; 2. N = 17) so bili analizirani z metodo pripovedovanja. Rezultati kažejo, da sta umetnost in umetnostna pedagogika »sredstvo-cilj«, na podlagi sociokulturne učne prakse, načina učenja za grajenje in ustvarjanje življenja s širjenjem zavesti, z oblikovanjem nove perspektive, z oblikovanjem pomena, z vzpostavitvijo socialne interakcije z drugimi in z deljenjem skupne kulture. Prav tako se je ta pristop izkazal za proaktivni proces pri spodbujanju zdravja možganov, ko se zdravje možganov pregleda in kadar ljudje sami izkusijo napredek.

1 Towards a new multidisciplinary learning and working culture

The aim of the paper is to describe the possibilities of art, art education and art pedagogy when changing the frame and work practices to more multidisciplinary manner in social and healthcare education and services. It is important when changing the work practices with older people, to develop proactive and preventive work practices and services. The frame was earlier developed through research within the arts education framework in the degree programme in Social Services of Oulu University of Applied Sciences. The studies in arts subjects within the Degree Programme in Social Services provided the students with relevant knowledge and skills for mastering

the work of Bachelor of Social Services. In the doctoral thesis research (Malmivirta 2011), art, art education and art pedagogy are linked with postmodern art education, which implies commitment to pragmatist aesthetics and Dewey's theory of pragmatist art education, with special reference to the principles of means-ends action and the sociocultural learning practice. The research results from the students' diaries (N=31) and the analysis of the contents justify a conclusion to the effect that instruction in arts subjects, linked with this frame, can support the personal and professional growth of the student. Moreover, engaging in the art enhances the student's social interaction skills as well as reflective and visual thinking. The students had also enhanced their sociocultural expertise.

2 Combining art, health and well-being

Cultural activities and art improve people's well-being and health, when health is examined with a holistic and integrated approach and as people themselves experience their health (Small and Hughes, 2007). According to Gadamer (1996), the perspectives of phenomenology and hermeneutics define health as a kind of presence with other people and active participation in whatever people value as significant in their lives. Health and illness are related to cultural change and existence. Therefore, the health aspect of well-being would not be measurable only with medical criteria, but it would also need a wider understanding of human existence (Honkasalo et al. 2012, p. 7). Cultural experience and health – The coherence of health and leisure time activities (2001) by Konlaan is regarded as one of the ground-breaking cornerstone studies on the visibility of art, culture and their effects on health and well-being in the Nordic countries. The study has had a significant role in the Finnish discourse on art and well-being. The results of Konlaan's extensive research (2001), which examined the health data and cultural pastimes of some 25,000 Swedes, indicate that consuming culture and art activities promotes health and prevents memory disorders. According to the study, those engaged in cultural activities live longer than those who do not.

Art in its different forms (visual arts, dance, music, drama, story-telling, photos and films in all their forms) have been proven to activate sensory functions and to promote the maintenance of flexible brain operations. Brain research shows that the stimulation of both short and long term memories has a significant role in brain well-being. Brain imaging techniques show that new connections between neural networks are created when stimulated with visual, auditory, verbal and kinaesthetic sensory stimuli. Engaging in pleasing and meaningful activities and learning and developing new skills moulds the brain and keeps it fit (Diamond, 2000; Cohen, 2006; Müller, 2003; 2007; Zeki, 1999; 2001; 2009; Powers, 2010; Malmivirta, 2011; 2015a, b). Art and art activities increase the sense of social belonging and participation reduces blood pressure and eases stress and, therefore, reduces the need for medication (Cohen, 2006).

When working with older people, combining art and culture and promoting brain health, constructing the pedagogical frame for guiding and teaching is needed, taking earlier research studies into account as well. Firstly, it is a question of how we see older people as learners. Then the teacher, artist and caregiver of the art activities operate in the role of an art educator in supporting life-long human growth. The actors create, using art, diverse situations with increasing depth, in which the older persons can examine their personal life histories with each other. The actors act in creating spaces, which may lead to moments of enlightenment in the examination of one's personal life course. In art activities that apply pragmatist means-ends art pedagogy, the participants may explore their life worlds, their human and historical worlds, which become apparent from their experiences (Dewey, 1934/1980; 1997; Malmivirta, 2011; 2015a, b). Accordingly, human beings exist through their choices and their self-awareness. Art touches the mind and it is also a means of creating life by expanding the consciousness, by shaping new perspectives, constructing meaning, creating and establishing social interaction with others and sharing a common culture (Eisner, 2002, p. 3; Bateson, 1987, pp. 128–156; Malmivirta, 2011, pp. 76–77).

3 Art, art education and art pedagogy bridging brain health

As an example of using the developed pragmatist means-ends art pedagogy and noticing the findings in terms of the important links to brain health, in the following paragraphs we will describe a research and development project, called Methods and tools for promoting brain health to complement the service structure in the Turku region, later called as Art and Culture – Keys for better Brain Health. This research and development project was a subproject of the TEHU Pumpu project, Citizen Centric Welfare Services with Multiple Service Providers. It was funded by the European Regional Development Fund and Southern Finland ERDF Programme Unit and operated by the Faculty of Health and Well-being of Turku University of Applied Sciences in Finland. It was carried out together with a senior lecturer and project planner of TUAS and seven different partners and associations with four artists and four other actors in the two cities within the region, Turku and Salo. The overall aim was to develop the regional welfare service structures with a citizen-centred approach by packaging welfare services into new service concepts and products (Malmivirta and Kivelä, 2015).

The tasks of the Art and Culture – Keys for Better Brain Health research and development (hereinafter RD) work were 1. Planning and enacting four different service models within in the framework of art and culture, carried out through the practical and emancipatory action research strategy, and 2. Describing the keys for promoting brain health and memory functions developed in the Art and Culture – Keys for Better Brain Health enactments. The development of the service models was executed with the following themes and objectives:

1. What do I want to remember from my life? The objective was to create illustrated stories of significant life experiences and memories by utilizing the customer's

personal childhood photographs, stories and means of visual arts, while at the same time activating brain and memory functions.

2. Yellow Cottage and a Patch of Potato. The objective was to activate brain and memory functions by studying the architecture of the childhood home and environment with the means of photographs, personal stories and visual arts.
3. The stage of memories. Here, the objective was to activate brain and memory functions with the help of old photographs, magazines and other visual material that were important to the participants, as well as with the means of paper theatre.
4. Genius Body. The objective was to activate brain and memory functions with the help of creative movement and self-expression exercises by moving, dancing, observing, listening, meeting and encouraging the participants to discover something new and to do things differently.

The target group of the development activities were 65–75-year-old citizens (N=17) who were interested in their brain health and activating their memory functions. The health and self-care behaviour of this age can be influenced by using new kinds of citizen-centric service models. When participatory art and culture activities are put into practice in the spirit of pragmatist means-ends art pedagogy and sociocultural learning practices, health and well-being can be promoted with existing resources in the immediate cultural environment of the people targeted. The important topic in any address related to old age is how to prevent and postpone the need for services and also save the costs. For this reason, people are challenged to take responsibility for their health and well-being. In the citizen-centric approach, reinforcing the citizen's sense of agency is essential, putting individuals in the key position for caring for their brain health through their lifestyle choices. A shared concern is how to keep our memories functional, our brains flexible and thereby prevent memory disorder related service needs (Malmivirta, 2015, pp. 25–116, 178– 191).

4 Research strategy

The Art and Culture – Keys for Better Brain Health RD work was based on the practical action research strategy aiming to develop best practices and service models for better brain health. The RD work took the shape of a self-reflective circle, in which the process was continuously examined from a holistic perspective. The actions and the participants, the actions of the multiprofessional team, as well as the suitability and usability of the chosen forms, methods and materials of the art activities, were all observed. The Art and Culture – Keys for Better Brain Health RD project was depicted as a spiral which progresses in time in cycles (Kemmis and Mc Taggart 1988, pp. 5–6; Malmivirta, 2011, pp. 80–82; 2015, pp. 29–31). The research data was gathered during individual and group interviews based on the narrative method (Lieblich, 1998), using also the observations, photos and videos from the art activities (Glandinin and Connelly, 2007, p. 78; Bruner, 1996, p. 41; 2002, p. 17; Malmivirta, 2011, p. 156; 2015a, pp. 70–71).

The life experiences of the participants were at the very heart of the citizen-centric approach and planning. The objective during the development process of the service models was to create various kind of spaces with different artistic means, methods and tools and to learn from experience. Another objective was to create situations which provide opportunities for discovering development opportunities related to one's personal experiences, as well to find resources for promoting one's brain health. The starting point was the concept of an active, functional and essentially value-based human being who, as a cultural being, is attached to his social environment through various practices (Dewey, 1951, pp. 111–112; Malmivirta, 2011, p. 54). The key is how the individual is able to utilize the growth potential and opportunities of his experience and to use these as resources. The ultimate objective is an emancipated individual who determines his own path. In the life-long growth and learning process, people become critical actors or a community of actors, who, through their actions, realize the importance of their health and well-being and especially their brain health.

In sociocultural activities, work takes place in various everyday contexts by using the cultural tools of the members of that working context. Cultural tools are connected social interaction and activities: technical tools and psychological tools, such as words and concepts. Counting systems, mnemonics, works of art, writing, plans and established signs, icons, symbols, codes, non-linguistic signs and gestures, all are examples of psychological tools which get things done and heard (Vygotsky, 1934/1980, p. 137; Malmivirta, 2011, p. 254). Also non-verbal language in which all expression acts as a means for improving the understanding between the parties in a conversation, and dialogic communication taking place on the borders of the self and the other (Bakhtin, 1981, p. 293).

5 Description of the means-ends art activities and the bridge between brain health

Autobiographical time travel related to the life stories of the participants put childhood experiences in motion, being aware of them as significant and even key experiences of life during the pedagogical guided means-ends art activities. Life-size stories were woven into symbolic paintings and visual narratives: colours of the fields, lines, brush strokes, bright images of houses and gardens and hidden playgrounds. When describing the paintings, the memories revealed plenty of information which became visible as different customs, routines, practices and feelings. Visual perception, visual thinking, reflective thinking, locating places and distances in time and in the course of events in the participants' personal life course all took place when creating visual stories, childhood maps with personal stories, drama scenes from the younger age and creative dance movement of the participants. It was as if the events from the time of the photographs became more vivid when the images were enlarged and processed with colours.

From the perspective of brain and memory activation, the fact that every participant in the participatory means-ends art activities has had the chance to tell the others things they themselves consider important, has been significant. Everyone reminisced about the course of their life together during the process, making hidden childhood stories heard and seen by telling and visualizing them through art. By putting one's life into words, it is possible to simultaneously mediate spoken and unspoken messages. The stories needed an audience, and by identifying with someone else's story, the interaction becomes significant. The reflection process enables presence in the places constructed based on our perceptions. In order to make mental representations visible, processing perceptions into something visual is achieved with the help of conscious active thinking and utilizing the tools and materials of art. Perceptions obtained through sight are important, but they alone are not sufficient to organize what is perceived. Mental processes, thought and imagination are also present in active seeing (Dewey, 2010; Zeki, 2009; Malmivirta, 2015c).

6 Summaries and conclusions

Every service model lasted two months, and consisted of weekly two-hour sessions. According to the participants, participation in the art activities activated their memory, allowed them to learn something new and examine things from different perspectives. The participants described having learned something new about art and having a new kind of approach to art. The participants report about art having a positive effect on their vitality and positive changes in their mental alertness. The different forms and methods of art in the art activities were experienced as interesting, even surprising. The art activities activated the participants to return to the past in their memories, and then back to the present moment, challenged them to think differently and in general, consider many things much more closely. The sharing and telling of stories in the group has also enriched the participants' thought processes. Participatory art activities unearthed long forgotten things, buried deep in the memory, allowing them to be shared with others as a part of history common to all participants in the group.

Being part of the group and a community were experienced as particularly meaningful, and according to the group's accounts, working together has led to an improved sense of vitality. Learning something new and sharing experiences was experienced as easier when done in a group setting. The support and appreciation of others were also meaningful elements. The participants reported recognizing the target-oriented dimension in the art activities, although they did not always have a clear idea of what would happen next. Uncertainty increased their interest. The participants did not think of the art activities as twiddling or dabbling; rather, they were experienced as significant, target-oriented action. Furthermore, the activities were experienced as an important and meaningful way to organize one's life experiences. In addition to this, the art activities have allowed difficult issues to be processed and brought a new

kind of understanding to, for instance, war-time experiences, events and the distance between one's parents (Malmivirta, 2015a, pp. 50–88; pp. 92–123).

7 Keys to prevent brain health

A significant aspect seems to be that the possibilities in the brain are activated by our own action. By engaging in activities we like, developing and learning new skills, along with a healthy diet and exercise, we mould the brain and keep it in shape. Brain health Nussbaum (2011, pp. 6–12) is a result of a dynamic process in which an individual commits him/herself to a behaviour and a behavioural environment that enhances better brain health. The focus is on finding and identifying the behavioural models and operating environments which promote brain health. In addition to intellectual effort and reinforcing cognitive skills, nutrition and emotional, psychological, social and physical activity all affect brain health. The multifaceted brain healthy lifestyle contains social, physical and psychological activity as well as mental stimulation, which are all significant environmental or environment-based factors in promoting brain activation (Diamond and Hopson, 1998; Nussbaum, 2010; Nussbaum, 2011).

With cognitive skills (Michelon, 2006), we solve both simple and complex tasks in our lives. Cognitive capability affects our learning, remembering, problem-solving and perception. According to this view, activities that contain cognitive, intellectual challenges are defined as promoting brain activity and therefore, brain health. Not only the participatory art activities based on target-oriented art pedagogics but also the instruction and construction of art activities, based on sociocultural learning practices, executed in the participatory Art and Culture – Keys for Better Brain Health service model activities have succeeded in promoting cognitive capabilities. The different layers of memory were in active motion, as the photographs and life stories were transformed into visual narratives, portfolios and the stage, with the means of arts and theatre. In addition to this, the story-telling process inspired linguistic talent. Visual thinking as well as visual and mental processing took place in watching the photographs and art and combining and processing the photographs with the stories in the personal history of the participants, with the means of visual arts and paper theatre. Similarly, visual perception and imaging in following one's own and the others' movements took place in the Genius Body project. The body was activated with diverse movements, each of which contained elements of problem-solving and decision-making. The art activities of all of the service models provided the opportunity to learn something new of the cultural environment of the participants' childhood and their daily cultural habits and history.

The significance of social interaction was emphasized in the group activities of all four service models. A sense of belonging to the community, a sense of participation, sharing stories and experiences and, as a result of sharing, the deepening of one's own understanding and experience were regarded as important outcomes of the project. For all participants, the forms, means and methods of the participatory art activities

were brand new and, when learning them, the participants developed their skills into an art. Brain health is a lifelong, proactive process in which the brain is moulded by the stimuli in the environment. The brain feels well when the environment promotes activation and involves social interaction. From the point of view of promoting brain health, it is important that the brain is occupied with new and complex tasks throughout our lives: this way, the unused reserve of our brain may also promote brain health and delay the emergence of memory disorders (Nussbaum, 2011, pp. 6–12; Howard-Jones, 2007, pp. 27–33; Kramer et al., 2004). In the Art and Culture – Keys for Better Brain Health service models, each participant discovered new skills and talents to cultivate with the means of art and culture. The unused reserve of the brain was put to use. The following keys for promoting brain health were developed in the four service models: creative thinking, visual perception and visual thinking, reflective thinking, tacit knowledge, mental activity, creativity, understanding of art, making art in different ways and methods, lifelong learning and social interaction.

Helena Malmivirta PhD

Pomen umetnosti, umetnostne vzgoje in umetnostne pedagogike za zdravje možganov

Namen prispevka je predstaviti dvojni pomen uporabe umetnosti, umetnostne vzgoje in umetnostne pedagogike na področju zdravstvenega in socialnega varstva ter delovnega usposabljanja za bolj multidisciplinarni pristop pri izobraževalnih aktivnostih za spodbujanje in vzdrževanje funkcije možganov. Povečevanje incidence bolezni povezanih s pešanjem spomina, kaže potrebo po novih vrstah preventivnih modelov za izboljšanje zdravja možganov. Predstavitev temelji na dveh študijah, izvedenih s pomočjo praktične akcijske raziskovalne strategije in metode pripovedovanja. Okvir je bil predhodno razvit v doktorski disertaciji znotraj študijskega programa Socialne Storitve na Oulu University of Applied Sciences na Finskem. V raziskavi so umetnost, umetnostna vzgoja in umetnostna pedagogika povezane s postmodernim izobraževanjem o umetnosti, kar pomeni zavezanost k pragmatični estetiki in Deweyevi teoriji o pragmatični umetnostni vzgoji, s posebnim poudarkom na načelih dejavnosti »sredstvo-cilj« in sociokulturnih učnih praksah. Ugotovljeno je bilo, da pouk umetnosti, povezan s tem okvirjem lahko podpira osebno in strokovno rast študentov. Poleg tega vključevanje v umetnost krepi večšine socialne interakcije, kot tudi refleksivno in vizualno razmišljanje študentov. Prav tako so študenti izboljšali svojo »družbeno-kulturno strokovnost«.

Več študij kaže, da kulturne dejavnosti in umetnost izboljšujejo dobro počutje in zdravje ljudi. Ljudje ocenjujejo zdravje kot pomembno v njihovem življenju, saj jim omogoča aktivno sodelovanje in povezovanje z drugimi ljudmi. Zdravje in bolezni so povezane s kulturnimi spremembami in obstojem, zato zdravstveni vidik dobrega počutja naj ne bi bil merljiv zgolj s kriteriji iz medicine, pač pa bi potreboval tudi širše

razumevanje človeškega obstoja. Umetnost v svojih različnih oblikah (vizualna umetnost, ples, glasba, drama, pripovedovanje zgodb, fotografije in filmi v vseh oblikah) se je izkazala za aktivatorja čutnih zaznav in stimulatorja prilagodljivih možganskih operacij. Stimuliranje tako kratkoročnega in dolgoročnega spomina ima pomembno vlogo za dobrobit možganov. Tehnike slikanja možganov kažejo, da se znotraj nevronske mreže ustvarjajo nove povezave na podlagi slušnih, verbalnih in kinestetičnih čutnih dražljajev. Vključevanje v prijetne in smiselne dejavnosti ter učenje in razvijanje novih znanj oblikuje možgane in jih ohranja zdrave. Umetnost in umetnostne dejavnosti povečujejo občutek socialne pripadnosti, zmanjšujejo krvni tlak in lajšajo stres ter posledično zmanjšuje potrebo po zdravlilih.

Pri delu s starejšimi ljudmi je za gradnjo pedagoških okvirov poučevanja in vodenja potrebno kombinirati umetnost, kulturo in promovirati zdravje možganov. Učitelj, umetnik ali skrbnik umetnostnih dejavnosti deluje v vlogi edukatorja umetnosti pri podpiranju vseživljenjske rasti ljudi. Z umetnostjo se da ustvariti različne situacije, v katerih lahko starejše osebe med seboj pregledujejo zgodovino osebnega življenja. Akterji delujejo tako, da ustvarjajo prostore, kateri privedejo do trenutkov razsvetljenja v pregledu osebnega življenja posameznika. V pedagoško vodenih umetnostnih dejavnostih lahko udeleženci raziščejo svoje lastne življenjske, osebne in zgodovinske svetove, ki izhajajo iz njihovih izkušenj. Na ta način ljudje obstajajo na podlagi svoje odločitve in samozavedanja. Umetnost se dotakne uma in je tudi sredstvo za ustvarjanje življenja s širjenjem zavesti, z oblikovanjem novih perspektiv, z gradnjo smisla ter z oblikovanjem in vzpostavitvijo socialne interakcije z drugimi in delitvijo skupne kulture.

Na Turku University of Applied Sciences smo v sodelovanju s sedmimi različnimi regijskimi združenji na podlagi obstoječih izkušenj vplivanja uporabe umetnostne pedagogike na zdravje možganov razvili štiri različne storitvene modele za izboljšanje zdravja možganov. Splošni cilj je bil razvoj struktur regionalnih socialnih storitev strukture s pristopom usmerjenim v prebivalce tako, da se socialnovarstvene storitve uokvirijo v nove koncepte storitev. Naloge projekta »Art and Culture – Keys for Better Brain Health« sta bili: 1. Načrtovanje in potrditev štirih modelov storitev v okviru umetnosti in kulture, izvedenih skozi praktično in emancipacijsko raziskovalno strategijo, in 2. Opisovanje »ključev«, predpisanih za spodbujanje zdravja in spominske funkcije možganov v projektu »Art and Culture – Keys for Better Brain Health«. Razvoj storitvenih modelov je bil izveden na podlagi naslednjih tem in ciljev: 1. »Česa se želim spominjati iz mojega življenja?«; cilj je bil ustvariti ilustrirane zgodbe o pomembnih življenjskih izkušnjah in spominih z uporabo fotografij iz posameznikovega otroštva, zgodb in vizualne umetnosti ter hkrati aktivirati funkcije možganov in spomin. 2. »Rumena koča in greda krompirja«; cilj je bil aktivirati funkcije možganov in spomin s študijem arhitekture doma iz otroštva in okolja s pomočjo fotografij, osebnih zgodb in vizualne umetnosti. 3. »Stopnja spominov«; pri tem modelu so bile za aktiviranje funkcije možganov in spomin uporabljene stare fotografije, revije in drugi vizualni material, ki so bile udeležencem pomembne, kot tudi z uporabo papirnatega gledališča. 4. »Genialno telo«; cilj je bil aktivirati možgane in spominske funkcije

s pomočjo ustvarjalnega gibanja in samo izražanja z vajami, premikanjem, plesom, opazovanjem, poslušanjem ter s spodbujanjem udeležencev, da odkrijejo nekaj novega in delajo stvari drugače.

Ciljna skupina omenjenih dejavnosti so bili prebivalci, stari od 65 do 75 let ($N = 17$), ki so bili zainteresirani za zdravje možganov in aktiviranje spominskih funkcij. Vsak model storitev je trajal dva meseca, po dve uri tedensko. Ko se participativna umetnost in kulturne dejavnosti izvajajo v praksi v duhu pragmatične »sredstvo-cilj« umetnostne pedagogike in sociokulturnih učnih praks, je zdravje in dobro počutje ciljne skupine mogoče spodbujati z obstoječimi sredstvi v njeni neposredni okolici. Pomembna tema naslavljaajoč starost je navadno, kako preprečiti ali zmanjšati potrebo po storitvah in prihraniti stroške. Zaradi tega so ljudje izzvani, da prevzamejo lastno odgovornost za zdravje in dobro počutje. Na prebivalce osredotočen pristop, ki krepi njihov občutek aktivnosti je nujen, saj v osrednje mesto za skrb za zdravje možganov postavlja njihove izbire življenjskega stila. Ključno je, da je posameznik sposoben izkoristiti potencial rasti in priložnosti na podlagi svojih izkušenj in ga uporabljati kot vir. Končni cilj je emancipiran posameznik, ki sam določa svojo pot. Znotraj vseživljenjskega učenja in osebnostne rasti, bi naj ljudje postali kritični udeleženci ali skupnost udeležencev/akterjev, ki se skozi svoja dejanja zavedajo pomena zdravja in dobrega počutja in predvsem zdravja možganov.

Sodelovanje v umetnostnih dejavnostih je aktiviralo spomin udeležencev in jim omogočilo, da se naučijo nekaj novega in preučijo zadeve iz različnih perspektiv. Udeleženci so opisali, da so se naučili nekaj novega o umetnosti in tako imajo tudi nov pristop do nje. Prav tako so povedali, da je umetnost pozitivno vplivala na njihovo vitalnost in prinesla pozitivne spremembe k mentalni osredotočenosti. Različne oblike in metode umetnostnih dejavnosti so doživeli kot zanimivo. Dejavnosti so jih aktivirale, da so se lahko vrnil v preteklost, v svoje spomine, in nato nazaj na sedanji trenutek, kar jih je izzvalo k drugačnemu načinu mišljenja na splošno in k bolj natančni obravnavi posameznih stvari. Delitve in pripovedovanje svojih zgodb v skupini je prav tako obogatilo miselne procese udeležencev. Dejavnosti participativne umetnosti so odkrile že pozabljene stvari, pokopane globoko v spomin, in udeležencem omogočile, da so jih delili z drugimi kot del skupne zgodovine vseh v skupini. Pomen socialne interakcije je bil poudarjen v skupinskih aktivnostih skupini pri štirih storitvenih modelih. Občutek pripadnosti skupnosti, občutek za sodelovanje, delitev zgodb in izkušenj, in kot rezultat delitev, tudi poglobljanje lastnega razumevanja in izkušenj, se štejejo kot pomembni rezultati projekta. Oblike, sredstva in metode delovanja participativnih umetnostnih aktivnosti so bile popolnoma nove za vse udeležence in so pripomogle k razvijanju spretnosti udeležencev v pravo umetnost. Skozi storitvene modele v okviru projekta »Art and Culture – Keys for Better Brain Health« je vsak udeleženec odkril nove sposobnosti in talente za negovanje umetnosti in kulture. Tako je navadno neuporabljena rezerva možganov bila uporabljena. Ključni za spodbujanje zdravja možganov, ki so bili razviti v štirih storitvenih modelih, so bili naslednji: ustvarjalno mišljenje, vizualno zaznavanje in vizualno razmišljanje, reflektivno razmišljanje, implicitno znanje,

mentalna aktivnost, ustvarjalnost, razumevanje umetnosti, ustvarjanje umetnosti na različne načine, vseživljenjsko učenje in socialne interakcije.

LITERATURE

1. Bateson, G. (1987). *Steps to Ecology of Mind*. Northvale: Jason Aronson Inc.
2. Bakhtin, M. M. (1981). *The dialogic Imagination*. Austin: University of Texas Press.
3. Bruner, J. (1996). *Actual Minds, possible Words*. Cambridge MA: Harvard University Press.
4. Bruner, J. (2002). *Making Stories. Law, Literature, Life*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
5. Cohen, G. D. (2006). Research on creativity and Aging: The Positive Impact of Arts on Health and Illness. *Generations*, Vol. 30, pp. 7–15.
6. Dewey, J. (1934/1980). *Art as Experience*. New York, NY: Pedigree Books.
7. Dewey, J. (1951). *Experience and Education*. New York: MacMillan.
8. Dewey, J. (1997). *How we think*. Mineola: Dover.
9. Dewey, J. (2010). *Taide kokemuksena. (Art as Experience) (Transl. A. Immonen & J. S. Tuusvuori)*. Tampere: Society for European Philosophy.
10. Diamond, M. (2000). *Older brains and new connections*. San Luis Obispo, CA: Davidson Publications.
11. Diamond, M. C. and Hopson, J. (1998). *Magic Trees of the Mind*. New York: Plume.
12. Eisner, E. W. (2002). *The Arts and the Creation of Mind*. Harrisonburg: Yale University Press.
13. Gadamer, H. K. (1996). *The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age*. Stanford: Stanford University Press.
14. Glandinin, J. D. and Connelly, F. M. (2000). *Narrative Inquiry: Experience and Story in Narrative Research*. San Francisco: Jossey-Bass.
15. Honkasalo, M. L., Salmi, H. and Launis, V. (2012). Johdanto. In: Honkasalo, M. L. and Salmi, H. (eds.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen. Kulttuurihistoria Turun yliopisto*, pp. 8–12.
16. Howard-Jones, P. (2007). Brain-based Strategies for Teaching and Learning. In: *Lifelong Learning and the Brain. Neuroscience meets Education*. CICERO Learning. University of Helsinki, pp. 27–33.
17. Kemmis, S. and McTaggart, R. (eds.) (1982). *The Action Research Reader*. Deakin, Victoria: Deakin University Press.
18. Konlaan, B. B. (2001). Cultural experience and health. The coherence of health and leisure time activities. Ume. University: Medical Dissertations, New Series no. 706.
19. Kramer, A. F., Bherer, L., Colcombe, S. J., Dong, W. and Greenough, W. T. (2004). Environmental Influences on Cognitive and Brain plasticity During Aging. *Journal of Gerontology; Medical Sciences*, Vol. 59 A, No. 9, pp. 940–957.
20. Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. and Zilber, T. (1998). *Narrative Research. Reading, Analysis and Interpretation*. London: Sage Publications.
21. Malmivirta, H. (2011). *Taide siltana sosionomiaksi kasvamiselle. Arts as Bridge for Professional Growth of Bachelor of Social Services Students: An action research on developing arts and expressive skills-oriented subjects to meet the requirements of postmodern art education in Degree Programme of Social Services during 2001 through 2004*. Acta Universitatis Tampereensis. Tampere: Juvenes Print. (In Finnish.)
22. Malmivirta, H. (2015a). In *Art and Culture – Keys for Better Brain Health*. Developing service models with a citizen-centred approach. Turku University of Applied Sciences, Saarijärvi. Retrieved on 4. 10. 2016 from the Internet: <http://www.tuas.fi/en/news/96/art-and-culture-support-brain-health/>.
23. Malmivirta, H. (2015b). *Art Pedagogy – A New Paradigm of Learning?* Paper presented at the 3rd Scientific Conference of Science and Culture for a Healthy Society in Alma Mater Europaea Maribor, 20.

24. Malmivirta, H. (2015c). Taideoppiminen ja ammattikasvatus – pedagoginen malli vai uusi oppimisen paradigma? Art learning and professional education –A pedagogical model or A New Paradigm for Learning? OKKA-säätiö. Retrieved on 4. 10. 2016 from the Internet: http://www.okka-saatio.com/aikakauskirja/pdf/ERIKOISNUMERO_2015_Malmivirta.pdf.
25. Malmivirta, H. and Kivelä, S. (eds.) (2015). Art and Culture – Keys for Better Brain Health. Developing service models with citizen centred approach. Course material from Turku University of Applied Sciences 102. Turku. Retrieved on 4. 12. 2016 from the Internet: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165671.pdf>.
26. Michelon, P. (2006). What are Cognitive Abilities and Skills, and how to boost them? Retrieved on 2. 13. 2015 from the Internet: <http://sharpbrains.com/blog/2006/12/18/what-arecognitive-abilities/>.
27. Müller, K. (2003). Aivokutinaa. Brain Tickling. Helsinki: Työterveyslaitos.
28. Müller, K. (2007). Activating Brain with Music. Lecture on Meilahden avoin kampus.iv, 6 March 2007.
29. Nussbaum, P. D. (2010). Save Your Brain. New York: McGraw Hill.
30. Nussbaum, P. D. (2011). Brain Health: Bridging Neuroscience to Consumer Application. Journal of the American Society on Aging, Vol. 35, No 2, pp. 6–12.
31. Powers, R. (2010). Use It or Lose It: Dancing Makes You Smarter. Original article: Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. The New England Journal of Medicine 348, pp. 2508–2616.
32. Siegel, D. (1999). The Developing Mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. New York: Guilford Press.
33. Small, B. J., Hughes, T. F., Hultsch, D. F. and Dixon, R. A. (2007). Lifestyle activities and late-life changes in cognitive performance. In: Stern, Y (ed.) Cognitive Reserve. Theory and Applications. New York: Taylor & Francis, pp. 173–186.
34. Vygotsky, L. S. (1934/1986). Thought and language. Translated. A. Kozulin. Cambridge: Harvard University Press.
35. Zeki, S. (1999). Inner Vision. An Exploration of Art and the Brain. Oxford: University Press.
36. Zeki, S. (2001). Artistic Creativity and the Brain, vol. 293, no. 5527, pp. 51–52.
37. Zeki, S. (2009). Splendours and Miseries of the Brain: love, creativity, and the quest for human happiness. Chichester Malden, MA: Wiley-Blackwell.

Dejavniki pri odločanju za poklic medicinske sestre

Znanstveni članek

UDK 331.54:616-083

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, poklicna identiteta, poklic, odločanje, izbira poklica

POVZETEK - Zdravstvena nega postaja v zadnjih petdesetih letih vse bolj profesionalna, zato je pomembno razumeti dejavnike, ki posameznika privedejo do tega, da se odloči za ta poklic. V članku je predstavljena raziskava, katere namen je bil identificirati ključne dejavnike, ki so študente zdravstvene nege spodbudili, da so se odločili za poklic v zdravstveni negi. Na podlagi predhodnih raziskav so avtorji oblikovali vprašalnik, ki s pomočjo odprtih in zaprtih vprašanj ugotavlja dejavnike, povezane z izбором poklica, zadovoljstvo z izbranim poklicem ter čas odločitve za ta poklic. V raziskavi so sodelovali študenti zdravstvene nege prvega in tretjega letnika dodiplomskega študijskega programa zdravstvena nega. Kot najpogostejši dejavnik, ki je spodbudil študente zdravstvene nege, da so se odločili za ta poklic, je »možnost dela z ljudmi« in »možnost skrbeti za druge«. Oba dejavnika odražata skrbstveno noto poklica. Zadovoljstvo anketiranih študentov glede izbire poklica odraža trdnost prepričanja le-teh v pravilnost svoje odločitve. Zdravstvena nega je tudi po percepcijah sodobne generacije stroka, katere temelj so skrbstveni dejavniki.

Scientific article

UDC 331.54:616-083

KEY WORDS: nursing care, professional identity, profession, decision elements, profession choice theory

ABSTRACT - In the last fifty years, nursing care is moving from occupation to profession, therefore it is important to understand the factors that lead individuals to choose a profession in nursing care. The article presents a study, in which qualitative and quantitative approach to data collection was used. Based on previous research, the authors designed a questionnaire, with open and close-ended questions. The questionnaire includes questions, related to the choice of nursing care profession, satisfaction with the chosen profession, and time of decision for the profession. The sample included students of the first and third year of undergraduate Nursing Care study programme. The most common factors that encourage nursing students to decide for nursing as a career are »possibility for working with people« and »the opportunity to care for others«. Both factors stress the caring dimension of the profession. Satisfaction of surveyed students regarding the choice of their profession indicates the strength of beliefs in the correctness of students' career decision. Contemporary generations of nursing students perceive nursing as profession with care as a fundamental dimension.

1 Uvod

Poklic ali profesija? Poklicna vloga ali profesionalna identiteta? Zdravstvena nega je uporaben primer za odgovor na zastavljeno vprašanje. Zgodovinsko gledano je zdravstvena nega dramatično spreminjala kolektivno poklicno identiteto (Goodrick in Reay, 2010). V sredini 50-ih let prejšnjega stoletja je imel poklic medicinske sestre status pomočnice zdravnika (Goodrick in Reay, 2010). V zadnjem obdobju pa se je status poklica spremenil - medicinske sestre so samostojne pri izvajanju profesionalnih nalog in vlog v okviru zdravstvene oskrbe (Kalisch in Kalisch, 2004). Poklic je smiselno zaokrožena celota znanja, sposobnosti, spretnosti in navad, ki posamezniku omogočajo, da opravlja dela in naloge določene zahtevnosti na nekem specifičnem po-

dročju dela (Jereb, 1998). Iz poklica posameznik razvije poklicno identiteto in profesionalno vlogo. Chreim in sod. (2007) povzemajo različne avtorje in utemeljujejo, da sta poklicna identiteta in poklicna vloga dve plati iste medalje. Posameznik proaktivno išče spremembe v vlogi, tako da se vloga bolje ujema z njegovo identiteto, na drugi strani lahko sprememba vloge povzroči osebni razvoj, ki s spreminjanjem osebnih značilnosti vpliva tudi na spremembo poklicne identitete. Vloga in identiteta se razvijata interaktivno, vloga je pogled navzven v interakcijo poklica z okoljem, medtem ko identiteta predstavlja pogled navznoter - na samoopredelitev poklica in njegove identitete. Posameznik, ki ima ustrežnejšo predstavo o poklicu, je v prednosti, saj lažje razvija poklicne interese (Jirwe in Rudman, 2012). Poklicne odločitve posameznika so po ugotovitvah Čerče in Pečjak (2007) povezane z načinom posameznikovega odločanja. Težje se za poklic odločijo posamezniki, ki svoj stil odločanja ocenjujejo kot panični, impulziven ali izogibajoč. Prav tako avtorici opozarjata na komponento zaznane samoučinkovitosti, ki je s poklicnim odločanjem negativno povezana. Slabša kot je zaznana samoučinkovitost, težje se posameznik odloča za poklic.

Med pomembne dejavnike poklicnega odločanja Cohen-Scali (2003) uvršča: družino, socialne izkušnje, izobrazbo in poklicne izkušnje. Za razvoj poklicne identitete pa je treba upoštevati še dve dimenziji: specializacijo za delo in specializacijo z delom (Cohen-Scali, 2003). Po Hollandu (1997) izbira poklica ne pomeni le vrste dela, ki ga posameznik opravlja, temveč predstavlja določen družbeni položaj, družbeno vlogo in ne nazadnje stil življenja v celoti. Odločanje za poklic determinira širok spekter dejavnikov, ki jih v grobem lahko uvrstimo v psihološke (dispozicijski, dinamični in razvojni vidik), sociološke in ekonomske dejavnike (Rousseau in Venter, 2009). V ospredje odločanja o izbiri poklica Hozjan (2010) postavlja posameznika (povzeto iz psiholoških teorij), ki se znajde v točno določenem kulturnem okolju, kjer se oblikujejo njegove osebne želje, motivi in sposobnosti. Le-ti pa ključno vplivajo na oblikovanje posameznikove odločitve za poklic, kot tudi za odločanje na drugih življenjskih področjih.

Zdravstvena nega je poklic v zdravstvu, ki je primeren tako za moške kot za ženske (College of Nursing and Health Innovation, 2012). Številne študije o motivih, ki vplivajo na izbor poklica v zdravstveni negi, so pokazale, da sta najpogostejša želja po »pomoči drugim« in po »delu z ljudmi«. V študiji, ki sta jo izvedla Jirwe in Rudman (2012) je 75 % študentov navedlo željo pomagati drugim kot najpomembnejši vzrok za izbiro poklica. To dejstvo lahko povežemo z ugotovitvami Mei-Hsien in Li-Chou (2006), ki menita, da je skrbstvena filozofija temelj zdravstvene nege. Skrb daje posebno vrednost in dušo poklicu medicinske sestre (Mei-Hsien in Li-Chou, 2006). Med identificiranimi dejavniki odločanja za poklic v zdravstveni negi avtorji navajajo tudi: zanimivost dela in možnost dela na različnih področjih (Jirwe in Rudman, 2012), fleksibilen urnik, odgovornost, samostojnost, varnost zaposlitve (Newton in sod., 2009), osebna izkušnja z zdravstvenimi delavci ali zdravstveno ustanovo, vzor v družini, ekonomski status družine (Klančnik, 2003). Raziskava, opravljena v Iranu (Zamanzadeh in sod., 2013), identificira naslednje ključne dejavnike odločanje moških za poklic v zdravstveni negi: (i) šolanje predstavlja pridobitev univerzitetne izobrazbe,

(ii) podpora s strani družinskih članov in prijateljev, (iii) poklic omogoča karierno napredovanje in (iv) zanesljivost delovnega mesta. Eley in sod. (2010) so na vzorcu 272 zaposlenih medicinskih sester in 259 študentov zdravstvene nege ugotovili tri temeljne dejavnike pri odločanju za poklic medicinske sestre in študij zdravstvene nege: (i) zanimivo delo, (ii) možnost skrbeti za druge in (iii) možnost delati z ljudmi. Kersten in sod. (1991) so med najbolj pogostimi razlogi za izbor študija in poklica v zdravstveni negi navedli: (i) negovanje (angl. nurance), (ii) čustvene potrebe, (iii) možnosti zaposlitve, (iv) finančne ugodnosti in (v) zanimanje za znanost. Price (2008) ugotavlja, da so za študente najpomembnejši vir oblikovanja podobe o zdravstveni negi ter vir vpliva na izbor poklica medicinske sestre same. Pregled dosedanjih raziskav pokaže, da so dejavniki pri odločitvi za poklic v zdravstveni negi večplastni (posameznik; neposredno družinsko okolje; družba) in več razsežnostni (skrb za ljudi; zanimivost dela; možnosti, ki jih delo omogoča). Predstave o poklicu, ki naj bi ga posameznik opravljal po zaključenem študiju, so pomemben element razvoja poklicnih vlog in poklicne identitete. Poznavanje dejavnikov odločanja za poklic pa nam omogoča sklepanje o predstavah, ki jih študentje imajo o poklicu, za katerega so se z izborom študija odločili. Namen raziskave je predstaviti (opisati in razložiti) dejavnike in vzode, ki vodijo posameznike pri odločanju za poklice v zdravstveni negi. Kot vodilo raziskave smo si zastavili naslednji raziskovalni vprašanja:

- R1 Kateri dejavniki vplivajo na posameznikovo odločitev za poklic v zdravstveni negi?
- R2 Ali so študenti prvega in tretjega letnika študijskega programa prve stopnje zdravstvena nega zadovoljni z izbiro poklica?

2 Metode

Pri izvedbi raziskave smo, v skladu z namenom in zastavljenimi raziskovalnimi vprašanji, uporabili deskriptivni raziskovalni pristop. Pri pridobivanju podatkov smo uporabili mešani, kvalitativni in kvantitativni pristop.

2.1 Opis instrumenta

Kot inštrument za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik. Vprašalnik je vključeval tri dele: vprašanja odprtega tipa o dejavnikih in zadovoljstvu z izbiro poklica, vprašanja zaprtega tipa (lestvico dejavnikov poklicnega odločanja) in demografska vprašanja.

Prvi del je zajemal odprta vprašanja, na katera so udeleženci odgovarjali prosto:

- Zakaj ste se odločili za poklic v zdravstveni negi?
- Kateri dejavniki so vplivali na vašo odločitev za poklic v zdravstveni negi?
- Ali ste do sedaj zadovoljni z izbiro poklica?

Kvalitativni pristop k zbiranju podatkov je usmerjen v pridobivanje »vsebinsko bogatih opisov« (Vogrinc, 2008, str. 108), ki so do določene mere vedno individualno specifični. Kot metodo ugotavljanja kakovosti rezultatov kvalitativnega raziskovanja

pa se najpogosteje uporablja metoda triangulacije, ki temelji na različnih metodah preučevanja istega raziskovalnega problema (Vogrinc, 2008), z namenom ugotavljanja veljavnosti inštrumenta.

V pričujoči raziskavi smo triangulacijo izvedli z aplikacijo lestvice v sklopu drugega dela vprašalnika. Drugi del inštrumenta je vključeval lestvico z osemnajstimi dejavniki odločanja za poklic (npr. delo je zanimivo; možnost skrbeti za druge), ki so povzeti in prilagojeni za slovensko populacijo, na podlagi inštrumenta avtorjev Eley in sod. (2010). Udeleženci so prejeli navodilo: »Spodaj so navedeni možni razlogi, ki so vodili vaše odločanje za poklic v zdravstveni negi. Prosim vas, da med navedenimi izberete tri dejavnike, ki so na vašo odločitev najbolj vplivali. Izbrane tri dejavnike označite tako, da na črto zapišete številko 1, 2 ali 3, glede na to, kateri dejavnik od treh je bil pri odločitvi najbolj pomemben (številka 1) in kateri manj pomemben (številka 3)«. Pri metodi prisilnega izbora (zgoraj opisani drugi del vprašalnika - lestvica) je zanesljivost z običajnimi postopki analize težko ugotavljati, saj je variabilnost pridobljenih podatkov nizka (le tri trditve prejmejo oceno, ostalih petnajst pa ne). Uporabljena lestvica je bila oblikovana in preizkušena že na podobni populaciji študentov zdravstvene nege (Eley in sod., 2010). V sklopu drugega dela vprašalnika smo študentom zastavili tudi zaprto vprašanje, ki se nanaša na čas odločitve za študij. Na vprašanje: »Kdaj ste se odločili za ta poklic?« so udeleženci odgovorili tako, da so izbrali enega izmed ponujenih odgovorov, in sicer: od malega; po osnovni šoli; po srednji šoli.

Med demografskimi podatki smo ugotavljali: spol udeleženca, letnik študija in predhodno srednješolsko izobraževanje.

2.2 Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 111 študentov rednega in izrednega študija zdravstvene nege ene od slovenskih visokošolskih izobraževalnih ustanov. Študenti so anketo izpolnjevali pred izvedbo predavanj, zato so v raziskavi sodelovali študenti, prisotni na predavanjih. Zajeli smo 91 (82 %) študentov 1. letnika in 20 (18 %) študentov 3. letnika dodiplomskega študijskega programa. Med udeleženci je bilo 81 (73 %) žensk ter 30 (27 %) moških. Med 111 anketiranimi študenti je predhodno srednješolsko zdravstveno izobrazbo imelo 91 (82 %) študentov, 20 (18 %) študentov pa ni imelo tovrstne izobrazbe.

2.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Podatke smo zbirali v obdobju enega tedna v januarju 2014. V štirih dneh smo anketiranje izvedli v vseh štirih letnikih. Za izvedbo raziskave smo si pridobili dovoljenje vodstva fakultete, prav tako je vsak študent imel možnost odkloniti sodelovanje v raziskavi. Študentom smo razdelili vprašalnike, na katerih so bila tudi navodila, kako vprašalnik izpolniti. Pred začetkom izpolnjevanja ankete so dobili dodatna pojasnila. Anketiranje je bilo anonimno. Odgovore na odprta vprašanja smo analizirali s pomočjo analize vsebine. Iskali smo nadredne pomenske kategorije odgovorov študentov na zastavljena vprašanja. Pri določanju pomenskih kategorij smo pristopali deduktivno - izhajali smo iz teorij izbire poklica in dosedanjih raziskav dejavnikov odločanja za

poklic v zdravstveni negi. Vprašanja, zastavljena v drugem in tretjem delu vprašalnika (numerični podatki), smo obdelali s pomočjo računalniškega programa IBM SPSS. Za vprašanja, ki se nanašajo na izbor treh od ponujenih osemnajstih dejavnikov poklicnega odločanja, čas odločitve za poklic v zdravstveni negi in demografske podatke, smo izračunali pogostost izbora ali navedbe določenega odgovora. Analizirane podatke smo prikazali v obliki tabel.

3 Rezultati

V prvem delu predstavljamo odgovore na odprta vprašanja. O vzrokih za odločitev oziroma izbiro poklica so anketiranci odgovarjali z besedo ali s kratkim stavkom, zato v tabeli 1 navajamo numerični prikaz navedenih odgovorov. Kot najpogostejši vzrok za izbiro poklica so študentje prvih in tretjih letnikov navedli »pomoč drugim« ter »veselje do dela z ljudmi«. »Zanimivost poklica« je prav tako bil pogost vzrok izbire pri obeh letnikih. »Možnost zaposlitve« in »napredovanje v poklicu« je bil vzrok izbire, ki se bolj pogosto pojavlja pri prvih letnikih, pri tretjih letnikih je nekoliko pogostejše izražen »vpliv družine«. V manjšem številu se kot razlog za izbiro poklica pojavijo še: »že končana srednja šola iste smeri«, »to je moje poslanstvo«, »ker mi je všeč jemanje krvi« ter »ker si želim delati v porodnišnici oz. z otroki«.

Tabela 1: Najpogostejši odgovori študentov na vprašanje, zakaj so se odločili za študij zdravstvene nege

<i>Dejavniki izbora poklica</i>	<i>Pogostost izbora</i>		
	<i>Skupaj</i>	<i>1. letnik</i>	<i>3. letnik</i>
Pomoč drugim	41	39	5
Veselje do dela z ljudmi	33	30	3
Zanimivost poklica	15	12	3
Nezanimajo me drugi poklici	6	4	2
Možnost zaposlitve	6	4	2
Napredovanje v poklicu	5	4	1
Zaradi reševalne dejavnosti	4	3	1
Osebna izkušnja	4	2	2
Vpliv družine	4	1	3
Bližina šole	3	2	1
Status poklica	2	2	0

S tretjim, odprtim vprašanjem, ki smo ga zastavili študentom v sklopu raziskave, smo ugotavljali njihovo zadovoljstvo z izbiro poklica. Večina študentov je z izbiro poklica zadovoljnih, saj je kar 101 (91 %) anketiranih odgovorilo, da je zadovoljnih s svojo izbiro. 9 (8 %) anketiranih (4 študenti prvega in 5 študentov tretjega letnika) s svojo izbiro ni zadovoljnih, en študent prvega letnika pa ne ve, ali je z njo zadovoljen.

V drugem delu vprašalnika so anketiranci med ponujenimi izbirali tri dejavnike, ki so po njihovem mnenju najbolj vplivali na odločitev za izbiro poklica. Izbrane tri dejavnike so razvrstili po pomembnosti, od najbolj pomembnega (ta je prejel oceno

»1«) do najmanj pomembnega (ta je prejel oceno »3«). Pri razvrstitvi dejavnikov po pomembnosti so imeli nekateri anketiranci težave z razumevanjem navodil, saj jih niso ustrezno razporedili po pomembnosti. Nepravilno izpolnjene lestvice smo v nadaljnjih analizah izločili. Izločili smo 37 (41 %) anket prvih letnikov in 5 vprašalnikov (24 %) tretjih letnikov.

V tabeli 2 prikazujemo rezultate 54 (59 %) študentov prvih letnikov in 16 (76 %) študentov tretjih letnikov ter rezultate izbora dejavnikov poklicnega odločanja za celotni vzorec (kolona »Skupaj«). Iz tabele 2 je razvidno, da so se anketirani študenti prvih letnikov med razlogi za izbiro poklica najpogosteje odločili za »možnost dela z ljudmi« (n = 35) in »možnost skrbeti za druge« (n = 28). Razlog »možnost dela z ljudmi« je najpogosteje izbran kot najbolj pomemben dejavnik odločitve. Razlog »možnost skrbeti za druge« je drugi najpogosteje izbran kot najpomembnejši. Skoraj polovica anketiranih študentov prvega letnika je »zanimivost dela« izbrala kot razlog za svojo odločitev, vendar so ga različno razvrstili po pomembnosti, najpogosteje pa je bil izbran kot tretji najpogostejši dejavnik. Prav tako je »možnost zaposlitve« izbralo veliko število anketiranih študentov prvega letnika (n = 20). Razlogi, ki so jih študenti izbrali v manj kot treh ponovitvah, so: »status poklica v družbi«, »bližina doma«, »prijatelji imajo tak poklic ali so se zanj sočasno odločili«, »fleksibilni delavnik«, »ne zanimajo me drugi poklici«. Niti enkrat pa nista bili izbrani trditvi: »finančne nagrade (plača in druge ugodnosti)«, »nezaupanje do drugih zaposlitev«. Odgovori anketiranih študentov tretjega letnika o najpomembnejših razlogih za izbiro poklica so, podobno kot pri anketiranih študentih prvega letnika, usmerjeni v delo z ljudmi in delo za ljudi oz. v dejavnika »možnosti skrbeti za druge« (n = 13) in »možnost dela z ljudmi« (n = 9). Razlog za izbiro poklica: »možnost dela z ljudmi« je bil med študenti tretjega letnika, za razliko od študentov prvega letnika, večkrat izbran kot drugi ali tretji po pomembnosti (rang 2 ali rang 3), in ne kot najpomembnejši dejavnik oz. razlog. Manj kot trikrat izbrani razlogi med študenti tretjega letnika so bili: »to je moje poslanstvo«, »možnost kariernega razvoja«, »fleksibilni delavnik«, »finančne nagrade (plača in druge ugodnosti)«, »delo ustreza mojemu življenjskemu stilu«, »ne zanimajo me drugi poklici«, »bližina doma«, »možnost raziskovanja« ter »vzor v družini«. Naslednji dejavniki niti enkrat niso bili izbrani med anketiranimi študenti tretjega letnika: »prijatelji imajo tak poklic ali so se zanj sočasno odločili«, »možnost poučevanja drugih«, »nezaupanje do drugih zaposlitev«, »status poklica v družbi«.

Skupni odgovori obeh letnikov, ki jih prikazuje tabela 2, kažejo, da sta najpogosteje izbrana razloga za poklic »možnost skrbeti za druge« ter »možnost dela z ljudmi«, ki sta tudi po pomembnosti največkrat izbrana kot najpomembnejša. Med manj pomembnimi pa so bili v celotnem vzorcu ocenjeni dejavniki: »fleksibilni delavnik«, »prijatelji imajo tak poklic ali so se zanj sočasno odločili«, »status poklica v družbi«, »ne zanimajo me drugi poklici«, »finančne nagrade (plača in druge ugodnosti)«, »nezaupanje do drugih zaposlitev«.

Z zadnjim vprašanjem v drugem delu vprašalnika smo ugotavljali, kdaj so se študentje odločili za poklic medicinske sestre. Večina anketiranih je svojo odločitev o iz-

biri poklica sprejela po končani srednji šoli (n = 68), nekaj se jih je odločilo ob koncu osnovne šole (n = 25). Od malega jih je bilo za poklic medicinske sestre odločenih 17.

Tabela 2: Najpogostejši razlogi za izbor poklica med študenti prvega in tretjega letnika ter združeni rezultati anketiranih študentov dodiplomskega študijskega programa zdravstvena nega

	<i>Prvi letnik</i>				<i>Tretji letnik</i>				<i>Skupaj</i>			
	<i>Število vseh izborov</i>	<i>Rang 1</i>	<i>Rang 2</i>	<i>Rang 3</i>	<i>Število vseh izborov</i>	<i>Rang 1</i>	<i>Rang 2</i>	<i>Rang 3</i>	<i>Število vseh izborov</i>	<i>Rang 1</i>	<i>Rang 2</i>	<i>Rang 3</i>
<i>Možnost dela z ljudmi</i>	35	1	7	8	9	1	4	4	44	21	11	12
<i>Možnost skrbeti za druge</i>	28	13	11	4	13	6	5	2	41	19	16	6
<i>Delo je zanimivo</i>	23	7	7	9	5	3	2	0	28	10	9	9
<i>Možnost zaposlitve</i>	20	4	11	5	6	2	0	4	26	6	11	9
<i>Pripomore k dobrobiti skupnosti</i>	15	3	4	8	4	1	1	2	19	4	5	10
<i>Delo ustreza mojemu življenjskemu stilu</i>	12	7	2	3	1	1	0	0	13	8	2	3
<i>Možnost kariernega razvoja</i>	7	0	4	3	2	0	1	1	9	0	5	4
<i>Možnost poučevanja drugih</i>	7	0	4	3	0	0	0	0	7	0	4	3
<i>To je moje poslanstvo</i>	4	4	0	0	2	1	0	1	6	5	0	1
<i>Vzor v družini</i>	3	1	0	2	1	1	0	0	4	2	0	2
<i>Možnost raziskovanja</i>	3	1	1	1	1	0	1	0	4	1	2	1
<i>Bližina doma</i>	2	0	1	1	1	0	1	0	3	0	2	1
<i>Fleksibilni delavnik</i>	1	0	1	0	1	0	0	1	2	0	1	1
<i>Prijatelji imajo tak poklic ali so se zanj sočasno odločili</i>	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	2
<i>Status poklica v družbi</i>	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	2
<i>Ne zanimajo me drugi poklici</i>	1	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	2
<i>Finančne nagrade (plača in druge ugodnosti)</i>	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
<i>Nezaupanje do drugih zaposlitev</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Legenda: rang 1, 2, 3 ... - število izborov dejavnika kot najbolj pomembnega (rang 1), kot drugega najbolj pomembnega (rang 2) in kot manj pomembnega (rang 3).

4 Razprava

Izhajajoč iz dejstva, da danes znanje in visoko profesionalna drža medicinskih sester pripomore k splošnemu dvigu zdravja populacije, večji kakovosti življenja vsakega posameznika, višji produktivnosti in razvoju družbe na splošno (Starc, 2013), je smiselno razmišljati o pogledu, vrednotah in vzgibih zaposlenih, ki so pripomogli k odločitvi za poklic medicinske sestre. V raziskavo smo zajeli študente prvega in tretjega letnika dodiplomskega študijskega programa zdravstvena nega. Čeprav so študenti največkrat navedli, da imajo predhodno izobrazbo zdravstvene smeri, se jih je večina za poklic odločila šele po končani srednji šoli. Le malo študentov se je za poklic v zdravstveni negi odločilo že v otroštvu. Babnik in sod. (2015) so preučevali poklicno odločanje študentov podiplomskega študijskega programa zdravstvene nege in ugotovili, da se le-ti za nadaljevanje študija v smeri izbranega poklica odločajo kasneje, kar nekaj časa po zaključku študija na dodiplomski stopnji. Jirwe in Rudman (2012) opozarjata na boljše razvijanje poklicnih interesov pri posamezniku, ki ima dobro predstavo o poklicu. Torej lahko za študente, ki imajo obe komponenti: predhodno zdravstveno izobrazbo in se za poklic odločajo po končani srednji šoli, trdimo, da dobro poznajo poklic, za katerega se odločajo, torej bolje razvijejo poklicne interese ali svojo profesionalno pot. V raziskavo zajetim študentom smo v začetnem delu zastavili odprto vprašanje o tem, zakaj so se odločili za poklic zdravstvene nege. Najpogosteje so navajali, da so se za poklic odločili zaradi »možnosti pomoči drugim« in »veselja do dela z ljudmi«. Tudi v delu vprašalnika, kjer so študentje izbirali odgovore med ponujenimi, sta se delo z ljudmi in pomoč oz. skrb zanje (»možnost skrbeti za druge« in »možnost dela z ljudmi«) pokazala kot najpomembnejša dejavnika pri odločitvi za poklic v zdravstveni negi. Delo z ljudmi in skrb zanje sta se izkazala kot najpomembnejša tudi v drugih raziskavah, opravljenih v Sloveniji (Babnik in sod., 2015) in v tujini (Eley in sod., 2010; Jirwe in Rudman, 2012). Eley in sod. (2010) in Jirwe in Rudman (2012) ugotavljajo, da so med ključnimi dejavniki odločanja za poklic v zdravstveni negi »pomoč drugim«, temu pa lahko dodamo še čustveno noto: negovanje in čustvene potrebe (Kersten in sod., 1991).

Izven skrbstvenih okvirov so na odprto vprašanje študenti navedli odgovore, ki si po pogostosti navedb sledijo v naslednjem vrstnem redu: »zanimivost poklica«, »možnost zaposlitve«, »napredovanje v poklicu«, »reševalna dejavnost«, »osebna izkušnja«, »vpliv družine«, »bližina šole«. Podobno so tudi v drugem delu vprašalnika kot najpomembnejše ne-skrbstvene dejavnike navajali: »zanimivo delo«, »možnost zaposlitve«, »delo ustreza mojemu življenjskemu stilu«, »možnost kariernega razvoja«, »možnost poučevanja drugih«, »to je moje poslanstvo«, »vzor v družini«. Ocena, da je delo zanimivo, kaže na notranjo motivacijo študentov za opravljanje poklica medicinske sestre in se kot notranji dejavnik odločitve (Hozjan, 2010) povezuje z dejavnikoma, kot sta: »to je moje poslanstvo« in »delo ustreza mojemu življenjskemu stilu«, vendar se od njiju tudi razlikuje. Posameznikova ocena, da je delo njegovo oz. njeno poslanstvo, temelji na prepričanju o poklicanosti posameznika za določeno delo, ki izhaja iz identifikacije posameznika z lastnostmi samega poklica. Ocena, da

je delo zanimivo, pa izhaja iz radovednosti, želje po odkrivanju novega, kar omogoča delo samo, ki je tudi cilj posameznikove odločitve. Zanimivost dela, ki ga opravljajo zaposleni v zdravstveni negi, je v skladu z raziskavo Eley in sod. (2010) za študente študijskega programa zdravstvene nege in za že zaposlene medicinske sestre najpomembnejši dejavnik odločitve za poklic. Druga dva pogosto izbrana oz. najpogosteje izbrana dejavnika sta zaznavanje možnosti zaposlitve in zaznavanje možnosti kariernega razvoja. V raziskavi avtorjev Zamanzadeh in sod. (2013) ter avtorjev Kersten in sod. (1991) je možnost zaposlitve eden bolj pomembnih dejavnikov odločitve za poklic medicinske sestre. Možnost kariernega razvoja v zdravstveni negi je v raziskavi Eley in sod. (2010), podobno kot v pričujoči raziskavi, šesti dejavnik (od sedemnajstih) po pomembnosti za odločitev za poklic medicinske sestre. Pomembnost dejavnika »možnost zaposlitve« in dejavnika »možnost kariernega razvoja« verjetno izhaja tudi iz trenutnih percepcij zaposlitvenih možnosti v Sloveniji na področju zdravstva. Marjetič in Lesjak (2013) ugotavljata, da diplomanti zdravstva in sociale, v primerjavi z diplomanti drugih smeri, najmanj časa čakajo na prvo zaposlitev. Zaposlitev pa verjetno študenti ocenjujejo tudi kot varno in v njej posledično pričakujejo nadaljnji karierni razvoj.

V raziskavi smo ugotovili, da se dejavniki poklicnega odločanja med študenti prvega in tretjega letnika ne razlikujejo, lahko pa rečemo, da se v tretjem letniku dejavniki bolj strukturirajo in zožijo na štiri prevladujoče: »možnost skrbeti za druge«, »možnost dela z ljudmi«, »možnost zaposlitve« ter »občutek, da pripomorem k dobrobiti skupnosti«. Skrbstveni noti se tako pridružita varnost (možnost zaposlitve) in kolektivna zavest (občutek, da pripomorem k dobrobiti skupnosti). Zoženje nabora dejavnikov, ki razložijo izbor študija in poklica v zdravstveni negi, je verjetno tudi posledica samoselekcije med študijem (študenti se odločijo, ali je ta študij za njih ali ne). Verjetno pa na to dejstvo vpliva tudi intenzivni proces oblikovanja poklicne identitete, v sklopu katerega si člani kolektiva (študentje) v svojih prepričanjih in v odnosu do poklica postajajo vedno bolj podobni. Vendar pa je sklep o vplivu procesa študija na zožitev in dejavnikov poklicnega odločanja potrebno obravnavati z zadržanostjo, saj je vzorec študentov tretjega letnika manjši v primerjavi s študenti prvega letnika, in tako ne omogoča zanesljivih zaključkov.

Z raziskavo smo tudi ugotovili, da študij in izkušnje s poklicem, ki jih študentje pridobijo v času študija, najverjetneje izpolnjujejo pričakovanja anketiranih študentov, saj so tako anketirani študentje in študentke prvega in tretjega letnika izrazili svoje zadovoljstvo z začetno izbiro poklica. Podobno ugotavljajo tudi Eley in sod. (2010). V svoji raziskavi so ugotovili, da študentke in študentje študijskega programa zdravstvena nega napovedujejo, da bodo v poklicu vztrajali statistično pomembno dlje, kot to ocenjujejo že zaposlene medicinske sestre. V ocenah zadovoljstva z izbiro poklica in pričakovanji vztrajanja v poklicu pa je treba upoštevati tudi element pričakovanja in idealov, ki posameznike vodijo pri odločitvi za poklic in v zgodnji poklicni socializaciji v času šolanja. Prav ideali so močan element odločanja za poklic v zdravstveni negi (Price, 2009). Price (2009) ugotavlja, da je pomemben element socializacije v praksi zdravstvene nege razrešitev disonance med idealnimi predstavami o zdravstvenimi

negi, v sklopu katere prevladuje element skrbi za sočloveka, in realnostjo v vsakodnevni praksi. Ideali so pomemben element dela z ljudmi, skrbi za ljudi in za družbeno dobrobit. Šolanje, študij in delovno okolje pa morajo zagotoviti na eni strani realnost predstav, na drugi strani pa pogoje, da se ideali vsaj delno uresničujejo v praksi.

5 Zaključek

Preučevanje dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo odločitev, da izbere poklic medicinske sestre oz. zdravstvenika, lahko pomembno prispevajo k razumevanju poklicne kulture in poklicne identitete zdravstvene nege, predvsem pa nudi usmeritve za nadaljnji razvoj poklica. Raziskava potrjuje, da vodila odločanja za poklic v zdravstveni negi v sodobni generaciji študentov temeljijo na skrbstvenem vidiku dela in poklica v zdravstveni negi. Razvoj stroke zdravstvene nege mora tudi v bodoče temeljiti na krepitvi skrbstvenega vidika ob sočasnem dvigu ravni samostojnosti in odgovornosti zdravstvene nege pri zagotavljanju dviga ravni zdravja populacije. Sočasno je treba zagotoviti mehanizme, ki spremljajo poklicno identiteto v zdravstveni negi, ne le na ravni že oblikovanih kadrov, temveč predvsem tistih, ki se za ta poklic šele odločajo.

Kot ključno omejitev raziskave lahko navedemo metodološki pristop. Raziskava je bila opravljena na generaciji študentov ene visokošolske institucije v Sloveniji. Tako ne moremo izidov posploševati na značilnosti celotne populacije študentov zdravstvene nege v Sloveniji. Kljub temu pa so pridobljeni rezultati skladni z rezultati dosedanjih raziskav, opravljenih v tujini, kar nakazuje na to, da so, kljub specifičnemu vzorcu, primerljivi in kot taki relevantni.

Nera Muslimović, Tamara Štamberger Kolnik, MSc, Katarina Babnik, PhD

Factors Influencing Decision for Nursing Profession

The article presents the key factors that influence students' choice for career in nursing. Since nursing is a profession, which has been moving from occupation to profession on a global scale in the last fifty years, it is important to understand the factors that lead an individual to choose a profession. In the mid-50s, being a nurse was defined as an occupation - doctor's assistant. Today, nurses are considered to be independent in performing professional tasks and roles within the health care. The profession of nursing is developing and represents not only a procedural provision of nursing care, but comprises the concept of professionalism of nursing in all dimensions. Various studies trying to identify the key factors that lead to the nursing career choice indicate the importance of factors, such as orientation towards people (motivation to care for people), personal interest for the profession (internal motivation), and job opportunities available on the labour market (economic motivation). The purpose

of the research is to present, describe and explain the professional decision-making process as well as factors that lead individuals to the decision for a career in nursing. With the study we tried to answer the following questions: (i) which factors influence individuals to choose nursing as a profession, and (ii) are students from the first and the third year of the Nursing Care study program satisfied with their career choice?

The study was conducted using a qualitative and quantitative approach to data collection. The study involved 111 students of the first Bologna cycle study programme Nursing Care at one of the Slovenian higher education institutions. The study included 91 (82%) first-year students and 20 (18%) third year students. 81 participants (73% of the sample) were female and 30 participants (27%) were male. Among the 111 surveyed students, the majority (82%) has finished a health-related secondary school education in the field of nursing care. The instrument for data collection was a questionnaire with open and close-ended questions in paper form. In the first part of the questionnaire, participants were asked three open-ended questions: (i) why did you choose a career in nursing care; (ii) what factors influenced your decisions for the nursing care profession; (iii) are you satisfied with you choice? The second part of the instrument utilised in this study, included a scale with eighteen factors influencing the career decision for the nursing profession (e.g. work is interesting; nursing care gives the opportunity to care for others). The eighteen factors were adapted for the Slovenian population, based on the instrument developed by Eley et al. (2010). Participants received the following instructions: »Listed below are the possible reasons that influenced your decision to choose nursing as a profession. Please, choose between those factors, the three most important ones and rank them in accordance to the importance of each of the three factors. The factor that mostly influenced your decision rank as "1", and the least important factor as "3". Within the second part of the questionnaire, we also asked participants in which life period have they decided to choose nursing as a profession. The third part of the questionnaire included three demographic variables. Data were collected over a period of one week in January 2014. The responses to the first part of the questionnaire (open-ended questions) were analysed through the content analysis. We utilised a quantitative approach to content analysis. For the analysis of the answers to the second (factors that determined the decision for nursing occupation) and the third part of the questionnaire (demographic characteristics) we calculated descriptive statistics (frequencies).

The most common factors for both, the first- and third-year students, to choose nursing as a career are: »possibility of working with people« and »possibility to take care of others«. Both factors stress the caring dimension of the profession and were identified as the most important for students' career decision, through both methods of data gathering: (i) the open-ended questions (why did you choose a career in nursing care; what factors influenced your decisions for the nursing care profession), and through the (ii) scale, in which students had to choose the three most important reasons for their nursing profession decision. Working with people and care for others were important factors to choose nursing as career for the first and the third-year students of Nursing Care. Other factors, identified in the study were: "interesting

job“, ”employment opportunities“, and ”career development opportunities“. Moreover, most students (91%) expressed their satisfaction with the choice of profession. Regarding the life period when the students decided for nursing profession, the most frequently chosen answer was the ”period after graduating from secondary school” ($n = 68$), some of them have taken this decision already at the end of the elementary school ($n = 25$).

The study of factors that influence an individual's decision to choose the nursing profession for their career can make important contributions to the understanding of professional culture and identity of nursing, and to provide orientation for the further development of the profession. Contemporary generations of nursing students perceive nursing as an occupation and profession with caring as a fundamental dimension. Such attitude does not exclude the development of professionalism in nursing care. It shows that one of the core values of professional identity of nurses pertains to care as a distinctive element that differentiates nursing in relation to other medical professions. The second two factors that influenced students' decision for nursing profession pertain to economic category (job opportunities available on the labour market), and the third to the overall care for the community. Especially the last factor is interesting in regard to the developing community orientation of nursing profession. In this study, we found out that the factors of career decision-making among students in the first and third year do not vary. The difference between the answers of the participants from the first and the third year of the study programme were mostly related to the structure of the answers. The variety of selected factors diminishes in the third year of study, and only four factors: »the opportunity to care for others«, »the possibility to work with people«, »employment opportunities« and ”contributing to the welfare of the community« remain important for the participants. The narrowing of the perceived factors that influenced participants' career decision can be connected to various processes related to socialisation in the profession: (i) the process of self-selection – during the study students evaluate their decision whether the study fits their capabilities, values, aspirations, goals, and personal characteristics; (ii) the process of professional identity creation – during the study students develop their professional value system that also incorporates the ideal representative of the profession (the prototype) with the criteria of the ”proper” reasons why to choose a certain profession. The survey suggests that the decision for the nursing profession in the modern generation of students is based on the caring aspect of the work and the profession of nursing. Students' career satisfaction confirms that the majority of students are confident in their decision to choose nursing as career. Although the majority of participants had prior schooling in the field of nursing care, their decision for nursing career has been taken at the end of the secondary school. A small proportion of students retained their professional decision from childhood. The development of the nursing expertise in the future must be based on strengthening the caring perspective, while raising the level of autonomy and responsibility of health care in ensuring health of the population. Since the study was conducted on a generation of students at one of the higher education institution in Slovenia, we cannot generalize the results of the study to the entire population of nursing students in Slovenia. Nevertheless, the results are similar to previous studies

that suggest a strong nursing care identity and a strong dimension of care in the nursing profession.

LITERATURA

1. ASU College of Nursing and Health Innovation. (2012). Why choose nursing as your career. Pridobljeno dne 20. 8. 2015 s svetovnega spleta: <https://nursingandhealth.asu.edu/prospective-students/why-choose-nursing-your-career>.
2. Babnik, K., Bizjak, M., Ličen, S., Poklar Vatovec, T., Pucer, P., Štemberger Kolnik, T. and Žvanut, B. (2015). Dejavniki poklicnega odločanja v zdravstveni negi in v prehranskem svetovanju – dietetiki. V: Hozjan, D. (ur). Razvijanje kakovosti na Univerzi na Primorskem. Koper: Univerza na Primorskem, str. 121–134.
3. Chreim, S., Williams, B. E. and Hinings, C. R. (2007). Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity. *Acad Manag J*, 50, št. 6, str. 1515–1539.
4. Cohen-Scali, V. (2003). The influence of family, social, and work socialization on the construction of the professional identity of young adults. *J Career Dev*, 29, št. 4, str. 237–249.
5. Čerče, M. and Pečjak, S. (2007). Vloga osebnostnih in motivacijskih dejavnikov pri poklicnem odločanju. *Psihološka obzorja*, 16, št. 4, str. 27–42.
6. Eley, R., Eley, D. and Rogers-Clark, C. (2010). Reasons for entering and leaving nursing: an Australian regional study. *Aust J Adv Nurs*, 28, št. 1, str. 6–13. Pridobljeno dne 10. 8. 2015 s svetovnega spleta: http://www.ajan.com.au/Vol28/28-1_Eley.pdf.
7. Goodrick, E. and Reay, T. (2010). Florence Nightingale endures: legitimizing a new professional role identity. *J Manag Stud*, 47, št. 1, str. 55–84.
8. Holland, J. L. (1997). Making vocational choices: a theory of vocational personalities and work environments. (3rd ed.) Odessa, FL, US: Psychological Assessment Resources.
9. Hozjan, D. (2010). Klasifikacija in splošen pregled teorij poklicne orientacije. V: Hozjan, D., and Trnavčević, A. (ur.). Sistemske možnosti za razvoj poklicne orientacije v gimnazijah. Koper: Univerza na Primorskem. Fakulteta za management Koper, str. 11–28
10. Jereb, J. (1998). Teoretične osnove izobraževanja. Kranj: Moderna organizacija.
11. Jirwe, M. and Rudman, A. N. N. (2012). Why choose a career in nursing? *J Adv Nurs*, 68, št. 7, str. 1615–1623.
12. Kalisch, P. A. and Kalisch, B. J. (2004). American nursing: a history (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
13. Kersten, J., Bakewell, K. and Meyer, D. (1991). Motivating factors in a student's choice of nursing as a career. *J Nurs Educ*, 30, št. 1, str. 30–33.
14. Klančnik, G. M. (2003). Sociološki vidiki položaja in vloge medicinskih sester v Sloveniji: študija primera. *Socialno delo*, 42, št. 1, str. 1–17.
15. Marjetič, E. and Lesjak, D. (2013). Trg dela in visokošolski razpis za vpis. Analiza trga dela v povezavi z visokoškolskimi vpisnimi mesti ter številom študentov in diplomantov. Republika Slovenija, Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport. Pridobljeno dne 1. 4. 2016 s svetovnega spleta: http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/Visoko_solstvo/Statistika_in_analize/Analiza_trga_dela_jan2013.pdf.
16. Mei-Hsien, C. and Li-Chou, L. (2006). Initial formation of nursing philosophies following fundamental clinical practice: the experience of male nursing students. *J Nurs Res*, 15, št. 2, str. 127–136.
17. Newton, M. J., Kelly, M. C., Kremser, K. A., Jolly, B., and Billet, S. (2009). The motivation to nurse: an exploration of factors amongst undergraduate students, registered nurses and nurse managers. *J Nurs Manag*, 17, št. 3, str. 392–400.
18. Price, S. L. (2008). Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *J Adv Nurs*, 65, št. 1, str. 11–19.

19. Rousseau, G. G. and Venter D. L. (2009). Investigation of the importance of factors related to career choice. *Manag Dynam*, 18, št. 3, str. 2–12.
20. Starc, J. (2013). Formal education for the personal and professional development of nurses. *Revija za zdravstvene vede*, 1, št. 1, str. 23–38.
21. Vogrinc, J. (2008). Pomen triangulacije za zagotavljanje kakovosti znanstvenih spoznanj kvalitativnega raziskovanja. *Sodobna pedagogika*, 5, str. 108–122.
22. Zamanzadeh, V., Azadima, A., Valizadeha, Brian Keogh, B., Monadic, M. and Negarandehd, R. (2013). Choosing and remaining in nursing: Iranian male nurses' perspectives. *Contemp Nurse*, 45, št. 2, str. 220–227.

Nera Muslimović, diplomirana medicinska sestra v Splošni bolnišnici Izola.

E-naslov: nera_87@hotmail.com

Mag. Tamara Štemberger Kolnik, višja predavateljica na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem.

E-naslov: tamara.kolnik@fvz.upr.si

Dr. Katarina Babnik, docentka na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem.

E-naslov: katarina.babnik@fvz.upr.si

Vpliv spola in starosti na samopodobo in samospoštovanje starejših

Znanstveni članek

UDK 159.923.2-053.9

KLJUČNE BESEDE: samopodoba, samospoštovanje, starejši, spol, starost

POVZETEK - Danes živimo dlje kot kdaj koli prej, zato v ospredje prihaja pomen kakovostnega življenja starejših. Kakovost življenja je subjektivni, večaspektni konstrukt, ki se nanaša na vrednote, pomen in smisel življenja, življenjske cilje, pričakovanja, interese, zadovoljstvo, samospoštovanje in samopodobo posameznika. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako spol in starost vplivata na samopodobo in samospoštovanje pri populaciji, starejši od 65 let. Zbiranje podatkov je temeljilo na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabili smo deskriptivno kavzalno neeksperimentalno metodo in tehniko anketiranja. Za ocenjevanje samospoštovanja smo uporabili Rosenbergov vprašalnik, za ocenjevanje samopodobe prilagojen vprašalnik Multidimensional self – concept scale. V raziskavo je bilo vključenih 51 starejših (65+), 25,5 % moških in 74,5 % žensk. Povprečna starost anketiranih je bila 77,0 let. Izvedli smo univariatno in bivariatno analizo podatkov ter ugotovili, da se nobena od povprečnih vrednosti posameznega elementa samopodobe bistveno ne razlikuje med spoloma in da se stopnja samospoštovanja s starostjo zmanjšuje.

Scientific article

UDC 159.923.2-053.9

KEY WORDS: self-image, self-esteem, elderly, gender, age

ABSTRACT - Today, we live longer than we ever have, therefore the importance of older people's quality of life is becoming more and more relevant. The quality of life is a subjective, multi-aspect construct which refers to the values and meaning of life, life goals, expectations, interests, satisfaction, self-esteem and self-image of an individual. With the research we wanted to determine the influence of gender and age to self-image and self-esteem of the population, older than 65 years. Data collection was based on the quantitative research approach. We used the descriptive causal non-experimental method and questionnaires. We used the Rosenberg questionnaire for evaluating self-esteem, and the Multidimensional self-concept scale questionnaire for evaluating self-image. The sample consisted of 51 older people (65+), 25.5% were men and 74.5% women. The average age of the respondents was 77.0. Univariate and bivariate analysis were applied. The results have shown that none of the average values of each element of self-image is not significantly different according to gender, and that the level of self-esteem decreases with age.

1 Uvod

Staranje prebivalstva pomeni povečanje deleža starejših od 65 let, ob hkratnem zmanjšanju števila mlajših od 15 let in ob podaljšanju življenjske dobe prebivalcev (Statistični urad RS, 2008). Po projekcijah Europop 2010, 2010-2060 (2011) naj bi se delež starejših v Sloveniji leta 2060 povzpela na skoraj 44,3 % celotne populacije. Tako spremenjena demografska struktura zahteva prilagoditev splošni politični orientaciji v državi (Pahor in Domanjko, 2006) in vključitev vseh, ki so odgovorni za prihodnji razvoj, saj se mnoge države s staranjem populacije srečujejo prvič v zgodovini. Ker je obdobje staranja posameznih ljudi relativno dolgo, je staranje prebivalstva tako individualni kot tudi družbeni pojav (NET-Age, 2015).

Definicija starosti se spreminja v teorijah družboslovcev, pa tudi v besednjaku politikov in različnih organizacij (Vertot, 2010). Halit (2014) navaja, da je staranje subjektivna zadeva in da nekateri starejše povezujejo z njihovo funkcionalno sposobnostjo, drugi pa s telesnimi spremembami. Navaja tudi, da je najpreprostejši način definiranja starejšega glede na kronološko starost. Staranje je proces in doleti vsa živa bitja. Pri človeku so to biološke, psihološke in socialne spremembe, ko ta doseže določeno starost. Zainab et al. (2007) predlagajo štiri kriterije, na osnovi katerih lahko definiramo starejše. Ti so: starost (65+), fizične spremembe (barva las, sluh, vid), družbene vloge (upokojenost, staro starševstvo) in samopercepcija starosti.

Biološko staranje se prične z rojstvom in nadaljuje vse do smrti. Najbolj opazne spremembe, ki se dogajajo v procesu staranja, so izguba telesnih in fizičnih sposobnosti, poslabšanje zdravja, izguba samostojnosti in neodvisnosti. Vse to lahko stresno vpliva na samopodobo starejše osebe (Jurdana, 2011).

Zaradi dolgoživosti postaja osrednja družbena vrednota kakovost življenja. Gre za zelo obsežno in kompleksno področje, pri čemer so si strokovnjaki enotni le, da ne obstaja univerzalna definicija (Lah, Pahor in Hlebec, 2008). Svetovna zdravstvena organizacija (1998) definira kakovost življenja kot posameznikovo dožemanje življenja v kontekstu njegovih vrednot ter v povezavi z njegovimi cilji, standardi, pričakovanji in interesi. Kakovost življenja se nanaša na vrednote, pomen in smisel življenja (Serber in Rochelle, 2010). Tudi Fernandez-Ballesteros (2011) navaja, da je kakovost življenja multidimenzionalna, saj vključuje več domen (npr. zdravstveno, psihološko, socialno in okoljsko), ki so subjektivne in objektivne.

Martinis (2005) meni, da je kakovost življenja blagostanje, na katerega vplivajo objektivni pokazatelji, velik del pa prispevajo subjektivna percepcija in vrednotenje telesnega, materialnega, socialnega in čustvenega blagostanja, osebni razvoj in aktivnost. Abbasimoghadam, Dabiran, Safdari in Djafarian (2009) so na vzorcu 5600 ljudi, starih 60 let in več, v 11 okrožjih Teherana ugotovili, da na kakovost življenja pozitivno vplivajo stopnja izobrazbe, delovno mesto in zaposlitev, negativno pa kajenje in bolezni.

Kakovost življenja je odvisna tudi od ocene lastne samopodobe in samospoštovanja. Pečjak in Pečjak (2007) navajata, da je za starejše ljudi značilno znižanje njihove fizične in socialne samopodobe, na starostno samopodobo pa zelo vpliva zdravstveno stanje, saj jo bolezni znižujejo, zdravje in dobro počutje pa zvišujeta.

1.1 Samopodoba

Kompare (2006) navaja, da je samopodoba skupek predstav, ki jih imamo o sebi, gre za posameznikovo doživljanje samega sebe. Arip, Saad, Rahman, Salim in Bistaman (2013) navajajo mnenje avtorjev Kuper in Kuper (1976), ki pravita, da je samopodoba to, kako se vidimo sami iz druge perspektive. Velik vpliv na razvoj samopodobe imajo naše izkušnje iz otroštva, uspehi, padci, odnos, ki ga ima okolica do nas. Kdor ima slabo samopodobo, je do sebe kritičen, negotov in ne zaupa v svoje sposobnosti. Babšek (2009) meni, da je samopodoba del naše osebnosti, ki jo sestavlja vse, kar si mislimo o sebi in občutki, ki jih imamo v zvezi s seboj. Vsaka oseba ima lahko

več samopodob in, kot navaja omenjena avtorica, se samopodoba oblikuje na različnih področjih: socialna samopodoba, akademska samopodoba, telesna samopodoba in čustvena samopodoba. Henceforth in Bracken (v Arip, Saad, Rahman, Salim in Bistaman, 2013) pa sta klasificirala šest vrst samopodobe, ki temeljijo na specifičnosti okolja: socialna, čustvena, akademska, družinska, telesna samopodoba in sposobnosti. Pomembno je vedeti, da se te vrste med seboj prepletajo in vplivajo druga na drugo.

Samopodoba ni samostojna, statična entiteta, temveč dinamična struktura, ki je sestavljena iz več dimenzij, ki se lahko spreminjajo (Arip, Saad, Rahman, Salim in Bistman, 2013). Samopodoba pomembno vpliva na človekovo samospoštovanje in samozavest (Price, 2010). Omenjeni vir tudi navaja, da povezanost med starostjo in samopodobo postaja pomembna tema v psihologiji.

Sočasno s posameznikovim zorenjem in staranjem se spreminja njegovo razumevanje sebe, bližnjih, ožjega in širšega okolja ter dogajanja v njem. Proces staranja je pogosto povezan z občutki ranljivosti, izgubo identitete in spremenjenim vedenjem (Zaletel, 2011). Bistveno za samopodobo namreč je, da lahko človek sam poskrbi za svoje osnovne potrebe, ohranja svojo neodvisnost, intimnost in samospoštovanje (Bilban, 2008).

Musek in Pečjak (1997) menita, da je samopodoba sklop predstav, razumevanja, vrednotenja in prepričanja, ki jih nekdo ustvari o samem sebi. Z njimi posameznik identificira samega sebe, identificira svoj lastni »jaz«.

Baker in Gringart (2009) ugotavljata, da je v literaturi največkrat raziskovana samopodoba mladih žensk, starih med 18 in 25 let, in da se zelo malo ve o samopodobi moških, še manj pa o samopodobi starejših.

1.2 Samospoštovanje

Samospoštovanje je sestavni del samopodobe, ki odseva kritično sodbo o vrednosti samega sebe. Je kombinacija tega, kako nas drugi zaznavajo, in tega, kako mi dojemamo njihove sodbe. Igra pomembno vlogo pri psihološki blaginji posameznika (Payne in Walker, 2002) in je pomemben faktor v razvoju in ohranjanju dobrega psihičnega zdravja (Macinnes, 2006). Samospoštovanje obsega pozitivna ali negativna čustva, ki jih ima posameznik o sebi (Swann in Bosson, 2010). Visoka stopnja samospoštovanja je povezana z zadovoljstvom glede psihičnih potreb in splošnega psihičnega dobrega počutja (Lakey, Hirsch, Nelson in Nsamenang, 2014) in je odvisna od skladnosti med aktualnim in idealnim jazom (Escolar Chua in de Guzman, 2014). Avtorja tudi navajata, da je samospoštovanje odvisno od tega, ali je posameznik sposoben doseči svoje pomembne cilje. Zmanjšanje samospoštovanja lahko povzroči številne probleme, kot so depresija, anksioznost, brezbriznost in občutki osamljenosti.

Brown (2013) navaja, da se izraz samospoštovanje uporablja na tri načine, za sklicevanje na: a) splošne občutke naklonjenosti, ki jih nekdo goji do samega sebe (globalno samospoštovanje); b) način samoocenjevanja ljudi glede posameznih domen (domensko specifično samospoštovanje); c) trenutne občutke lastne vrednosti (samospoštovanje stanja).

Samospoštovanje nam pove, koliko smo zadovoljni s seboj, ali se ocenjujemo pozitivno ali negativno, koliko se sprejemamo takšni, kot smo. Pomeni prepoznati in spoštovati lastno vrednost, kar je nujen pogoj za polno, zadovoljno in kakovostno življenje. Posamezniki z visoko stopnjo samospoštovanja se prepoznajo kot pomembni posamezniki, za razliko od tistih z nizko stopnjo samospoštovanja, ki se počutijo nepotrebni in nekoristni (Halit, 2014). De Guzman et al. (2009) navajajo, da se starejši zavedajo vseh svojih omejitev, ki posledično vplivajo na samospoštovanje. Nanj in na samopodobo lahko vpliva tudi bolečina, ki pri posamezniku povzroči omejitve gibanja in utrujenost (Palmer in Miedany, 2011).

Aggar, Ronaldson in Cameron (2011) pa menijo, da samospoštovanje ni jasno definirano in da gre enostavno za sposobnost soočiti se z življenjskimi izzivi.

Z našo raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je samopodoba in samospoštovanje starejših (65+). Zastavili smo si naslednje raziskovalno vprašanje:

Kako vplivata spol in starost na samopodobo in samospoštovanje?

2 Metode dela

Zbiranje podatkov je temeljilo na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabili smo deskriptivno kavzalno neeksperimentalno metodo in tehniko anketiranja.

2.1 Opis instrumenta

Vprašalnik je sestavljen iz treh delov. Prvi sklop je zajemal trditve iz predelane različice vprašalnika za merjenje samopodobe »Multidimensional Self Concept Scale« (Bracken, 1992). V prvi fazi sta avtorja vprašalnik samostojno prevedla, primerjala prevode in uskladila končno različico. Predelana različica obsega 115 trditev. Drugi sklop vprašalnika zajema 10 trditev za merjenje samospoštovanja »Self-esteem scale« avtorja Rosenberga (1965), kjer je bila uporabljena 5-stopenjska in ne 4-stopenjska lestvica. Rosenbergov vprašalnik sta avtorja prav tako samostojno prevedla. Ocenjevanje stopnje strinjanja s trditvami v obeh vprašalnikih je potekalo po petstopenjski Likertovi lestvici (1 - se sploh ne strinjam, 2 - se delno ne strinjam, 3 - niti se ne strinjam niti strinjam, 4 - se delno strinjam in 5 - se popolnoma strinjam). Sledil je tretji sklop vprašanj, ki so se nanašala na demografske podatke anketirancev, in sicer na spol, starost, stopnjo izobrazbe in zakonski stan.

2.2 Vzorec

Začetni vzorec je zajemal 159 anketirancev. Iz vzorca smo izločili 22 vprašalnikov, kjer niso bili izpolnjeni vsi odgovori na prvi in drugi sklop vprašalnika, in izbrali samo anketirance, stare 65 let in več. Končni vzorec je tako zajemal 51 anketirancev, od tega 25,5 % moških in 74,5 % žensk. Povprečna starost je bila 77,0 let, standardni odklon 6,2 leti. Največ anketirancev, in sicer 37,3 % jih ima osnovnošolsko izobrazbo, 25,5 % srednješolsko, višješolsko 7,8 %, 13,7 % visokošolsko in več, 13,7 % jih nima zaključene osnovne šole, en anketiravec na omenjeno vprašanje ni odgovoril. Skoraj

polovica, tj. 48,9 % anketirancev je poročenih, 5,9 % je samskih, 4,3 % je ločenih in 38,3 % je ovdovelih. 4 anketiranci na omenjeno vprašanje niso želeli odgovoriti. Nekaj več kot četrtina anketirancev, tj. 29,5 % jih živi samih, 43,2 % jih živi s partnerjem in 27,3 % jih živi z družino. 7 anketirancev na omenjeno vprašanje ni odgovorilo. V praksi veliko starejših ne želi odgovoriti na vprašanja, ki se nanašajo na izobrazbo in vprašanja povezana s partnerstvom, anketarji so imeli navodilo, da naj ne silijo anketirance odgovarjati, temveč jih poskusijo pridobiti na nevseljiv način.

2.3 Opis zbiranja in analize podatkov

Anketiranje je potekalo od 1. 9. do 31. 10. 2015 s pomočjo štirih patronažnih medicinskih sester, ki izvajajo storitve na območju SV Slovenije, pet starejših smo za sodelovanje prosili sami. V raziskavo so bili vključeni le tisti anketiranci, ki so dali ustno soglasje za sodelovanje. Vsi so vprašalnik izpolnili sami.

Najprej smo analizirali vsako posamezno trditev za merjenje samopodobe, nato pa smo trditve po vzoru avtorja Baticana (2011) združili v 12 skupin: fizično, intelektualno, kondicijsko, umetniško, avtonomno, celovito, družinsko, moralno in socialno samopodobo, cilje, tesne zveze in vključenost. Skupine smo v nadaljevanju poimenovali elementi samopodobe in jih analizirali.

Podatke smo analizirali s pomočjo programov Microsoft Excel 2010 in IBM SPSS 20.0. Izvedena je bila univariatna analiza podatkov (izračun frekvenc, relativnih frekvenc, povprečne vrednosti in standardni odklon), bivariatna analiza podatkov (Mann – Whitney test, Spearmanov korelacijski koeficient) in multivariatna analiza podatkov (analiza notranje skladnosti).

3 Rezultati

Tabela 1: Ocena notranje skladnosti elementov samopodobe

Elementi samopodobe	Število trditev	Cronbach alfa
Fizična	5	0,805
Intelektualna	3	0,640
Kondicijska	6	0,872
Umetniška	4	0,752
Avtonomna	12	0,881
Celovita	7	0,872
Cilji	0	0,933
Družinska	18	0,954
Moralna drža	8	0,927
Socialna	13	0,922
Tesne zveze	23	0,959
Vključenosti	7	0,955

V tabeli 1 je prikazana analiza notranje skladnosti posameznih elementov samopodobe. Vrednosti koeficienta Cronbach alfa kažejo, da vse trditve posameznega ele-

menta samopodobe merijo isto stvar, saj je vrednost omenjenega koeficienta večja kot 0,7. Izjema je le element »intelektualna samopodoba«, kjer je vrednost nekoliko nižja, predvsem zaradi majhnega števila trditev omenjenega elementa in razmeroma majhnega vzorca.

Tabela 2: Ocena elementov samopodobe z ozirom na spol

Elementi samopodobe	\bar{x} (σ) glede na spol			Mann-Whitney-ev test	
	\bar{x} (σ)	Moški	ženske	U	p
Fizična samopodoba	2,9 (1,0)	2,8 (1,2)	2,9 (0,9)	234,5	0,786
Intelektualna samopod.	3,4 (1,1)	2,9 (1,2)	3,6 (1,0)	166,0	0,078
Kondicijska samopod.	3,0 (1,0)	2,8 (1,3)	3,0 (0,9)	211,0	0,435
Umetniška samopod.	2,1 (0,8)	1,9 (0,8)	2,1 (0,9)	224,0	0,616
Avtonomna samopod.	3,2 (0,9)	2,9 (0,9)	3,3 (0,9)	187,0	0,194
Celovita samopod.	3,6 (0,9)	3,5 (1,1)	3,7 (0,8)	236,0	0,812
Cilji	3,3 (1,0)	3,0 (1,3)	3,5 (0,9)	190,0	0,217
Družinska samopod.	4,1 (0,9)	3,8 (1,2)	4,2 (0,8)	201,5	0,325
Moralna drža	3,5 (1,1)	3,3 (1,2)	3,6 (1,1)	210,5	0,429
Socialna samopodoba	4,1 (0,7)	3,8 (0,8)	4,2 (0,6)	183,5	0,169
Tesne zveze	3,7 (1,0)	3,3 (1,3)	3,8 (0,8)	204,5	0,358
Vključenost	3,4 (1,4)	3,0 (1,6)	3,5 (1,2)	201,0	0,318

Legenda: \bar{x} (σ) – povprečna vrednost (standardni odklon)

Tabela 2 prikazuje povprečne vrednosti posameznih elementov samopodobe in razlike glede na spol. Najnižje sta ocenjena naslednja elementa samopodobe in sicer »umetniška samopodoba« ($\bar{x} = 2,1$) in »fizična samopodoba« ($\bar{x} = 2,9$) ter najvišje »socialna« in »družinska samopodoba« ($\bar{x} = 4,1$). Rezultati kažejo, da se nobena od povprečnih vrednosti posameznega elementa samopodobe bistveno ne razlikuje med spoloma. Predvidevamo, da bi se ob povečanju vzorca lahko pojavila statistično pomembna razlika pri elementu »intelektualna samopodoba«.

V tabeli 3 je prikazana ocena posameznih trditev samospoštovanja, njihova korelacija s starostjo (Spearmanov korelacijski koeficient) in razlike v oceni posamezne trditve glede na spol.

Pri ocenjevanju samospoštovanja smo ugotovili, da so anketiranci najvišje ocenili trditve »vreden sem toliko kot ostali ljudje« ($\bar{x} = 4,1$) in najnižje trditve »čutim, da ni veliko tega, na kar bi lahko bil ponosen« ($\bar{x} = 2,6$). Identificirana je bila statistično značilna ($p = 0,040$) šibka korelacija ($r = 0,294$) med starostjo in trditvijo »želim, da bi se bolj spoštoval«. Želja po spoštovanju se torej s starostjo veča, kar je povezano z nižanjem samopodobe z leti.

Tako ženske ($\bar{x} = 4,2$) kot moški ($\bar{x} = 3,5$) so najvišje ocenili trditvi »vreden sem toliko kot ostali ljudje« in »čutim, da imam veliko dobrih lastnosti«, vendar rezultati

Mann-Whitney U testa kažejo, da ni statistično pomembne razlike v porazdelitvi odgovorov med spoloma. Najnižje so ženske ocenile trditev »čutim, da ni veliko tega, na kar bi lahko bila ponosna« ($\bar{x} = 2,4$) in moški trditev »v celoti sem zadovoljen s seboj« ($\bar{x} = 2,8$). Rezultati Mann-Whitney U testa kažejo na statistično pomembno razliko v oceni omenjene trditve med spoloma ($p = 0,020$), razlika v povprečnih vrednostih odgovorov kaže, da so moški manj zadovoljni s seboj kot ženske. Podobno smo tudi statistično pomembno razliko ($p = 0,018$) v odgovorih med spoloma identificirali pri trditvi »sposoben sem narediti stvari enako dobro kot večina drugih ljudi«, kjer je povprečna vrednost pri ženskah ($\bar{x} = 3,9$) bistveno višja kot pri moških ($\bar{x} = 2,9$).

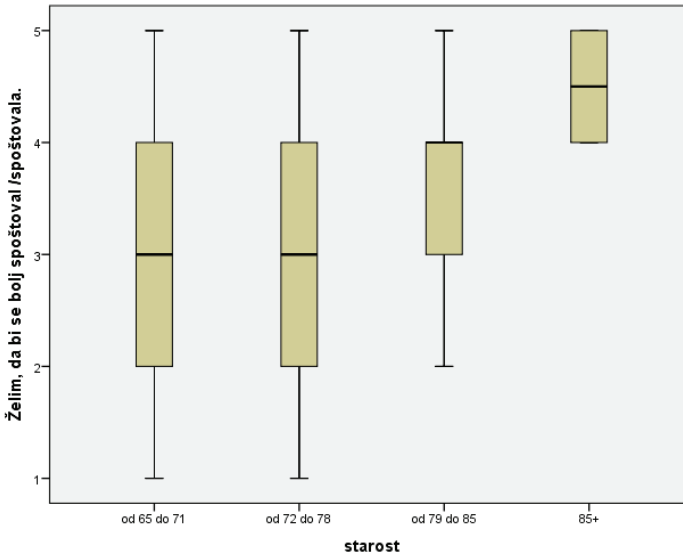
Tabela 3: Ocena samospoštovanja

Trditev	$\bar{x} (\sigma)$	Korelacija s starostjo		$\bar{x} (\sigma)$ glede na spol		Mann-Whitney-ev test	
		<i>r</i>	<i>p</i>	moški	ženske	<i>U</i>	<i>p</i>
Vreden sem toliko kot ostali ljudje.	4,1 (1,1)	-0,233	0,107	3,5 (1,6)	4,2 (0,9)	165,0	0,257
Čutim, da imam veliko dobrih lastnosti.	4,0 (1,0)	-0,210	0,151	3,5 (1,5)	4,2 (0,8)	149,5	0,273
Od časa do časa se počutim kot čista zguba.	2,9 (1,5)	-0,011	0,942	3,3 (1,6)	2,8 (1,4)	157,5	0,298
Sposoben sem narediti stvari enako dobro kot večina drugih ljudi.	3,7 (1,2)	-0,023	0,877	2,9 (1,2)	3,9 (1,1)	113,5	0,018
Čutim, da ni veliko tega, na kar bi lahko bil ponosen.	2,6 (1,3)	0,075	0,606	3,2 (1,4)	2,4 (1,2)	142,0	0,099
O sebi imam dobro mnenje.	3,8 (1,1)	-0,181	0,212	3,2 (1,4)	4,0 (0,9)	134,0	0,060
V celoti sem zadovoljen / zadovoljna s seboj.	3,7 (1,2)	-0,170	0,248	2,8 (1,4)	3,9 (1,0)	101,5	0,020
Želim, da bi se bolj spoštoval.	3,3 (1,1)	0,294*	0,040	3,0 (1,2)	3,3 (1,1)	172,0	0,355
Včasih se počutim, da sem popolnoma nekoristen.	2,8 (1,5)	0,157	0,280	3,0 (1,7)	2,8 (1,5)	189,5	0,631
Včasih mislim, da sploh nisem kaj prida.	2,7 (1,5)	0,069	0,637	2,9 (1,6)	2,6 (1,5)	182,5	0,512

Legenda: $\bar{x} (\sigma)$ – povprečna vrednost (standardni odklon)

Z nadaljnjo analizo ugotavljamo, da se stopnja samospoštovanja s starostjo zmanjšuje, kar je razvidno iz diagrama 1. Najnižja je stopnja samospoštovanja v starostni skupini 85+ (2 anketiranca) in najvišja v starostnih skupinah 65-71 (9 anketirancev) in 72-78 let (19 anketirancev). V skupini od 79 do 85 let je bilo 21 anketirancev.

Diagram 1: Vpliv starosti na samospoštovanje



4 Razprava

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali starost in spol vplivata na samopodobo in samospoštovanje starejših.

Rezultati naše raziskave kažejo, da spol ne vpliva na oceno samopodobe, kar pa je v nasprotju z ugotovitvami drugih avtorjev. Price (2010) na primer navaja, da so ženske socializirane, da ocenjujejo svoje telo glede na lepoto in ne glede na funkcijo in da imajo velik vpliv na predstavo o samopodobi tudi mediji. Musaiger in D'Souza (2009) sta v svoji raziskavi preučevala moške in ženske glede njihove percepcije starosti. Ugotovila sta, da 74 % moških in žensk meni, da gre pri staranju žensk za postopno izgubo lepote, medtem ko 62 % žensk verjame, da pri moških staranje ni povezano z izgubo lepote. Baker in Gringart (2009) sta pri starejših osebah ugotovila povezavo med samopodobo in samospoštovanjem, kar pa je odvisno od starosti in spola. Ugotovila sta še, da se s starostjo povezuje med samopodobo in samospoštovanjem zmanjšuje, še zlasti v povezavi z videzom in telesno težo. V raziskavo je bilo zajetih 148 moških in žensk v starosti od 65 do 85 let, ki so živeli samostojno.

Janelli (1993) je preučeval vpliv spola na samopodobo med 89 starejšimi, starimi med 60 in 98 let, in ugotovil, da so starejše ženske zelo nezadovoljne, ne le s svojo težo, temveč tudi s svojimi očmi, rokami, prsti in nogami, medtem ko so moški navedli svoje nezadovoljstvo z očmi, zobmi in zdravjem. Vsi navedeni deli telesa so v tesni povezavi s funkcijo telesa, obstaja pa jasna razlika, kot navajajo Reboussin et al. (2000), med delovanjem telesa in videzom telesa. Podoben, nelagodni vpliv na samopodobo starejših žensk je ugotovil tudi Price (2010). Omenjeni avtor navaja, da se nekatere starejše ženske počutijo zelo nelagodno, če njihovo telo ne ustreza družbe-

nim pričakovanjem. Po drugi strani pa Baker in Gringart (2009) navajata ugotovitve Casha in Greena (1986), da moški ne podlegajo toliko pritiskom glede idealne telesne podobe. V nekaterih kulturah so ženske manj izpostavljene omenjenim pritiskom, npr. afriško-karibska družba je bolj tolerantna do obilnejše ženske postave v starosti (Price, 2010). To dokazuje, da ima kultura lahko velik vpliv na odnos do telesnega videza.

Z našo raziskavo smo ugotovili, da se stopnja samospoštovanja s starostjo zmanjšuje, da je najvišja v starosti med 65 in 78 let in najnižja v starostni skupini 85 let in več. Podobno tudi Robinson et al. (2002) ugotavljajo, da samospoštovanje strmo pada po 70 letu. Do takrat je stopnja samospoštovanja višja pri moških, po 70. letu pa malo višja pri ženskah. Baker in Gringart (2009) ugotavljata razloge za nihanje stopnje samospoštovanja z ozirom na starost in spol ter navajata kot vzrok predvsem slabše finančno stanje. Davidson in McCabe (2005) ugotavljata, da določeni elementi samopodobe (npr. fizična atraktivnost) pozitivno vplivajo na samospoštovanje, pozitivna samopodoba in visoka stopnja samospoštovanja pa vplivata na splošno dobro počutje (Cash in Fleming, 2002).

Suriyani et al. (2009) so dokazali, da imajo moški in ženske različen pogled na samospoštovanje. Pri moških je večje, ko ti dosežejo zeleno stopnjo fizičnega izgleda, medtem ko pri ženskah vpliva na višjo stopnjo samospoštovanja njihovo družabno življenje. Halit (2014) je v raziskavi preučeval 50 stanovalcev v domu za starejše, in sicer 23 moških in 27 žensk, starejših od 60 let. Ugotovil je, da ni pomembne razlike med samospoštovanjem in spolom, kar pomeni, da stopnja samospoštovanja pri starejših ni odvisna od spola. Baker in Gringart (2009) navajata ugotovitev Tiggemanna (2004), da samopodoba in samospoštovanje z leti slabi. Omejitve naše raziskave so majhno število vključenih in geografska omejitev, zato je potrebna dodatna previdnost pri posploševanju rezultatov na širšo populacijo starejših. Prav tako moramo poudariti, da so v omenjeni skupini anketirancev starostniki, ki so samostojno izpolnili vprašalnik. To pomeni, da so bile iz študije izključene tiste skupine starostnikov (npr. hudo bolni oz. opravično nesposobni starostniki), ki imajo lahko dodatne težave s samopodobo.

5 Zaključek

Kakovost življenja starejših je večinoma odvisna tudi od njihove lastne ocene samopodobe in samospoštovanja. Oboje sta pomembni področji raziskovanja, saj staranje prebivalstva, in s tem zagotavljanje kakovosti njihovega življenja, postaja ena izmed najpomembnejših nalog tistih, ki so odgovorni za prihodnji razvoj družbe.

Pri raziskovanju stopnje samopodobe in samospoštovanja pri starejših od 65 let in več smo prišli do zanimivih rezultatov, ki so pri proučevani populaciji nekoliko drugačni od rezultatov drugih raziskav. Naši rezultati namreč dokazujejo, da spol ne vpliva na samopodobo in da se stopnja samospoštovanja s starostjo zmanjšuje. Rezultati pričujoče raziskave, kljub navedenim omejitvam, predstavljajo izhodišča za nadaljnje raziskave. Predvsem bi bilo smiselno raziskavo razširiti in preučevati še vpliv drugih faktorjev na samopodobo in samospoštovanje, npr. bolezni, stopnje izobrazbe itd., saj kakovost življenja starejših postaja vse bolj pomembna vrednota sodobne družbe.

Bojana Filej, PhD, Boštjan Žvanut, PhD

The influence of gender and age on self-image and self-esteem of older people

Aging of the population is not only a Slovene phenomenon, but it is happening on the global level; many countries are facing the phenomenon of aging for the first time in history. The share of the elderly in Slovenia will reach 44.3% of the total population by 2060 (Europop 2010, 2011).

There are different definitions of aging; they also vary regarding different policies. Aging is a subjective concept that depends on the functional ability of the individual, his/her age (65+) and changes that can be seen on his/her body (hair colour, hearing, sight), social roles of the individual (retirement, being a grandparent) and self-image. Aging is a process that happens to all living creatures and lasts from birth until death. In the old age, one is usually faced with a worsening health condition that can also lead to a loss of bodily and physical functions, and consequently to the loss of autonomy and independence which can degrade the quality of life of the individual.

In 1998, the World Health Organisation already defined the quality of life as the individuals' perception of life in the context of their values and in relation to their objectives, standards, expectations and interests. Most experts agree that there is no universal definition of the quality of life, because this is a very broad and complex field. Some look at the quality of life as well-being: physical, material, social and emotional. The quality of life is a multi-dimensional concept; it refers to the quality, values, and the meaning of life and is furthermore dependent on two phenomena; the assessment of self-image and self-esteem.

Self-image is a perception of oneself or how we see ourselves. Self-image is the part of our personality; each person can have more self-images: social, academic, physical and emotional. Our childhood experiences, our successes, downfalls and relations with the environment have a great impact on the development of our self-image.

Being critical towards oneself, uncertainty and the lack of confidence in one's abilities lead to a weak self-image. Self-image changes in the process of aging, because one also changes the perception about oneself, the relationships with the family and wider surroundings and the events in it. Self-image is not a static identity; it is a dynamic structure that can significantly affect the person's self-esteem.

Self-esteem reflects a critical judgement on the value of oneself and plays an important role in the psychological well-being of an individual, and in developing and maintaining good health. Self-esteem comprises positive and negative emotions; it depends on the consistency between the current and ideal self, and the individual's ability to achieve important goals, set for oneself. If we are able to recognize and respect the inherent value, then we can talk about a satisfying and high-quality life. Reduced self-esteem can also cause different problems, such as depression, anxiety, apathy and the feeling of loneliness. Older people are usually unaware of all their

limitations, which affect the level of self-esteem, even though little is written in literature about this.

With this survey we wanted to find out what is the self-image and self-esteem of the older people (65+) like. The following research questions were asked: What is the level of self-image and self-esteem in case of the elderly? How does gender affect their self-image and self-esteem? Data collection was based on a quantitative research approach; we used the descriptive causal experimental method and interviewing technique.

The questionnaire consisted of three sections. The first section included 115 statements from the processed version of the questionnaire "Multidimensional Self-Concept Scale" (Bracken, 1992), the second section included 10 statements for assessing self-esteem - "Self-esteem scale" (Rosenberg, 1965), with a 5-level scale evaluation of agreement with the individual statement. The third section included demographic data of respondents (gender, age, education level, marital status).

The final sample consisted of 51 respondents (25.5 % men, 74.5 % women; average age 77.0 years). 37.3 % of them had primary education, 48.9 % were married, and 29.5 % were living alone. The survey was conducted with the help of four community nurses from regional areas of north east Slovenia. We additionally asked 5 people to participate by ourselves. All respondents gave a verbal consent to participate and completed the questionnaire by themselves.

First, we analysed each individual argument for assessing self-image; then we merged the arguments into 12 groups according to the sample of Batican (2011). These 12 groups explain the physical, intellectual, physical condition, artistic, autonomous, comprehensive, family-related, moral and social self-image, goals, close relations and involvement. Groups were further named as the elements of self-image and were analysed accordingly.

Data were analysed with the help of Microsoft Excel 2010 and IBM SPSS 20.0 programmes. A univariate and bivariate data analysis was performed. The Cronbach alfa coefficient examined the internal consistency of the individual elements of self-image, resulting in the coefficient higher than 0.7 which means that all arguments of the individual element of self-image assess the same thing, with the exception of the element "intellectual self-image", where the value is slightly lower due to a smaller number of arguments.

Results also showed that none of the mean values of the individual element of self-image shows considerable differences between the genders.

While assessing self-esteem, it was found out that the respondents gave the highest assessment to the argument "I am worth as much as other people" ($\bar{x} = 4.1$), and the lowest assessment to "I think there is not much I could be proud of" ($\bar{x} = 2.6$). Statistically typical correlation exists between the age and the argument "I wish I had more self-esteem" ($p = 0.352$). The wish for self-esteem increases with age, which corresponds to the decrease of self-image with age. Women ($\bar{x} = 4.2$) as well as men ($\bar{x} = 3.5$) gave the highest assessment to the argument "I am worth as much as other people", and "I feel that I have many good qualities". However, the results of Mann-

-Whitney U test show that there is no statistically important difference in distribution of answers according to gender. The lowest assessment, provided by women, was "I feel there is not much I could be proud of" ($\bar{x} = 2.4$); in case of men, it was "I am completely satisfied with myself" ($\bar{x} = 2.8$). Results of Mann-Whitney U test show statistically important difference according to gender in the assessment of the said argument ($U = 101.5$). The difference in mean values of answers shows that men are less satisfied with themselves than women. We also found a statistically significant difference according to gender in the argument "I am capable of doing things as well as most of other people", an argument where women showed a higher level of agreement with the said argument. Further analysis shows that the level of self-esteem decreases with age. The level of self-esteem is the lowest in the age group 85+ and the highest in the age groups 65-71 and 71-78.

Results of our survey show that gender has no influence on the assessment of self-image, which is exactly the opposite of findings of other authors. Price (2010), for example, notes that women assess their body on the basis of beauty and not function. When aging is concerned in case of women, the loss of beauty is gradual as opposed to men (Musaiger in D'Souza, 2009). In case of older people the correlation between self-image and self-esteem decreases with aging, especially in reference to the physical aspect and weight (Baker and Gringart, 2009). Older women are also very dissatisfied with their weight, eyes, hands, fingers and legs, while older men are only dissatisfied with their eyes, teeth and health (Janelli, 1993). Men are also not very preoccupied with the ideal physical appearance (Cash and Green, 1986 in Baker and Gringart, 2009).

Our survey furthermore established that the level of self-esteem decreases with age. It is the lowest in the age group 85+, which are also the findings of other authors (Robinson et al., 2002; Baker and Gringart, 2009). Men and women have a different view of self-esteem; in men, it is higher than in women. Most important for men, in order to achieve self-esteem, is their appearance, while in case of women, it is their social life (Suriyani et al., 2009).

Limitations of our survey are a low number of respondents and their geographic limitation, including only those who filled in the questionnaire by themselves. Generalization of results to a wider population of the elderly is therefore not possible. Despite the stated limitations, the results provide an important starting point for further research, because the quality of life of older people is becoming an important value of the modern society. Self-image and self-esteem are therefore seen as important phenomena influencing the quality of life.

LITERATURA

1. Abbasimoghadam, MA., Dabiran, S., Safdari, R. and Djafarian, K. (2009). Quality of life and its relation to sociodemographic factors among elderly people living in Teheran. *Geriatrics Gerontology*, 9, str. 270–275.
2. Aggar, C., Ronaldson, S. and Cameron, I. D. (2011). Self-esteem in carers of frail older people: resentment predicts anxiety and depression. *Aging & Mental Health*, 15, št. 6, str. 671–678.

3. Arip, MASM., Saad, F. M., Rahman, AMA., Salim, SSSS. and Bistaman, M. N. (2013). Translation, validity and reliability of Multidimensional Self-Concept Scale (MSCS) questionnaire among Malaysian teenagers. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 84, str. 1455–1463. doi:10.1016/j.sbspro.2013.06.773.
4. Babšek, B. (2009). *Osnove psihologije: skrivnosti sveta v nas*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba.
5. Baker, L. and Gringart, E. (2009). Body image and self-esteem in older adulthood. *Ageing and Society*, 29, št. 6, str. 977–995. doi:10.1017/S0144686X09008721.
6. Batican, E. D. (2011). *Development of multidimensional self-concept scale (mSCS) for Filipino college students at the Ateneo de Davao University (A Dissertation)*. The Faculty of the Graduate School Ateneo de Davao University. Pridobljeno dne 10. 10. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.nscb.gov.ph/ru11/msc/pdf%20of%20papers/batican.pdf>.
7. Bilban, M. (2008). Telesna aktivnost za ohranjanje zdravja starejših. V: *Zbornik prispevkov. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja, september, 2008*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, str. 42–60.
8. Bracken, BA. (1992). *Examiner's Manual: Multidimensional Self Concept Scale*. Austin, TX: PRO-ED.
9. Brown, J. D. (2013). *Self-Esteem*. Pridobljeno dne 15. 10. 2015 s svetovnega spleta: http://faculty.washington.edu/jdb/452/452_chapter_08.pdf.
10. Cash, T. F. and Fleming, E. C. (2002). The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *International Journal of Eating disorders*, 31, št. 4, str. 455–460.
11. Davidson, T. E. and McCabe, M. P. (2005). Relationships between men's and women's body image and their psychological, social and sexual functioning. *Sex Roles*, 52, št. 7/8, str. 463–475.
12. De Guzman, A. B., Cucueco, D. S., Cuenco, I. B. V., Cunanan, N. G. C., Dabandan, R. T. and Dacany, E. J. E. (2009). Petmanship: understanding elderly Filipinos' self-perceived health and self-esteem captured from their lived experiences with pet companions. *Educational Gerontology*, 35, 963–989. doi: 10.1080/03601270802708418.
13. Escolar Chua, R. L. and de Guzman, A. B. (2014). Effects of third age learning programs on the life satisfaction, self-esteem, and depression level among a select group of community dwelling Filipino elderly. *Educational Gerontology*, 40, str. 77–90. doi: 10.1080/03601277.2012.701157.
14. EuroPop2010. (2011). *Projekcija prebivalstva za Slovenijo 2010-2060 – končni podatki*. Pridobljeno dne 8. 10. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=3989>.
15. Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of life in old age: Problematic issues. *Applied Research Quality Life*, 6, 21–40. doi: 10.1007/s11482-010-9110-x.
16. Halit, A. H. (2014). Self esteem and its relation to depression among the elderly. *International Journal of Business and Social Science*, 5, št. 3, str. 266–273.
17. Janelli, L. M. (1993). Are there body image differences between older men and women? *Western Journal of Nursing Reserach*, 15, št. 3, str. 327–339.
18. Jurdana, M. (2011). *Staranje*. V: Jurdana, M., Poklar Vatovec, T. and Peršolja Černe, M. (ur.). *Razsežnosti kakovostnega staranja*. Koper: Univerza na Primorskem, str. 11–17.
19. Kompare, A. (2006). *Uvod v psihologijo*. Ljubljana: DZS. Pridobljeno 10. 10. 2015 s svetovnega spleta: <http://tusmo.si/clanki/samopomoc/tvoja-samopodoba/>.
20. Lah, I., Pahor, M. and Hlebec, V. (2008). Zdravje starejših ljudi kot element kakovosti življenja v Evropi. *Obzornik zdravstvene nege*, 42, št. 2, str. 87–97.
21. Lakey, C. E., Hirsch, J. K., Nelson, L. A. and Nsamenang, S. A. (2014). Effects of contingent self-esteem on depressive symptoms and suicidal behavior. *Death Studies*, 38, str. 563–570. doi: 10.1080/07481187.2013.809035.
22. Macinnes, D. (2006). Self-esteem and self-acceptance: An examination into relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, str. 483–489.
23. Martinis, T. (2005). *Percepcija kvalitete života u funkciji dobi*. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta, odsjek za psihologijo. Pridobljeno dne 25. 4. 2016 s svetovnega spleta: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/337/>.

24. Musaijer, A. O. and D'Souza, R. (2009). Role of Age and Gender in the perception of Aging: a Community-based Survey in Kuwait. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, št. 1, str. 50–57.
25. Musek, J. and Pečjak, V. (1997). *Psihologija*. Ljubljana: Educy.
26. NET-Age. Partnerstvo projekta. (2015). Podporna mreža za kakovostno staranje, In: Partnerstvo projekta (eds.). *Projekt NET-Age (končna publikacija)*. (pp. 1–29). Ljubljana: Zveza društev upokoencev Slovenije.
27. Pahor, M. and Domanjko, B. (2006). Zdravje starejših ljudi v očeh strokovnjakov. V: Rugelj, D. (ur.). *Posvetovanje Celostna obravnava starostnikov*, 24. november 2006, Ljubljana. Zbornik predavanj. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006, 17–28. Pridobljeno dne 28. 4. 2016 s svetovnega spleta: http://www2.zf.uni-lj.si/ri/publikacije/starostniki2006/3_PahorDomajnko.pdf.
28. Palmer, D. and El Miedany, Y. (2011). Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis: a hot but sensitive issue. *British Journal of nursing*, 20, št. 17, str. 1134–1137.
29. Payne, S. and Walker, J. (2002). *Psihologija v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy.
30. Pečjak, V. and Pečjak, M. (2007). *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba.
31. Price, B. (2010). The older woman's body image. *Nursing Older People*, 22, št. 1, str. 33–36.
32. Reboussin, B. A., Rejeski, W. J., Martin, K. A., Callahan, K., Dunn, A. L., King, A. C. and Sallis, J. F. (2000). Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle and older aged adults: the activity counselling trial. *Psychology and Health*, 15, št. 2, str. 239–254.
33. Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D. and Potter, J. (2002). Global self-esteem across the lifespan. *Psychology and Aging*, 17, št. 3, 423–434.
34. Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale. *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton.
35. Serber, E. R. and Rochelle, R. K. (2010). Qualitative research provides insight into quantitative quality of life measurement. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 33, št. 3, str. 253–255.
36. Statistični urad RS. Prebivalstvo Slovenije se stara – potrebno je medgeneracijsko sožitje. (2008). Pridobljeno dne 8. 10. 2015 s svetovnega spleta: https://www.stat.si/doc/pub/Staranje_prebivalstva_slo.pdf.
37. Suriyani, Y., Yahya, F. M. and Roose, A. R. (2009). The relationship between marriage and self esteem. *Journal of humanity bil*. 13, June, 30–45.
38. Svetovna zdravstvena organizacija. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46, št. 12, str. 1569–1585.
39. Swann, W. B. and Bosson, J. K. (2010). Self and identity. In: Fiske, S. T., Gilbert, D. T., Lindzey, G. (eds.). *Handbook of social psychology*, 5th ed. (pp. 589–628). Hoboken, NJ: Wiley.
40. Vertot, N. (2010). Starejše prebivalstvo v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
41. Zainab I., Wan Ahmad W. I. and Mahmud, Z. (2007). The lifestyle of the elderly in Malaysia and group counselling needs. *Journal of Social's development* 10 (June), 81–98.
42. Zaletel, M. (2011). Identiteta starejših telesno dejavnih oseb. V: Rugelj, D. in Sevšek, F. (ur.). *Zbornik predavanj*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 9-20. Pridobljeno dne 28. 4. 2016 s svetovnega spleta: <http://www2.zf.uni-lj.si/ri/publikacije/staranje2011/3.pdf>.

Dr. Bojana Filej, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto.

E-naslov: bojana.filej@gmail.com

Dr. Boštjan Žvanut, izredni profesor na Fakulteti za vede o zdravju Univerze na Primorskem.

E-naslov: bostjan.zvanut@fvz.upr.si

Kronične bolezni z vidika multimorbidnosti

Znanstveni članek

UDK 616-036.1-06(4)

KLJUČNE BESEDE: multimorbidnost, komorbidnost, kronične bolezni

POVZETEK - V Evropi se soočamo s porastom kroničnih bolezni zaradi starajoče se populacije in tveganj, ki so povezana z življenjskim slogom. Multimorbidnost je pogost problem starajočih se družb z raznovrstnimi in neugodnimi posledicami za posameznike, družbo in zdravstvene sisteme. Prevalenca s starostjo progresivno narašča in multimorbidnost postaja najpogostejše kronično stanje. Multimorbidnost pomembno vpliva na neugodne izide zdravljenja, kvaliteto življenja, hkrati pa je povezana s porastom stroškov zdravstvenih storitev. Ljudje živimo dlje, a z več kroničnimi stanji, kar povečuje potrebe po zdravstveni oskrbi. V staroživih družbah kronične bolezni predstavljajo glavni vzrok obolevnosti in tudi smrtnosti, zato obstaja potreba po stroškovno učinkovitih poteh za oskrbo populacije. Projekt skupnega ukrepanja CHRODIS (Joint Action on Chronic Diseases) je usmerjen v učinkovito zmanjšanje kroničnih bolezni in promocijo zdravega življenja ter aktivnega staranja širom Evrope. Glavni cilji so promocija zdravega načina življenja, spodbujanje in lajšanje izmenjave in prenosa dobrih izkušenj na področju kroničnih bolezni med državami EU in regijami, s posebno pozornostjo na promociji zdravja, preventivi kroničnih stanj, multimorbidnosti in sladkorne bolezni.

Scientific article

UDC 616-036.1-06(4)

KEY WORDS: multimorbidity, comorbidity, chronic diseases

ABSTRACT - Europe is faced with an increase of chronic diseases due to ageing of the population and the risks that are associated with lifestyle. Multimorbidity is a common problem of ageing societies with diverse and negative consequences for individuals, society and health systems. The prevalence progressively increases with age and multimorbidity is becoming the most common chronic condition. Multimorbidity significantly affects the unfavourable results of treatment, quality of life, and is associated with an increase in healthcare costs. People are living longer but with more chronic conditions, which has important implications for medical needs. In ageing societies chronic diseases are the main cause of morbidity and mortality, so there is a need for cost-effective ways to nurse the population. The purpose of the joint action project CHRODIS is the effective contribution in reducing the burdens of chronic diseases and to promote healthy living and active ageing across Europe. The main objectives are to promote, encourage and facilitate the exchange and transfer of good practices in the field of chronic diseases among the EU countries and regions. Good practices address chronic conditions with particular attention to the promotion of health and prevention of chronic conditions, multimorbidity and diabetes.

1 Uvod

V Evropi se soočamo s porastom kroničnih bolezni zaradi starajoče se populacije in tveganj, ki so povezana z življenjskim slogom.

Kronične bolezni predstavljajo največji delež bremena bolezni v Evropi in so odgovorne za 86 % smrti (Barnet et al., 2012; Melis et al., 2014; Marengoni et al., 2008; Tinetti et al., 2012). Zdravstveni sistemi po svetu se soočajo z izzivom, kako zagotoviti kakovostno oskrbo za paciente s kompleksnimi težavami, ki izvirajo iz sočasnega pojava več kroničnih bolezni oziroma stanj, kar imenujemo multimorbidnost. Ta postaja najpogostejše kronično stanje, katerega prevalenca s starostjo progresivno narašča. (Barnet et al., 2012; Melis et al., 2014; Marengoni et al., 2008; Tinetti et al., 2012).

Multimorbidnost je tako pri mlajših kot pri starejših odraslih osebah pomemben faktor za neugodne izide zdravljenja in je povezana tudi s porastom stroškov zdravstvenih storitev. V primerjavi z osebami, ki imajo eno bolezensko stanje, pacienti z multimorbidnostjo umirajo prej, so večkrat hospitalizirani, imajo slabšo kakovost življenja in prejemajo več zdravil (Marengoni et al., 2011; Fortin et al., 2007).

Pacienti z multimorbidnostjo imajo kompleksnejše zdravstvene (in druge, npr. socialne) potrebe, vendar so glede na tradicionalno orientiran medicinski pristop, ki temelji na zdravljenju akutno bolnega s prevladujočim enim bolezenskim stanjem, deležni fragmentirane oskrbe, kar vodi k nepopolnim, neučinkovitim, nezadostnim oziroma celo potencialno nevarnim intervencijam.

Zdravstveni sistemi temeljijo na modelu bolezni, ki temelji na predpostavkah, kot so: organ ali sistemska patologija povzroča bolezen, simptomi in opazovani znaki so posledice neke še nepoznane bolezni, zdravljenje je usmerjeno v patologijo, rezultat zdravljenja je determiniran z boleznijo samo in je enak za vse (Smith et al., 2012). Medtem ko je ta pristop še vedno primeren za veliko bolezni, vendarle ne zajame različnih vzorcev so-obstoječih bolezni. Poleg tega ta tradicionalni pristop, ki je bolezensko orientiran, ne upošteva celotnega zdravstvenega stanja pacientov z multimorbidnostjo, ker je usmerjen le na eno bolezen in zanemarja temeljne vidike zdravja, kot so krhkost, funkcionalna zmožnost, pa tudi kognitivno in čustveno stanje (Smith et al., 2012).

Zahtevnost oskrbe pacientov z multimorbidnostjo povezuje veliko število zdravstvenih strokovnjakov, zdravstvenih storitev in različnih virov. Posamezni integrirani programi oskrbe kroničnih bolezni so preneseni v prakso na manjšem vzorcu bolnikov, širše sprejetih modelov oskrbe multimorbidnosti zaenkrat še ni (Smith et al., 2012). V zadnjih dveh desetletjih se je raziskovanje na področju multimorbidnosti okrepilo, vendar je število dokazov učinkovitosti intervencij še vedno omejeno (Bannerjee, 2015).

2 Terminologija in prevalenca

Multimorbidnost se nanaša na sopojav vsaj dveh telesnih ali duševnih bolezenskih stanj, ki vzajemno delujejo pri posamezniku (Mercer et al., 2009; Uijen and Van de Lisdonk, 2008; Fortin et al., 2010). Termin multimorbidnost se včasih souporablja s terminom komorbidnost (Mercer et al., 2009), pri čemer se termin komorbidnosti nanaša na sočasen obstoj bolezni, ne zajema pa celotne kompleksnosti bolezenskih stanj in bolnikovih zdravstvenih in socialnih potreb, ki so v centru termina multimorbidnosti (Yanick et al., 2007).

Kronična stanja so v zadnjih letih postala pomemben izziv zdravstvenim sistemom po vsem svetu (Navickas et al., 2015). Glede na to, da so glavni vzroki obolevnosti in smrtnosti v staroživih družbah kronične bolezni, obstaja naraščajoča potreba po stroškovno učinkovitih poteh za oskrbo populacije (Salisbury et al., 2011; Marengoni et al., 2011; Schäfer et al., 2012).

V razvitih državah ima eden od štirih odraslih vsaj dve kronični stanji (Chronic Conditions, 2004; Mercer et al., 2009; Barnett et al., 2012), pri starejših odraslih ima vsaj polovica oseb tri ali več kroničnih stanj (American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012). V svetovnem merilu ljudje živijo dlje, a z več kroničnimi stanji, kar ima pomembne posledice za globalne zdravstvene potrebe (Global Burden of Disease Study, 2015). Zaradi staranja in podaljševanja življenjske dobe populacije ter izboljšanja zdravstvene oskrbe, vedno večje število ljudi živi s kroničnimi boleznimi (Van Oostrom et al., 2014), v Evropski uniji kar 30 % populacije (Eurostat, 2014) in ta odstotek bi se naj v naslednjih desetletjih še povečeval (Busse et al., 2010). Delež multimorbidnosti pri kroničnih pacientih narašča (Boyd and Fortin, 2010; Uijen and Van de Lisdonk, 2008). Konzervativne ocene navajajo, da v EU živi 50 milijonov ljudi z multimorbidnostjo (Rijken et al., 2013). Prevalenca multimorbidnosti je še posebno visoka pri starejših od 65 let (65 %) in pri starejših od 85 let (85 %) (Marengoni et al., 2011, Vogeli et al., 2007).

V mednarodni raziskavi pri starejših od 60 let so bili glavni dejavniki bremena bolezni: kardiovaskularne bolezni, rak, kronične respiratorne bolezni, mišično-skeletne bolezni, duševne in nevrološke bolezni (Prince et al., 2015). Večina študij je ugotovila povezavo med prisotnostjo kroničnih bolezni in zmanjšano kakovostjo življenja pri starejših (Fortin et al., 2004; Gijzen et al., 2001).

Rezultati te raziskave so skladni z ugotovitvijo raziskave EIJM – European Journal of Internal Medicine (Navickas et al., 2015) na velikem reprezentativnem vzorcu v nacionalni raziskavi v Litvi, ki je pokazala, da so kardiovaskularne bolezni najpogostejše bolezensko stanje, tako pri pacientih z eno boleznijo, kot pri pacientih s komorbidnostjo. Ugotovili so tudi, da število kroničnih bolezni narašča, še posebno od 45 do 54 leta starosti. Med bolniki z multimorbidnostjo je bilo za 61 % več ponovnih sprejemov v bolnišnico v 30 dneh po odpustu kot pri bolnikih brez nje (Navickas et al., 2015). V raziskavi je pojavnost kroničnih bolezni med odraslo populacijo znašala 17,2 %. Število kroničnih bolezni je še posebno naraščalo pri moških v starosti od 45 do 54 let. Multimorbidnost je prispevala k 258,761 dodatnih ležalnih dni na leto. Obiski pri zdravniku so bili 2,1-krat večji pri multimorbidnih bolnikih, kot pri bolnikih z eno kronično boleznijo, in 9,6-krat so bili večji obiski na domu (Navickas et al., 2015).

Podobno je potrdila tudi raziskava na Nizozemskem, kjer so ugotovili, da so imeli multimorbidni pacienti več stikov z osebnim zdravnikom, več predpisanih zdravil in več sprejemov v bolnišnice. Najbolj izpostavljena skupina multimorbidnih pacientov so starejše ženske z nižjimi prihodki in iz majhnega gospodinjstva (Hopman et al., 2015).

V Vietnamu (Ha et al., 2015) navajajo, da je 40 % starejših oseb multimorbidnih. Slabša zdravstvena oskrba in nezaposlenost sta obremenilni okoliščini. Med pozitivne okoliščine prištevajo višjo izobrazbo in življenje v urbanih okoljih. Med dodatne negativne dejavnike prištevajo še nizko izobrazbo, kajenje in preveliko težo (Pache et al., 2015). V raziskavi na Tajskem (Hsu, 2015) so ugotovili najbolj ogrožajoče kronične bolezni. To so kardiovaskularne bolezni, kronične nespecifične bolezni pljuč, artritis, rak, gastroenterološke bolezni in bolezni ledvic. Raziskava v Španiji (Alonso-

Moran et al., 2015a) je potrdila, da je slabša kakovost življenja pri starejših povezana s spolom (ženske), multimorbidnostjo in samskim življenjem. Vsaka dodatna bolezen v multimorbidnosti je statistično pomembno prispevala k nižanju kakovosti življenja.

Osteoartikularna bolezen, Parkinsonova bolezen, diabetes in kardiovaskularne bolezni so kronične bolezni, ki najbolj negativno vplivajo na rezultat pacientovega zdravljenja, vključno z invalidnostjo, slabšo kvaliteto življenja in povečano porabo finančnih virov (Alonso-Moran et al., 2015a; Forjaz et al., 2015; Hopman et al., 2015). Kombinacija različnih stanj ustvarja kompleksnejše potrebe po oskrbi. Multimorbidnost ni povezana le s ponavljajočimi se (Condelius et al., 2008; Gabrovec, 2015) ali preprečljivimi (Wolff et al., 2002) bolnišničnimi sprejemi, ampak tudi s pogosto uporabo osnovnega zdravstva (Glynn et al., 2011; Van Oostrom et al., 2014; Gabrovec in Lobnikar, 2015) in pogostejšimi obiski specialistov (Laux et al., 2008), tudi za diagnostiko, ki sicer ne potrebuje specialistične obravnave (Starfield et al., 2005). Na rezultat zdravljenja in povečano uporabo virov lahko poleg posameznih bolezni vplivajo tudi kombinacije različnih bolezni. Takšen primer je npr. diabetes v povezavi z ostalimi kroničnimi boleznimi. Diabetes je pogosto povezan s kardiovaskularnimi in boleznimi ledvic, kar je tudi pričakovano, ker imajo te bolezni enak patofiziološki vzorec (Alonso-Moran et al., 2015b).

Obstajajo razlike med pacienti z diabetesom tipa 2, kjer je prevalenca multimorbidnosti večja, in pacienti z drugimi kroničnimi boleznimi (Alonso-Moran et al., 2015b). Pri pacientih z diabetesom tipa 2 soobstoj duševne komorbidnosti pomembno poveča tveganje za hospitalizacijo (Calderon-Laranga et al., 2015).

Potrebno je razviti pristope za nekatere sočasne bolezni, ki mogoče niso tako pogoste, a lahko vodijo k negativnim rezultatom zdravljenja in povečani rabi virov (Onder et al., 2011). Hkrati pa področje merjenja multimorbidnosti še ni dovolj raziskano, zato bo temu treba v prihodnosti nameniti več pozornosti (Le Reste et al., 2015).

Kompleksnost oskrbe pacientov z multimorbidnostjo potrebuje vpletenost večjega števila ponudnikov zdravstvene oskrbe in resursov. Medtem ko najdemo primere integriranih programov oskrbe kroničnih bolezni v relativno majhnih populacijah, ne najdemo širše sprejetih modelov oskrbe multimorbidnosti (Smith et al., 2012).

V zadnjih dveh desetletjih se je raziskovanje na področju multimorbidnosti povečalo, a je število dokazov o učinkovitosti intervencij za izboljšanje oskrbe pacientov še vedno omejeno (Banerjee, 2015).

3 Fizična zmogljivost, duševno zdravje in socialno-ekonomski status

Invalidnost, odvisnost od pomoči druge osebe oziroma slabo fizično stanje so pogoste značilnosti multimorbidnosti. Prisotnost in tudi interakcije med več boleznimi povzročajo invalidnost in slabo fizično stanje (Tinetti et al., 2012; Marengoni et al., 2011; Landi et al., 2010). Različni vzorci multimorbidnosti so jasno povezani s funkcionalnimi sposobnostmi in upadanjem fizične zmogljivosti (Jackson et al., 2015).

V povezavi z multimorbidnostjo slabo fizično stanje resno ogroža samostojnost in kakovost življenja starejših ter ima pomemben socialno-ekonomski vpliv (Marengoni et al., 2009). Pacienti z multimorbidnostjo v družinski medicini predstavljajo bolj pravilo kot izjemo (Fortin et al., 2005). Intervencije za ljudi z multimorbidnostjo in slabim fizičnim stanjem predstavljajo preventivo bodočim komplikacijam pri visoko rizični populaciji (Onder et al., 2011).

Težave v duševnem zdravju vključujejo široko zbirko stanj, od depresije do kognitivnega upada. V zadnjih letih so ta stanja dobila več pozornosti zaradi visoke prevalece in uničujočih posledic za paciente, svoje in družbo (Calderon-Laranga et al., 2015). Duševna stanja, in še posebno kognitivni upad, so pogosto povezana s kroničnimi boleznimi, kot so hipertenzija, kardiovaskularne bolezni, diabetes in osteoporoza. Prisotnost kognitivnega upada in povezava z multimorbidnostjo ima dodaten učinek na negativne zdravstvene izide in povečane stroške oskrbe (Calderon-Laranga et al., 2015).

Socialno-ekonomski status je pomemben vir zdravstvene neenakosti, saj obstaja povezava med socialno-ekonomskim statusom in zdravjem ljudi. Socialno ekonomski indikatorji so tesno povezani s prevalenco kroničnih bolezni in izdatki za zdravstvene storitve pacientov z multimorbidnostjo (Barnett et al., 2012). Ta je povezana z nižjim dohodkom oseb in manjšim gospodinjstvom, obenem pa s povečano uporabo zdravstvenega sistema (Hopman et al., 2015).

Ugotovitve potrjujejo rezultate prejšnjih raziskav, da je prevalenca multimorbidnosti, in s tem povezana potreba po oskrbi, večja med ljudmi, ki so prikrajšani za zdravstveno oskrbo. Ljudje, ki so revnejši in imajo nižjo izobrazbo, bodo v manjkrat uživali prednosti izboljšav na področju javnega zdravja (House et al., 2005; Orueta et al., 2014).

4 Pomen kompleksnega celostnega pristopa

Poleg zgoraj omenjenih faktorjev so pomembni tudi drugi vzroki. Kot determinante pri multimorbidnosti so pomembni še: spol, fizična aktivnost, teža, prehrana in polifarmacija (Alonso-Moran et al., 2015a; Wikstrom et al., 2015; Corrao et al., 2014).

Za zagotavljanje uspešnosti in stroškovne učinkovitosti morajo biti raziskave o intervencijah usmerjene tudi v paciente z visokim tveganjem in posebnimi karakteristikami in ne zgolj v splošno populacijo multimorbidnih pacientov (Onder et al., 2011).

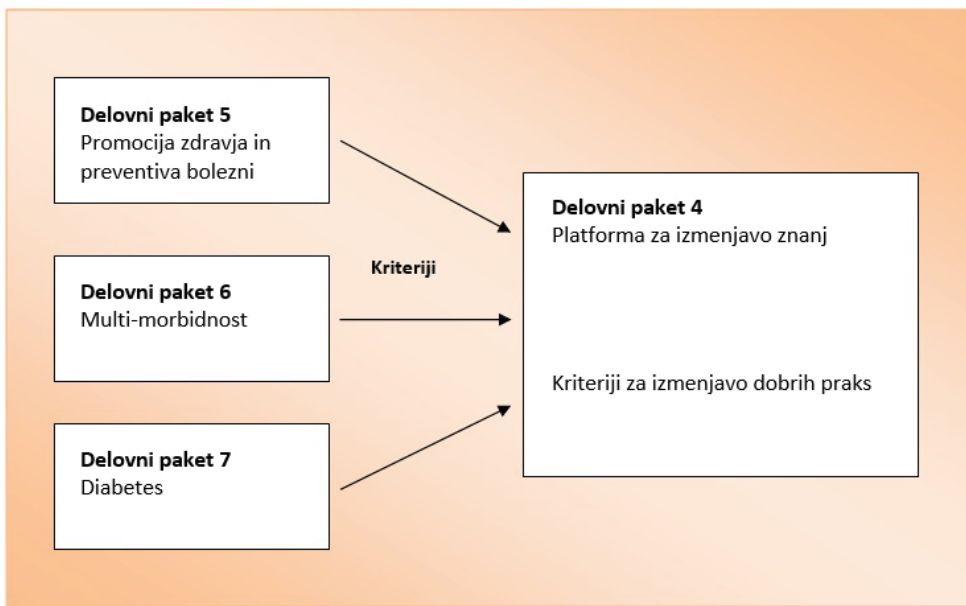
5 Skupno ukrepanje pri kroničnih boleznih

»Joint Action on Chronic Diseases and Healthy Ageing across the Life Cycle« je evropski projekt skupnega ukrepanja, ki se je pričel v januarju 2014 in bo trajal 39 mesecev.

Projekt skupnega ukrepanja Chrodis bo učinkovito zmanjšal breme kroničnih bolezni in spodbudil promocijo zdravega življenja in aktivnega staranja širom Evrope. Glavni cilj je promocija zdravja ter lažjanje izmenjave in prenosa dobrih izkušenj na tem področju med državami EU in regijami. Najpomembnejša je promocija zdravja in primarna preventiva kroničnih stanj in bolezni.

To dvoje postavlja v središče vedenjske dejavnike tveganja, socialne determinante in neenakopravnost v zdravstvu. Obravnava multimorbidnosti v središče postavlja multidisciplinarnost in integrirano oskrbo, varnost pacientov in izobraževanje zaposlenih. Identifikacija značilnosti multimorbidnih pacientov, ki je povezana z visoko stopnjo porabe virov in negativnimi rezultati zdravstvene oskrbe, je potrebna za identifikacijo ciljne populacije, ki jim intervencije lahko koristijo. Pri preučevanju diabetesa smo v središče postavili multidisciplinarno oskrbo, ki zajema celoten spekter, od primarne preventive do zdravljenja. Platforma za izmenjavo znanja (slika 1) in spletna klirinška hiša bodo nudile odločevalcem, oskrbovalcem, pacientom in raziskovalcem najbolj pomembne informacije o najboljših praksah (slika 2) in kroničnih boleznih z osredotočenostjo na kardiovaskularne bolezni in diabetes.

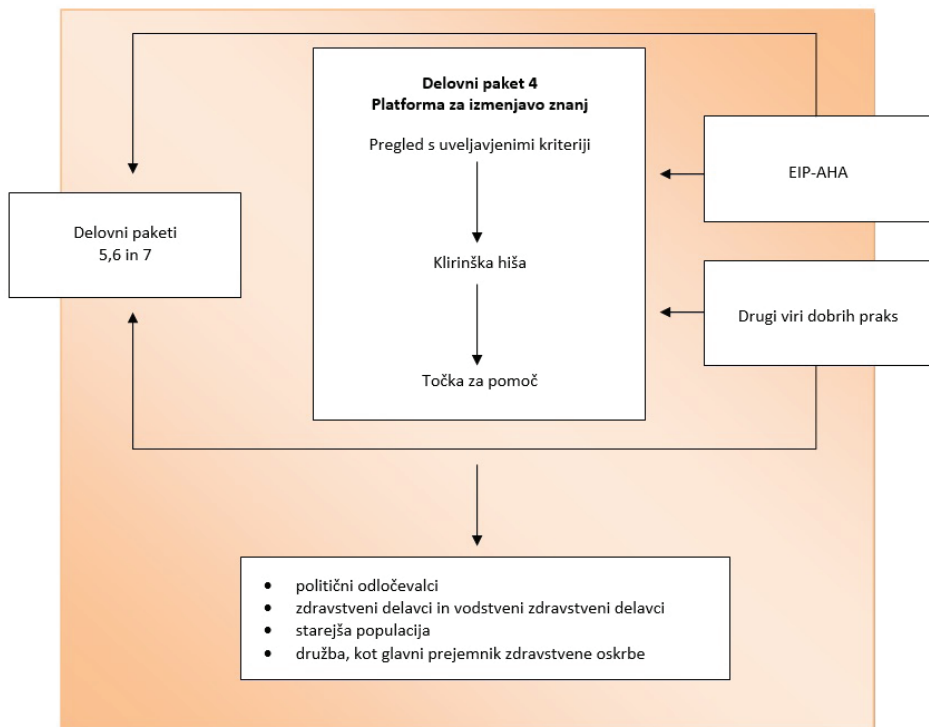
Slika 1: Pretočnost tokov proti platformi za izmenjavo znanja



Vir: Povzeto po: JA-CHRODIS at a glance, 2015.

Glede na cilj bo izmenjava in prenos dobrih izkušenj rezultat izboljšanih rezultatov politik, programov in kliničnih intervencij za javno zdravje na področju kroničnih stanj. Projekt skupnega ukrepanja »Joint action CHRODIS« vodi k priporočilom, ki bodo temeljila na najboljših razpoložljivih dokazih učinkovite preventive, upravljanja in zdravljenja kroničnih bolezni od pojava le-teh dalje.

Slika 2: Organizacija tokov dobrih izkušenj



Vir: Povzeto po: JA-CHRODIS at a glance, 2015.

6 Zaključek

Zdravstveni sistemi se po vsem svetu soočajo s staranjem prebivalstva, kar prinaša izzive, s katerimi se do sedaj še niso soočili. Podaljševanje življenjske dobe spremlja povečevanje števila bolnikov z multimorbidnostjo. Prevalenca multimorbidnosti je visoka in s starostjo progresivno narašča, kar močno vpliva na kakovost življenja prebivalstva in vzdržnost zdravstvenih sistemov. Obravnava multimorbidnosti potrebuje nadgradnjo tradicionalno orientiranega medicinskega pristopa s celovitim pristopom, ki vključuje veliko število zdravstvenih strokovnjakov, zdravstvenih storitev in različnih virov ter povezovanje s socialnim varstvom.

Branko Gabrovec, PhD, Jelka Zaletel, PhD

Chronic Diseases through the Lens of Multimorbidity

Multimorbidity is a common problem of ageing societies with diverse and negative consequences for individuals, society and health systems. The prevalence progressively increases with age and multimorbidity is becoming the most common chronic condition. In Europe, chronic diseases such as diabetes affect 8 out of 10 people over 65 years of age. Research shows that in developed countries 25% of adults have at least two chronic conditions and more than half of people older than 65 even three or more chronic conditions. EU countries spend from 70–80% of health budget for the treatment of chronic diseases. Many chronic diseases are preventable, or their onset can be delayed, through policies and interventions that address modifiable individual and social risk factors. Yet only 3% of health costs in the EU Member States are presently invested in prevention measures, whereas about 97% are spent on treatment.

Multimorbidity significantly affects the unfavourable results of treatment, quality of life, and is associated with an increase in health care costs. People are living longer but with more chronic conditions, which has important implications for medical needs. In ageing societies chronic diseases are the main cause of morbidity and mortality, so there is a need for cost-effective ways to nurse the population.

Multimorbidity refers to joint occurrence of at least two physical or mental disease states, which interact in an individual. The term multimorbidity is sometimes used interchangeably with the term comorbidity, wherein the term comorbidity refers to the coexistence of the diseases, but does not cover the entire complexity of the disease conditions and the patient's health and social needs that are in the centre of the term multimorbidity.

In developed countries, one out of four adults have at least two chronic conditions, in older adults at least a half of persons have three or more chronic conditions. On a global scale, people are living longer but with more chronic conditions, which has important implications for global health needs. Due to ageing and extending of life expectancy of the population and improving of health care, the increasing number of people live with chronic diseases. Multimorbidity prevalence is particularly high among people older than 65 years (65%) and older than 85 years (85%).

The findings of various researches highlight the need to develop approaches to some approaches of concurrent diseases that may not be so common, but can lead to a negative result of treatment and increased use of resources. At the same time, the measurement of multimorbidity is not yet sufficiently researched, so it will be necessary to devote more attention to this in the future. The complexity of care for patients with multimorbidity requires the involvement of a large number of care providers and resources. In the last two decades, research in the field of multimorbidity increased, but the number of evidences of the effectiveness of the interventions for improvement of patient care is still limited.

Patients with multimorbidity have complex medical needs, but given the traditionally oriented medical approach, which is based on the treatment of acutely ill with a dominant one disease state, they receive a fragmented care. Their care is more demanding and connects a large number of health professionals, health services and different sources. Health systems are based on a disease model, which is based on assumptions such as: the organ or systemic pathology causes disease, the symptoms and observed signs are the consequences of some still unknown disease, the treatment is focused on pathology, and the outcome of the treatment is determined by the disease itself and is equal for all. While this approach is still appropriate for many diseases, however, it does not cover the different patterns of co-existing diseases. Moreover, this traditional approach, which is disease-oriented, does not take into account the overall health status of patients with multimorbidity because it focuses on only one disease and neglects the fundamental aspects of health, such as fragility, functional ability, as well as cognitive and affective state.

Disability, dependence on the assistance of another person, or poor physical condition are frequent features of multimorbidity. Different patterns of multimorbidity are clearly connected with functional abilities and the decline of physical capabilities. In connection with multimorbidity, poor physical condition seriously threatens the independence and life quality of older people and has an important socio-economic impact. Mental states, especially cognitive decline, are often associated with chronic diseases such as hypertension, cardiovascular disease, diabetes and osteoporosis. The presence of cognitive decline and connection with multimorbidity has an additional negative impact on health outcomes and increased costs of care. The socio-economic status is also important, since there is a connection between socio-economic status and health of the people. Socio-economic indicators are closely related to the prevalence of chronic diseases and expenses for health services of patients with multimorbidity. The findings confirm the results of previous researches that say that the prevalence of multimorbidity and the related need for care is greater among people who are disadvantaged. People who are poorer and have less education will to a lesser extent enjoy the benefits of improvements in public health.

In addition to the above mentioned factors, other reasons are also important. As determinants of health outcomes and resource users in multimorbidity the following is also relevant: gender, physical activity, weight, diet and polypharmacy.

The European Commission is co-funding a large collaborative project named Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS) in the context of the EU Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. "Joint Action on Chronic Diseases and Healthy Ageing across the Life Cycle" is the common European project, which began in January 2014 and will last 39 months. The purpose of the joint action CHRODIS is the effective contribution in reducing the burdens of chronic diseases and to promote healthy living and active ageing across Europe. The main objectives are to promote, encourage and facilitate the exchange and transfer of good practices in the field of chronic diseases among the EU countries and regions. Good practices addresses

chronic conditions, with particular attention to the promotion of health and prevention of chronic conditions, multimorbidity and diabetes. Health and prophylaxis promotion puts in the focus the behavioural risk factors, social determinants and inequalities in health. Through the Governing Board, Member States are to be involved in developing a plan of sustainability. This will help keeping chronic diseases at the forefront of the political agenda for health after the Joint Action ends. Gathering good practices in Platform for Knowledge Exchange (PKE) will doubtless contribute to the plan of sustainability of the process of exchange and transfer of good practices. Life expectancy in the EU is higher than ever before, due in part to good and improving healthcare. However, the co-occurrence of multiple chronic conditions in one person, i.e. multimorbidity, has become increasingly common as well. 65% of people over 65 are affected by multimorbidity. This number rises to 85% for the 85-year-old group. Complex healthcare needs of multimorbid patients require the involvement of a large number of healthcare providers and a vast amount of resources. Often patient care is fragmented, expensive and fails to respond to the needs of the patient. While there are examples of comprehensive care programs being implemented in relatively small populations, there are no widely accepted care models available across the EU Member States, due to organisational differences.

The aim of the JA-CHRODIS with work on multimorbidity is to review the existing patient-centred comprehensive care programs in order to identify the needs of the participating countries' healthcare systems. The aim is also to advise on the best possible care models for multimorbid patients, taking into account outcomes, cost-effectiveness, applicability and replicability.

The EU reflection process on chronic diseases (September 2013) identified the potential that lies in systematically mapping, validating and transferring good practices that exist across the EU in relation to health promotion and primary prevention of chronic disease. The aim of the JA-CHRODIS is also to develop this potential. The focus will be on cardiovascular diseases, stroke and type 2 diabetes. The work will take into account lifestyles and health-related behaviour as well as the socio-economic determinants that influence them.

Work on multimorbidity puts in the focus multidisciplinary and integrated care, patient safety and employee training. The identification of characteristics of multimorbid patients, which is associated with a high level use of resources and the negative results of health care, is required for the identification of the target population for which intervention may be useful. Regarding the objective, the exchange and transfer of good practices will be the outcome of the improved results of policies, programs and clinical interventions for public health in the area of chronic conditions. The project "Joint action CHRODIS" leads to the recommendations, which will be based on the best available evidence of effective prevention, management and treatment of chronic diseases in the course of life.

Priprava prispevka je bila delno financirana s strani projekta Evropske Unije "Joint Action CHRODIS" iz delovnega paketa WP6 - Multimorbidity, v okviru EU

zdravstvenega programa (2008-2013). Odgovornost za vsebino leži na avtorju in ne na agenciji CHAFEA.

LITERATURA

1. Alonso-Moran, E., Nuno-Solinis, R., Onder, G. et al. (2015a). Multimorbidity in risk stratification tools to predict negative outcomes in adult population. *Eur J Intern Med*, 26, pp. 182–189.
2. Alonso-Moran, E., Nuno-Solinis, R., Orueta J. F et al. (2015b). Health-related quality of life and multimorbidity in community-dwelling telecare-assisted elders in the Basque Country. *Eur J Intern Med*, 26, pp. 169–175.
3. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc*, 60, E1.
4. Banerjee, S. (2015). Multimorbidity-older adults need health care that can comt past one. *Lancet*. 385, pp. 587–589.
5. Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380, pp. 37–43.
6. Boyd, C. and Fortin, M. (2010). Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev*, 32, pp. 451–474.
7. Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D. et al. (2010). Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. *Observatory Studies Series No. 20*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies Series.
8. Calderon-Larranaga, A., Abad-Diez, J. M., Gimeno-Feliu, L. A. et al. (2015). Global health care use by patients with type-2 diabetes: does the type of comorbidity matter? *Eur J Intern Med*, 26, pp. 203–210.
9. Chronic Conditions. (2004) Making the case for ongoing care. September 2004 update. John Hopkins and the Robert Wood Johnson Foundation's for Solutions. Pridobljeno dne 1. 10. 2012 s svetovnega spleta: <http://www.partnershipforsolutions.org/DMS/files/chronicbook2004.pdf>.
10. Condelius, A., Edberg, A. K., Jakobsson, U. et al. (2008). Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Arch Gerontol Geriatr Jan*, 46, pp. 41–55.
11. Corrao, S., Santalucia, P., Argano, C. et al. (2014). Gender differences in disease distribution and outcome in hospitalized elderly: data from the REPOSI study. *Eur J Intern Med*, 25, pp. 617–623.
12. Eurostat, 2014. Pridobljeno dne 1. 12. 2015 s svetovnega spleta: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/.
13. Forjaz, M. J., Rodriguez-Blazquez, C., Ayala, A. et al. (2015). Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Intern Med*, 26, pp. 176–181.
14. Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C. et al. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Annals of family medicine*, 3, pp. 223–228.
15. Fortin, M., Hudon, C., Haggerty, J. et al. (2004). Untagling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59, p. 255.
16. Fortin, M., Hudon, C., Haggerty, J. et al. (2010). Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC health Serv Res*, 10, p. 111.
17. Fortin, M., Soubhi, H., Hudon, C. et al. (2007). Multimorbidity's many challenges. *BMJ*, 334, pp. 1016–1017.
18. Gabrovec, B. (2015). The prevalence of methamphetamine, MDMA and new drugs among opiate addicts on agonist opioid treatment. *Heroin addiction and related clinical problems*, 17, pp. 69–76.
19. Gabrovec, B. and Lobnikar, B. (2015). The analysis of the role of an institution in providing safety and quality in psychiatric health care. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, pp. 420–425.

20. Gijsen, R., Hoeymans, N., Schellevis, F. G. et al. (2001). Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol*, 54, 661–674.
21. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386, p. 743.
22. Glynn, L. G., Valderas, J. M., Healy, P. et al. (2011). The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract*, 28, pp. 516–523.
23. Ha, N. T., Le, N. H., Khanal, V. et al. (2015). Multimorbidity and its social determinants among older people in southern provinces, Vietnam. *Int Journ Equity Health*, 14, p. 50.
24. Hopman, P., Heins, M. J., Rijken, M. et al. (2015). Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in The Netherlands: differences and underlying factors. *Eur J Intern Med*, 26, pp. 190–196.
25. House, J. S., Lantz, P. M. and Herd, P. (2005). Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course: evidence from a nationally representative longitudinal study from 1986 to 2001/2002 (Americans' Changing Lives Study). *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 60, pp. 15–26.
26. Hsu, H. C. (2015). Trajectories of multimorbidity and impact on successful aging. *Experimental Gerontology*, 66, pp. 32–38.
27. Jackson, C. A., Jones, M., Tooth, L. et al. (2015). Multimorbidity patterns are differentially associated with functional ability and decline in a longitudinal cohort of older women. *Age and Aging*, 4, pp. 810–816.
28. Landi, F., Liperoti, R., Russo, A. et al. (2010). Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older. *J Clin Epidemiol*, 63, pp. 752–759.
29. Laux, G., Kuehlelin, T., Rosemann, T. et al. (2008). Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv Res*, 8, p. 14.
30. Le Reste, J., Nabbe, P., Lingner, H., et al. (2015). What research agenda could be generated from the European General Practice Research Network concept of Multimorbidity in Family Practice? *BMC Fam Pract*, 16, p. 125.
31. Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R. et al. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*, 10, pp. 430–439.
32. Marengoni, A., Von Strauss, E., Rizzuto, D. et al. (2009). The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *J Intern Med*, 265, pp. 288–295.
33. Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A. et al. (2008). Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health*, 98, pp. 1198–1200.
34. Melis, R., Marengoni, A., Angleman, S. et al. (2014). Incidence and predictors of multimorbidity in the elderly: a population-based longitudinal study. *PLoS One*, 9, e103120.
35. Mercer, S. W., Smith, S. M., Wyke, S. et al. (2009). Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Fam Pract*, 26, p. 79.
36. Navickas, R., Visockiene, Z., Puronaitė, R. et al. (2015). Prevalence and structure of multiple chronic conditions in Lithuanian population and the distribution of the associated healthcare resources. *Eur J Intern Med*, 26, pp. 160–168.
37. Onder, G., Lattanzio, F., Battaglia, M. et al. (2011). The risk of adverse drug reactions in older patients: beyond drug metabolism. *Curr Drug Metab*, 12, pp. 647–651.
38. Orueta, J. F., García-Álvarez, A., García-Goñi, M. et al. (2014). Prevalence and costs of multimorbidity by deprivation levels in the basque country: a population based study using health administrative databases. *PLoS One*, 9, e89787.
39. Pache, B., Vollenweider, P., Waeber, G. et al. (2015). Prevalence of measured and reported multimorbidity in a representative sample of the Swiss population. *BMC public health*, 15, p. 1515.
40. Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y. et al. (2015). The burden of disease in older people and implications for health Policy and practice. *Lancet*, 385.

41. Rijken, M., Struckmann, V., Dyakova, M., Melchiorre, M. G., Rissanen, S. and Van Ginneken, E. (2013). E. ICARE4EU: improving care for people with multiple chronic conditions in Europe. *Eurohealth*, 19, No. 3, pp. 29–31
42. Salisbury, C., Johnson, I., Purdy, S. et al. (2011). Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Geriatr J R Coll Gen Pract*, 61, e12–21.
43. Schäfer, I., Hansen, H., Schön, G. et al. (2012). The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Serv Res*, 12, p. 89.
44. Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M. et al. (2012). Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMI*, 345, e5205.
45. Starfield, B., Lemke, K. W., Herbert, R. et al. (2005). Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med*, 3, pp. 215–222.
46. Tinetti, M. E., Fried, T. R. and Boyd, C. M. (2012). Designing health care for the most common chronic condition-multimorbidity. *JAMA*, 307, pp. 2493–2494.
47. Uijen, A. A. and Van de Lisdonk, E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract*, 14, pp. 28–32.
48. Van Oostrom, S. H., Picavet, H. S. J., Bruin, S. R. et al. (2014). Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Fam Pract*, 15, p. 61.
49. Vogeli, C., Shields, A. E., Lee, T. A., Gibson, T. B., Marder, W. D., Weiss, K. B. et al. (2007). Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, caremanagement, and costs. *J Gen Intern Med*, 22, pp. 391–395.
50. Wikstrom, K., Lindstrom, J., Harald, K. et al. (2015). Clinical and lifestyle-related risks factors for incident multimorbidity: 10-year follow-up of Finnish population-based cohorts 1982-2012. *Eur J Intern Med*, 26, pp. 211–216.
51. Wolff, J., Starfield, B. and Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*, 162, pp. 2269–2276.
52. Yanick, R., Ershler, W., Satariano, W. et al. (2007). Report of the national institute on aging task force on comorbidity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62, p. 275.

Dr. Branko Gabrovec, Nacionalni inštitut za javno zdravje Ljubljana.

E-naslov: branko.gabrovec@nijz.si

Dr. Jelka Zaletel, Univerzitetni klinični center Ljubljana.

E-naslov: jelka.zaletel@kclj.si

Študenti fizioterapije in higiena rok

Znanstveni članek

UDK 615.8:378+613

KLJUČNE BESEDE: fizioterapija, preprečevanje okužb, zdravstvo, razkuževanje rok, umivanje rok

POVZETEK - Fizioterapevti so kot zdravstveni delavci pomemben člen pri preprečevanju okužb, povezanih z zdravstvom. Upoštevanje priporočil za izvajanje higijene rok je odvisno od znanja in stališč, ki jih imajo zdravstveni delavci do te problematike. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je znanje študentov fizioterapije o higieni rok in kako gledajo nanjo. Anketirali smo 148 študentov fizioterapije. Rezultati raziskave so pokazali, da večina študentov fizioterapije ima pozitivna stališča do higijene rok. Do trditve, ki so definirale situacije, ko je higieno rok dovoljeno izpustiti (npr. preobremenjenost, odsotnost primernega mila, umazan umivalnik), so se opredelili zelo neenotno. Pomanjkljivo znanje so pokazali na področju razkuževanja in umivanja rok. Večjih razlik med letniki študija nismo opazili. Rezultati kažejo potrebo, da se študenti v celotnem študijskem programu poglobljeno in sistematično izobražujejo o higieni rok, s posebnim poudarkom na aktivnih oblikah učenja (simulacije, študije primerov, aktivno klinično usposabljanje).

Scientific article

UDC 615.8:378+613

KEY WORDS: physiotherapy, prevention of health-care-associated infections, hand disinfection, hand washing

ABSTRACT - Physiotherapists as the healthcare professionals play an important part in preventing infections associated with health care. Compliance with guidelines for the implementation of hand hygiene is largely dependent on the beliefs, knowledge and attitudes of healthcare workers. The aim of the study was to determine the beliefs and knowledge of physiotherapy students about hand hygiene. The questionnaire was used to determine our results and the respondents were 148 students of physiotherapy. The results showed that the majority of respondents had positive beliefs about hand hygiene. The situations when hand hygiene may be omitted (e.g. having too much work, the lack of adequate soap, a dirty sink) were estimated by the respondents diversely. They demonstrated the lack of knowledge in disinfection of hands and hand washing. The major differences between the years of study were not observed. The results further indicate the need for an in-depth and systematic education about hand hygiene throughout the study programme, with special emphasis on the use of active forms of learning (simulations, case studies, active clinical training).

1 Uvod

Higiena rok je temeljni ukrep pri preprečevanju prenosa mikroorganizmov v zdravstveni dejavnosti. Higiena rok je: razkuževanje, umivanje, uporaba rokavic in vzdrževanje zdrave kože rok. Slovenske smernice za higieno rok (Lužnik-Bufin, 2009), ki so usklajene s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (WHO Guidelines in Hand Hygiene in Health Care, 2009), navajajo, da je higiena rok nujna ob naslednjih petih priložnostih: 1) pred stikom z bolnikom, 2) pred aseptičnimi posegi, 3) po stiku z bolnikom, 4) po stiku z bolnikovimi tekočinami, izločki, izmečkom in iztrebkom ter 5) po stiku z bolnikovo okolico in pripomočki.

Roke praviloma razkužujemo in jih po potrebi zaščitimo z rokavicami. Prednost razkuževanja je v tem, da je učinkovitejše, saj z njim uničimo 100-krat več mikroorganizmov kot pri umivanju. Roke umivamo, ko so vidno umazane, kontaminirane z

biološkim materialom, mokre (kri, telesne tekočine), ob socialnih stikih in za vzdrževanje osebne higiene. Poleg tega, da higieno rok izvedemo ob vseh indikacijah, je pomembno tudi, da jo izvedemo pravilno (da so razkuženi/umiti vsi predeli rok, razkužilo nanešeno v zadostni količini) (Lužnik-Bufin, 2009).

Cilja higiene rok sta zmanjšati možnost širjenja občutljivih in odpornih sevov mikroorganizmov ob upoštevanju načel higiene rok (pridobiti znanje, jo izvajati) in tako preprečiti prenos mikroorganizmov pri istem bolniku s koloniziranega predela telesa na »čisto« področje in navzkrižnega prenosa od koloniziranega/okuženega bolnika ali kontaminirane okolice. V praksi je težko doseči sodelovanje zdravstvenega osebja ter usklajenost med potrebo in izvajanjem higiene rok. Pomanjkanje znanja, prepoznavanja priložnosti za higieno rok in vedenjske značilnosti zdravstvenega osebja, ki zmanjšajo izvajanje po navodilih, so tisti dejavniki, ki povečajo verjetnost okužb, povezanih z zdravstveno dejavnostjo in možnost prenosa povzročiteljev nalezljivih bolezni, tudi večkratno odpornih bakterij (Lužnik-Bufin, 2009).

Fizioterapevti se kot del zdravstvenega tima vključujejo v obravnavo pacienta, zato je tudi zanje pomembno, da upoštevajo navodila za higieno rok. To je posebej pomembno, kadar so vključeni v obravnavo pacientov, ki so lahko vir okužbe (pacienti z okužbo ali kolonizirani pacienti) ali pri katerih bi okužba lahko privedla do bistvenega poslabšanja njihovega zdravstvenega stanja (pacienti z ranami, z oslabeлим imunskim sistemom ali kronično bolni pacienti). Z upoštevanjem navodil za higieno rok pa ščitijo tudi sebe in sodelavce.

Raziskave o upoštevanju navodil za higieno rok so pokazale, da se zdravstveno osebje navodil drži od 5 % do 89 %, v povprečju 38,7%. Dejavniki, ki povečujejo upoštevanje navodil so ženski spol, poklic medicinska sestra (glede na ostale poklice v zdravstvu), dostopnost razkužil in drugih pripomočkov za higieno rok, podpora in nadzor institucije, nadrejenih in/ali sodelavcev, vzor pomembnih oseb, pozitivna stališča do higiene rok, zaznavanje tveganja za prenos infekcije, izobraževanje, pohvala ter drugi. Dejavniki, ki zmanjšujejo upoštevanje navodil za higieno rok, so preobremenjenost zaposlenih, predvsem medicinskih sester, sredstva za higieno rok, ki kožo dražijo, neprimerno locirani umivalniki, pomanjkanje sredstev za higieno rok, prepričanje, da imajo potrebe pacientov prednost pred higieno rok, pomanjkanje navodil oziroma smernic, pomanjkanje znanja, izkušenj in izobraževanja, premalo nagrad ali spodbud in mnogi drugi. Od poklicev v zdravstvu po slabšem upoštevanju navodil izstopajo zdravniki, srednje medicinske sestre, fizioterapevti in tehniki ter zaposleni v enotah nujne medicinske pomoči, na kirurških ali anestezioloških oddelkih (podrobnejši pregled dejavnikov je objavljen v delu WHO Guidelines in Hand Hygiene in Health Care (2009)).

V raziskavi, izvedeni leta 2001 v intenzivni enoti Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja Kliničnega centra Ljubljana (Grilc et al., 2004), je bilo upoštevanje higiene rok visoko (75 %) in so ga pripisali uvedbi poenostavljenih higienskih ukrepov, ki so namesto umivanja predvidela predvsem razkuževanje rok. V raziskavi so opazovali tudi 3 fizioterapevte, ki so eno od oblik higiene rok izvedli le v 67 % primerih indikacij. V omenjeni raziskavi sicer poklicna skupina, spol in starost niso

bili dejavniki, ki bi vplivali na higieno rok osebja. V raziskavi, ki je potekala 13 let kasneje v Splošni bolnišnici Jesenice na različnih oddelkih (Agbaba, 2014), je bilo upoštevanje navodil s strani zdravstvenih delavcev še višje in je znašalo 86%. V tej raziskavi je sodelovalo 8 fizioterapevtov, ki so izvedli eno od oblik higiene rok v 94 % primerih indikacij. Ker je v obeh primerih število sodelujočih fizioterapevtov in indikacij za higieno rok pri njih nizko, gre le za grobe ocene dejanskega upoštevanja navodil za higieno rok.

Študenti so populacija, ki skozi izobraževalni sistem pridobiva znanje, veščine in vedenje, ki pomembno vplivajo na kakovost ob vstopu v delovni proces ob zaključku študija. Študenti fizioterapije, tako kot študenti drugih zdravstvenih strok, že med študijem vstopajo v klinično okolje, kjer opravljajo klinično prakso oziroma usposabljanje. Zanje je pomembno, da dobijo potrebno znanje, pa tudi veščine in vedenjske vzorce, vezane na higieno rok, že na začetku študija in jih do konca utrdijo, na kar opozarja tudi Bargellini et al. (2012). Pri tem imajo pomembno vlogo tako učitelji na fakulteti kot klinični mentorji v kliničnem okolju. Raziskave, opravljene s študenti zdravstvene nege in študenti medicine, so pokazale, da je slabše upoštevanje navodil za higieno rok povezano s pomanjkljivim znanjem, napačnimi stališči in slabimi vzorniki v kliničnem okolju (Kelcikova et al. 2012; van de Mortel et al., 2012; Gould in Drey, 2013; D'Alessandro et al., 2014; Lešer in Filej, 2015).

Namen raziskave je bil analizirati znanje študentov fizioterapije o higieni rok in njihova stališča do tega problema ter ugotoviti, ali se ta med študijem spremenijo, ali so odvisna od spola, starosti in zaposlenosti študentov.

2 Metodologija

Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Anketirani so bili študenti fizioterapije.

2.1 Instrument

Izdelan je bil vprašalnik, ki je bil prirejen po Van de Mortelu (2009). Razdeljen je bil v tri sklope in je vseboval 28 vprašanj. Prvi sklop se je nanašal na demografske podatke (4 vprašanja – spol, starost, letnik študija, zaposlitev), drugi sklop na stališča študentov do higiene rok (23 trditve) in tretji sklop na znanje o higieni rok (tabela s 13 trditvami). Anketiranci so stopnjo strinjanja s trditvami o higieni rok (drugi sklop vprašanj) izrazili na petstopenjski ordinalni lestvici: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - ne strinjam se, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam. Pri tretjem sklopu vprašanj so se odločali, ali je glede na dano situacijo treba roke: a) umiti, b) razkužiti, c) umiti in razkužiti, d) umiti ali razkužiti, e) niti umiti in niti razkužiti.

2.2 Vzorec

Uporabljen je bil namenski vzorec. Anketirani so bili študenti dodiplomskega študija fizioterapije Alma Mater Europaea. Anketa je bila ponujena v reševanje 373 študentom. Izpolnilo jo je 153 študentov. Analizirani so bili vprašalniki 148 anketirancev, ki so v celoti pravilno rešili anketo (40 % realizacija vzorca).

2.3 Zbiranje in analiza podatkov

Raziskava je potekala septembra 2015. Študentom je bila preko elektronske pošte poslana prošnja za izpolnitev vprašalnika s povezavo na spletni vprašalnik (aplikacija 1KA). Sodelovanje je bilo prostovoljno. Zagotovljena je bila anonimnost.

Podatke smo obdelali s statističnim paketom IBM SPSS Statistics 19 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Uporabili smo naslednje statistične metode za ugotavljanje razlik med skupinami pri odgovorih, ki so bili izraženi v ordinalni lestvici: opisna statistika, Mann-Whitneyev U test (ugotavljanje razlike med spoloma), Spearmanov korelacijski koeficient (ugotavljanje korelacije med starostjo in strinjanjem s trditvami), Kruskal-Wallisov test (ugotavljanje razlike med letniki študija in med zaposlenostjo).

Za testiranje razlik med skupinami pri tretjem sklopu vprašanj smo uporabili preizkus hi kvadrat. Zaradi prenizkih frekvenc so bili vzorci združeni. V prvo skupino smo združili študente, ki so predvideli le eno obliko higijene rok (umivanje rok; razkuževanje rok; umivanje ali razkuževanje rok). V drugi skupini so bili študenti, ki so predvideli umivanje in razkuževanje rok. Zaradi zelo nizkih frekvenc odgovorov, da ni treba izvesti nobene od oblik higijene rok (ne umivanja in ne razkuževanja), le-teh pri preizkusu hi kvadrat nismo upoštevali. Za ta preizkus smo starost študentov združili v dva razreda, in sicer: mlajši od 25 let (94 študentov) ter stari 25 let in več (54 študentov).

Za statistično značilne smo v vseh primerih upoštevali vplive na ravni statistične značilnosti $p < 0,05$.

3 Rezultati

V nadaljevanju so prikazani rezultati anketiranja 148 študentov fizioterapije o higieni rok. Moških je bilo 44 (30 %) in žensk 104 (70 %). Stari so bili v povprečju $24,6 \pm 5,5$ let. Od 19 do 23 let je bilo starih 89 študentov (60 %), od 24 do 28 let je bilo starih 30 študentov (20 %), od 29 do 33 let je bilo starih 16 študentov (11 %), preostali (13 študentov, 9 %) so bili stari od 34 do 46 let. V prvi letnik je bilo vpisanih 42 študentov (28 %), v 2. letnik 53 (36 %), v 3. letnik 38 (26 %) in 15 študentov (10 %) je bilo absolventov. V zdravstvu je bilo zaposlenih 18 (12 %) študentov, 22 (15 %) jih je bilo zaposlenih izven zdravstva in 108 študentov (73 %) ni bilo zaposlenih.

Tabela 1: Stališča študentov fizioterapije do higijene rok (N = 148). Legenda: SN – sploh se ne strinjam, NS – ne strinjam se, N – niti se strinjam, niti se ne strinjam, S – strinjam se, PS – popolnoma se strinjam, PV ± SO – povprečna vrednost ranga ± standardni odklon)

<i>Trditev</i>	<i>SN</i>	<i>NS</i>	<i>N</i>	<i>S</i>	<i>PS</i>	<i>PV ± SO</i>
	<i>f%</i>	<i>f%</i>	<i>f%</i>	<i>f%</i>	<i>f%</i>	
<i>Sklop 1: Splošni pomen higijene rok</i>						
Higiena rok zmanjša smrtnost pacientov.	2,0	2,0	14,9	52,0	29,1	4,0 ± 0,8
Higiena rok zmanjša stroške zdravljenja, povezane z bolnišničnimi okužbami.	0,7	1,4	8,8	52,7	36,5	4,2 ± 0,7
Izvajanje higijene rok zmanjša mojo imunost.	21,6	47,3	20,9	6,1	4,1	2,2 ± 1,0
Umivanje rok po uporabi stranišča zmanjša prenos nalezljivih bolezni.	0,7	1,4	8,1	39,2	50,7	4,4 ± 0,8
<i>Sklop 2: Lastno delovanje v povezavi s higieno rok</i>						
Moja dolžnost je, da delujem kot vzornik oz. vzornica za druge zdravstvene delavce.	2,0	0,0	3,4	33,8	60,8	4,5 ± 0,8
Preprečevanje bolnišničnih okužb je pomemben del vloge zdravstvenega delavca.	0,7	0,7	0,7	26,4	71,6	4,7 ± 0,6
Verjamem, da imam moč spremeniti slabe navade na delovnem mestu.	2,0	2,0	28,4	43,9	23,6	3,9 ± 0,9
Svoje znanje o higieni rok lahko učinkovito prenesem v klinično prakso.	0,0	2,0	6,8	49,3	41,9	4,3 ± 0,7
Neizvajanje higijene rok se lahko smatra za malomarnost.	0,0	2,0	1,4	45,9	50,7	4,5 ± 0,6
Nenehno razmišljanje o higieni rok je naporno.	25,0	39,9	20,3	12,2	2,7	2,3 ± 1,1
Higiena rok je zame navada v mojem zasebnem življenju.	0,7	2,0	1,4	53,4	42,6	4,4 ± 0,7
<i>Sklop 3: Situacije, ki predstavljajo tveganje za opustitev higijene rok</i>						
Kadar sem zelo zaposlen oz. zaposlena, je bolj pomembno, da dokončam svojo nalogo, kot da izvedem higieno rok.	25,7	31,8	25,7	13,5	3,4	2,4 ± 1,1
Ne morem vedno izvesti higijene rok, ker imajo potrebe pacientov prednost.	29,1	36,5	21,6	11,5	1,4	2,2 ± 1,0
Sledim vzoru starejših zdravstvenih delavcev, ko se odločam ali izvesti ali ne izvesti higijene rok.	25,7	33,1	18,9	12,2	10,1	2,5 ± 1,3
Umazan umivalnik je lahko vzrok za neumivanje rok.	12,2	25,0	22,3	31,8	8,8	3,0 ± 1,2
Odsotnost primerne mila je lahko vzrok za neumivanje rok.	16,2	28,4	21,6	28,4	5,4	2,8 ± 1,2
Počutil oz. počutila bi se neprijetno, če bi moral oz. morala sodelavca opomniti na umivanje rok.	7,4	20,3	15,5	41,2	15,5	3,4 ± 1,2
Če se ne strinjam s hišnimi smernicami oz. priporočili, poiščem izsledke raziskav.	6,1	16,9	47,3	22,3	7,4	3,1 ± 1,0
<i>Sklop 4: Pomen higijene rok v izobraževalnih ustanovah (fakulteta, učne baze)</i>						
Higiena rok je pomemben del študijskega programa.	2,0	3,4	14,2	52,0	28,4	4,0 ± 0,9

Ustanove, kjer sem opravljal oz. opravljala klinično prakso, poudarjajo pomembnost higiene rok.	2,7	6,1	16,9	48,6	25,7	3,4 ± 1,0
Klinični mentorji poudarjajo pomembnost higiene rok.	1,4	10,8	16,9	46,6	24,3	3,8 ± 1,0
Klinični mentorji dosledno spoštujejo smernice za izvajanje higiene rok.	1,4	5,4	18,2	50,7	24,3	3,9 ± 0,9
Fizioterapevti dosledno spoštujejo smernice za izvajanje higiene rok.	0,7	4,7	16,2	53,4	25,0	4,0 ± 0,8

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

V tabeli 1 je predstavljeno strinjanje študentov fizioterapije s posameznimi trditvami, vezanimi na higieno rok. Prikazani so deleži in povprečni rang, skupaj s standardnim odklonom. V nadaljevanju je povzetek rezultatov iz tabele, skupaj s podatki o statistično značilnih razlikah med skupinami študentov (glede na spol, starost, letnik študija in zaposlitev). Kjer podatkov o statistično značilnih razlikah ni, pomeni, da statistično značilnih razlik med skupinami študentov pač ni (p je enak ali večji 0,05).

Študenti fizioterapije se večinoma strinjajo, da higiena rok zmanjša smrtnost pacientov (povprečno strinjanje s trditvijo ± standardni odklon je $4,0 \pm 0,8$) in stroške zdravljenja, povezane z bolnišničnimi okužbami ($4,2 \pm 0,7$) ter zmanjša prenos nalezljivih bolezni ($4,4 \pm 0,8$). Prav tako se večina ne strinja s trditvijo, da higiena rok zmanjša njihovo imunost ($2,2 \pm 1,0$).

Študenti se večinoma strinjajo, da je njihova dolžnost delovati kot vzorniki za druge zdravstvene delavce ($4,5 \pm 0,8$) in da je pomemben del njihove vloge tudi preprečevanje bolnišničnih okužb ($4,7 \pm 0,6$). Verjamejo, da lahko svoje znanje o higieni rok prenesejo v klinično prakso ($4,3 \pm 0,7$). S to trditvijo se statistično značilno bolj strinjajo starejši študenti ($p = 0,003$), vendar je korelacija šibka (Spearmanov korelacijski koeficient je 0,244). Nekoliko manjše je strinjanje študentov s trditvijo, da lahko spremenijo slabe navade na delovnem mestu ($3,9 \pm 0,9$). S slednjo trditvijo se statistično značilno bolj strinjajo ženske ($p = 0,038$). Močno je tudi strinjanje s trditvama, da se neizvajanje higiene rok lahko smatra za malomarnost ($4,5 \pm 0,6$) in da je higiena rok za njih tudi navada v zasebnem življenju ($4,4 \pm 0,7$). Večina se jih ne strinja s trditvijo, da je nenehno razmišljanje o higieni rok naporno ($2,2 \pm 1,1$).

V zvezi s situacijami, ki lahko predstavljajo tveganje za neizvajanje higiene rok, so imeli študenti bolj deljeno mnenje. Večina študentov se ni strinjala s trditvijo, da je bolj pomembno, da dokončajo svojo nalogo, ko so zelo zaposleni, kot da izvedejo higieno rok ($2,4 \pm 1,1$), vseeno je bila četrtina študentov neodločenih in 16 % se jih je s to trditvijo strinjalo. Podobno je bilo strinjanje s trditvijo, da ne morejo vedno izvesti higiene rok, ker imajo potrebe pacientov prednost ($2,2 \pm 1,0$). Večinoma tudi ne sledijo vzoru starejših zdravstvenih delavcev, kadar so v dvomih, ali izvesti higieno rok ali ne ($2,5 \pm 1,3$). Mlajši študenti sicer statistično značilno bolj sledijo starejšim vzornikom ($p = 0,001$, vendar Spearmanov korelacijski koeficient nakazuje šibko povezanost, saj znaša $-0,273$). Približno tretjina študentov meni, da sta umazan umivalnik (40 %; povprečno $3,0 \pm 1,2$) in odsotnost primerne mila (34 %; $2,8 \pm 1,2$) lahko vzroka za neumivanje rok. Z obema trditvama se statistično značilno bolj strinjajo

moški ($p \leq 0,000$ in $p = 0,005$). Večina študentov bi se počutila neprijetno, če bi morala sodelavca opomniti na umivanje rok ($3,4 \pm 1,2$). Pri trditvi, da če se ne strinjajo s hišnimi smernicami, poiščejo izsledke raziskav, je bilo največ študentov neodločenih ($3,1 \pm 1,0$). Statistično značilno so se s trditvijo strinjali zaposleni (0,024) ter starejši ($p = 0,001$, vendar zelo šibka povezava, saj je Spearmanov korelacijski koeficient le 0,280).

Študenti se večinoma strinjajo s trditvijo, da je higiena rok pomemben del študijskega programa ($4,0 \pm 0,9$). S trditvijo se statistično značilno bolj strinjajo ženske ($p = 0,001$).

Večinoma so se študenti strinjali s trditvami, da ustanove, kjer so opravljali klinično prakso poudarjajo pomen higiene rok ($3,4 \pm 1,0$) in da so ga poudarjali tudi klinični mentorji ($3,8 \pm 1,0$). Po mnenju študentov klinični mentorji in fizioterapevti dosledno spoštujejo higieno rok (klinični mentorji $3,9 \pm 0,9$ in fizioterapevti $4,0 \pm 0,8$).

Tabela 2: Mnenja študentov fizioterapije o tem, katero obliko higiene rok je treba izvesti ob dani priložnosti (N = 148). Legenda: U – umivanje rok, R – razkuževanje rok.

<i>Priložnost za higieno rok</i>	<i>U</i>	<i>R</i>	<i>U in R</i>	<i>U ali R</i>	<i>ne U, ne R</i>
	<i>f%</i>	<i>f%</i>	<i>f%</i>	<i>f%</i>	<i>f%</i>
Po uporabi stranišča.	49,3	0,7	40,5	8,8	0,7
Po stiku s potencialno kužnim predmetom.	2,0	18,9	74,3	4,7	0,0
Pred stikom s pacientom.	14,2	48,6	29,1	7,4	0,7
Po fizičnem kontaktu s pacientom.	6,1	41,9	41,2	10,8	0,0
Če so roke vidno umazane oz. imam občutek, da so umazane.	55,4	2,7	35,8	6,1	0,0
Po stiku s krvjo.	5,4	7,4	83,1	4,1	0,0
Po stiku s telesnimi tekočinami.	4,1	6,1	87,2	2,7	0,0
Po stiku s pacientovimi izločki.	2,7	5,4	91,2	0,7	0,0
Pred invazivnim postopkom.	2,0	16,9	80,4	0,7	0,0
Po invazivnem postopku.	2,0	15,5	81,1	1,4	0,0
Pred vstopom v sobo za izolacijo.	2,7	38,5	53,4	4,7	0,7
Po izstopu iz sobe za izolacijo.	3,4	27,7	65,5	2,7	0,7
Po odstranitvi rokavic.	23,6	33,8	31,8	7,4	3,4

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

V tabeli 2 so prikazana mnenja študentov, katera oblika higiene rok je potrebna ob navedeni priložnosti. Odgovor »umivanje rok« prevladuje v le dveh priložnostih: če so roke vidno umazane oz. imam občutek, da so umazane (55,4 % študentov) ter po uporabi stranišča (49,3 %). Odgovor »razkuževanje rok« prevladuje ob naslednjih priložnostih: pred stikom s pacientom (48,6 %), po fizičnem kontaktu s pacientom (41,9 %) in po odstranitvi rokavic (33,8 %). V vseh ostalih situacijah prevladuje odgovor »umivanje in razkuževanje rok« (deleži pri tem odgovoru se gibljejo od 29,1 do 91,2 %). Po en študent je navedel, da higiena rok ni potrebna (ne umivanje in ne razkuževanje rok) po uporabi stranišča, pred stikom s pacientom, pred vstopom in po

izstopu iz sobe za izolacijo. Pet študentov meni, da higiena rok ni potrebna po odstranitvi rokavic.

Statistično značilnih razlik med spoloma, letniki, zaposlitvenim statusom in starostjo ni bilo, razen v naslednjih primerih. Pri priložnosti po stiku s potencialno kužnim predmetom, je statistično značilno več žensk ($p = 0,002$) in mlajših študentov ($p = 0,045$) izbralo odgovor »umivanje in razkuževanje rok«. Pri priložnosti pred vstopom v sobo za izolacijo, so statistično značilno ($p = 0,015$) pogosteje izbrali odgovor »umivanje in razkuževanje rok« študenti prvega letnika, kjer delež takšnih odgovorov znaša 71 % in nato pade na le 27 % pri absolventih. »Če so roke vidno umazane ...« je statistično značilno ($p = 0,023$) večji delež študentov prvega in drugega letnika izbral odgovor umivanje in razkuževanje kot študenti višjih letnikov. Nasprotno pa bi po invazivnem postopku statistično značilno ($p = 0,045$) več študentov višjih letnikov izvedlo obe obliki higiene rok.

4 Razprava

V raziskavi o higieni rok med študenti fizioterapije je sodelovalo 148 študentov od prvega letnika študija do absolventskega staža. V vzorcu so prevladovali ženske, študenti, stari do 23 let in nezaposleni študenti. Le 12 % študentov je bilo zaposlenih v zdravstvu in zanje predvidevamo, da so imeli izkušnje s higieno rok v kliničnem okolju. Za ostale predvidevamo, da so se s higieno rok spoznavali temeljiteje preko študija fizioterapije.

Rezultati naše raziskave kažejo, da se študenti fizioterapije dobro zavedajo pomena higiene rok pri omejevanju okužb, povezanih z zdravstvom, in finančnih posledic le-teh. Zavedajo se, da so tudi oni pomemben člen v verigi preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom. Verjamejo, da lahko spremenijo slabe navade na delovnem mestu in da imajo za to potrebno znanje. Večjo razpršenost odgovorov in slabše strinjanje s priporočili smo zaznali pri trditvah, ki so se nanašale na situacije, ki v kliničnem okolju lahko otežijo izvedbo higiene rok (umazan umivalnik, pomanjkanje mila, preobremenjenost zaposlenih, pomanjkanje časa). Moški značilno pogosteje menijo, da sta pomanjkanje mila in umazan umivalnik zadostna razloga za opustitev higiene rok.

Čeprav študenti sami sebe vidijo kot vzornike za druge zdravstvene delavce, se v dvomih ne zatečejo po pomoč k starejšim kolegom, razen nekaterih, predvsem mlajših. Kadar se ne strinjajo s hišnimi smernicami, pa značilno pogosteje poiščejo izsledke raziskav zaposleni in starejši študenti, kar kaže na velik pomen delovnih izkušenj.

Rezultati kažejo, da je vedno velikemu deležu študentov neugodno, če bi morali sodelavca opozoriti na higieno rok. V nekaterih državah že potekajo programi, ki to spodbujajo. Ponekod v to vključujejo tudi paciente (Matos, 2013). Na tem področju bo treba v Sloveniji vse deležnike še izobraževati.

Pomen higijene rok po mnenju študentov fizioterapije slabše poudarjajo inštitucije, bolj pa klinični mentorji. Po mnenju študentov, klinični mentorji in fizioterapevti dokaj dosledno spoštujejo higieno rok, kar je zelo pomembno, saj so vzorniki študentom.

Rezultati raziskave so primerljivi z rezultati raziskave, opravljene med študenti zdravstvene nege v Sloveniji (Lešer in Filej, 2015). Večje razlike so bile pri trditvah: Higiena rok je pomemben del študijskega programa, kjer je bilo manjše strinjanje s to trditvijo pri fizioterapevtih; Fizioterapevti dosledno spoštujejo smernice za izvajanje higijene rok (pri študentih zdravstvene nege se je trditev nanašala na izvajalce zdravstvene nege), kjer je bilo strinjanje s trditvijo višje pri študentih fizioterapije ter pri trditvi Sledim vzoru starejših zdravstvenih delavcev, ko se odločam, ali izvesti ali ne izvesti higijene rok, kjer je bilo strinjanje prav tako višje pri študentih fizioterapije. Rezultati so verjetno odraz tega, da je pri izvajalcih zdravstvene nege več priložnosti za higieno rok kot pri fizioterapevtih v določeni časovni enoti. Prav tako imajo študenti zdravstvene nege več kliničnega usposabljanja in tako več možnosti za opazovanje izvajalcev zdravstvene nege v delovnem okolju.

Naši podobni raziskavi sta bili opravljene tudi med italijanskimi (Van de Mortel et al., 2012) in grškimi (Van de Mortel et al., 2010) študenti zdravstvene nege in medicine. Ugotovili so, da imajo medicinske sestre več znanja o higieni rok in da izražajo bolj pozitivna stališča do higijene rok kot študenti medicine. Vzrok je manj ur, namenjenih tej temi, v programu medicine. Pri obeh skupinah so ugotovili pomanjkljivosti v znanju in vedenju. Izrazili so potrebo po bolj učinkovitem izobraževalnem sistemu, pri katerem bi bile vsebine vključene v vse letnike študija in bi jih pogosto preverjali. Kot bolj učinkovite oblike učenja so predlagali učenje v kliničnem okolju ter v obliki laboratorijskih in drugih vaj.

Vedno več je dokazov, da je za uspešno zmanjševanje okužb, povezanih z zdravstvom, potreben večplastni/multimodalni pristop. Treba je doseči spremembo vedenja pri vseh udeleženi v delovnem procesu. Na to vplivamo s sistemsko oblikovano strategijo, ki vključuje izobraževanje, sistemske spremembe in tudi motivacijo (Matos, 2013). V izobraževanje o higieni rok je treba vključiti študente zdravstvenih strok že od prvega letnika dalje in tudi njihove klinične mentorje. Študenti fizioterapije iz naše raziskave se večinoma strinjajo, da je higiena rok pomemben del študijskega programa. S tem se značilno bolj strinjajo ženske. Bargellini et al. (2012) opozarjajo, da morajo biti vsebine o higieni rok za preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom, vključene v program izobraževanja že na začetku, saj se s tem poveča upoštevanje navodil v kliničnem okolju. Higiena rok je pri študiju fizioterapije vključena v splošne in predmetnospecifične programe skozi vse letnike študija in na ta način naj bi se zagotavljala nadgradnja znanja in povečevala doslednost pri upoštevanju smernic. V našem primeru statistično značilnih razlik med letniki nismo zaznali, razen pri tretjem sklopu vprašanj, kjer so študenti nižjih letnikov v dveh primerih pogosteje izbirali odgovor »umivanje in razkuževanje« kot študenti višjih letnikov. Obratno je bilo v enem primeru. O vplivu letnika študija tako v našem primeru ne moremo govoriti.

Naša raziskava je pokazala, da preveč študentov meni, da je treba roke v kliničnem okolju vsakokrat umiti in razkužiti (za vse navedene priložnosti se delež giblje

od 29,1 do 91,2 %). Obe obliki je glede na priporočila (Lužnik-Bufon, 2009) smiselno izvesti le, kadar pridemo v stik s pacientovimi izločki ali tekočinami. V našem primeru se delež pri teh odgovorih giblje med 83,1 in 91,2 %, kar je ustrezno. Roke umivamo (v našem primeru) po uporabi stranišča, kadar so vidno umazane ali po odstranitvi napudranih rokavic. V ostalih primerih se zaradi večje učinkovitosti in krajšega postopka priporoča samo razkuževanje. V naši raziskavi se delež pri takšnih priložnostih za higieno rok giblje med 15,5 in 48,6 %. Slabo poznavanje priporočil o higieni rok so pokazali tudi grški študenti zdravstvene nege in medicine (Van de Mortel et al., 2010). Raziskavi, opravljeni v kliničnem okolju v Sloveniji, dokazujeta, da je razkuževanje prevladujoča oblika higiene rok pri nas (Agbaba, 2014; Grilc, 2004). Umivanje in razkuževanje rok pred ali po indikaciji za higieno rok je zamudno in dodatno neugodno za kožo rok, kadar se izvaja prepogosto (Larson, 2001; WHO Guidelines in Hand Hygiene in Health Care: a Summary, 2009). Glede na naše rezultate menimo, da študenti fizioterapije premalo poznajo realne situacije, ki se pojavljajo v kliničnem okolju.

Osnovne veščine preprečevanja in obvladovanja okužb, povezanih z zdravstvom, se študenti zdravstvenih strok običajno učijo znotraj ene stroke in zunaj kliničnega okolja. V realnem kliničnem okolju so nato pogosto postavljeni v kognitivno zahtevne in kompleksne situacije, v katerih morajo pogosto delovati v interdisciplinarnem timu. V takšnih okoliščinah je upoštevanje standardov preprečevanja in obvladovanja okužb pogosto slabo. Luctkar-Flude et al. (2014, 2016) zato predlagajo, da bi se študenti zdravstvenih strok (medicine, zdravstvene nege, fizioterapije, delovne terapije) veščine preprečevanja in obvladovanja okužb, povezanih z zdravstvom, učili v okviru simulacij, kjer bi sodelovali v interdisciplinarnem timu. V ta namen bi lahko podobne module uvedli tudi v slovenskem prostoru. Izobraževanje bi bilo mogoče izvajati znotraj visokošolskih institucij ali drugih simulacijskih centrov v Ljubljani in Mariboru. Na ta način bi bili tudi študenti fizioterapije bolj pripravljani na pravilno ravnanje v zahtevnih situacijah.

V prihodnosti bi bilo dobro opraviti raziskavo na večjem vzorcu študentov fizioterapije ter izvesti še opazovanje študentov v kliničnem okolju, da bi se dejansko videlo, kako uporabljajo pridobljeno znanje in ali so potrebne kakšne dodatne prilagoditve pedagoškega procesa na šoli in tudi v kliničnem okolju (npr. v obliki dodatnega izobraževanja kliničnih mentorjev).

5 Zaključki

Študenti fizioterapije izkazujejo pozitivna prepričanja do higiene rok. Situacije, ki odstopajo od idealne, veliko študentov ocenjuje kot opravičljive, da se higiene rok ne izvede. Večje pomanjkanje se je pokazalo tudi v znanju, kdaj roke razkuževati in kdaj umivati. Rezultati kažejo na potrebo po dodatnem in poglobljenem izobraževanju študentov fizioterapije s področja higiene rok, saj so tudi fizioterapevti kot zdravstveni delavci pomemben člen pri preprečevanju okužb, povezanih z zdravstvom. Izobraževanje naj vključuje sodobne oblike poučevanja, kot so simulacije, študije primerov in dobro vodeno klinično usposabljanje, po možnosti znotraj interdisciplinarnega tima.

Vladka Lešer, PhD, Bojana Filej, PhD

Students of Physiotherapy and Hand Hygiene

Hand hygiene is a basic measure to prevent the transmission of microorganisms in health care. The Slovenian guidelines for hand hygiene (Lužnik-Bufin, 2009) are consistent with the Five Moments for Hand Hygiene guidelines of the World Health Organization (WHO) (WHO Guidelines and Hand Hygiene in Health Care, 2009). The main objective of hand hygiene is to reduce the possibility of the spread of microorganisms. In practice, it is difficult to achieve the compliance of healthcare professionals and coordination between the needs and implementations of hand hygiene. The lack of knowledge as well as the lack of identification of opportunities for hand hygiene and behavioural characteristics of healthcare professionals reducing the compliance, are the factors that increase the likelihood of healthcare-associated infections (Lužnik-Bufin, 2009). Physiotherapists are, as the members of healthcare team, involved in the treatment of patients. Therefore, it is important for them to follow the guidelines for hand hygiene.

The researches, which investigated the adherence to hand hygiene, have shown that the adherence of healthcare workers to recommendations is between 5% and 89%, on average 38.7%. Factors that reduce adherence to hand hygiene recommendations are overviewed in the WHO Guidelines and Hand Hygiene in Health Care (2009). According to the surveys carried out in two Slovenian hospitals (Grilc et al., 2004; Agbaba, 2014), the adherence to hand hygiene recommendations was high (75% and 86 %, respectively). The study also involved some physiotherapists who had hand hygiene performed only in 67% cases of indications in the first study and in 94% in the second study.

Students are the population who acquires knowledge, skills and behaviours through the education system, important for their quality work when entering the work process at the end of their studies. Students of physiotherapy enter the clinical environment already during the study process, where they have clinical practice or training. It is therefore important that they acquire the necessary knowledge, skills and behaviours related to hand hygiene at the beginning of their studies and consolidate them until the end, as also concluded by Bargellini et al. (2012). Both, teachers at the faculty and clinical supervisors in the clinical setting play an important role in this process. Researches conducted on students of nursing and medical students have shown that the poor adherence to hand hygiene was associated with the lack of knowledge, wrong beliefs and views, and bad role models in the clinical settings (Kelicikova et al. 2012; van de Mortel et al., 2012; Gould and Drey, 2013; D'Alessandro et al., 2014; Lešer and Filej, 2015). The aim of this study was to analyse the beliefs and knowledge of physiotherapy students about hand hygiene and to determine whether they change during the study, and if they are gender, age or employment status dependent. Data were collected using a structured questionnaire adapted from van de Mortel (2009). It contained three sets of questions – demographic information, beliefs of students about hand hygiene, and knowledge of hand hygiene. The respondents were students of physiotherapy from Alma Mater Europaea, Maribor, Slovenia. The

survey was conducted in September 2015. A request to complete the online questionnaire was sent to 373 students through e-mail. Participation was voluntary, and responses were confidential. 148 completely and correctly solved questionnaires were analysed (40% realisation of the sample). There were 44 male (30%) and 104 female (70%) respondents in our sample. They were on average 24.6 ± 5.5 years old. Students came from all years of study. 12% of students were employed in the healthcare sector, 15% of them were employed outside the healthcare sector and 73% of students were unemployed. The data were analysed with statistical package IBM SPSS Statistics 19 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). We used the following statistical methods: descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Spearman correlation coefficient, Kruskal-Wallis test, and chi-square test.

Our results indicate that the students of physiotherapy are well aware of the importance of hand hygiene in prevention of healthcare-associated infections, financial implications of it and their own role in prevention. They believe that they have the power and the necessary knowledge to change poor practices in the workplace. A different opinion of students (and probably lower compliance to recommendations in a real setting) was observed in situations in the clinical setting where it would be difficult to carry out hand hygiene (a dirty sink, the lack of soap, overburdening staff, the lack of time). The importance of hand hygiene, according to students of physiotherapy, is less stressed in institutions as such, but more by clinical supervisors. As stated by the students, the clinical supervisors and physiotherapists fairly consistently adhere to recommendations. That is very important, because they act as role models for students.

The survey results are comparable with the survey carried out among the students of nursing in Slovenia (Lešer and Filej, 2015). Similar studies have been carried out between Italian (van de Mortel et al., 2012) and Greek (van de Mortel et al., 2010) students of nursing and medicine. They found out that nursing students have more knowledge about hand hygiene and they express more positive attitudes towards hand hygiene than medical students. The reason was the fewer hours devoted to this topic in the medicine programme. In both groups the shortcomings in knowledge and behaviour were found. Authors expressed the need for more effective educational system. As more effective forms of learning they have suggested learning in the clinical setting and in the form of laboratory and other exercises.

There is a growing evidence that successful reduction of healthcare-associated infections requires a multi-layered / multi-modal approach (Matos, 2013). In education about hand hygiene is necessary to include health professions students from the first year onwards and also their clinical supervisors. Students of physiotherapy from our study had in high proportion agreed that hand hygiene is an important part of the study program. Bargellini et al. (2012) pointed out that the prevention of healthcare-associated infections should be part of the training program from the beginning of study program, as this increases the compliance in the clinical setting. In our case, no statistically significant differences between years of study were noticed in most cases.

Our results show that too many students believe that it is necessary to do both, wash and disinfect hands at most occasions (for all of the listed opportunities the

share ranges from 29.1% to 91.2%). Both forms, according to the recommendations (Lužnik-Bufon, 2009), are meaningful to perform only when we come into contact with the patient's secretions or liquids. Washing hands is recommended after going to the toilet, when hands are visibly dirty, or after removal of powdered gloves. In other cases, due to greater efficiency and shorter procedure, only disinfection is recommended. In our study the students would disinfect hands only in between 15.5% and 48.6% of situations. The Greek students of nursing and medicine also showed poor knowledge of the hand hygiene recommendations (van de Mortel et al., 2010). The survey carried out in a clinical setting in Slovenia showed that the prevalent form of hand hygiene is disinfection (Agbaba, 2014; Grilc, 2004). Cleaning and disinfecting hands before or after the indication for hand hygiene is time-consuming and can damage hand skin when it is performed too often (Larson, 2001; WHO Guideline on Hand Hygiene and Health Care: a Summary, 2009).

Students of healthcare professions usually learn the basic skills of prevention of healthcare-associated infections within one discipline and outside the clinical environment. In the real clinical setting they are often placed in cognitively demanding and complex situations, working in an interdisciplinary team. In such circumstances, compliance with standards of prevention and control of healthcare-associated infections guidelines are often poor. Luctkar-Flude et al. (2014, 2016) therefore propose that students of healthcare professions (medicine, nursing, physiotherapy, occupational therapy) acquire skills of infection prevention and control in the context of simulations, with the participation of the interdisciplinary team. Similar learning modules could also be introduced in the Slovenian area. Modules could be implemented within the higher education institutions programmes or carried out in simulation centres in Ljubljana and Maribor.

In the future it would be recommended to do a research on a larger sample of students of physiotherapy and proceed to the observation of students in the clinical setting in order to actually see how they are implementing their knowledge. In that way, the need for any further adjustment of the educational process in the school itself and also in the clinical setting (e.g. in the form of additional clinical training of trainers) could be identified as well.

Students of physiotherapy show positive beliefs about hand hygiene. The situations that deviate from the ideal, many students evaluated as justifiable to abandon hand hygiene. The lack of knowledge was identified in case of dilemma, whether to disinfect hands or/and wash them. The results indicate the need for additional in-depth education of students of physiotherapy in the field of hand hygiene. Education should include modern forms of teaching such as simulations, case studies and well-run clinical training, preferably within an interdisciplinary team.

LITERATURA

1. Agbaba, D. (2014). Rezultati opazovalne študije higiene rok zdravstvenih delavcev v splošni bolnišnici Jesenice. Diplomsko delo. Jesenica: Fakulteta za zdravstvene vede.

2. Bargellini, A., Borella, P., Ferri, P., Ferranti, G. and Marchesi, I. (2012). Hand hygiene in nursing and medical students during training: a pilot study on knowledge, practices and impact on bacterial contamination. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 31, št. 3, str. 123–130.
3. D'Alessandro, D., Agodi, A., Auxilia, F., Brusafiero, S., Calligaris, L., Ferrante, M. et al. (2014). Prevention of healthcare associated infections: medical and nursing students' knowledge in Italy. *Nurse Education Today*, 34, št. 2, str. 191–195.
4. Gould, D. and Drey, N. (2013). Student nurses' experiences of infection prevention and control during clinical placements. *American Journal of Infection Control*, 41, št. 9, str. 760–763.
5. Grilc, T., Muzlovič, I., Jereb, M. and Trampuž, A. (2004). Higiena rok zdravstvenega osebja v intenzivni enoti. *Medicinski razgledi*, št. 43, str. 45–53.
6. Kelcikova, S., Skodova, Z. and Straka, S. (2012). Effectiveness of hand hygiene education in a basic nursing school curricula. *Public Health Nursing*, 29, str. 2, 152–159.
7. Larson, E. (2001). Hygiene of the skin: when is clean too clean? *Emerging Infective Disease*, 7, št. 2, str. 225–230.
8. Lešer, V. and Filej, B. (2015). Stališča študentov zdravstvene nege do higiene rok. V Kregar Velikonja, N. in Blažič, M. (ur.). *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu [Elektronski vir]: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca, 14. november 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede*, str. 202–208.
9. Luctkar-Flude, M., Baker, C., Hopkins-Rosseel, D., Pulling, C., McGraw, R., Medves, J., Krause, A. and Brown, C. A. (2014). Development and evaluation of an interprofessional simulation-based learning module on infection control skills for prelicensure health professional students. *Clinical Simulation in Nursing*, 10, št. 8, str. 395–405.
10. Luctkar-Flude, M., Hopkins-Rosseel, D., Jones-Hiscock, C., Pulling, C., Gauthier, J., Knapp, A., Pinchin, S. and Brown, C. A. (2016). *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 2, str. 25–31.
11. Lužnik-Bufon, T. (ur.) (2009). *Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo*. 2. dop. izd. Ljubljana: MZ RS. Pridobljeno dne 2. 11. 2012 s svetovnega spleta: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_osebni/NAKOBO_junij_2010/MZ_Smernice_2009_ORIG_SKUPNO_010610.pdf.
12. Matos, T. (2013). Nova spoznanja na področju obvladovanja okužb, povezanih z zdravstvom. *Medicinski razgledi*, 52, št. 6, str. 89–98.
13. Van de Mortel, T. (2009). Development of a questionnaire to assess health care students' hand hygiene knowledge, beliefs and practices. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26, št. 3, str. 9–18.
14. Van de Mortel, T., Apostolopoulou, E. A. and Petrikkos, G. L. (2010). A comparison of hand hygiene knowledge, beliefs, and practices of Greek nursing and medical students. *American Journal of Infection Control*, 38, št. 1, str. 75–77.
15. Van de Mortel, T. F., Kermodé, S., Prozano, T. and Sansoni, J. (2012). A comparison of the hand hygiene knowledge, beliefs and practices of Italian nursing and medical students. *Journal of Advanced Nursing*, 68, št. 3, str. 569–579.
16. WHO Guidelines and Hand Hygiene in Health Care. (2009). World Health Organisation. Pridobljeno dne 2. 11. 2014 s svetovnega spleta: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf?ua=1.
17. WHO Guidelines and Hand Hygiene in Health Care: a summary. (2009). World Health Organisation. Pridobljeno dne 10. 5. 2016 s svetovnega spleta: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/who_guidelines-handhygiene_summary.pdf.

Dr. Vladka Lešer, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto.

E-naslov: vladka.leser@guest.arnes.si

Dr. Bojana Filej, docentka na Alma Mater Europaea - ECM in na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto.

E-naslov: bojana.filej@gmail.com

Stališča študentov zdravstvene nege o komplementarnem zdravljenju

Znanstveni članek

UDK 616-083:615.8

KLJUČNE BESEDE: komplementarno zdravljenje, čaji, zdravilne rastline, izobraževanje, študenti, zdravstvena nega, razvoj kompetenc, integrativna zdravstvena nega

POVZETEK - Razširjenost komplementarnega zdravljenja se med pacienti povečuje. Študentje zdravstvene nege v drugih državah so mu naklonjeni, potrebne informacije pa so vključene tudi v njihovo izobraževanje. Za preverjanje stališč študentov zdravstvene nege je bila kot del projekta »Razvijanje kompetenc za izvajanje integralne nege in oskrbe pacienta: Sestra, moj čaj, prosim!« izpeljana pilotska raziskava na primeru 82 študentov zdravstvene nege ene fakultete. Uporabili smo namensko razviti anketni vprašalnik. Rezultati so pokazali pozitivna stališča do komplementarnega zdravljenja in do pitja čaja iz zdravilnih rastlin za dobro počutje - preventivo in za zdravljenje pacientov. Anketa je pokazala primanjkljaj znanja s tega področja na ravni Slovenije in slabšo kritičnost študentov glede ocene lastnega znanja. Izobraževanje na področju zdravstvene nege je zahteva primerno strategijo razvoja potrebnih kompetenc za izvajanje integrativne zdravstvene nege in oskrbe.

Scientific article

UDC 616-083:615.8

KEY WORDS: complementary treatment, tea from medicinal plants, education, nursing students, competence development strategies, integrative nursing and care

ABSTRACT - The prevalence of using complementary treatment among patients is increasing. Nursing students in other countries show positive views on complementary treatment. Various strategies to integrate the necessary information in their education have been introduced. To verify the view of nursing students, the pilot case study as a part of the project Developing competencies for implementing integrative treatment and care of the patient: „Nurse, my tea, please!“ was carried out including 82 students of nursing care at a faculty. The survey was based on a non-probability sampling and a questionnaire. The results showed the presence of positive views on complementary treatment among the nursing students as well as their drinking of tea from medicinal plants for wellbeing – for prevention and the purposes of treatment. The problem of knowledge deficit in Slovenia regarding this area was indicated, including a less critical evaluation of students' own knowledge. A strategy for developing competences, needed for implementation of integrative nursing care, should be prepared in the system of nursing care education.

1 Uvod

V zadnjih desetletjih so se različne metode komplementarnega in alternativnega zdravljenja preselile med glavne teme na področju zdravstvenega varstva. Kaže se trend uveljavljanja integrativne medicine in zdravstvene nege (Hollenberg idr., 2009) ter postopne institucionalizacije posameznih oblik zdravljenja (Gale, 2014). Kot kažejo raziskave v Sloveniji, se, tako kot drugje v zahodnem svetu, število uporabnikov alternativnega in komplementarnega zdravljenja naglo povečuje in se giblje med 40 in 70 odstotki (Ernst in White, 2000; Nastran Ule, 2003; Kvas in Seljak, 2004; Zaloker in Zaloker, 2011). Ernst idr. (2004) opozarjajo, da morajo biti izvajalci zdravstvene nege poučeni o prednostih in slabostih komplementarnih in alternativnih terapij. Pri komplementarnem zdravljenju je npr. pereč problem interakcija med zdravili na re-

cept in različnimi pripravki za komplementarno zdravljenje, katerih uporaba pogosto ni nadzorovana (Kennedy idr., 2008; Loya idr., 2009).

Rezultati raziskav so pokazali, da je znanje izvajalcev zdravstvene nege o metodah in pristopu v komplementarnem zdravljenju močno povezano z njihovim dojemanjem učinkovitosti tega zdravljenja. Pristopi in metode, ki jih uporabljajo v praksi, so zelo podobni tistim, ki jih uporabljajo osebno (King idr., 2000; McDowell in Burman, 2004). Pri tem pa se pojavljajo pomisleki o kakovosti obstoječega izobraževanja, da bi bili doseženi enotni standardi za izvajalce zdravstvene nege. Gre za razmislek o doseganju kompetentnosti, ki je razumljena kot »presečišče med znanjem, veščinami, načini razmišljanja, stališči in vrednotami, pa tudi kot mobilizacija omenjenih komponent za njihov prenos v določen kontekst ali v realno situacijo, kar prinaša najboljša možna dejanja/rešitve v različnih situacijah in pri problemih, ki se lahko kadar koli pojavijo, z uporabo različnih virov« (Gomez del Pulgar, 2011, v European Federation of Nurses Associations, 2015).

V večini študij ugotavljajo, da imajo študentje izrazito pozitiven odnos do alternativnega in komplementarnega zdravljenja ter potrebo po novem znanju z vključevanjem teh vsebin v učne načrte pri predmetih s področja zdravstvene nege (Halcon, Chlan, Kreitzer, in Leonard, 2003; Kim, Erlen, Kim in Sok, 2006; Laurensen, MacDonald, McCready in Stimpson, 2006; Melland in Clayburgh, 2000). Wyatt in Post-White (2005) poudarjata, da je vključitev informacij o alternativnem in komplementarnem zdravljenju v obstoječe učne načrte zdravstvene nege pomembna, vendar pa npr. Xu (2004) ugotavlja, da so obseg in načini povezovanja lahko problematični, saj večina visokošolskih učiteljev nima za to potrebnega znanja. Na nekaterih visokošolskih institucijah za zdravstveno nego so informacije o alternativnem in komplementarnem zdravljenju vnesli kar v obstoječe učne načrte (Fenton in Moris, 2003; Richardson, 2003), v drugih pa so razvili posebne tečaje (Melland in Clayburgh, 2000; Pepa in Russell, 2000; Reed, Pettigrew in King, 2000).

Booth-LaForc s sodelavci (2010) kot primer dobre prakse predstavlja razvojni program za vključevanje informacij o alternativnem in komplementarnem zdravljenju, ki je sestavljen iz več elementov: npr. udeležba visokošolskih učiteljev na 4-tedenskem didaktično-izkustvenem poletnem taboru, didaktično-izkustveni tečaj za podiplomske študente itd. Kot dobra metoda se zaradi povečevanja zanimanja in razvijanja odnosa do alternativnega in komplementarnega zdravljenja kaže tudi izobraževanje z uporabo spletnega programa (Cook, Gelula, Lee, Bauer, Dupras in Schwartz, 2007). Sierpina idr. (2007) menijo, da je z integracijo vsebin v obstoječe učne načrte lažje doseči trajnost informiranja študentov o alternativnem in komplementarnem zdravljenju kot s spletnimi programi. Prvi način ima večjo trajnost od različnih časovno omejenih programov, katerih izvedba je odvisna od nadaljnjega interesa in strokovnosti posameznih visokošolskih učiteljev in vodstva fakultete. Pri tem pa ne smemo pozabiti, da je predmetnik za študente zdravstvene nege in drugih profilov v zdravstvu že zelo natrpan tudi brez dodajanja vsebin, povezanih z alternativnim in komplementarnim zdravljenjem (Lee idr., 2007; Sierpina idr., 2007).

1.1 Namen in cilj raziskave ter raziskovalno vprašanje

Namen raziskave je bil na znanstven način zbrati nove informacije o stališčih študentov glede komplementarnega zdravljenja, da bi bilo načrtovanje nadaljnjih obsežnejših raziskav in aktivnosti za razvoj kompetenc študentov zdravstvene nege za izvajanje integrativne zdravstvene nege in oskrbe bolj natančno. Osnovni cilj je bil pridobiti vpogled v stališča študentov zdravstvene nege. Oblikovano je bilo naslednje raziskovalno vprašanje: »Kakšna so stališča študentov zdravstvene nege o komplementarnem zdravljenju in pitju zdravilnega čaja?«

2 Metoda

Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Uporabili smo namensko razviti vprašalnik za spletno anketiranje v aprilu 2015 kot del projekta »Razvijanje kompetenc za izvajanje integralne nege in oskrbe pacienta: Sestra, moj čaj, prosim!« Zanesljivost razvitega instrumenta je bila še zadostna (Cronbachov koeficient $\alpha = 0,639$). V vzorec je bilo zajetih 82 (23 % vseh vpisanih) študentov zdravstvene nege dodiplomskega študija ene fakultete, ki so se odzvali na povabilo k sodelovanju preko elektronske pošte. Od tega je bilo 13 % moških in 87 % žensk, 26,8 % jih živi v mestu, 13,4% v predmestju, 59,8 % na podeželju. Večina (89,2 %) jih je rojenih med letoma 1981 in 2001. 31,3% študentov je iz prvega, 31,3 % iz drugega in 37,5 % iz tretjega letnika. 82 % je rednih in 16,3 % izrednih študentov. Podatki so bili analizirani kvantitativno s pomočjo programa SPSS.20. Uporabljene so bile osnovne statistične metode in testi korelacije (Spearmanov koeficient korelacije, t-test in analiza variance - ANOVA). Rezultati so predstavljeni opisno in v tabelah.

3 Rezultati

Rezultati raziskave so predstavljeni v štirih sklopih: poznavanje pojma komplementarno zdravljenje, stališča o komplementarnem zdravljenju, stališča o kulturi pitja čaja in pitju čaja za zdravljenje. Rezultati, kako študentje zdravstvene nege razumejo, kaj pomeni komplementarno zdravljenje, so predstavljeni v tabeli 1. Vsak študent je lahko izbral več odgovorov. Predstavljen je delež študentov, ki so izbrali posamezni odgovor.

Študentje komplementarno zdravljenje največkrat enačijo z naravnim zdravljenjem (48,8 %) in da gre za zdravljenje z različnimi navedenimi metodami (42,7 %). Skoraj tretjina (31,7 %) jih je navedla, da gre za dopolnilno zdravljenje. Več kot tretjina (34,1%) študentov meni tudi, da je to področje, kjer imajo premalo znanja. V komplementarno zdravljenje ne verjame samo 2,4 % študentov. Odgovori študentov se ne razlikujejo statistično značilno glede na letnik, spol, letnico rojstva ali kraj bivanja. 26 (32 %) študentov je izbralo samo en odgovor kot sprejemljiv, 4 (4,9 %) pa kar štiri odgovore. Najpogosteje izbrana kombinacija je, da je komplementarno zdravljenje naravno in dopolnilno zdravljenje.

Tabela 1: Razumevanje pomena komplementarnega zdravljenja

Komplementarno zdravljenje mi pomeni:	Delež (N = 82)
naravno zdravljenje	48,8 %
zdravljenje brez zdravil na recept, temveč z zdravili iz lekarne, ki jih je treba plačati	15,9 %
zdravljenje z različnimi metodami (aromaterapija, homeopatija, fitoterapija, bioterapija, itd.)	42,7 %
dopolnilno zdravljenje	31,7 %
ne vem	6,1 %
nekaj, v kar ne verjamem	2,4 %
novi upanje	12,2 %
področje, kjer imam premalo znanja	34,1 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Nadalje so študenti zdravstvene nege (N = 82) razkrili, kakšen pomen pripisujejo komplementarnemu zdravljenju, s stopnjo svojega strinjanja (1 - se strinjam, 2 - se delno strinjam, 3 - se ne strinjam) glede na navedene trditve. Rezultati so predstavljeni v obliki povprečne vrednosti (\bar{x}) in standardnega odklona (σ).

Tabela 2: Pomembnost komplementarnega zdravljenja

Trditev	\bar{x}	σ
Komplementarno zdravljenje je enako pomembno kot zdravljenje z zdravili, ki jih pripravi farmacevtska industrija.	2,06	0,65
Pri zdravstvenih težavah najprej poskusim s komplementarnim zdravljenjem, šele potem obiščem zdravnika.	1,91	0,72
Pri zdravstvenih težavah obiščem samo zdravnika in jemljem samo pripravke, ki jih svetuje zdravnik.	2,16	0,73
V Sloveniji primanjkuje preverjenega znanja s področja komplementarnega zdravljenja (npr. zdravljenje s čaji).	1,68	0,81

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Rezultati so pokazali, da polovica študentov (53 %) občuti primanjkljaj preverjenega znanja s področja komplementarnega zdravljenja. 30 % jih pri zdravstvenih težavah najprej poskusi s komplementarnim zdravljenjem in šele potem obiščejo zdravnika. Petina (19,3 %) pa jih obišče samo zdravnika in tudi jemlje samo zdravila, ki jih predpiše zdravnik. Gre predvsem za študente prvega letnika, ki statistično značilno pogosteje obiščejo samo zdravnika in jemljejo samo pripravke, ki jih predpiše zdravnik, kot študentje drugega letnika ($t(50) = -2,187$, $p < 0,05$). Razlika glede na študente tretjega letnika ni statistično značilna, se pa kaže podobnost.

V tretjem sklopu anketnega vprašalnika so študentje (N = 82) predstavili svoja stališča s stopnjo svojega strinjanja (1 - se strinjam, 2 - se delno strinjam, 3 - se ne strinjam) glede na navedene trditve o kulturi pitja čaja v Sloveniji. Rezultati so predstavljeni v obliki povprečne vrednosti (\bar{x}) in standardnega odklona (σ) v tabeli 3.

Študentje zdravstvene nege menijo, da v Sloveniji pijemo čaj, če smo bolni ($\bar{x} = 1,31$) in da je kultura pitja čaja povezana s skrbjo za zdravje ($\bar{x} = 1,31$). Pri tem se je s Spearmanovim korelacijskim koeficientom pokazalo, da študentje menijo, da kultura pitja čaja, povezana s skrbjo za zdravje, pridobiva na pomenu ($r = 0,275$, $p < 0,05$).

Tretjina študentov se v celoti, polovica pa se jih delno strinja, da se kultura pitja čaja ohranja zaradi razvitih navad in vzgoje v družini. Pri tem pa jih polovica pitje čaja le delno označuje za slovenski kulturni običaj, kar 42,2 % pa jih meni, da pitje čaja v Sloveniji ni kulturni običaj. Prisotna je povezava med stališči študentov, da pitje čaja ni kulturni običaj in da pijemo čaj, če smo bolni ($r = -0,240$, $p < 0,05$). S Spearmanovim korelacijskim koeficientom je bilo ugotovljeno tudi, da so tisti študentje, ki imajo pitje čaja v Sloveniji za kulturni običaj, hkrati menili, da je ta običaj bolj prisoten v vaškem kot v mestnem okolju ($r = 0,459$, $p < 0,01$). Pomembne povezave se kažejo tudi pri oceni študentov, da je kultura pitja čaja v Sloveniji povezana z druženjem in družabnimi dogodki in da se ohranja zaradi razvitih navad in vzgoje v družini ($r = 0,351$, $p < 0,01$) ter da pridobiva na pomenu ($r = 0,227$, $p < 0,05$). Pri ugotavljanju razlik v stališčih študentov glede na dane spremenljivke (starost, spol, letnica rojstva, kraj bivanja) se je pokazala s t-testom razlika v stališčih študentov samo glede na spol. Študentje moškega spola so statistično bolj prepričani v to, da pijemo čaj, ko smo bolni, kot študentke ($t(82) = 26,239$ ($p = 0,038$)).

Tabela 3: Kultura pitja čaja v Sloveniji

Trditev	\bar{x}	σ
V Sloveniji je pitje čaja kulturni običaj.	2,36	0,6
Kultura pitja čaja je bolj prisotna v vaškem kot v mestnem okolju.	2,28	0,73
Kultura pitja čaja se ohranja zaradi razvitih navad in vzgoje v družini.	1,84	0,67
Kultura pitja čaja v Sloveniji pridobiva na pomenu.	2,04	0,67
Kultura pitja čaja je v Sloveniji povezana s skrbjo za zdravje.	1,60	0,64
V Sloveniji pijemo čaj, če smo bolni.	1,31	0,6
Kultura pitja čaja je v Sloveniji povezana z druženjem in družabnimi dogodki.	2,28	1,07

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

V četrtem sklopu anketnega vprašalnika so študentje ($N = 82$) predstavili stopnjo strinjanja (1 - se strinjam, 2 - se delno strinjam, 3 - se ne strinjam) glede zdravljenja s čaji. Rezultati so predstavljeni v obliki povprečne vrednosti (\bar{x}) in standardnega odklona (σ) v tabeli 4.

Tabela 4: Stališča o zdravljenju s čaji

Trditev	\bar{x}	σ
Poznam rastline, ki se lahko uporabljajo za zdravljenje.	1,79	0,7
Poznam pripravo rastlin za zdravilno učinkovanje pri ljudeh.	2,04	0,69
Poznam čajne mešanice in namen njihove uporabe za zdravljenje.	1,90	0,68
Sam nabiram zdravilne rastline.	2,34	0,77
Sam pripravljam zdravilne čaje.	2,28	0,77
Pijem čaj iz zdravilnih rastlin za boljše počutje - preventivno.	1,79	0,76
Pijem čaj iz zdravilnih rastlin pri zdravstvenih težavah.	1,59	0,68

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

36,6 % študentov navaja, da pozna, 47,6 % pa, da delno pozna zdravilne rastline. Več kot četrtina (28 %) jih meni, da pozna, in polovica (52,4 %), da delno pozna tudi čajne mešanice in namen njihove uporabe. 41 % jih pije zdravilni čaj preventivno, 51,8 % pa pri zdravstvenih težavah. Za preventivne namene ga ne pije petina (20,7 %), za zdravljenje pa malo več kot desetina (11 %) anketiranih študentov. S statističnim testom korelacije (ANOVA) se je pokazalo, da tisti študentje, ki so navedli, da sami nabirajo zdravilne rastline, praviloma živijo na podeželju ($F(2,48) = 3,331$, $p = 0,041$). S Spearmanovim korelacijskim koeficientom pa se je pokazala pomembna povezanost med poznavanjem rastlin za zdravljenje in poznavanjem njihove priprave za uporabo pri ljudeh ($r = 0,628$, $p < 0,01$), poznavanjem čajnih mešanic in namena njihove uporabe ($r = 0,351$, $p < 0,01$) ter tem, da študent sam nabira zdravilne rastline ($r = 0,372$, $p < 0,01$) in sam pripravlja zdravilne čajne mešanice ($r = 0,363$, $p < 0,01$). Močna povezanost se je pokazala tudi med tem, da študent sam nabira zdravilne rastline in si sam pripravlja zdravilne čaje ($r = 0,745$, $p < 0,01$) ter tem, da pije čaj za boljše počutje - preventivno ($r = 0,372$, $p < 0,01$). Redni študentje pogosteje nabirajo zdravilne rastline sami kot izredni študentje ($t(82) = 2,795$ ($p = 0,011$)), pri tem so statistično značilno bolj aktivne ženske kot moški ($t(82) = 16,745$ ($p = 0,036$)).

V tabeli 5 pa so predstavljeni rezultati preverjanja, ali študentje zdravstvene nege ($N = 82$) verjamejo v zdravilno moč rastlin. Predstavljen je delež študentov, ki so izbrali posamezni odgovor.

Tabela 5: Zdravilna moč čajev

<i>Verjamete v to, da lahko uživanje čaja določene vrste iz pravilno pripravljenih zdravilnih rastlin pozdravi nekatere bolezni?</i>	<i>Delež (N=82)</i>
Da, verjamem.	12,2 %
Ne, to se mi zdi nesmiselno.	8,5 %
Menim, da se določene vrste bolezni da pozdraviti z zdravilnimi rastlinami oziroma čaji, ki so temu namenjeni. Ne da pa se pozdraviti vseh vrst bolezni.	67,1 %
Menim, da bi se v določenih primerih čaji lahko uporabljali v zdravstvu namesto obstoječih zdravil.	12,2 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2015.

Največ anketiranih študentov (67 %) meni, da je uporaba zdravilnih rastlin in čajev smiselna pri določenih boleznih, ne more pa nadomestiti obstoječih zdravil. 12,2 % študentov sicer meni, da bi bilo pri določenih primerih tudi to možno. Manj kot desetina študentov (8,5 %) ne verjame v zdravilno moč čajev, nekoliko več kot desetina (12,2 %) pa se jih je odločilo nasprotno: da v to verjame.

Pri ugotavljanju statistično značilnih povezav med »uporabljam - verjamem« smo s Spearmanovim korelacijskim koeficientom uspeli dokazati samo pomembne pozitivne povezave med oceno študentov, da pri zdravstvenih težavah najprej poskusijo s komplementarnim zdravljenjem, šele potem obiščejo zdravnika, ter stališčem, da je komplementarno zdravljenje enako pomembno kot zdravljenje z zdravili, ki jih predpiše zdravnik ($r = 0,350$, $p < 0,01$).

4 Razprava

Rezultati so pokazali, da imajo študentje večinoma razvita pozitivna stališča do komplementarnega zdravljenja, kar je podobno ugotovitvam drugih raziskovalcev (Halcon, Chlan, Kreitzer, in Leonard, 2003; Kim, Erlen, Kim in Sok, 2006). Ob lastnih zdravstvenih težavah najprej poskusijo s komplementarnim zdravljenjem in šele potem obiščejo zdravnika, kar še posebej velja za študente prvega letnika, pri študentih višjih letnikov pa tako stališče ni statistično značilno izraženo. Pri preverjanju, ali so drugi raziskovalci prišli do podobnih ugotovitev, nismo našli konkretnih potrditev, je pa dokazano, da če izvajalci zdravstvene nege sami uporabljajo komplementarno zdravljenje, so bolj naklonjeni pacientom pri zdravljenju s tovrstno terapijo (King idr., 2000; McDowell in Burman, 2004).

Na podlagi rezultatov je možno sklepati, da večina anketiranih študentov razume, kaj je komplementarno zdravljenje. Pri tem je pogosto enačenje z naravnim zdravljenjem. V smernicah Svetovne zdravstvene organizacije (2000) vidimo, da gre pri alternativnem (nadomestnem) ali komplementarnem (dopolnilnem) zdravljenju za širok nabor praks v zdravstvu, ki niso del lastne tradicije v zdravstvu in niso vključene v prevladujoči sistem zdravstvenega varstva. Pri tem definira tradicionalno medicino kot vsoto znanja, spretnosti in prakse na podlagi teorij, prepričanij in izkušenj, ki izvirajo iz različnih kultur, in se uporabljajo znotraj posameznih kulturnih območij pri vzdrževanju zdravja, kot tudi pri preprečevanju, diagnosticiranju, izboljšanju ali zdravljenju telesnih in duševnih bolezni. Za naravno zdravljenje je npr. lahko označena tradicionalna uporaba zdravil rastlinskega izvora. Dopolnilno in naravno zdravljenje tako nista sopomenki, vendar pa se v določenem preseku pomena pojmov lahko prekrivata, kot je to npr. pri zdravljenju s čajem.

Zanima nas, kako je kultura pitja čaja povezana s pitjem čaja za zdravljenje. Prisotna je dilema, ali je pitje čaja kulturni običaj ali zgolj navada, da se ga pije za boljše počutje - preventivno in ob zdravstvenih težavah. Mayuzumi (2006) to ugotavlja na primeru japonskih žensk. Opozarja predvsem na zavedanje, da je terapevtski učinek pitja čaja mnogo širši od delovanja zdravilne substance. Razpravlja o t. i. elementih zdravljenja, kot sta duhovnost ob obredu pitja čaja, odnos med udeleženci in o medsebojnem povezovanju še drugih elementov. V naši raziskavi večji delež anketiranih študentov meni, da je pitje čaja za zdravljenje povezano z vzgojo v družini, predvsem v vaškem okolju, in da gre bolj za navado kot kulturni običaj. Po drugi strani pa veliko študentov meni, da je kultura pitja čaja na družabnih dogodkih pogojena s k temu usmerjeno vzgojo v družini in da pitje čaja ob družabnih dogodkih pridobiva na pomenu. V obeh primerih gre za pozitivna stališča, kar je v skladu z ugotovitvami v drugih raziskavah (Halcon idr., 2003; Kim idr. 2006; Laurensen idr., 2006; Melland in Clayburgh, 2000).

Tudi prepoznana povezava pri anketiranih študentih zdravstvene nege v smislu »uporabljam - verjamem« je v skladu z ugotovitvami v drugih raziskavah med študenti zdravstvene nege (King idr. 2000; McDowell in Burman, 2004). Presenetljivo veliko jih trdi, da poznajo namen uporabe čajnih mešanic in da jih znajo sami pripra-

viti iz zdravnih rastlin, ki jih tudi sami naberejo. Po eni strani se kaže, da študentje občutijo primanjkljaj javnega znanja s tega področja, po drugi pa so malo manj kritični pri oceni lastnega znanja. Smiselno bi bilo v prihodnje preveriti, koliko znanja imajo v resnici. Booth-LaForc s sodelavci (2011) za podiplomske študente zdravstvene nege navaja kompetence, povezane z alternativnim in komplementarnim zdravljenjem v 11 točkah: študent (1) opiše teoretične osnove posameznih metod alternativnega in komplementarnega zdravljenja, (2) ovrednoti različne raziskave in prakse zdravljenja v različnih kulturnih okoljih glede na zdravje pacientov, pri čemer upošteva te prakse pri oblikovanju načrta zdravstvene nege, (3) identificira znanstvene in potrošniške informacije, (4) vrednoti kakovost znanstvenoraziskovalnih virov in informacij za potrošnike, (5) s kulturno občutljivostjo ob pridobivanju vpogleda v pacientovo zdravstveno anamnezo se odloča o alternativnem in komplementarnem zdravljenju, (6) uporablja komplementarno in alternativno zdravljenje tudi zase, (7) ovrednoti in razpravlja s pacienti, kaj so indikacije, kontraindikacije in potencialne interakcije terapije z zdravilnimi rastlinami/hranili v kombinaciji z običajnimi zdravili in zdravljenjem, (8) zna opisati, kako ena ali več alternativnih ali komplementarnih metod zdravljenja vpliva na zdravstveno stanje posameznika, (9) zna razpravljati o usposabljanju in licenciranju za izvajalce alternativnega in komplementarnega zdravljenja (10) zagotavlja informacije za paciente o alternativnem in komplementarnem zdravljenju, (11) opiše etična, družbena in kulturna vprašanja, ki se nanašajo na alternativno in komplementarno zdravljenje.

Komplementarne metode se v načinih in učinkovitosti zdravljenja v marsikaterem pogledu ne morejo primerjati z uradno (konvencionalno) medicino, saj se razlikujejo v pristopih, postopkih in ciljih. Ohranjajo pacientovo zasebnost in intimo, ker so večinoma nenasilne, še več: pogosto so sproščujoče in prijetne. Komuniciranje s pacienti je v komplementarnem zdravljenju sestavni del ohranjanja in izboljševanja zdravja. Ponavljajoči se postopki omogočajo počasno razvijanje zaupnosti, več poglobljanja v pacientov življenjski slog, psihosocialne interakcije, preprostejši jezik, holistične predloge za podporo zdravju itd. (Lunder, 2003). Kvas in Seljak (2004) ugotavljata, da je uporaba komplementarnih metod nedvomno del dediščine zdravstvene nege. Medicinske sestre za večjo avtonomnost pri posredovanju v situacijah na tem področju morajo biti dovolj široko razgledane na mnogih področjih. Pacientom naj bi znale svetovati, v katerih primerih je možna in zaželena uporaba komplementarnih metod in v katerih primerih je to nevarno. Za doseg tega standarda pa je nujna sprememba že v temeljnem izobraževanju za poklic.

4.1 Omejitve študije in priložnosti za razvoj

Temeljna omejitev raziskave je, da rezultati niso posplošljivi. Raziskavo bi morali razširiti na večje število študentov zdravstvene nege, da bo zagotovljena vključenost tako tistih s pozitivnim kot onih z negativnim mnenjem o integrativnem načinu zdravljenja. Kljub omejitvi pa so te ugotovitve trdna znanstvena podlaga za nadaljnje raziskovanje na tem področju, kot tudi za vključevanje potrebnih vsebin v izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege. Za začetek je smiselno je tudi preverjanje, koliko znanja s tega področja dejansko imajo študentje zdravstvene nege in njihovi učitelji.

5 Zaključek

V Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje 2011 do 2020 (2011) je navedeno, da je »zdravstvena nega in oskrba pomemben del zdravstvenega varstva, ki se prilagaja potrebam državljanov in z nenehnim razvojem pomembno vpliva na kakovost in varnost zdravstvenega varstva« (str. 45). Tudi študentje zdravstvene nege in visokošolski učitelji, vsak na svoj način, opozarjajo na potrebo po približevanju pacientom in njihovim izkušnjam s komplementarnim zdravljenjem. V sistemu izobraževanja na področju zdravstvene nege je treba pripraviti strategijo razvoja potrebnih kompetenc študentov zdravstvene nege. Pomembno je, da študentje zdravstvene nege že v času študija pridobivajo vsaj osnovne informacije, kako te terapije delujejo, da razumejo tveganje za neželene interakcije med dopolnilnim in konvencionalnim zdravljenjem ter da osvojijo osnove integrativne zdravstvene nege.

Vesna Zupančič, Katja Kropce

Nursing Students' Views on Complementary Treatment

Over recent decades, different methods of complementary and alternative treatment have become the main topics in the field of health care. A strong trend of integrative medicine and nursing has finally been established (Hollenberg et al., 2009), as well as a noticeable trend of gradual institutionalisation of individual forms of treatment (Gale 2014). As shown by the research in Slovenia and in the rest of the world, the number of users of alternative and complementary medicine is increasing rapidly and varies between 40-70% (Ernst and White, 2000, Nanstran Ule 2003; Kvas and Seljak 2004, Zaloker and Zaloker, 2011). Ernest et al. (2004) indicate that the providers of nursing care need to be taught about the advantages and disadvantages of complementary and alternative therapies. In the majority of studies it has been found that students express a significantly positive attitude to alternative and complementary treatment and the need for new knowledge with integrating this content as standard curricula of subjects in the field of nursing care (Halcon, Chlan, Kreitzer and Leonard, 2003; Kim, Erlen Kim and Sok, 2006; Laurenson, MacDonald, McCready and Stimpson, 2006; Melland and Clayburgh, 2000).

The purpose of the pilot study was to collect new information on the positions regarding the complementary treatment in Slovenia in a scientific way, and to plan further research in a greater scope along with the activities for developing competencies of nursing students for the implementation of integrative health and nursing care to be more targeted. The main objective was to gain an insight into the nursing care students' views. The following research question was formed: „What are the nursing care students' views on the complementary treatment and drinking tea from medicinal plants for the purposes of medical treatment?“

The quantitative research approach by using a survey was implemented. The survey was based on a non-probability sampling and a questionnaire, and it was performed using an online survey in April 2015 as a part of the project *Developing competencies for implementing integrative treatment and care of the patient: „Nurse, my tea, please!“* The reliability of the developed instrument was still sufficient (Cronbach's alpha $\alpha = 0.639$). The sample covered 82 (23% of all students enrolled) nursing care students, studying at the undergraduate level at one faculty, who responded to the invitation to participate via e-mail. Altogether 13% of male and 87% of female respondents participated in the survey; 26.8% of them live in the city, 13.4% in the suburbs, and 59.8% in rural areas. The majority (89.2 %) was born between the years 1981 and 2001. 31.3% of students attend the first year of study, 31.3% the second, and 37.5% the third year. 82% of them are full-time students, 16.3% are part-time students. Data were quantitatively analysed using the program SPSS.20 and the basic statistical methods and correlation tests (Spearman's rank correlation coefficient, t-test and ANOVA).

Students in the largest proportion equal the complementary treatment with natural treatment (48.8%) and they think that the treatment uses various given methods (42.7%). Almost a third (31.7%) stated that it is a supplementary treatment. More than a third (34.1%) of students also consider this an area on which they do not possess sufficient knowledge. What is more, only 2.4% of students do not believe in complementary treatment. The answers do not vary significantly regarding the year of study, gender, date of birth or place of residence. 26 (32 %) students chose only one reply as an acceptable, 4 (4.9%) students, however, chose four answers. The most commonly chosen combination was that the complementary treatment is actually natural and supplementary treatment.

In case of health problems, for 30% of students the complementary treatment is the first measure, and after that the doctor is visited. 19.3% of students primarily visit the doctor and also take only doctor-prescribed medications. Above all, the first year students statistically significant more frequently visit the doctor and take only doctor-prescribed medications as students of the second year ($t(50) = -2.187, p < 0.05$). Regarding the third year students, the difference is not statistically significant, but a similar difference is shown.

Students of nursing care think that in Slovenia the tea is drunk if people are sick ($\bar{x} = 1.31$), and that the culture of drinking tea is associated with the concern for one's health ($\bar{x} = 1.31$). Furthermore, the Spearman's rank correlation coefficient showed that students believe the culture of drinking tea, associated with the concern for one's health, is gaining on importance ($r = 0.275, p < 0.05$). One third of students fully agree, and half of them partially agree that the culture of drinking tea is preserved due to developed habits through education in the family. While half of them see drinking tea only partially as a cultural tradition, 42.2% think that drinking tea in Slovenia is not a cultural tradition. There is a correlation between the views of students that drinking tea is not a cultural tradition and that we drink tea if we are ill ($r = -0.240, p < 0.05$). It was also confirmed that students, who identify drinking tea in Slovenia

as a cultural tradition, at the same time believe that this tradition is more present in the village than in the urban environment ($r = 0.459$, $p < 0.01$). On determining differences in the students' views according to the defined variables (age, gender, date of birth, place of residence), the t-test showed the difference only according to gender. Male students are statistically more convinced that we drink tea if we are ill, than female students ($t(82) = 26.239$ ($p = 0.038$)).

36.6% of students stated that they know the medicinal plants used for the purpose of medical treatment, whereas 47.6% of them partially know them. More than a quarter (28%) consider that they know, and half of them (52.4%) that they partially know the tea mixtures and purpose of their use. 41% of them drink tea from medicinal plants for preventive purposes, 51.8% in the case of health problems. A fifth of respondents (20.7%) do not drink tea for preventive purposes, a little more than a tenth (11%) of students do not drink tea for the purposes of medical treatment. With the statistical correlation test (ANOVA) it was shown that the students, who stated that they harvest medicinal plants by themselves, as a general rule, live in rural areas ($F(2.48) = 3.331$, $p = 0.041$). An important correlation was shown between the estimation of knowledge about the medicinal plants for the purposes of medical treatment and the knowledge of their preparation ($r = 0.628$, $p < 0.01$), the knowledge of tea-mixtures and purpose of their use ($r = 0.351$, $p < 0.01$), and that the students harvest medicinal plants by themselves ($r = 0.372$, $p < 0.01$), as well as prepare the tea for the purposes of medical treatment ($r = 0.363$, $p < 0.01$). A strong correlation was therefore shown between the estimations that the students harvest medicinal plants by themselves and prepare the tea for medical treatment purposes ($r = 0.745$, $p < 0.01$) and that they drink tea to improve the well-being - preventively ($r = 0.372$, $p < 0.01$). A bit less strong correlation was also seen during the evaluation that the students drink tea for preventive purposes and in case of health problems ($r = 0.270$, $p > 0.05$). Full-time students more frequently harvest medicinal plants by themselves as part-time students ($t(82) = 2.795$ ($p = 0.011$), moreover, female students are statistically significant more active in harvesting plants according to gender ($t(82) = 16.745$ ($p = 0.036$)).

The largest share of respondents (67%) considers that the use of medicinal plants and teas is reasonable in case of certain diseases, however, they cannot replace the existing medications, although 12.2% of students think that in certain cases this would also be possible. Less than one tenth of students (8.5%) do not believe in the healing power of teas from medicinal plants, a little more than a tenth (12.2%) decided diametrically opposite, believing in the healing power of teas. In determining whether statistically significant correlations between the "I use" and "I believe" exist, significant positive correlations were proven between the opinion that in case of health problems the complementary treatment is the first choice and after that the doctor is visited, and the view that the complementary therapy is just as important as the treatment with medications prescribed by a doctor ($r = 0.350$, $p < 0.01$).

It is in the nature of pilot studies that there are critical limitations in the role and interpretation, namely the results cannot be generalised. Despite the limitations, the findings are a solid scientific basis for further research in this area and for developing

strategies of integration of necessary contents into education if the nursing care providers. Primarily, it would be reasonable to check how much knowledge the students, as well as their teachers, have of this area.

In the Nursing and Health Care Development Strategy within the Health Care System of the Republic of Slovenia (2011-2020) (2011) it is stated that „health and nursing care are an important part of health care, which adapts to the needs of citizens, and with its continuous development significantly impacts the quality and safety of health care“ (p. 45). Students of nursing care and higher education teachers, each in their own way, are pointing out the need to for complementary treatment to the patients and their experiences. A strategy for developing competences, needed for implementation of integrative nursing care, should be prepared in the system of nursing care education. It is important that the students of nursing care gain at least the basic information at the time of their study on effectiveness and efficiency of these treatments, to understand the risk for adverse interactions between complementary and conventional treatment, and to acquire the basic concepts of integrative health care.

LITERATURA

1. Booth-LaForce, C., Scott, C. S., Heitkemper, M. H., Cornman, B. J., Lan, M. C., Bond, E. F. and Swanson, K. M. (2010). Complementary and Alternative Medicine (CAM) competencies of nursing students and faculty: results of integrating CAM into the nursing curriculum. *Journal of Professional Nursing*, 26, št. 5, str. 293–300. Pridobljeno dne 3. 1. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20869029>.
2. Cook, D. A., Gelula, M. H., Lee, M. C., Bauer, B. A., Dupras, D. M. and Schwartz, A. (2007). A web-based course on complementary medicine for medical students and residents improves knowledge and changes attitudes. *Teaching and Learning in Medicine*, 19, št. 3, str. 230–238. Pridobljeno dne 3. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17594217>.
3. Ernst, E. and White, A. R. (2000). The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complementary Therapies in Medicine*, 8, št. 1, str. 32–36. Pridobljeno dne 2. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10812758>.
4. Ernst, E., Cohen, M. H. and Stone, J. (2004). Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine. *Journal of Medical Ethics*, 30, št. 2, str. 156–159. Pridobljeno dne 31. 1. 2016 s svetovnega spleta: <http://jme.bmj.com/content/30/2/156.full>.
5. European Federation of Nurses Associations. EFN Competency Framework. EFN Guideline to implement Article 31 into national nurses' education programmes. Brussels, Belgium, 2015, p.8.
6. Fenton, M. V. and Morris, D. L. (2003). The integration of holistic nursing practices and complementary and alternative modalities into curricula of schools of nursing. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, št. 9, str. 62–67. Pridobljeno dne 2. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12868254>.
7. Gale, N. (2014). The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Social Compass* 8, št. 6, str. 805–822. Pridobljeno dne 12. 1. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4146620/>.
8. Halcón, L. L., Chlan, L. L., Kreitzerm, M. J. and Leonard, B. J. (2003). Complementary therapies and healing practices: Faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 19, št. 6, str. 387–397. Pridobljeno dne 12. 1. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14689396>.

9. Hollenberg, D., Zakus, D. and Cook, T. (2009). Re-positioning the role of traditional, complementary and alternative medicine as essential health knowledge in global health: do they still have a role to play? *World Health Population*, 9, št. 4, str. 77–91. Pridobljeno dne 12. 1. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19550163>.
10. Kennedy, J., Wang, C. C. and Wu, C. H. (2008). Patent Disclosure about Herb and Supplement Use Adults in the US. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 5, št. 4, str. 451–456. Pridobljeno dne 6. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2586312/>.
11. Kim, S. S., Erlen, J. A., Kim, K. B. and Sok, S. R. (2006). Nursing students' and faculty members' knowledge of, experience with, and attitudes toward complementary and alternative therapies. *Journal of Nursing Education*, 45, št. 5, str. 375–378. Pridobljeno dne 23. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17002085>.
12. King, M. O., Pettigrew, A. C. and Pettigrew, F. C. (2000). Complementary, alternative, integrative: have nurses kept pace with their clients? *Dermatology Nursing*, 12, št. 1, str. 41–50. Pridobljeno dne 2. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10661161>.
13. Kvas, A. and Seljak, J. (2004). Komplementarne metode zdravljenja kot del biopsihosocialnega modela zdravlja. *Teorija in praksa*, 41, št. 3–4, str. 548–559.
14. Laurenson, M., MacDonald, J., McCreedy, T. and Stimpson, A. (2006). Student nurses' knowledge and attitudes toward CAM therapies. *British Journal of Nursing*, 15, št. 11, str. 612–615. Pridobljeno dne 2. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16835530>.
15. Lee, M. Y., Benn, R., Wimsatt, L., Cornman, J., Hedgecock, J., Gerik, S., Zeller, J., Kreitzer, M. J., Allweiss, P., Finklestein, C. and Haramati, A. (2007). Integrating complementary and alternative medicine instruction into health professions education: Organizational and instructional strategies. *Academic Medicine*, 82, št. 10, str. 939–945. Pridobljeno dne 10. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17895652>.
16. Loya, A. M., Gonzalez-Stuart, A. and Rivera, J. O. (2009). Prevalence of polypharmacy, polyherbacy, nutritional supplement use and potential product interactions among older adults living on the US-Mexico Border: a descriptive, questionnairebased study. *Drugs Aging*, 26, št. 5, str. 423–436. Pridobljeno dne 25. 1. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19552494>.
17. Lunder, U. (2003). Sporazumevanje in zdravljenje. V: Kononenko, I. and Jerman, I. (ur.). *Kognitivne znanosti: Zbornik C 6. mednarodne multi-konference Informacijska družba*. Ljubljana: Inštitut Jožef Štefan, str. 55–58.
18. Mayuzumi (2006). The Tea Ceremony as a Decolonizing Epistemology: Healing and Japanese Women. *Journal of Transformative Education*, 1 št. 4, str. 8–26. Pridobljeno dne 25. 3. 2016 s svetovnega spleta: <http://jtd.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/4/1/8.full.pdf+html>.
19. McDowell, J. E. and Burman, M. E. (2004). Complementary and alternative medicine: a qualitative study of beliefs of a small sample of Rocky Mountain area nurses. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 13, št. 6, str. 383–390. Pridobljeno dne 23. 1. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15714741>.
20. Melland, H. I. and Clayburgh, T. L. (2000). Complementary therapies: Introduction into a nursing curriculum. *Nurse Educator*, 25, št. 5, str. 247–250. Pridobljeno dne 2. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16646204>.
21. Nastran Ule, M. (2003). Spregledana razmerja o družbenih vidikih sodobne medicine. Ljubljana: Arestej, str. 18.
22. Pepa, C. A. and Russell, C. A. (2000). Introducing complementary/alternative strategies in a baccalaureate curriculum. *Nursing & Health Care Perspectives*, 21, št. 3, str. 127–129. Pridobljeno dne 2. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://go.galegroup.com/ps/anonymous?>
23. Reed, F. C., Pettigrew, A. C. and King, M. O. (2000). Alternative and complementary therapies in nursing curricula. *Journal of Nursing Education*, 39, št. 3, str. 133–139. Pridobljeno dne 25. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10727097>.
24. Richardson, S. F. (2003). Complementary health and healing in nursing education. *Journal of Holistic Nursing*, 21, št. 3, str. 20–35. Pridobljeno dne 25. 12. 2015 s svetovnega spleta: <http://jhn.sagepub.com/content/21/1/20.full.pdf+html>.

25. Sierpina, V. S., Schneeweiss, R., Frenkel, M. A., Bulik, R. and Maypole, J. (2007). Barriers, strategies, and lessons learned from complementary and alternative medicine curricular initiatives. *Academic Medicine*, 82, št. 10, str. 946–950. Pridobljeno dne 25. 12. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17895653>.
26. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje 2011 do 2020. (2011). Pridobljeno dne 11. 2. 2016 s svetovnega spleta: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_
27. Svetovna zdravstvena organizacija. (2000). General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Pridobljeno dne 22. 2. 2016 s svetovnega spleta: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66783/1/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf.
28. Wyatt, G. and Post-White, J. (2005). Future direction of complementary and alternative medicine (CAM) education and research. *Seminars in Oncology Nursing*, 21, št. 3, str. 215–224. Pridobljeno dne 2. 1. 2016 s svetovnega spleta: [http://www.seminarsoncologynursing.com/article/S0749-2081\(05\)00042-2/pdf](http://www.seminarsoncologynursing.com/article/S0749-2081(05)00042-2/pdf).
29. Xu, Y. (2004). Complementary and alternative therapies as philosophy and modalities: Implications for nursing practice, education, and research. *Home Health Care Management & Practice*, 16, št. 6, str. 534–537. Pridobljeno dne 3. 3. 2016 s svetovnega spleta: <http://hhc.sagepub.com/content/16/6/534.full.pdf+html>.
30. Zaloker, A. and Zaloker, U. (2011). Komplementarna in integrativna medicina. *Zdravstveni vestnik* 80, str. 33–8.

Vesna Zupančič, mag. vzg. in men. v zdr., višja predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto.

E-naslov: vesna.zupancic@guest.arnes.si

Katja Krobe, predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto in Visoki šoli za upravljanje in poslovanje Novo mesto.

E-naslov: katja.krobe@guest.arnes.si

Vloga vodilnih medicinskih sester pri razvoju zdravstvene nege

Znanstveni članek

UDK 616-083+001.89

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, raziskovanje, implementacija znanja, vodenje, EBP

POVZETEK - Število znanstvenih objav s področja zdravstvene nege, kot tudi njihova kakovost strmo narašča, vendar je njihova implementacija v stroko veliko počasnejši proces. Pregledali in analizirani smo znanstvene članke v bazi podatkov EBSCO-Host, Wiley, PubMed in BioMed Central, ki so bili objavljeni po letu 2009. Uporabili smo naslednje ključne besede: zdravstvena nega, raziskovanje, implementacija (prenos) znanja, vodenje. V številnih kvalitativnih in kvantitativnih raziskavah identificirajo dejavnike, ki vplivajo na uspešnost implementacije. Izstopajo članki, ki iščejo povezavo med stopnjo pooblastil vodilnih medicinskih sester in uspehom prenosa znanja v prakso zdravstvene nege; med obremenjenostjo medicinskih sester in vplivom raziskovanja, izobraževanja in prenosa znanja v klinično prakso. Pojavljajo pa se tudi članki, ki iščejo model organiziranega prenosa znanstvenih dognanj v prakso in s tem načrtovanega razvoja zdravstvene nege. Z razvojem izobraževanja in raziskovanja na področju zdravstvene nege, se večja tudi število znanstvenih člankov in s tem tudi znanja, pomembno pa je, da se preverjeno novo znanje organizirano in kontrolirano implementira v stroko.

Scientific article

UDC 616-083+001.89

KEY WORDS: nursing, research, implementation of knowledge, leadership, Evidence-Based Practice (EBP) **ABSTRACT** - The number of scientific publications and their quality in the field of nursing is constantly increasing, but their implementation in nursing practice and education is a much slower process. In the paper we would like to answer the question which factors influence the process of implementation of new knowledge. We reviewed and analysed scientific papers in the database of EBSCOhost, Wiley, PubMed, and BioMed Central, which were published after 2009. We used the following key words: nursing, research, implementation (translation, knowledge transfer), leadership in nursing. In many qualitative and quantitative researches, the researchers identify the factors that influence the success of the implementation. Some articles study the link between the empowerment of leading nurses and success of the knowledge implementation; between the workload of nurses and influence of the research, education and clinical practice on the knowledge transfer. Other articles look into the model of organised transfer of scientific findings and the planned development of nursing into practice. Due to the development of education and research in nursing, the number of scientific papers with new findings is increasing. However, it is important that the new knowledge is verified and implemented into the expertise in controlled and organised manner.

1 Uvod

Znanje o zdravstveni negi se je skozi človeško zgodovino kopičilo. Kot pri drugih zdravstvenih poklicih je prehajalo od tradicionalnega, predvsem na intuiciji temelječega znanja do znanstveno utemeljene prakse (Evidence-based practice, EBP). Osno-vo predstavlja strukturirano znanje kot rezultat znanstvenega raziskovanja. Razvoj spodbuja tudi Mednarodni svet medicinskih sester, ki je na VI. svetovnem kongresu medicinskih sester v Madridu že leta 1993 sprejel Resolucijo o raziskovalnem delu na področju zdravstvene nege, dve leti pozneje (1995) je tudi European Health Committee v Strasbourgu sprejel Poročila in priporočila o raziskovanju v zdravstveni negi,

s čimer je mednarodno vodstvo zdravstvene nege vplivalo na razvoj izobraževanja in raziskovanja. Na razvoj raziskovanja v zdravstveni negi je imel posreden vpliv tudi razvoj sorodnih zdravstvenih ved; na celotnem področju zdravstva se je okrepila miselnost, da morajo tako smernice razvoja kot praksa temeljiti na znanstvenih dognanjih, kar vodi v večjo profesionalizacijo in v zdravstveni negi v nadgradnjo spretnosti in tradicionalnega znanja (Allen in Lyne, 2006). Implementacijo zavira dejstvo, da pri večini zaposlenih strokovnih delavcev, tudi ključnih, implementacija novih tehnologij in procesov ni vključena v okvir njihovega rednega dela. Pojav je razširjen v vseh sistemih zdravstvenega varstva in na vseh nivojih (Woolf 2008). Zaradi tega je implementacija večinoma prepuščena posameznikom ali interesnim skupinam znotraj zdravstvenega sistema.

Tudi razvoj izobraževanja na univerzitetni ravni, ki se je razmahnil predvsem v ZDA in nekaterih evropskih državah v drugi polovici 20. stoletja, je vplival na razvoj raziskovanja v zdravstveni negi. Posebno velik prispevek je imel razvoj magistrskih in doktorskih študijskih programov zdravstvene nege, v okviru katerih so študenti pridobili tudi poglobljeno znanje o raziskovalnih metodologijah. Število revij, ki objavljajo znanstveno-raziskovalna dela na področju zdravstvene nege, strmo narašča, s čimer narašča tudi število in kakovost objavljenih znanstvenih del in njihovih znanstvenih dognanj.

Kljub strmemu naraščanju števila in kakovosti objavljenih znanstvenih člankov s področja zdravstvene nege je njihova implementacija v stroko veliko počasnejši proces, zaradi česar je The European Research Area (ERA) do leta 2020, ki ga je Svet EU sprejel leta 2008, načrtoval tudi raziskovanje o implementaciji raziskovalnih dosežkov, pri čemer nosi največjo težo izobraževanje. In kako definiramo implementacijo, imenovano včasih tudi translacijo znanja, v zdravstveni negi. Največkrat je uporabljena definicija Canadian Institutes of Health Research, CIHR, (2010), ki definira translacijo (implementacijo) znanja kot dinamičen, ponavljajoč proces, ki zajema sintezo, posredovanje, izmenjavo ter etično pravilno uporabo znanja v kompleksnem sistemu interakcije med raziskovalci in uporabniki znanja v praksi.

Namen raziskovanja je pregled znanstvenih raziskav, ki so raziskovale načine implementacije znanja v prakso zdravstvene nege s posebnim poudarkom na vlogi, ki jo imajo pri tem medicinske sestre, predvsem tiste na vodilnih delovnih mestih.

Postavili smo si naslednje raziskovalno vprašanje: Kateri dejavniki vplivajo na implementacijo znanstvenih dognanj in s tem na razvoj znanstveno utemeljene prakse (Evidence-based practice, EBP) zdravstvene nege?

2 Metodologija

Pregledali in analizirali smo znanstvene članke v bazi podatkov EBSCOHost, Wiley, PubMed in BioMed Central, ki so bili objavljeni po letu 2009. Uporabili smo naslednje ključne besede: zdravstvena nega, raziskovanje, implementacija (translacija, prenos znanja), vodenje v zdravstveni negi. Pregledali smo le članke, ki so bili objavljeni v angleškem jeziku. Dobili smo 32 znanstvenih člankov, od katerih smo jih

po temeljiti presoji zaradi različnih razlogov izključili 19. Ostale (13, od katerih sta bila dva pregledna znanstvena in dva teoretična članka, smo jih analizirali. V pregled smo vključili tudi nekoliko starejši članek Melnik in Fineout-Overholt iz leta 2005, ki govori o postopkih implementacije znanstvenih dognanj in ga številni poznejši avtorji pogosto navajajo.

3 Pregled literature

Implementacija novega znanja je zanimiva za številne raziskovalce. Da je implementacija znanstvenih dognanj v prakso prepočasen proces opozarja Elisabeth Severinsson v uvodniku *Journal of Nursing Management* (2012), ki pravi, da razvoj na EBP vodi do zmanjševanja vrzeli med raziskovanjem in prakso. Pravi, da številne bolnišnice na Norveškem namenjajo znatna finančna sredstva za raziskovanje v zdravstveni negi ter za implementacijo nacionalne zdravstvene strategije, katere izhodišče je razvoj EBP v zdravstveni negi.

Implementacija znanja poteka v interakciji med raziskovalci in uporabniki znanja. Intenzivnost, kompleksnost in stopnja angažiranosti so odvisne od narave raziskave in raziskovalnih rezultatov, kakor tudi od specifičnih potreb uporabnikov v praksi. To je dinamičen proces, v katerega sta vključena tako raziskovalec kot uporabnik znanja v praksi. (Torunn Bjørk, 2013). In kakšen je način implementacije znanja v zdravstveni negi. Melnik in Fineout-Overholt (2005) menita, da sestoji iz petih med seboj povezanih stopenj: (1) formuliranje ustreznega vprašanja; (2) pridobitev najbolj relevantnih informacij s sistematičnim pregledom strokovne in znanstvene literature ter ustreznih priročnikov; (3) kritične ocene njihove kakovosti, veljavnosti, ustreznosti in prenosljivosti v prakso; (4) ocena možnosti integracije raziskovalnih dognanj s konkretnimi kliničnimi izkušnjami in (5) ocenitev rezultatov novega postopka. Tudi Tomas in sodelavci (2011) združujejo proces implementacije in razvoj EBP v zdravstveni negi v štiri stopnje: (1) postavitve jasnega vprašanja na osnovi zdravstvenega problema, (2) iskanje primernih znanstvenih raziskav v literaturi, (3) kritična ocena dobljenih znanstvenih raziskav in njihovih dognanj ter nazadnje (4) uporaba pozitivno ocenjenih znanstvenih dognanj kot odgovor na zastavljeno vprašanje.

Munten in sodelavci (2010) v preglednem članku združujejo ugotovitve analiziranih člankov o tem, kateri dejavniki zavirajo implementacijo znanstvenih dognanj v zdravstveni negi. Dejavnike so združili v 4 skupine: (1) dejavniki, značilni za medicinske sestre, to so premajhna ozaveščenost, ne dovolj definirane vrednote in premalo znanja o načinih implementacije znanja v prakso; (2) dejavniki, povezani z delovnim okoljem in njegovimi omejitvami; (3) dejavniki, ki se vežejo na kakovost znanstvenih dognanj in (4) dejavniki, vezani na diseminacijo znanstvenih. Munten tudi ugotavlja, da je veliko lažje implementirati raziskave, pri katerih so raziskovalci tesno povezani z zaposlenimi v zdravstveni negi.

Sandström in sodelavci (2011) v preglednem znanstvenem članku, v katerem so analizirali 7 znanstvenih člankov, ki obravnavajo implementacijo znanstvenih dognanj

v prakso zdravstvene nege, ugotavljajo, da avtorji le teh menijo, da je za implementacijo znanstvenih dognanj najbolj pomembno delo medicinskih sester na vodilnih delovnih mestih, čemer sledi organiziranost in kultura kakovosti organizacije. Vendar Sandström in sodelavci ugotavljajo, da je v analiziranih raziskavah premalo dokazov in da so naštetih dejavniki najpomembnejši za implementacijo znanja. Podobno se tudi Davies in sodelavci (2011) v raziskavi, objavljeni v *Journal of Nursing Management* sprašujejo, kateri dejavniki vplivajo na neposredni osebni prenos znanja med vodstvenimi medicinskimi sestrami na medicinske sestre v timu. V raziskavi, v kateri je sodelovalo 234 medicinskih sester, zaposlenih v bolnišnicah v Ontariu (Kanada), so prišli do zanimivega rezultata; na neposreden prenos znanja v timu vplivajo predvsem trije dejavniki: izkušnje vodilne medicinske sestre, njena vloga in njena strukturna opolnomočenost (pooblastila). Zadnji dejavnik se je izkazal statistično značilen neodvisen napovednik uspešnosti neposrednega prenosa v timu. Kitson (2009) ugotavlja, da se uspešnost implementacij znanstvenih dognanj povečuje vzporedno s povečevanjem avtonomnosti posameznikov, tima ali enote in obenem z njihovo sposobnostjo in pripravljenostjo za učinkovito sodelovanje. Kitson ugotavlja tudi, da je implementacija znanstvenih dognanj učinkovitejša v sistemih, kjer so ključne interesne skupine dobro izobražene in vodstvo spodbuja njihov osebni razvoj. Ključnega pomena je tudi sistematično spremljanje prednosti implementacij znanstvenih dognanj za razvoj sistema in povečevanje avtonomije posameznika, tima ali oddelka, ki z implementacijo prispeva k razvoju sistema (v smislu nagrajevanja).

Bohman in sodelavci (2012) v svoji kvalitativni raziskavi, v katero je bilo vključenih 16 medicinskih sester različne končne izobrazbe (z ali brez diplome, magistri) ugotavljajo, da so medicinske sestre na Švedskem naklonjene raziskovanju v zdravstveni negi in njegovi implementaciji, vendar je stopnja naklonjenosti najbolj odvisna od dosežene formalne izobrazbe.

Harrison in sodelavci (2012) so več kot 15 let raziskovali, kako implementirati znanstvena dognanja v bolnišnicah in v skupnostih. Ugotovili so, da je implementacija najuspešnejša tedaj, ko se angažirajo raziskovalci, ki pri implementaciji upoštevajo lokalne dejavnike. Za implementacijo znanstvenih dognanj v prakso je potrebno partnersko delovanje vseh zainteresiranih v interdisciplinarnem timu: raziskovalcev, uporabnikov znanstvenih dognanj v praksi in vodstvenih delavcev. Raziskovalec in končni uporabnik znanja morata glede na problem definirati raziskovalno vprašanje, raziskovalno metodologijo in orodja, izvesti raziskavo, zbrati podatke, interpretirati rezultate in deseminirati rezultate raziskovanja. Avtorji opisujejo tudi, kako v Queen's University Roadmap for Knowledge Implementation pospešujejo implementacijo znanstvenih dognanj v prakso. Sam proces je razdeljen na 3 dele: (1) identifikacija problema v praksi, (2) iskanje rešitve, (3) implementacija, evalvacija, ocena in uvedba sprememb. Za implementacijo znanstvenih dognanj in s tem za razvoj EBP v zdravstveni negi je zelo pomembno sodelovanje raziskovalcev in končnih uporabnikov.

Poleg systemskega prenosa znanstvenih spoznanj v prakso je pomemben tudi individualni pristop k iskanju in uporabi ustreznih znanstvenih spoznanj v praksi. Tako Knowles in sodelavci (2015) v *BMC Nursing* objavljenem raziskovalnem članku me-

nijo, da uvedba protokola (npr. v raziskovanem primeru - o vodenju črevesne funkcije pri kritično bolnih pacientih), v katerem so upoštevana znanstvena dognanja, izkušnje medicinskih sester in zdravnikov, vodi k boljši praksi. Weng (2013) je preučeval, kako pogosto zdravstveni delavci poiščejo rešitev za konkretni problem v praksi tako, da poiščejo znanstvene raziskave, ki se ukvarjajo z adekvatnimi vprašanji. V vzorcu, ki je vključeval 6160 zdravstvenih delavcev tajvanskih bolnišnic, so bili zdravniki, medicinske sestre, farmacevti, fizioterapevti in tehnični sodelavci. Ugotovil je, da najpogosteje uporabljajo metodo implementacije novih znanstvenih dognanj pri odločanju zdravniki, medtem ko jo medicinske sestre uporabljajo statistično pomembno manjkrat kot zdravniki, fizioterapevti in farmacevti. Ugotovil je, da na pogostost uporabe statistično pomembno vpliva samozavest, znanje, spretnosti in navajenost iskanja in ocenjevanja znanstvenih dognanj. V znanstveni literaturi se v zadnjih letih pojavljajo članki, ki uvajajo implementacijo novega znanja v zdravstvo po modelih, ki so uveljavljeni v drugih strokah. To so za zdaj še teoretična razmišljanja, ki pa kažejo možnost razvoja v nakazano smer. Torunn Bjørk in sodelavci (2012) so v teoretičnem članku, objavljenem v *Journal of Advanced Nursing* postavili model, s katerem bi premostili vrzel med raziskovanjem in prakso v zdravstveni negi. V model povezujejo tri ključne dejavnike razvoja: raziskovanje, izobraževanje in prakso v zdravstveni negi. Poudarjajo, da morajo pri implementaciji znanja zamenjati pasivne metode z aktivnimi, ki jih bodo spremljali v timskem delu raziskovalci, učitelji v procesu izobraževanja in medicinske sestre v praksi. Te naj bi po predlaganem modelu spremljale tudi rezultate prenosa novega znanja v prakso.

Povsem drugačen vidik implementacije novega znanja na področju zdravstvenega varstva predlaga Whitney Berta in sodelavci (2015) v teoretičnem članku »Why (we think) facilitation works: insights from organizational learning theory«, objavljenem v *Implementation Science*. Avtorji menijo, da so objavljeni številni članki o implementaciji novega znanja na področju zdravstva, vendar je malo poročil o pozitivnih rezultatih, zato predlagajo model, ki so ga avtorji zasnovali po modelu, uveljavljenem v teoriji organizacije učenja. Predlagani model implementacije znanja je natančno organiziran proces, v katerega so vključeni zunanji in notranji sodelavci, ki po določenem načrtu pospešijo razvoj EBP zdravstvenega varstva. Po izdelanem modelu implementacija novega znanja postaja organizirana in vključena, kot vse ostale dejavnosti, v delovni čas zaposlenih.

Implementacija novega znanja in razvoj EBP zdravstvene nege se zdi pomembna tudi Rubenu van Zelm, ki v uvodniku *International Journal of Evidence-Based Healthcare* (2013) ugotavlja, da se veliko govori o vitkem zdravstvenem sistemu, predvsem v smislu zniževanja stroškov. Pri tem pa se sprašuje, ali ni to priložnost za izboljšanje kakovosti in zanesljivosti delovanja ter posledično skrajšanja časa zdravljenja, kar ima željeni rezultat - znižanje stroškov. Navedeno je možno doseči le s kontinuirano implementacijo znanstvenih dognanj v prakso in z vsakodnevnim preverjanjem uspešnosti delovnega procesa, pri čemer so ključni zaposleni strokovnjaki, ki so pobudniki razvoja (Zelm, 2013).

4 Zaključek

Po pregledu znanstvenih člankov, ki obravnavajo implementacijo znanstvenih dognanj v prakso, in sicer razvoj EBP v zdravstveni negi, lahko ugotovimo, da prevladujejo dela, ki govorijo o implementaciji v navezi z raziskovanjem, izobraževanjem in neposredno prakso. Implementacija je lažja, če imajo vodilne medicinske sestre kompetence, ki vključujejo tudi razvoj stroke. V znanstveni literaturi zasledimo članke, ki raziskujejo implementacijo znanstvenih dognanj na zelo specifičnih področjih ali pa individualni pristop k reševanju posameznih specifičnih primerov s pomočjo novega znanja. V zadnjih letih pa se pojavljajo tudi teoretski članki, ki razvijajo modele systemskega razvoja zdravstvene nege, ki se zgledujejo po modelih, uveljavljenih na nekaterih drugih področjih. Menimo, da so ti teoretični članki uvod v razmišljanje o sistematičnem razvoju EBP v zdravstveni negi.

Nadja Plazar, PhD

The Role of Leading Nurses on the Development of Nursing Practice

The knowledge of nursing has accumulated throughout the human history, passing from traditional (intuition-based paradigms) to evidence-based practice (EBP), the basis of which is structural knowledge as a result of the scientific research. Development is also encouraged by the International Council of Nurses, which adopted the Resolution on Research in Nursing at the 6th World Congress of nurses (Madrid 1993). In 1995, the European Health Committee in Strasbourg adopted the reports and recommendations on research in nursing, influencing the development of education and training. The development of research in nursing has a direct impact on development of health sciences; a belief was strengthened that research and practice should be based on scientific knowledge, leading to greater professionalisation in nursing, upgrade of skills and traditional knowledge (Allen and Lyne, 2006). Implementation is inhibited by the fact that majority of professional staff do not have implementation of new technologies and processes planned within their regular work. This phenomenon is widespread in all healthcare systems and at all levels (Woolf, 2008). Implementation is therefore left to individuals and interest groups within the healthcare system.

Development of education at university level that influenced the development of research in nursing, flourished mainly in the USA and some European countries in the second half of the 20th century. The highest contribution was achieved by Master's and PhD programmes in nursing that provided students with in-depth knowledge on research methods. The number of journals, publishing research work in nursing is increasing fast.

Despite the sharp increase of number and quality of published papers in health sciences, its implementation in practice is much slower. The European Research

Area (ERA) – European council - therefore adopted a plan in 2008, valid until 2020, planning the research on implementation of research achievements with the focus on education. This translation (or implementation of knowledge into nursing practice) is defined by the Canadian Institute of Health Research, CIHR, (2010) as a dynamic, repeated process that includes the synthesis, translation, exchange and ethically correct application of knowledge within a complex system of interactions between researchers and knowledge users.

We analysed scientific papers in the databases EBSCOHost, Wiley, PubMed and BioMed Central, published after 2009, and written in English. The following key words were used: nursing, research, implementation (translation, knowledge transfer), leadership in nursing. 32 articles were found and 19 were excluded due to different reasons, thus we analysed 13 articles.. We also included an older article from 2005 (Melnik and Fineout-Overholt) speaking about the process of implementation of research findings, often cited by different authors.

Implementation of new knowledge is interesting for many researchers. Elisabeth Severinsen states (in the Introduction of the Journal of Nursing Management, 2012) that the implementation of scientific findings into practice is too slow, also suggesting that the development of EBP leads to decreasing the gap between research and practice and notes that many hospitals in Norway dedicated significant funding for research in nursing and implementation of the national health strategy.

Implementation of knowledge occurs in the interaction between researchers and users of knowledge. Intensity, complexity and the level of engagement depend on the nature of research and research results, as well as on specific needs of users in practice. This is a dynamic process that includes the researcher as the user of knowledge in practice (Torunn Bjørk 2013). Melnik and Fineout-Overholt (2005) believe that the implementation of knowledge into nursing is composed of 5 interrelated levels: formulating a suitable question; obtaining relevant information with a systematic survey of professional and scientific literature; critical evaluation of their quality, validity, suitability and possibility of transfer into practice; evaluation of possibilities of integration of research findings; evaluation of results of the new procedure. Tomas et al. (2011) combine the implementation process and the development of EBP in nursing in four stages: (1) setting a clear question on the basis of health problem, (2) searching for suitable scientific research in literature, (3) critical evaluation of obtained scientific research and their findings and (4) usage of positively evaluated scientific findings as an answer to set question.

Munten et al. (2010) in their review article combine findings of analysed articles about what factors hinder the implementation of scientific findings in nursing. Factors were combined in 4 groups: (1) factors, typical for nurses, (2) factors connected to the working environment, (3) factors which are tied to the quality of research findings, and (4) factors, dependent on the communication upon publication of research results.

Sandström et al. (2011) note that the most important for implementation of research findings into practice is the work of nurses in leading positions, followed by organisation and quality. Davies et al. (2011) ask about the factors that influence

direct personal transfer of knowledge from leading nurses to the nursing team in research, published in the Journal of Nursing Management. They brought the following results: three factors influence the direct transfer of knowledge from leading nurses to other nurses in the team: experience, roles in the team and their authorisation. Kitson (2009) believes that the success of implementation of scientific findings increases is parallel with the increasing autonomy of the individual, team or the unit, and also notes that the implementation is more effective in systems where the key stakeholders are well educated and the management encourages their personal development.

Bohman et al. (2012) made a quantitative research that included 16 nurses with different levels of education (with or without degrees) and believe that nurses in Sweden are in favour of research in nursing and implementation of knowledge, but the degree of affection depends on the level of their education.

Harrison et al. (2012) suggest that the implementation was most successful when researchers considered local factors. Authors also describe the 3-steps implementation process of findings into practice through: (1) identification of the problem in practice, (2) searching for solutions, (3) implementation, evaluation, recommendations and introduction of changes. However, the most important for development of EBP in nursing is a close working relationship of researchers and end users in practice.

Knowles et al. (2015) in their article, published in BMC Nursing, believe that the introduction of a protocol leads to a better practice and can be used as a method of implementation of scientific findings into practice. Weng (2013) analysed how often health workers looked for solutions in scientific research for a concrete problem. The sample included 6160 health workers of Taiwanese hospitals (doctors, nurses, pharmacists, physical therapist and technical staff). Findings show that the implementation of scientific findings into practice is most commonly used by doctors, while nurses use it statistically less than doctors, physical therapists and pharmacists.

Scientific literature of recent years shows articles that introduce models of implementation of new knowledge into health care according to models that have already been applied to other disciplines. Torunn Bjørk et al. (2012) set a model with which the gap between research and practice in healthcare services could be bridged (article in the Journal of Advanced Nursing). The model connects 3 crucial elements of development: research, education and practice in nursing.

Whitney Berta et al. (2015) suggest a completely different aspect of implementation of new knowledge in the area of health care in their theoretical article "Why (we think) facilitation works: insights from organizational learning theory", published in Implementation Science. Authors believe that several articles have been published on the methods of transfer of new knowledge into healthcare operations. The model, suggested by authors, is based on the model that has already been present in the theory of learning organisation. The suggested model of implementation of knowledge is clearly organised and considers external and internal staff that would accelerate implementation according to a clear plan and thus contribute to a faster development.

Implementation of new knowledge and development of EBP in nursing is also important to Ruben van Zelm (2013), who notes that there is much talk about cost decrease, while suggesting this to be a chance to improve healthcare services and nursing, increase the quality and operational reliability, and consequently decrease the time of treatment which would result in decrease of costs. This can be reached through continuous implementation of scientific findings into practice and daily monitoring of effectiveness of the work process with help of knowledge and experience of staff.

After analysing scientific articles that deal with implementation of scientific findings into practice, and the development of EPB in nursing, we see the prevalence of scientific work that talks about implementation of scientific findings into nursing practice in relation to research, education and direct practical work. Implementation is easier if the head nurses have competencies that include the development of the profession. We believe that the theoretical articles are only an introduction to thinking about a systematic development of EBP nursing and that verified scientific knowledge, built up by research from the past decade, will also find its place in it.

LITERATURA

1. Allan, D. and Lyne, P. (2006). The reality in nursing research. New York: Routledge.
2. Berta, W., Cranley, L., Dearing, J. W., Dogherty, E. J., Squires, J. and Estabrooks, C. A. (2015). Why (we think) facilitation works: insights from organizational learning theory, *Implementation Science*, 10, 141.
3. Bjørk, I. T., Lomborg, K., Nielsen, C. M., Brynildsen, G., Frederiksen, A-M. S., Larsen, K., Reiersen, I. Å, Sommer, I. and Stenholt, B. (2013). From theoretical model to practical use: an example of knowledge translation. *Journal of Advanced Nursing*, 69, št. 10, 2336–2347.
4. Bohman, D. M., Ericsson, T. and Borglin, G. (2012). Swedish nurses' perception of research and its implementation in clinical practice: a focus group study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 525–533.
5. Davies, A., Wong, C. and Laschinger, H. (2011). Nurses' participation in personal knowledge transfer: the role of leader-member exchange (LMX) and structural empowerment. *Journal of Nursing Management*, 19, 632–643.
6. Harrison, M. B. and Graham, I. D. (2012). Roadmap for a participatory research-practice partnership to implement evidence. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9, št. 4, 210–220.
7. Kitson, A. L. (2009). The need for systems change: reflections on knowledge translation and organizational change. *Journal of Advanced Nursing*, 65, št. 1, 217–228.
8. Knowles, S., Lam, L. T., McInnes, E., Elliott, D., Hardy, J. and Middleton, C. (2015). Knowledge, attitudes, beliefs and behaviour intentions for three bowel management practices in intensive care: effects of a targeted protocol implementation for nursing and medical staff. *BMC Nursing*, 14, št. 6.
9. Melnik, B. and Fineout-Ovetholt, E. (2005). Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
10. Munten, G., Van den Bogaard, J., Cox, K., Garretsen, H. and Bongers, I. (2010). Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: a review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7, št. 3, 135–157.
11. Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R. and Willman, A. (2011). Promoting the implementation of evidence-based practice: a literature Review Focusing on the role of nursing leadership. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8, št. 4, 212–223.
12. Severinsson, E. (2012). Nursing research in theory and practice – is implementation the missing link? *Journal of Nursing Management*, 20, 141–143.

13. Torunn Bjørk, I., Lomborg, K., Munch Nielsen, C., Brynildsen, G., Skovsgaard Frederikson, A. M., Larsen, K., Reiersen, I. A., Sommer, I. and Stenholt, B. (2013). From teoretical model to practical use: an example of knowledge translation, *Journal of Advanced Nursing*, 2337–2347.
14. Weng, Y. H, Kuo, K. N., Yang, C. Y., Lo, H. L., Chen, C. and Chiu, Y. W. (2013). Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: a questionnaire survey in nationwide hospital settings. *Implantation Science*, 8, 112.
15. Woolf, S. H. (2008). The meaning of translation research and why it matters. *JAMA*, 299, št. 2, 211–213.
16. Zelm, R. N. R. (2013). Evidence on the shelf? Continuous improvement. *Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11, 1–2.

Model delovne sposobnosti: teoretična izhodišča in možnosti raziskovanja z uporabo indeksa delovne sposobnosti

Strokovni članek

UDK 331.101:005.956

KLJUČNE BESEDE: kronološka starost, delovne sposobnosti, indeks WAI

POVZETEK - Aktualne spremembe v demografski strukturi svetovnega prebivalstva, zahtevajo nekatere pomembne spremembe v načinu razmišljanja in delovanja, pri vprašanih upokojevanja in predvsem zgodnjega upokojevanja starejših delavcev. Z ukrepi za izboljšanje delovne sposobnosti zaposlenih bi bilo mogoče zagotoviti take pogoje dela, ki bi lahko pozitivno vplivali na zmanjšanje prezgodnjega upokojevanja aktivnega prebivalstva. Delovna sposobnost je definirana kot vsota dejavnikov, ki omogočajo delavcu, da uspešno izvede določeno nalogo. Ali je delovna sposobnost slaba, zmerna, dobra ali odlična, je mogoče določiti s pomočjo indeksa delovne sposobnosti. Čeprav so bile z uporabo le-tega izvedene številne raziskave, ostajajo odprta mnoga vprašanja, na katera bi bilo mogoče odgovoriti z nadaljnjim raziskovanjem tega področja, ne glede na kronološko starost zaposlenih.

Professional paper

UDC 331.101:005.956

KEY WORDS: chronological age, work ability, WAI index

ABSTRACT - The current changes in demographic structure of the world population require several essential adjustments in ways of thinking and acting when it comes to retirement, especially in cases of early retirement in older employees. Taking measures for improving the work abilities of employees would enable the establishment of working conditions, which could lead to a decrease in the number of members of the active population who retire too early. Work abilities are factors enabling the employee to perform successfully in certain tasks. The Work Ability Index (WAI) helps us determine whether the work abilities of an individual are poor, moderate or excellent. Despite the fact that numerous studies have been made with the concept of the WAI, several questions remain opened, and could be answered with additional research in the field of work abilities of the active population regardless of chronological age.

1 Uvod

Živimo v času, ko se Evropa in preostali del sveta v geografskem in družbenopolitičnem smislu spreminjata predvsem zaradi obsežnih sprememb v demografski strukturi prebivalstva.

Projekcije Eurostata do leta 2050 kažejo, da bo do leta 2050 starejših od 65 let 150 milijonov Evropejcev, 57 milijonov Evropejcev bo do leta 2050 starejših od 80 let. Navedeni podatki niso samo skopa statistika, temveč predstavljajo ogroditve mnogoterih družbenih in socialnih sprememb na področju zaposlovanja, upokojevanja in z njim povezanih socialnih transferjev, medgeneracijskega sodelovanja, izobraževanja, akutne in dolgotrajne zdravstvene oskrbe. Čeprav so dejstva, povezana s staranjem, človeštvu dobro znana in je to področje z znanstvenega stališča podprto z velikim številom raziskav vse od antike dalje, se znanost še ni poenotila oz. enotno definirala tega procesa.

Medvedev (1990) je ugotovil, da je do leta 1990 mogoče najti vsaj 300 različnih teorij staranja, število pa nenehno narašča. Vina, Borrás in Miquel (2007) trdijo, da so pričakovanja o enotni, torej univerzalni teoriji staranja, ki bi vključevala vse fenomene tega naravnega procesa, nerealna. Tako staranje razlagamo s pomočjo več teorij.

Biološko staranje povezujemo s spremembami na celični ravni v smislu upočasnjenega metabolizma celice in kopičenja prostih radikalov v njej. Z delovanjem prostih radikalov na staranje celice se podrobno ukvarja teorija prostih radikalov po Halliwell in Gutteridge. Genetske teorije razlagajo, da staranje izvira iz dedne informacije, ki se izrazi po določenem času oziroma, da je staranje posledica obrabe in poškodb celic in organov zaradi metabolnih procesov (Polšak in Lampe, 2011). Spremembe, ki so posledica zmanjšane delovanja celičnih struktur, se na nivoju delovanja celotnega sistema kažejo kot zmanjšano delovanje posameznih organov in organskih skupin ter posledično kot zmanjšana sposobnost zadovoljivega oz. zadostnega opravljanja za organizem oz. za osebo značilnih življenjskih funkcij. Zmanjšana sposobnost izvajanja značilnih življenjskih funkcij se kaže tudi v obliki psihološkega staranja osebe. To se kaže kot spremembe v miselnih, perpetualnih in senzoričnih procesih v smislu upada kognitivnih sposobnosti, kot so motnje spomina, zmanjšana sposobnost učenja, zmanjšana sposobnost pomnjenja in zmanjšana sposobnost koncentracije. Psihološko staranje je na eni strani zelo povezano z biološkim staranjem, pomembno pa vpliva tudi na pojav socialnega staranja. Socialno staranje označuje predvsem upad interesa za socialne aktivnosti in nadaljnjo aktivno vlogo v družbi, pri čemer gre za staranje osebne vloge posameznika v kohorti (partnerstvu, družini, med prijatelji, sorodniki, znanci). Upad interesa za socialne aktivnosti in nadaljnjo aktivno družbeno vlogo je pogosto eden prvih znakov napredovanja bioloških in psiholoških procesov staranja.

Staranje se začne s spočetjem in traja do smrti. Rojstvo in smrt sta naravna mejnika življenjskega toka vseh živih bitij. Izraz življenjski tok je prvi uporabil sociolog Leonard Chain leta 1964 v članku *Življenjski tok in socialne strukture*. Za razumevanje dinamike življenjskega toka je nujno potrebna razprava o izrazito človeških lastnostih življenjskega toka in njegovih temeljnih organskih značilnostih. Primarni elementi značilnosti življenjskega toka inherentno, interaktivno in pogojno karakterizirajo človekovo osebnostno rast in razvoj (Damefer in Settersen, 2011).

Eno pglavitnih vprašanj v zvezi s staranjem svetovne populacije je, kako zagotoviti trajno vzdržnost delujočih socialnih sistemov v Evropi in v svetu ob vse večjih obremenitvah, predvsem zaradi povečevanja števila starejših in upokojenih ter zmanjševanja števila delovno aktivnega prebivalstva. Ena od možnosti in tudi nujnih ukrepov, da bi omogočili trajnost socialnih sistemov, je krepitev delovne sposobnosti aktivnega prebivalstva. Staranje kot eden ključnih procesov v življenjskem toku posameznika močno vpliva na delovno sposobnost posameznika v različnih življenjskih obdobjih.

Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu uvaja »age management« ali upravljanje s starostjo, kot metodo dela, ki menedžmentu ponuja nabor ukrepov za zagotavljanje dobre delovne sposobnosti zaposlenih in preprečevanje zgodnjega oz. prezgodnjega upokojevanja, s tem pa odpravlja vse negativne posledice takega upokojevanja izkušenih, kompetentnih in predanih delavcev.

S teoretičnega vidika upravljanje s starostjo pomeni promocijo proaktivnega pristopa k demografskim spremembam na delovnem mestu. Dober pristop v upravljanju s starostjo je definiran kot merilo za preprečevanje ovir staranja in promocija starostne raznolikosti (Walker, 1999) ter zagotavljanje enakih možnosti vsem zaposlenim za doseganje lastnih potencialov, brez omejevanja zaradi starosti.

Kot navaja Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, razumemo pod besedno zvezo upravljanje starosti na ravni organizacije upoštevanje s starostjo povezanih dejavnikov pri vsakdanjem upravljanju, vključno z delovno ureditvijo in posameznimi delovnimi nalogami. Upravljanje starosti tako zajema boljšo ozaveščenost o staranju, pravilen odnos do nje, upravljanje starosti kot temeljno nalogo in dolžnost vodstvenih in nadzornih delavcev, vključenost upravljanja starosti v kadrovsko politiko, spodbujanje delovnih sposobnosti, vseživljenjsko učenje, do starosti prijazno delovno ureditev ter varen in dostojanstven odhod v pokoj.

Upravljanje starosti v svoji najboljši obliki upošteva vseživljenjski cikel in ustvarja enake možnosti za vse starostne skupine (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, brez datuma).

Definicija upravljanja starosti vsebuje komponente teorije življenjskega toka in je tako tesno povezana z znanstvenim področjem socialne gerontologije. S stališča le-te je vreden razmislek o morebitni zamenjavi izraza upravljanje s starostjo, s primernejšo terminologijo. Čeprav definicija upravljanja s starostjo zajema oz. predvideva ukrepe v celotnem življenjskem toku, je prevod originalnega izraza v slovenščino mogoče razumeti bolj ozko kot v izvorniku. Starost v slovenskem jeziku, še posebej v definiciji strokovnega izraza, je lahko razumljena kot diskriminatorna, saj Slovar slovenskega knjižnega jezika definira starost kot: »doba v človeškem življenju od zrelih let do smrti« (SSKJ, 2000). Pod izrazom »zrela leta« lahko razumemo obdobje človekovega življenja bodisi od 18 let (ko naj bi se končal intenzivni telesni razvoj) ali od srednjih let, ko se pričakuje, da bo človek odrasla zrela oseba, ki bo na podlagi svojih dosedanjih izkušenj, pridobljenega znanja in dispozicij sposoben usmerjati mlajše od sebe in skrbeti za svoje potomstvo. Zrela leta pa so lahko tudi obdobje v človekovem življenju, ko se zmanjša delovna aktivnost in se oseba začne pripravljati na upokožitev oz. ko se v določenem obsegu umika iz različnih oblik družbenega in družabnega življenja. Upravljanje s starostjo v menedžerskem smislu pomeni načrtovanje, organiziranje, izvajanje in evalvacijo določenih ukrepov, potrebnih za preprečevanje zgodnjega upokojevanja in odsotnosti z dela zaradi določenih, v višji kronološki starosti značilnih obolenj oziroma obolenj, ki se po določeni kronološki starosti statistično pogosteje pojavljajo. Ukrepi upravljanja s starostjo so namenjeni posameznikom ali poklicnim skupinam po tem, ko le-ti dosežejo določeno kronološko starost, njihova uporaba je v večini primerov mišljena za delavce, ki so starejši od 50 ali od 60 let. Taki ukrepi se izvajajo v obliki različnih projektov 50+ v Avstriji, 40+ je projekt Evropske unije, ki omogoča ponovno zaposlovanje ženskam, starejšim od 40 let, švedska multinacionalka Vattenfall pa je pred leti uvedla projekt 80–90–100, s katerim je želela izboljšati pogoje dela delavcem, starejšim od 57 let. Kot je razvidno iz opisanih primerov projektov, je age management orientiran na zaposlene, ki jih kategorizira na osnovi

kronološke starosti. Kategorizacija in razlike v obravnavi ob upoštevanju samo kronološke starosti sta kontradiktorni v primerjavi z definicijo age managementa, ki pravi, da upošteva vseživljenjski cikel in ustvarja enake možnosti za vse starostne skupine. Namesto izraza upravljanje s starostjo bi bil primernejši izraz usmerjanje procesov staranja na delovnem mestu. Izraz tako ne kategorizira sodelujočih glede na kronološko starost in pomeni teoretično izhodišče za enako obravnavo vseh vključenih, ne glede na njihovo kronološko starost. Izraz »upravljanje s starostjo« in način njegove dosedanje uporabe v praksi namreč upošteva le kronološko starost in ne upošteva ostalih treh oblik staranja: biološkega, psihološkega in socialnega. Ukrepi za usmerjanje procesov staranja na delovnem mestu so na osebnostnem nivoju osredotočeni na posameznika in se nanašajo na njegove delovne sposobnosti, na zdravje in dobro počutje, socialne odnose in priznavanje prispevka starejših delavcev podjetju, na kolektivnem nivoju so rezultat kolektivnih pogajanj in partnerstva med delavci in podjetjem, na organizacijskem nivoju pa vključujejo kompetence pri delu, prenos znanja, ravnanje z zaposlenimi in spremembe v organizaciji dela in delovnega časa. Uresničevanje strategij na osebnostnem, kolektivnem in organizacijskem nivoju je odvisno od uspešnosti družbenega usmerjanja procesov staranja na delovnem mestu, tj. od razvoja strategij na nivoju vlade. Strategije na družbenem nivoju poudarjajo aktivno staranje, izboljšano zdravje in dobro počutje ter znižane stroške za upokojevanje, zdravje in dobro počutje (van den Berg, Elders, de Zwart in Burdorf, 2008).

2 Model delovne sposobnosti

Delovna sposobnost je definirana kot vsota dejavnikov, ki omogočajo delavcu, da uspešno izvede določeno delovno nalogo. Delovno sposobnost določata oseba in delo. Na nivoju posameznika jo določajo funkcionalne sposobnosti posameznika (telesne, mentalne in socialne), njegovo zdravstveno stanje, njegove kompetence ter odnosi in vrednote. Na nivoju dela jo določajo delovno okolje, socialno delovno okolje, telesne in psihične zahteve dela ter menedžment in vodenje (WAI Netzwerk, 2007). Začetnik in utemeljitelj demografskega menedžmenta, in z njim povezanega menedžmenta človeških virov, je finski sociolog prof. dr. Juhani Ilmarinen, ki je leta 2001 razvil koncept hiše delovne sposobnosti (Hornung, 2013). V obsežnih raziskavah o delovni sposobnosti starejših delavcev so bili definirani temeljni dejavniki, ki vplivajo na individualno delovno sposobnost. Ugotovitve raziskav je mogoče ponazoriti v obliki štirinadstropne »hiše delovne sposobnosti« (Agencija za varnost in zdravje pri delu, brez datuma).

Ilmarinen meni, da je elementarni temelj delovne sposobnosti zdravje. Vsak delavec mora biti fizično in psihično zdrav, šele nato lahko svoje delovne sposobnosti ponudi delodajalcu (Hornung 2013).

Drugo nadstropje hiše vrednot mu predstavlja kompetenca. Delavec mora poleg psihičnega in fizičnega zdravja posedovati določeno znanje, ki je potrebno, da lahko opravlja zahtevane delovne naloge. Nadstropje višje so uvrščene vrednote, četrto nadstropje pokriva delovno življenje.

Delovna sposobnost je ravnovesje med delom in individualnimi zmožnostmi. Kar dar so delo in individualni viri dobro usklajeni, je delovna sposobnost dobra. Posamezna nadstropja povezuje stopnišče. Najmočnejša povezava je med delom (kompetencami) in vrednotami, s posebnim poudarkom na odnosih. Tretje nadstropje predstavlja delavčev subjektivni pogled na delo – njegova mnenja in občutke o različnih dejavnostih, povezanih z vsakdanjim delom. To nadstropje ima balkon, s katerega lahko delavec vidi okolje, ki je najbližje njegovemu delovnemu mestu, družino in ožjo skupnost. Družina in ožja skupnost dnevno vplivata na delovno sposobnost delavca. Zdrav življenjski slog in konjički izboljšujejo zdravstvene in funkcionalne zmožnosti. Osebnostne socialne mreže in medosebne interakcije vplivajo na vrednote, odnose in motiviranost. Tretje nadstropje hiše izraža in povzema delovne razmere. Pretok informacij iz različnih nadstropij in dejavniki zunaj dela lahko spremenijo delavčeve vrednote in odnose ter njegovo vključenost v delo in predanost delu. Odločitev o nadaljevanju dela v tej organizaciji do upokojitve ali celo dlje se sprejme v tretjem nadstropju. Bolj pozitivno, kot je ovrednoteno tretje nadstropje, večja je verjetnost, da bo delovno življenje delavca dobro in da bo njegova poklicna pot daljša.

Delovno sposobnost je mogoče oceniti z indeksom delovne sposobnosti (Work Ability Indeks - WAI). Avtor modela delovne sposobnosti Ilmarinen (2007) definira WAI kot instrument, ki se uporablja v praksi za ugotavljanje delovne sposobnosti na osnovi zdravstvenega stanja delavca in ocene delovnega mesta. Osnova indeksa so vprašanja, na katera odgovarja delavec, preden vprašalnik oceni strokovnjak. Vprašanja zajemajo naslednja področja: primerjavo trenutne delovne sposobnosti z najboljšo delovno sposobnostjo kadarkoli, delovno sposobnost v povezavi z zahtevami dela, število trenutno diagnosticiranih bolezni, ocenjen deficit delovne sposobnosti zaradi bolezni, število dni odsotnosti z delovnega mesta v preteklih dvanajstih mesecih, lastno prognozo delovne sposobnosti za obdobje naslednjih dveh let od trenutka testiranja, oceno duševnega stanja (resursov). Delovno sposobnost ocenimo kot slabo, zmerno, dobro in odlično glede na število zbranih točk.

Delovna sposobnost se z leti običajno zmanjšuje, čeprav srednje vrednosti za delovno populacijo, staro od 20 do 65 let, ostajajo v kategorijah »dobra« in »odlična«. Vendar je mogoče pri približno 30 % delavcev in delavk, starih več kot 45 let, zaznati opazno znižanje vrednosti indeksa WAI v zvezi s proizvodnimi in pisarniškimi delovnimi mesti. Poleg tega se gibanje indeksa WAI glede na staranje po gospodarskih sektorjih razlikuje. Zdi se, da je delovna sposobnost nižja v kmetijstvu, lesni industriji, kovinski industriji in prevozništvu ter na področju socialnovarstvenih storitev, v nekaterih državah pa tudi med učitelji. Najboljša usklajenost med delom in individualnimi zmožnostmi je bila ugotovljena v sektorjih elektronike, telekomunikacij, bančništva in zavarovalništva (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, brez datuma). Študije so pokazale, da nizka delovna sposobnost povečuje možnosti za zgodnje upokojevanje, dolgotrajno odsotnost z dela zaradi bolezni in nežmožnost za delo (van den Berg, Elders, de Zwart in Burdorf, 2009). Raziskave, v katerih je bil kot raziskovalna metoda uporabljen WAI, so pokazale, da je npr. svojo delovno sposobnost kot slabo ali zmerno ocenilo 28 % medicinskih sester, ki so zaposlene v bolnišnicah v Sao Paulu

(Monteiro, Tuomi, Goes, Hodge, Correa Filho and Ilmarinen, 2011). Na delovno sposobnost vplivajo različni dejavniki s strani delavca, pa tudi s strani delovnega okolja, kot je prikazano v modelu delovne sposobnosti. Goedhard (2011), ugotavlja negativne korelacije med delovno sposobnostjo in več negativnimi stresnimi dejavniki na delovnem mestu. V omenjeni raziskavi je bilo ugotovljeno tudi, da kronološka starost zaposlenih vpliva le na 5–10 % variacij v rezultatih indeksa WAI.

Obsežna raziskava z uporabo WAI je potekala v letih 2007-2008 med medicinskimi sestrami na Hrvaškem. Rezultati raziskave so pokazali višjo stopnjo delovne sposobnosti pri medicinskih sestrah, ki delajo v vseh izmenah (torej tudi nočno delo, delo ob vikendih in praznikih), le ta pa ni bila klinično značilna. Študija tudi ni pokazala statistično značilnih povezav med delom v izmenah in delovno sposobnostjo ali kvaliteto življenja (Sarić, Golubič, Milosević, Juras in Mustajbegović, 2013). Japonski raziskovalci Kumashiro, Kadoya, Kubota, Yamashita, Higuchi in Izumi (2011) so v raziskavi z indeksom WAI ugotovili, da so sodelujoči, ki imajo dobre gibalne navade, bolj samozavestni, manjkrat trpijo za simptomi depresije, kot so akutne stresne reakcije, in kažejo manj nezadovoljstva, vezanega na delovno mesto. Istočasno imajo osebe, ki redno vadijo, po WAI višjo stopnjo delovne sposobnosti.

WAI ima tako kot vsaka druga raziskovalna metoda tudi pomanjkljivosti. Uporaba in analiza dobljenih rezultatov lahko pustita določene dvome v realnost pridobljenih rezultatov ali določena odprta vprašanja pri interpretaciji dobljenih rezultatov. Hetzel, Baumann, Bilhuber in Madzarowski (2014) v raziskavi, v kateri so analizirali kratko različico WAI, ugotavljajo, da je, ko se WAI uporablja v namene medicine dela, mogoče pričakovati realne, veljavne rezultate. Ko se WAI uporablja za analizo samoocene delovne sposobnosti, pa lahko pričakujemo pomanjkljive informacije ali socialno sprejemljive oziroma željene ali všečne odgovore. V prvem primeru zaradi pomanjkljivih informacij ni mogoče izračunati rezultata indeksa oziroma z raziskavo ne dobimo realnih odgovorov. Primerjalna analiza WAI (Martus, Jakob, Rose, Sibb in Freude, 2010) je zajemala 371 raziskovancev različnih poklicnih skupin, med katerimi so bili tudi menedžerji. Rezultati WAI so bili pri skupini menedžerjev preoptimistični, zato raziskovalci njihovih rezultatov niso mogli vključiti v raziskavo.

3 Možnosti raziskovanja delovne sposobnosti z indeksom delovne sposobnosti

Proučevanje interakcij med staranjem delavca in spreminjanjem komponent dela, v času, ko ga delavec odpravlja, lahko predstavlja izhodiščno točko za vedno nove raziskave, s katerimi bi se lahko potrdile nekatere pomembne ugotovitve predhodnih raziskav. Tako npr. ugotovitev Goedharda (2010), da kronološka starost delavca, le malo vpliva na stanje delovne sposobnosti. S stališča znanosti je WAI verjetno še dokaj »mlada« metoda, a do sedaj opravljene raziskave dajejo nekaj ključnih izhodiščnih točk za nadaljnje raziskovanje. Van der Berg, Elders, de Zwart in Bursorf (2008) ugotavljajo, da je bilo med leti 1985 in 2006 opravljenih 20 raziskav, kjer je

bil kot raziskovalno orodje uporabljen WAI. 14 izmed omenjenih 20 raziskav je bilo presečnih, ostalih 6 študij je bilo longitudinalnih. Pomembe ugotovitve so: da spol ne vpliva na vrednost WAI, da je delovna sposobnost med mlajšimi zaposlenimi v določenih okoliščinah lahko slabša kot med starejšimi delavci in da na delovno sposobnost vpliva telesna pripravljenost, ter da so delavci, ki so bili v času testiranja v težkih življenjskih situacijah, izkazovali slabo ali zmerno delovno sposobnost. Glede na izsledke opravljenih raziskav je mogoče predvidevati, da obstaja dovolj velika verjetnost, da bi lahko z uporabo indeksa delovne sposobnosti potrdili, da je delovna sposobnost zaposlenih v različnih poklicih in različnih okoljih (kulturnih, delovnih) v isti starostni skupini različna, da je delovna sposobnost v isti starostni skupini in v istem izobrazbenem nivoju primerljiva, ne glede na razlike v delu in na dejavnike okolja, da delovna sposobnost v nekem kulturnem in delovnem okolju ne pada sorazmerno z naraščanjem kronološke starosti. Gibanje oziroma spreminjanje delovne sposobnosti skozi zaposlitveno dobo lahko ponazorimo v obliki sinusne funkcije. Minimumi funkcije so definirani kot obdobja v zaposlitveni dobi posameznika, kjer je verjetnost, da bo zaradi dejavnikov okolja delovna sposobnost slaba ali zmerna. Maksimumi funkcije so definirani kot obdobja v zaposlitveni dobi posameznika, kjer je verjetnost, da bo delovna sposobnost dobra ali zelo dobra, največja, in da bo delovna sposobnost v raziskovalni vzorec vključenih z višjo stopnjo izobrazbe večinoma ocenjena kot dobra ali zelo dobra v zadnjem obdobju zaposlitvene dobe (5 let in manj pred predvideno upokojitvijo), medtem ko bo delovna sposobnost preiskovancev z nižjo ali srednjo izobrazbo v zadnjem obdobju zaposlitvene dobe slaba ali dobra.

Raziskovanje delovne sposobnosti bo v času, ko se svet sooča z močno povečanim številom starejših postajalo vedno pomembnejše. Zaradi aktualnih in napovedanih sprememb v demografski strukturi aktivnega prebivalstva bo namreč nujno ugotoviti, kateri dejavniki bi lahko omogočili podaljšanje aktivne dobe zaposlenih. S pomočjo ugotovitev raziskav in iskanjem rešitev na podlagi dobljenih rezultatov bi bilo mogoče vplivati na zmanjšanje dni dolgotrajne odsotnosti z dela zaradi različnih bolezni. Socialni sistem, kot eden poglobitnih sistemov sodobne družbe, bo v spremenjenih demografskih okoliščinah lahko obstal le, če bomo zavestno prilagodili pogoje dela tako, da bodo lahko zaposleni ostali aktivni, dokler bodo to sami želeli. Na ta način bi preprečili odtekanje tako zelo pomembnega intelektualnega kapitala starejših zaposlenih, ki pa se morajo zaradi rigidne zakonodaje upokojitvi takrat, ko dosežejo zakonsko določeno starost, in ne takrat, ko svojega dela več ne morejo oziroma ne želijo več opravljati.

Nataša Štandeker, MSc

Work Ability Model: Theoretical Bases and Research Possibilities Using the Work Ability Index

One of the main questions when discussing the ageing of the world population is how to maintain the durability of the existing social systems in Europe and the world,

in spite of ever growing pressures, especially due to the increase in the number of elderly and retired people, and the decrease in the number of economically active population. Strengthening the active population's working ability is one of the options and necessary measures to provide the durability of social systems. Ageing is one of the key processes in a lifecycle of an individual, and therefore essentially influences the working ability of the individual in different stages of life.

The European Agency for Health and Safety at Work is introducing "age management" as a method of working which provides the management with a set of measures for enabling good working abilities of the employees as well as preventing early retirement, and consequentially all the negative results connected to experienced, competent and devoted workers retiring early or too early.

From a theoretical point of view, age management means the promotion of a proactive approach to demographic changes in the work place. A good approach to age management is defined as a measure for preventing the limitations of aging, the promotion of age variety (Walker, 1999), and providing equal opportunities for all employees to achieve their own potential without the limitations brought on by age.

The European Agency for Health and Safety at Work states that age management should be understood on the level of organization, considering age-related factors in everyday management, including work regulations and individual work tasks. Age management therefore encompasses a greater awareness about ageing; an appropriate attitude towards ageing; managing ageing as a vital task and obligation of the leading and supervising staff; including age management into the human resources politics; encouraging working ability; lifelong learning, age-friendly work environment, and a secure and dignified retirement.

Work ability is defined as a sum of factors enabling a worker to successfully execute a certain work task. Work ability is defined by the person and the work. Work ability on the level of an individual is further defined by functional abilities of the individual (physical, mental and social), the individual's health condition, their qualifications, their relationships, and their values. Work ability on the level of work is defined by the working environment, social working environment, physical and psychological demands of the work, and management and leadership (WAI Netzwek, 2007). The initiator and founder of demographic management, and the management of human resources which is closely connected to it, is the Finnish sociologist, Dr. Juhani Ilmarinen. In 2001, he developed the concept of the work ability house (Hornung, 2013). Extensive research on the work ability of older employees defined the essential factors which impact on the work ability of the individual. The findings can be presented in the form of a four story "work ability house" (The European Agency for Health and Safety at Work, n.d.).

Ilmarinen establishes that health is the foundation for achieving work ability. Every employee has to be in good health psychically and mentally, only then he can offer his work abilities to the employer (Hornung, 2013). Ilmarinen defines the second storey of the house of values with qualifications. In addition to physical and mental health, the employee has to possess certain knowledge, which is needed to perform the required work tasks.

A storey higher in the work ability house, one can find values, and the fourth storey contains work life. Work ability is a balance between work and individual abilities. When work and individual sources are balanced, work ability is good. Individual storeys are interconnected by stairs. The strongest connection can be found between the work (qualifications) and values storeys, with an emphasis on relationships. The third storey represents the employee's subjective view of his work; his opinions and feelings about different factors related to his everyday work. This storey has a balcony from which the employee is able to see the environment closest to his work place, his family and immediate community. Family and immediate community influence the work ability of the employee daily. A healthy lifestyle and hobbies improve health and functional abilities. A person's social networks and interpersonal interactions influence their values, relationships and motivation. The third storey of the house expresses and summarizes working conditions. The information flow from different storeys and the factors outside of work can easily change the values of the employee as well as his integration and dedication to his work. The decision about continuing to work in a certain organization until retirement or even further is made in the third storey. The more positive the evaluation of the third storey, the bigger the chances for a good work life and a longer career of the employee.

Work ability can be evaluated with the Work Ability Index (WAI). The author of the work ability model, Ilmarinen (2007), defines WAI as an instrument which is, in practice, used to determine work ability on the basis of the health condition of the employee and his evaluation of the workplace. The index is based on questions answered by the employee, and evaluated by an expert. The questions cover the following areas; a comparison of the current work ability with the best existing work ability, work ability in relation to the work requirements, the number of currently diagnosed illnesses, an evaluation of the deficit of work ability due to illness, the number of days the person was absent from their workplace in the past twelve months, the individual's own prognosis of work ability for two years following the testing, an evaluation of the mental state. Work ability is evaluated as poor, moderate, good or great, depending on the number of points collected.

Studying the interactions between an employee's ageing and the changing of the components of work during the time the employee is performing it, can be used as a starting point for new research with which some of the more important findings from previous research could be confirmed. Goedhard (Goethard, 2010) for example, found that the chronological age of the employee barely influences the state of his work ability. WAI would probably be considered a fairly "young" method from a scientific standpoint; however, studies performed until now give us some key starting points for further research. Van der Berg, Elders, de Zwart and Bursorf (2008), found that 20 studies performed between the years 1985 and 2006 used WAI as the research tool. 14 out of the 20 were cross-sectional, and the remaining 6 were longitudinal studies. Important findings include the following; gender does not influence the WAI values, in certain circumstances, work ability in younger employees can be worse than in older

employees, work ability is influenced by physical condition, and employees facing hard life situations during testing exhibited poor or moderate work ability.

According to the findings of the research mentioned above, we can presume that there is a large possibility that using the WAI could confirm the findings that work ability of employees in different professions and different environments (cultural and working) in the same age group, and the same educational level is comparable; regardless of the differences in work and the factors of the environment; that the work ability in a cultural and working environment does not decrease with the increase of chronological age. The changes in work ability throughout the age of employment can be presented in the form of a sinus function. The minimums of the function are defined as the periods in an individual's age of employment, when there is a possibility that the work ability will be poor or moderate due to the factors of the environment. The maximums of the function are defined as the periods in an individual's age of employment, when the possibility that the work ability will be good or great is the highest. The work ability of the employees with a higher education included in the sample will likely be evaluated as good or very good in the last period of the age of employment (5 years or less before the estimated retirement); whereas, the work ability of the employees with a lower level of education in the last period of the age of employment will be poor or good.

Researching work ability will become increasingly important in a world which is facing a severe increase in the number of elderly people. The current and future (predicted) changes in the demographic structure of the active population, will enable the findings of the factors which could enable the prolongation of the active age of the employees. Current research and establishing solutions on the basis of their findings could facilitate the reduction of the days of long-term absence from work because of different illnesses. The social system, as one of the essential systems of contemporary society, will continue to exist in the changed demographic circumstances only if we wilfully adapt working conditions in such a way that the employees will stay active as long as they want to. This will prevent the loss of important intellectual capital inherited by the older employees, who have to go into retirement (because of the rigid legislation) when they reach the age set by the law, and not when they cannot or do not want to perform their work any longer.

LITERATURA

1. Dannefer, D. and Phillipson, C. (2011). The SAGE handbook of social gerontology- cross-national trends in work and retirement. Pridobljeno dne 6. 4. 2015 s svetovnega spleta: http://www.uk.sagepub.com/leonguerrero4e/study/materials/reference/05434_workretire.pdf.
2. Glen, H. (2003). Handbook of the life course. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
3. Goedhard, W. J. A. (2011). Occupational gerontology. In: Age management during the life course. Tampere: Tampere University Press and Authors, pp. 41–43.
4. Hornung, J. (2013). Vom Haus der Arbeitsfaehigkeit zum 5 – Saehlen –Konzept. Pridobljeno 11. 4. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.google.si/url?>

5. Hetzel, C., Baumann, R., Bilhuber, H. and Madzarowski, M. (2014). Determination of Work Ability Index »short form«. Pridobljeno dne 5. 4. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.asu-arbeitsmedizin.com/ASUInternational-2014-10/Determination-of-work-ability-by-a-Work-Ability-Index-short-form-WAI-r,QUIEPTYxMDU5NyZNSUQ9MTEzODIx.html>.
6. Ilmarinen, J. (2007). The Work Ability Indeks (WAI). Pridobljeno dne 30. 3. 2016 s svetovnega spleta: <http://ocmed.oxfordjournals.org/content/57/2/160.full>.
7. Markus, P., Jakob, O., Sibb, R. and Freude, G. (2010). A corporative analysis of the Work Ability Index. Pridobljeno dne 5. 4. 2016 s svetovnega spleta: <http://ocmed.oxfordjournals.org/content/60/7/517.full>.
8. Medvedev, A. Z. (1990). An attempt to a rational classification of theories od ageing. Pridobljeno dne 27. 3. 2016 s svetovnega spleta: http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1080/15216540601178067/asset/778717133_f1p1.pdf?v=1&t=imsytnkk&s=88bf182568cc4acedd9cf45651f65417577e7c5e.
9. Monteiro, I., Tuomi, K., Goes, E. P., Hodge, E. P., Correa Filho, H. R. and Ilmarinen, J. (2011). Work ability during life course: Brasilian workers data bank analysis. In: Age Management during the Life Course. Tampere: Tampere University Press and Authors, pp.60–67.
10. Možina, S. et al. (2002). Management in nova znanja za uspeh. Radovljica: Didakta.
11. Naegele, G. and Walker, A. (2006). A guide to good practise in age management. Luxemburg. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
12. Ovsenik, M. and Ambrož, M. (2010). Celovitost in neznatnost organizacije. Ljubljana: Inštitut za management.
13. Poljšak, B. and Lampe, T. (2011). Proces staranja: vzroki, posledice, ukrepi. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
14. Pruemper, J., Thewes, K. and Becker, M. (2011). The effect of job control and quantitative workload on the different dimensions of the Work Ability Index. In: Age management during the life course (102-116) Tampere: Tampere University Press and Authors, pp. 102–116.
15. Taylor, P. (2011). Planning for an ageing workforce. In: Age Management during the Life Course. Tampere: Tampere University Press and Authors, pp. 23-33.
16. Taylor, P. (2002). New policies for older workers. Cambridge: The Policy Press.
17. Van den Berg, T., Elders, L., de Zwart, B. and Burdorf, A. (2008). The effects of work – related and individual factors of the work ability index: a systematic review. Pridobljeno dne 5. 4. 2016 s svetovnega spleta: <http://oem.bmj.com/content/early/2008/11/18/oem.2008.039883.short>.
18. Verbinc, F. (1997). Slovar tujk. Ljubljana: Cankarjeva založba.
19. Viña, J., Borrás, C. and Miquel, J. (2007). Critical review theories of ageing. Pridobljeno dne 18. 3. 2015 s svetovnega spleta: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/15216540601178067/abstract;jsessionid=14085F346611104A360407E3CFE8C79C.f02t04>.

Odnos do starosti in starejših ljudi skozi zgodovino

Strokovni članek

UDK 316.47-053.9

KLJUČNE BESEDE: starost, starejša generacija, odnos do starosti, postmoderna družba

POVZETEK - Prispevek opozarja na aktualno stanje odnosa širše družbe do starosti, staranja in starejših ljudi v sodobni družbi skozi zgodovinsko perspektivo. Zaradi intenzivnega staranja prebivalstva v zahodni družbi je potrebna globalna sociološka analiza položaja starejših ljudi in medgeneracijskih odnosov, tako v drugih kulturah kot v preteklosti. V ta namen avtorica izpostavlja temeljne značilnosti dojemanja starosti in starejših ljudi v starodavnih kulturah, predindustrijski in sodobni družbi. Avtorica na podlagi analize širše strokovne literature ugotavlja, da je skozi zgodovino prevladoval ambivalenten odnos do starosti in starejših ljudi, ki pa se v sodobni družbi nagiba k negativnim stališčem – celo do strahu pred staranjem.

Professional paper

UDC 316.47-053.9

KEY WORDS: age, older generation, attitude to old age, postmodern society

ABSTRACT - The paper points to the current attitude of wider society to the old age, aging and older people in postmodern society through historical perspective. Due to the intensive aging of the population in Western societies, a global sociological analysis of the situation of older people and intergenerational relations is required also considering other cultures and the past. For this purpose, the author highlights the fundamental features of the perception of age and older people in ancient cultures, pre-industrial societies and postmodern societies. On the basis of analyses of a wider professional literature, the author notes that throughout the history there has been an ambivalent attitude to old age and older people, which tends to have negative attitudes in modern societies – which can even be described as a fear of aging.

1 Uvod

Različne kulture so v različnih zgodovinskih obdobjih različno vrednotile starejše ljudi, še več, odnos do staranja in starejših ljudi se je (in se še) spreminja tudi znotraj kulture posamezne družbe. Čeprav se nekateri predsodki o starejših oblikujejo na podlagi upadanja njihove fizične sposobnosti, medkulturne in zgodovinske razlike potrjujejo, da so stereotipi oblikovani bolj na družbeni kot na biološki osnovi. Po mnenju Barkana (2011, str. 418) je odnos do starejših odvisen od vsaj dveh dejavnikov: kombinacije zdravja in duševne sposobnosti starejših ljudi ter gospodarske razvitosti. Običajno so mladi starejši v dobrem zdravstvenem stanju spoštovani, stari starejši pa v slabem zdravstvenem stanju in zaradi fizične nemoči obravnavani (bolj) kot breme (Barker, 2009).

Drugi dejavnik, ki vpliva na položaj starejših, je stanje v gospodarstvu. Bogati starejši (npr. lastniki zemljišč, živine, nepremičnin idr.) imajo več družbenega vpliva med svojimi sorodniki in drugimi člani družbe. Močnejše kot je gospodarstvo, več sredstev lahko starejši pridobijo in imajo zato tudi večjo moč in položaj v družbi. Izboljšanje gospodarstva torej praviloma okrepi spoštovanje starejših in izboljša nji-

hov položaj, nasprotno pa naj bi poslabšanje gospodarstva zmanjšalo spoštovanje do starejših in poslabšalo njihov položaj.

2 Sociološki pregled odnosa do starosti in starejših ljudi skozi zgodovino

Za razumevanje starosti in staranja, predvsem pa odnosa do starejših ljudi v današnji družbi, je nedvomno pomembna sociološka analiza vloge starejše generacije, ne samo v drugih družbah, ampak tudi v naši preteklosti.

2.1 Predindustrijska družba

V sodobni družbi prevladuje splošno prepričanje, da so bili v večini prazgodovinskih in agrarnih družb starejši cenjeni in spoštovani preprosto zato, ker so stari. Tu moramo omeniti, da je le peščica ljudi takrat dosegla tisto, kar danes imenujemo starost (65 in več let), saj je 80 % ljudi umrlo v srednjih letih (Barkan, 2011). Kot starejši so imeli več izkušenj in višji status, bili so prenašalci znanja, modrosti in ustnega izročila (Barkan, 2011; Nelson, 2005).

Širši pregled literature kaže nekoliko drugačno sliko. Odnos do starosti in starejših je bil skozi zgodovino večinoma ambivalenten, nihal je med spoštovanjem in posmehom starosti in starejšim ljudem, ugotavljata Chodzko-Zajko (1995) in Minois (1989). Chodzko-Zajko (1995) je na podlagi zgodovinskih pregledov in medkulturnih študij našel malo podpore za predpostavko, da so starodavne kulture res tudi spoštovale in častile starejše, a vsekakor veliko bolj kot današnje kulture. Medtem ko obstajajo številni zapisi v zgodnji literaturi in ustnem izročilu, na podlagi katerih lahko sklepamo, da so bili starejši spoštovani in čaščeni, obstaja skoraj enako število primerov v zgodovinskih zapisih, ki kažejo na negativna stališča, diskriminatorno vedenje in institucionalni ageizem, zelo podoben tistemu, kar je opisal že Butler (1969). Ageizem je »postopek sistematičnega stereotipiziranja in diskriminacije starejših ljudi« (Butler, 1969, str. 243). Podobna spoznanja navaja tudi Minois (1989), ki ugotavlja, kako je antična Grčija s kultom mladosti in lepote na eni strani in čaščenjem oziroma spoštovanjem »homerskega modreca« na drugi strani oblikovala ambivalenten odnos do starejših. Ta dvoumnost se ponovno pojavi v nasprotju med aktivno vlogo starejših državljanov v rimski politiki in njihovo upodobitvijo v satirični literaturi tega obdobja (Chodzko-Zajko, 1995; Minois, 1989), še več, ohranila se je skozi celotno zgodovino (Scrutton, 1990, str. 15). Tudi krščanska književnost je v začetku srednjega veka nihala pri definiranju odnosa družbe do starejših, tako v podobi spoštovanega »svetega modreca« kot v skupni obsodbi »starejšega grešnika« (Minois, 1989).

V srednjem veku je bila starejša generacija sprva spoštovana zaradi sposobnosti preživetja, kajti večina ni preživela številnih epidemij bolezni, npr. kuge, gripe. Zaradi pomanjkanja hrane in vedno višje stopnje umrljivosti pa je prišlo do nespoštovanja starejših, družba jih je obravnavala kot breme (Barkan, 2011). Tudi v času renesanse se je starost še naprej obravnavala negativno (Minois, 1989).

Negativni pogled na starejšo generacijo se je spremenil z obdobjem kolonizacije v Združenih državah Amerike, ko so angleški puritanci pričeli verjeti, da je starost dar Boga in so zato starejše (predvsem moške) zelo spoštovali, navaja Cole (1992, str. 49). Dejstvo, da so starejši puritanci imeli v lasti veliko zemljišč, je okrepilo njihovo moč.

V 19. stoletju je lastništvo zemljišč starejših Američanov postalo manj pomembno, saj so se ZDA preusmerile iz kmetijskega v industrijsko gospodarstvo. Tako je industrijska revolucija na Zahodu privedla do ponovnega premika v odnosu do starejših (Barkan, 2011), natančneje, ustvarila je izrazito neugodno družbeno okolje za starejše prebivalce.

Industrijska revolucija (zaton razširjene družine, prihod železnice, iznajdba tiska in povečanje literature za odrasle, upad družinskih vrednot in številni drugi dejavniki) je zahtevala večjo mobilnost v družinah, zato so se družine selile tja, kjer so bila delovna mesta. V luči tega novega pritiska mobilnosti je razširjena družina, in s tem stari starši, postala manj prilagodljiva. Pri tem se je izkazalo, da izkušnje na delovnem mestu niso bile tako pomembne kot sposobnost prilagajanja na spremembe in spreminjajoče se tehnologije (Nelson, 2005), kar je najbolj prizadelo starejše. Ker se je moč odločanja prenesla na mlajše moške, ki so služili velike vsote denarja v industrijskem svetu, je pričela avtoriteta starejših upadati. Delo v tovarni je postalo prevladujoči način proizvodnje, starejši ljudje pa obravnavani kot manj uporabni za potrebe proizvodnega gospodarstva (Barkan, 2011, str. 420).

Z izumom pisave, tiskarskega stroja in izboljšanjem evidentiranja pomembnih dogodkov se je spremenil tudi tradicionalni način pripovedovanja in delitev modrosti (Nelson, 2005). Tako je starejša generacija izgubila svojo najbolj uporabno družbeno funkcijo - »vlogo prenašalcev ustnega izročila, znanja in ohranjevalcev spomina« (Scrutton, 1990, str. 13). Skladno z idejo o preživetju najmočnejših lahko razumemo, da »starejši in šibki« prepustijo svoj položaj »mlajši in močnejši« generaciji za obstoj vitalnosti vrste. Z razvojem družbe in napredkom medicine se je življenjska doba bistveno podaljšala, posledično je naraslo tudi število starejših in le-ti niso več predstavljali družbene skupine, ki bi bila cenjena le zaradi svojega preživetja (Scrutton, 1990, str. 13). Družba ni bila pripravljena na ukvarjanje s tako velikim številom starejših ljudi, zato je začela povezovati starost z negativnimi lastnostmi in starejši so zdaj predstavljali breme za družbo (Branco in Williamson, 1982). Ti negativni odnosi vztrajajo v naši družbi in se celo zaostrejujejo (ILC, 2006; Nelson, 2002).

3 Vloga starosti v sodobni družbi

Maloštevilne so družbe v zgodovini obstoja človeštva, ki ne bi slavile mladosti kot najslajšega življenjskega obdobja in starosti kot manj prijetnega, a se vendarle zdi, da se ljudem nikoli v preteklosti ni bilo tako težko sprizniti s staranjem lastnega telesa kot danes.

Odpor do staranja v sodobnih zahodnih družbah se v zadnjih nekaj desetletjih manifestira različno (razmah lepotne kirurgije, obsedena skrb za zdravo telo, zaničevanje starosti in starejše generacije) in je celo tolikšen, da je ta popolnoma naravni proces

postal tabu, starejši, ki jih je vedno več, pa odrinjeni na obrobje. Tabuiranost starosti, do katere je prišlo pred nekaj desetletji, ko je zahodna družba razvrednotila dotlej popolnoma človeške lastnosti, kot so nemoč, osamljenost, šibkost, staranje, smrt in žalovanje, je po mnenju Ramovša (2003) kolektivni patološki pojav, ki škodi vsem generacijam. Starejšim onemogoča, da bi si sproščeno priznali starost in jo sprejeli, zato pretirano skrbijo za videz in življenjski slog, ki sta značilna za mladost ali srednja leta, to pa se prenaša na drugi dve generaciji, ki nadaljujeta začarani krog.

Če je starost v družbi tabuirana, generacije bežijo od nje, starejša generacija pa pristane na družbenem obrobju. Da ima tudi srednja generacija velike težave s staranjem, spremlja in občuti mlajša generacija, ki si obljubi, da teh težav ne bo imela. A strahu pred staranjem ne reši s poglobljenim premislekom in eksistencialnim preskokom, temveč si začne že pri 25-ih letih vbrizgavati botoks (Kuhar, 2004). Ne samo, da je starost v postmodernej družbi tabuirana, občutiti je mogoče celo gerontofobijo, ki pogosto povzroča čustva jeze do staranja pri vseh generacijah (Kristančič, 2005, str. 42).

Ob dejstvu, da v zadnjih nekaj desetletjih prihaja do izjemno povečanega deleža starejšega prebivalstva v družbi, je za Ramovša (2003, str. 27) detabuiranost nujna, ker je pogoj za spremembo omenjenih patoloških trendov v današnji družbi. Obstajata dva pogoja, da človek lahko začne premagovati tabu starosti:

- prvi je, da se sam zavestno odloči za sprejemanje svoje starosti,
 - drugi pa, da se tega res loti s primernim osebnim učenjem, ki bo vodilo do uspeha.
- Učni proces za sprejemanje svoje starosti in priprave nanjo ima intelektualno in emocionalno sestavino, ki pa sta združeni v celostnem doživljajskem učenju. To pa je najbolj učinkovito, če se izvaja v obliki socialnega učenja v majhni skupini, kjer prevladuje osebna komunikacija. S tem spoznanjem se zdi, da prihajamo v jedro sodobnih možnosti za preseganje tabuja starosti.

Ko govorimo o tabuju starosti, ne smemo spregledati pomena ageizma. Odmevnost ageizma se je pričela sredi 80. let prejšnjega stoletja, v času, ko so Američani razvili skupek predsodkov in diskriminacij proti starejšim osebam (Palmore, 1999, str. 4). Ageizem tvorijo trije sestavni elementi: predsodki do starosti, staranja in starejših ljudi; diskriminacija starejših, predvsem v delovnem, pa tudi v družbenem okolju, ter institucionalna politika in postopki, ki ohranjajo stereotipna prepričanja o starejših. Vse to pa zmanjšuje možnosti starejših generacij za zadovoljivo življenje in zmanjšujejo njihovo osebno dostojanstvo (Butler, 1980, str. 8).

Palmore (1999, str. 4) je kasneje še razširil definicijo ageizma - kot vsak predsodek ali diskriminacijo katere koli starostne skupine. Povedano drugače, ageizem je razumel kot presojanje ljudi na podlagi starosti in hkrati izpostavil njegove negativne in/ali pozitivne vidike. Merjenje obeh vrst ageizma daje vpogled v mehanizme, na katerih ta deluje, s tem pa omogoča več različnih predstav in interpretacij. Težnja nekaterih raziskovalcev, npr. Levy-ja (2001), je poudariti pomen pozitivnega ageizma, saj le-ta ponuja možnosti za preprečevanje negativnega.

Vzroke za porast ageizma lahko iščemo v staranju prebivalstva zahodnih družb (Bodner, 2009; Cuddy, Norton in Fiske, 2005; Levy in Banaji, 2002, Palmore, 1999). Večina ljudi postane zaskrbljenih zaradi naraščanja starejše generacije v primerjavi z

ostalim prebivalstvom. Tako kot se povečuje število starejših, tako se povečuje tudi skrb za zagotavljanje socialne varnosti in zdravstvene oskrbe za tako veliko in ranljivo družbeno skupino.

Poleg vse večje politične zaskrbljenosti v zvezi z ageizmom pa obstajajo tudi osebne posledice ageizma (npr. demoralizacija, izguba samospoštovanja, neaktivnost, telesni in duševni upad), ki ga naredijo za pomembno etično in socialno vprašanje. Ob institucionalnih in osebnih posledicah ageizma moramo omeniti tudi ekonomske stroške ignoriranja produktivne in ustvarjalne sposobnosti milijonov starejših, ki se morajo upokojiti samo zato, ker so dopolnili 65 let in več. Izpostaviti pa je treba še socialne in kulturne posledice ignoriranja modrosti, osvojenih veščin in znanja.

Posledice družbenih sprememb, vključno s staranjem prebivalstva, že posegajo v različne sestavine življenja starejše populacije in oblikujejo (predvsem negativen) odnos do starejših.

Spremenila se je sestava in vloga družin. Prevladujejo večgeneracijske družine, enostarševske družine, dvostarševskih in razširjenih družin je zmeraj manj, pojavljajo se nove oblike družin (istospolne družine, reorganizirane družine, LAT družine - Living Apart Together, živeti skupaj in hkrati narazen), povečuje se število razvez, zakonskih zvez je zmeraj manj, število družinskih članov je zmeraj manjše. Švabova (2001, str. 45) je že več kot pred desetletjem govorila o pluralizaciji družinskih oblik in načinov življenja. Nekatere navedene družinske oblike so sicer obstajale tudi že v preteklosti.

Ob upadanju rojstev v družini manj številčno tudi (biološko) sorodstvo. Ta pojav intergeneracijske strukture sta Bengston in Lowensteinova (2003, str. 10) poimenovali »Beanpole Family«, družinska struktura, ki je po obliki dolga in tanka, z več generacijami, vendar z manjšim številom članov v vsaki generaciji. In ne samo, da je sorodstvo manj številno, celoten pomen sorodstva se je spremenil. To ni več odvisno le od dedovanja in sklenitve zakonske zveze. Nove reproduktivne tehnike so namreč radikalno spremenile pogled na dedovanje. Še več, alternativne oblike družine in zunajzakonska skupnost so celo izpodrinile pomen zakonske zveze (Fry, 2005, str. 18).

V sodobni slovenski družbi ta prehod življenjskega sloga in nove strukture družine trenutno doživljamo bolj kot naraščanje individualnosti. Družina posameznikom služi in omogoča zadovoljevanje njihovih potreb. Prihodnost družine in družinskih odnosov se kaže v zmanjševanju vpliva biološkega sorodstva in večanju vpliva izbire prijateljstva. Takšna usmeritev družine je v človekovi potrebi po ljubezni, dejavnosti, skrbi, prijateljstvu, podpori in varnosti v prihajajočih spremembah v posameznikovem in družinskem življenju.

Staranje prebivalstva ima nedvomno tudi ekonomske posledice; pomembne spremembe nastajajo zlasti na trgu delovne sile, kjer se razmerje med številom delovno aktivnih in številom upokojenih vztrajno slabša. Po podatkih Eurostata (2015) so v letu 1980 približno štirje delavci delali za enega upokojenega, v letu 2050 pa bi naj za enega upokojenega delala le dva delavca. Najbolj opazne ekonomske posledice staranja populacije v globalnem pomenu delimo predvsem v dve veliki skupini: porast

izdatkov za pokojnine ter zdravstveno in socialno varstvo in nego starejših in zmanjšano število delovno sposobnega prebivalstva (Kraigher, 2005; Reday-Mulvey, 2005). Uvedba pokojninske zakonodaje je povzročila dodatne ekonomske stroške ignoriranja produktivne in ustvarjalne sposobnosti milijonov starejših, ki se morajo upokojiti samo zato, ker so dopolnili 65 let in več.

Večanje deleža starejših prebivalcev v populaciji vpliva tudi na organizacijo zdravstvenega varstva, saj je znano, da imajo različne biološke skupine prebivalcev različne potrebe, ki zadevajo zdravstveno varstvo. Reorganizacija zdravstvenega varstva bo morala zagotoviti večja sredstva za najpogostejše bolezni, ki zadenejo starejše in tudi za področja, kjer je starejših prebivalcev veliko in kjer so stopnje obolevanja visoke. V okviru reform zdravstvenega varstva bo treba povečati tako bolnišnične kot zunajbolnišnične kapacitete, namenjene zdravstvenemu varstvu starejših, poskrbeti za zadostne kapacitete zdravstvenega varstva na podeželju, ker je tam delež starejših prebivalcev večji kot v mestih, zvišati sredstva za primarno preventivo, promocijo zdravja in primarno zdravstveno varstvo, saj je preprečevati bolezen dosti ceneje kot jo zdraviti, povečati kapacitete za rehabilitacijo po boleznih in poškodbah ter približati rehabilitacijo domačemu okolju.

Zahteve sodobne družbe vplivajo tudi na drugačen način in tempo življenja vseh treh generacij. Vedno manj ljudi je pripravljenih oziroma zmožnih negovati svoje obolele (stare) starše, ki potrebujejo vsakodnevno oskrbo. Družbeni trendi v današnji družbi nam ob odgovornih in vedno dalj trajajočih službah onemogočajo celodnevno skrb za obolele starše. Zelo malo ljudi se še preživlja s kmetijsko dejavnostjo, ki je edina dopuščala kolikor toliko stalno prisotnost doma in s tem možnost poskrbeti tudi za dementne, nepomične ali drugače obolele stare starše.

Zanimivo je prav gotovo tudi dogajanje, ki določa družinska razmerja in medgeneracijske vezi; vse več ljudi - t. i. »sendvič generacija« – skrbi za ostarele starše in hkrati za odraščajoče otroke (Dimovski in Žnidaršič, 2007; Kristančič, 2005, str. 159; Ward and Spitze, 1998).

V politiki predstavlja starejša generacija vedno večje volilno telo, ki ima in bo tudi v prihodnosti imelo vedno večji vpliv. Starejši so vse pogostejše vpleteni v odločanje, ne samo o zadevah, ki zadevajo njih, ampak tudi o zadevah, pomembnih za celotno populacijo. V zadnjih nekaj desetletjih vse večje število starejših že povzroča zaskrbljenost in nesorazmerje politične moči (Binstock, 1992).

Ko govorimo o vzrokih in posledicah staranja v današnji družbi, ne moremo mimo vpliva globalizacije, ki je v 90-tih letih prejšnjega stoletja začela močno vplivati na družbene znanosti, zlasti na sociološke in politološke (Held et al., 1999; George and Wilding, 2002) in tako tudi na socialno gerontologijo (Estes and Phillipson, 2002; Estes, Biggs and Phillipson, 2003; Vincent, denarja, informacij, kultur in ljudi« (Held et al., str. 16). V nadaljevanju pravi, da je globalizacija /.../ daleč od tega, da je to svet »diskretnih civilizacij« ali preprosto mednarodni red držav, da je to postal fundamentalno medsebojno povezan globalni red, za katerega so značilni intenzivni vzorci izmenjave in tudi jasni vzorci moči, hierarhije in neenakosti (prav tam, str. 49).

Pravice starejših v obdobju postmodernizma so po mnenju Baumana (2000) in Becka (1992) postale razpršene in istočasno individualizirane. Dolžnost in potreba oziroma nuja ukvarjanja s starejšimi se je prenesla na posamezne družine (posebej na žensko oskrbo) in posamezne starejše ljudi (odvisno od možnosti financiranja starejših) (Bauman, 2000). Nova družbena konstrukcija (in kontradikcija) staranja je na eni strani poudarek na staranju kot globalnem problemu in na drugi strani individualizacija različnih tveganj, ki jih prinaša življenje v procesu staranja (Phillipson, 2006, str. 202).

4 Zaključek

Za zaključek smo si zastavili longitudinalno vprašanje:

»Na katera področja življenja starejših bo globalizacija vplivala v prihodnosti?«

Področje pokojnin je zagotovo osrednje področje. Na podlagi zgoraj povedanega pa moramo izpostaviti še najmanj naslednje tri:

- prva sprememba je globalno vodenje na svetovni ravni in njegov vpliv na staranje (Phillipson, 2006, str. 204), pri čemer se izpostavlja vprašanje državljanstva;
- drugo področje je sprememba življenjskega toka, natančneje, pojav nove »globalne geografije poteka življenja«, ki se pojavlja kot stranski produkt globalizacije (Dannefer, 2003);
- o prihodnosti staranja bo določal tudi vpliv transnacionalnih skupnosti in vloga migracij v smislu preoblikovanja nacionalne države (Winder, 2004). Transnacionalne skupnosti namreč odpirajo pomembna vprašanja za socialno politiko, saj se skupine, ki si med seboj delijo skrb glede financiranja, lahko kontinentalno povežejo.

Zgodovinski pregled odnosa do starosti in starejših ljudi kaže na ambivalentne medgeneracijske odnose. V prihodnosti pa bo globalizacija - kot eden od gradnikov »družbe tveganj« - izzvala nove oblike negotovosti, ki so lahko precej povezane z anksioznostjo oz. strahovi glede staranja (Phillipson, 2006, str. 207). Druge vidike je težje predvideti: ali bodo nove kohorte starejših ljudi (na primer povojna »baby boom« generacija) dale drugačen glas in pomen naravi staranja? Če bodo, koliko bo o tem odločala socialna mreža, ki zajema tako globalni kot tudi nacionalne kontekste? Koliko bo globalizacija sprevrgla socialne, ekonomske in kulturne vzorce, povezujoč in prepoznavajoč ljudi le glede njihove biološke dobe? Globalizacija je zagotovo spremenila svet in tudi staranje – na enako radikalen način.

Danijela Lahe, MSc

Attitude Towards Old Age and Older People Through History

Different cultures in different historical periods differently value older people, and even more, attitude to aging and older people has varied within each culture. Attitude

towards older people is generally dependent on at least two factors: a combination of health and mental abilities of older people and economic development. Older people in good health are usually respected; those in poor health are perceived (more) as a burden. Another factor is the level of the economy in society. The stronger the economy is, the more resources can older people acquire and, consequently, greater strength and position in society.

It is widely believed in the postmodern society that in many prehistoric and agrarian societies older people were valued and respected simply because they were old. They had been perceived as more experienced and had a higher status; they were identified as the carriers of knowledge, wisdom and word of mouth.

Wider review of the literature shows a slightly different picture. Throughout the history, attitudes towards the old age and the elderly have mostly been ambivalent, fluctuating between reverence and ridicule of age and older people. Minois (1989) and Chodzko-Zajko, (1995) note how, in the time of ancient Greece and ancient Rome, with the cult of youth and beauty on the one hand, and the veneration or respect for senior citizens on the other hand, developed an ambivalent attitude to the elderly. Even the Christian literature in the early Middle Ages fluctuated in defining the perception of society by older people, both in the form of a respected „holy sage“ as the common conviction „older sinner“ (Minois, 1989). In the Middle Ages, the older generation was initially respected for viability, because most of them did not survive the numerous epidemics, such as fever or flu. Due to the lack of food and the rising mortality rates the elderly were disrespected. Even during the Renaissance, the old age still had negative connotations.

Negative perception of the older generation changed for the short time in the years of colonization in the United States, when a belief that the old age was a gift from God prevailed. Therefore, the society attached a lot of respect and power to the older people, especially men (Cole, 1992). In the 19th century the Industrial Revolution in the West led to a re-shifting of the attitude towards the elderly (Barkan, 2011), creating extremely unfavourable social environment for them.

The Industrial Revolution demanded greater family mobility, so the family migrated to the places where there were jobs. In the light of this new pressure of mobility, the extended family and the grandparents became less flexible. The older people's authority began to decline, because the power was transferred to younger men, who produced large amounts of money in the industrial world. With the invention of writing and printing press, and consequently, recording of the important events, the traditional way of storytelling and sharing wisdom improved and changed. Thus, the older generation lost its most useful social function - „the role of carriers of oral tradition, knowledge and preservers of memory“ (Scrutton, 1990). With the development of society and the progress of medicine, life expectancy significantly lengthened, and consequently the number of older people increased. The society was not prepared to deal with such a large number of older generations, they were linked with negative characteristics and became a burden for society. These negative attitudes still persist in our society, they are even on the increase.

Resistance to aging in modern Western societies in recent decades manifests itself differently, in the way that this completely natural process has become taboo, and older people, whose number is in continuous increase, marginalized. According to Ramovš (2003) the phenomenon of the old age becoming a taboo is a collective pathological phenomenon, which harms all generations. It prevents the elderly to recognize old age with ease, therefore, they excessively care for their appearance and lifestyle, which is typical of youth or middle age people, being transmitted to the other two generations, and the vicious cycle continues. Not only is the old age in the postmodern society a taboo, it is even possible to feel the fear of aging and older people. Given the fact that over the last few decades society is confronted with unprecedented increase in the proportion of elderly people, it is necessary to fight against this taboo, as a condition for changing of the mentioned pathological trends in today's postmodern society. In today's post-modern society, two conditions for a person to begin to overcome the taboo of age are needed (ibid). The first is that a person makes a conscious decision for accepting their age. And the second condition is that the person in fact undertakes a process of suitable personal learning that will lead to success.

When we talk about the old age taboo, we should not overlook the importance of ageism, it has both positive and especially negative aspects. The reasons for the increased ageism can be found in the intensive aging population in the Western societies, causing increased attention to the issue of retirement, ensuring income security and health care for this large vulnerable social group. In addition to growing political concerns over the ageism, there are also personal, economic, social and cultural consequences of ageism.

The consequences of social changes, including aging, influence various components of life of the older population and create (negative) attitude towards them. The composition of families has been changed. Multi-generational and single parent families are predominant, while two-parent and extended families are fewer. There are also new types of families (same-sex families, reorganized families, LAT family), increased number of divorces, fewer marriages, and numbers of families. The decline in births in the family has resulted in decrease of relatives. And not only that the number of relatives is in decline, the full significance of the institution of kinship has changed. Relatives no longer depend solely on inheritance and marriage. New reproductive techniques have in fact radically changed the view of the inheritance. We are currently experiencing this transition regarding lifestyle and new family structures as the rise of individuality. Family serves individuals and allows meeting the needs of the individual. The future of the family and family relations is reflected in reduction of the blood relationship impact and increase of the impact on the choice of friendships. Such an orientation of the family is in the human need for love, business, care, friendship, support, and security for the coming changes in the individual and family life.

Undoubtedly, the aging population also influences economy. Significant changes occur particularly in the labour market, where the ratio between the number of employed and the number of retired continually deteriorates. The enforcement of the legislation on retirement has resulted in additional economic costs because of igno-

ring the productive and creative capacities of the millions of elderly who have to be retired just because they are 65 years of age and older.

Increase of the proportion of older people in population also affects the organization of health care. The reorganization of health care will have to provide more resources for the most common diseases that affect older people, also in the areas where there is a high morbidity of the elderly. Therefore, hospital and non-hospital facilities, aimed at health care of older people, have to be extended. Increased health care is needed in rural areas, because there is a greater proportion of the elderly population than in the cities. Funds for the primary prevention, health promotion and primary health care have to be expanded, because it is cheaper to prevent than to treat a disease. We have to increase the capacity for rehabilitation after diseases and injuries – i.e. more facilities - to be available closer to the home environment.

It is necessary to emphasise current family relationships and intergenerational ties: more and more people care for their parents and growing children at the same time. This is, the so-called „sandwich generation“. In the field of politics, the older generation represents bigger and bigger electoral body, which has and will continue to have a growing influence. Older people are increasingly involved in decision-making, not only on matters that concern them, but also on matters relevant to the entire population. In the last few decades, a growing number of older people is causing concern about the growing number of elderly and the disproportionate political power.

When we talk about the consequences and causes of aging in post-modern society, we cannot ignore the impact of globalization, which started influencing social sciences in the 1990s, particularly in sociological and political sciences as well as, consequently, in social gerontology. New social construction of aging is, on the one hand, focusing on aging as a global problem, and on the other hand, on the individualisation of the different risks posed by life in the aging process. Historical overview of the relationship to old age and older people shows ambivalent intergenerational relationships. Globalization - as one of the constituents of the „risk society“ - will provoke new forms of insecurity, which may be largely associated with anxiety and fears about aging (Phillipson, 2006). Other aspects are more difficult to predict: will the new cohort of older people give a different voice and the importance to the nature of aging? If the answer is yes, to what extent will this determine the social network, which includes both global and national contexts? To what extent will globalization transform social, economic and cultural threads, so that people will only be recognized by their biological age?

LITERATURA

1. Barkan, S. E. (2011). *Sociology: Understanding and Changing the Social World*. Pridobljeno dne 20. 6. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.saylor.org/site/textbooks/Sociology,%20Understanding%20and%20Changing%20the%20Social%20World.pdf>.
2. Barker, J. C. (2009). *Between Humans and Ghost: The Decrepit Elderly in a Polynesian Society*. V: Sokolovsky, J. (ed.). *The Cultural Context of Aging: Worldwide Perspectives*. Westport: Praeger, pp. 606–622.

3. Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press.
4. Beck, U. (1992). *The Brawe New World of Work*. Cambridge: Polity Press.
5. Bengston, V. L. and Lowenstein, A. (2003). *Global Aging and Challenges to Families*. NY: Springer.
6. Binstock, R. H. (1992). The oldest old and „intergenerational equity“. In: Suzman, R., Willis, D. and Manton, K. (eds.). *The oldest old*. New York: Oxford University Press, p. 394.
7. Bodner, E. (2009). On the origins of ageism among older and younger adults. *International Psychogeriatrics*, 21, no. 6, pp. 1003–1014.
8. Branco, K. and Williamson, J. (1982). Stereotyping and the life cycle: Views of aging and the aged. In: Miller, A. G. (ur.). *In the eye of the beholder: Contemporary issues in stereotyping*. New York: Praeger, pp. 364–410.
9. Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, no. 4, pp. 243–246.
10. Butler, R. N. (1980). Ageism: A Foreword. *Journal of Social Issues*, 36, no. 2, pp. 8–11. Pridobljeno dne 30. 6. 2014 s svetovnega spleta: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x/pdf>.
11. Chodzko-Zajko, W. J. (1995). *Roots of Ageism in Contemporary Society*. International Conference on Aging and Physical Activity. Colorado: Colorado Springs.
12. Cole, T. R. (1992). *The journey of life: A cultural history of aging in America*. New York: Cambridge University Press.
13. Cuddy, A. J. and Fiske, S. T. (2002). Doddering, but dear: Process, content and function in stereotyping of elder people. In: Nelson, T. D. (ed.). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older people*. Cambridge, MA: MIT Press, pp. 3–26.
14. Cuddy, A. J., Norton, M. I. and Fiske, S. T. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61, no. 2, pp. 267–285.
15. Dannefer, D. (2003). Toward a Global Geography of the Life Course. In: Mortimer, J. and Shanahan, M. (eds.) *Handbook of the Life Course*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher, pp. 647–659.
16. Dimovski, V. and Žnidaršič, J. (2007). Ekonomski vidiki staranja prebivalstva v Sloveniji: kako ublažiti posledice s pristopom aktivnega staranja, Kakovostna starost. 10, no. 1, pp. 2–15.
17. Estes, C. and Phillipson, C. (2002). The Globalization of Capital, The Welfare State and Old Age Policy. *International Journal of Health Services*, 32, no. 2, pp. 279–297.
18. Estes, C., Biggs, S. and Phillipson, C. (2003). *Social Theory, Social Policy and Ageing: a critical introduction*. Buckingham: Open University Press.
19. Eurostat (2015). *Europe 2020 indicators – employment*. Pridobljeno dne 20.11.2015 s svetovnega spleta: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Europe_2020_indicators_-_employment.
20. Fry, C. L. (2005). *Globalization and the Experiences of Aging*. In: Shenk, D. and Groger, J. (ur.). *Aging education in a global context*. NY: Haworth Press, pp. 9–22.
21. George, V. and Wilding, P. (2002). *Globalization and Human Welfare*. London: Palgrave.
22. Held, D., McGrew, A., Goldblatt, D. and Perraton, J. (1999). *Global Transformation*. Oxford: Polity Press.
23. Hummert, M. L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging*, 5, no. 2, pp. 182–193.
24. ILC. (2006). *Ageism in America*. New York: Mount Sinai School of Medicine.
25. Kraigher, T. (2005). Srednjeročna in dolgoročna projekcija demografskega razvoja Slovenije in njegovih socialno-ekonomskih komponent. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.
26. Kristančič, A. (2005). *Nova podoba staranja - siva revolucija*. Ljubljana: AA Inserco.
27. Kuhar, M. (2004). *V imenu lepote: družbena konstrukcija telesne samopodobe*. Ljubljana: FDV, Center za psihologijo.
28. Levy, B. R. (2001). Eradication of Ageism Requires Addressing the Enemy Within. *The Gerontologist*, 41, no. 5, pp. 578–579.

29. Levy, B. and Banaji, M. R. (2002). Implicit ageism. In: Nelson, T. D. (ed.). *Ageism: Stereotypes and prejudice against older persons*. Cambridge: MIT Press, pp. 49–75.
30. Minois, G. (1989). *History of Old Age: From Antiquity to the Renaissance*. Chicago: University of Chicago Press.
31. Nelson, T. (2002). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults*. Cambridge: MIT Press
32. Nelson, T. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61, no. 2, pp. 207–221.
33. Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer.
34. Palmore, E. B. and Maeda, D. (1985). *The honorable elders revisited*. Durham: University Press.
35. Phillipson, C. (2006). Ageing and Globalization. In: Vincent, J. A., Phillipson, C. and Downs, M. (eds.). *The Futures of Old Age*. London: SAGE Publication Ltd, pp. 201–207.
36. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontoagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
37. Reday-Mulvey, G. (2005). *Working Beyond 60: Key Policies and Practices in Europe*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
38. Scrutton, S. (1990). Ageism: The Foundation of Age Discrimination. In: McEwen, M. (ur.). *Age - The Unrecognised Discrimination*. London: Age Concern England, pp. 12–19.
39. Švab, A. (2001). *Družina: od modernosti do postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
40. Vincent, J. A. (2003). *Old Age*. London: Routledge.
41. Ward, R. A. and Spitze, G. (1998). Sandwich Marriages: The Implications of Child and Parent Relations for Marital Quality in Midlife. *Social Forces*, 77, no. 2, pp. 647–666.
42. Winder, R. (2004). *Bloody Foreigners: The Story of Immigration to Britain*. London: Little, Brown.

Paliativna oskrba ob koncu življenja

Strokovni članek

UDK 616-036.8-083

KLJUČNE BESEDE: paliativna oskrba, umiranje, lajšanje trpljenja, paliativna sedacija

POVZETEK - Paliativna oskrba ob koncu življenja je le manjši del celostne paliativne oskrbe, ki naj se vključi v obravnavo že v zgodnejšem obdobju kronične neozdravljive bolezni. Kadar govorimo o oskrbi bolnikov ob koncu življenja, imamo navadno v mislih zelo kratko obdobje, ki ga ocenjujemo v urah ali dnevih oz. zelo redko v tednih. To je posebno obdobje, v katerem se pojavijo znaki pričetka umiranja s pešanjem vitalnih organov in se končajo s smrtjo. Prepoznava tega obdobja in ustrezno načrtovanje sta bistvena. Bolniki in njihovi bližnji naj bodo tukaj v ospredju oskrbe. Komunikacija je še posebej vitalnega pomena, saj lahko bolniki in njihovi bližnji lažje sodelujejo, če so primerno informirani. Pomembni so tudi skrb za osebno higieno, nega kože in ust, nadzor nad izločanjem urina in odvajanjem blata ter obvladovanje najpogostejših simptomov (bolečina, oteženo dihanje, nemir in terminalno hropenje). Če se določenih simptomov oz. trpljenja pri bolnikih, navkljub vsem razpoložljivim paliativnim ukrepom, ne da olajšati, je potrebna paliativna sedacija.

Professional paper

UDC 616-036.8-083

KEY WORDS: palliative care, end of life, dying, suffering relief, palliative sedation

ABSTRACT - Palliative care at the end of life is only a minor part of the holistic palliative care, which usually starts in the early age of the chronic non-curable disease progression. When it comes to patients' end-of-life care, we speak of a very short survival period being evaluated in the hours or days, or very rarely, weeks. This is a specific time in which distinctive signs of approaching death are beginning to appear. Recognition of this period and appropriate planning is essential. Patients and their caregivers should be at the centre of planning and managing the care. Communication is particularly vital since patients and their caregivers can adequately participate only if they are properly informed. Management of personal hygiene, skin and mouth care, bowel and bladder function and most common symptoms (pain, dyspnoea, delirium, agitation and terminal secretions (death rattle) are also important. Occasionally, initiation of palliative sedation is needed if all standard palliative interventions do not alleviate the symptoms and suffering.

1 Uvod

Paliativna oskrba (PO) je celostna obravnava bolnikov z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih (Ministrstvo, 2010). Prizadeva si za optimalno obvladovanje telesnih simptomov bolezni, izvajanje kakovostne nege ter lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih stisk.

Namen PO je ohranjanje čim boljše kakovosti življenja bolnika, pomoč njegovim bližnjim med boleznijo, umiranjem in žalovanjem.

V PO se načrtuje zdravljenje in obvladovanje simptomov bolezni individualno, glede na bolnikovo zdravstveno stanje, možnosti, ki so za bolnika primerne, ter tudi glede na njegove želje. Pri tem je pomembno, da se simptome dovolj zgodaj prepozna, jih oceni ter pravočasno in ustrezno ukrepa.

PO je sestavni del celostne obravnave bolnikov z neozdravljivo boleznijo. Pričela naj bi se zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se neprekinjeno izvajala skozi

vsa obdobja bolezni (tudi med specifičnim zdravljenjem), z oskrbo ob koncu življenja, v času smrti in žalovanja (Ebert Moltara, 2014). PO specifičnega zdravljenja ne nadomešča, ampak ga dopolnjuje. Skupaj predstavljata možnost za bolj kakovostno in tudi daljše življenje. Ko so možnosti ozdravitve in zazdravitve osnovne bolezni izčrpane, se obravnava bolnika prevesi zgolj v paliativno oskrbo.

PO stremi k ohranjanju dostojanstva življenja neozdravljivo bolnih in k preprečevanju nepotrebnih sprejemov v bolnišnico in neučinkovitih ter pogosto obremenilnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov ob koncu življenja.

2 Prehod v oskrbo ob koncu življenja

Prehod v oskrbo ob koncu življenja se lahko definira kot obdobje, ko z vidika zdravstvenega stanja pride do nepovratnega upada telesne zmogljivosti (funkcijskega statusa) pred smrtjo (Lacey, 2015). To je obdobje, ko se neozdravljiva bolezen po daljšem ali krajšem času postopnega poslabševanja prevesi v nepopravljive okvare življenjsko pomembnih organov (srca, pljuč, jeter, možganov, ledvic), ki vodijo do njihove popolne odpovedi in smrti (Červek, Zavratnik in Žnidaršič, 2014).

Prepoznati prehod v oskrbo ob koncu življenja je predpogoj za primerno oskrbo v tem obdobju. Številne tuje in tudi naše raziskave so pokazale, da zdravstveni delavci slabo prepoznavajo znake, ki nakazujejo prehod v obdobje ob koncu življenja (Gallais et al., 2016; Choi et al., 2015; Grendarova et al., 2015; Ebert Moltara et al., 2009; Ivanetič et al., 2010; Ebert Moltara et al., 2012; Tavčar et al., 2012; Ebert Moltara et al., 2014; Žnidarič et al., 2015). Uporaba Klinične poti umirajočega (KPU) je pri tem lahko v pomoč, saj je to dokument, ki temelji na z dokazi podprti oskrbi (evidence based care) in omogoča eno od pomembnejših veščin - kako prepoznati pričetek umiranja (Červek, Zavratnik, 2011). Uporaba KPU spreminja odnos zdravstvenega osebja ter širše družbe do umiranja in smrti, poudarja ohranitev človekovega dostojanstva in pravico do mirne in neboleče smrti (Červek in Zavratnik, 2011, str. 63).

Zadnje obdobje življenja lahko razpoznamo po značilnih spremembah v videzu in obnašanju bolnika, po znakih in simptomih bolezni ter po spremembah v laboratorijskih izvidih (Červek, Zavratnik in Žnidaršič, 2014).

Prehod v oskrbo ob koncu življenja se kaže kot (Zavratnik in Mehle, 2014):

- bolnikova vezanost na posteljo (prisotna je nesposobnost bolnika, da bi se posedel ali vstal, je oslabel, brez moči in energije, ki sta potrebni za to aktivnost),
- bolnikova nesposobnost pitja in uživanja tablet (naredi lahko samo kakšen požirek, prisotne so motnje v delovanju požiralnega refleksa) in
- motnje zavesti ali semikomatozno stanje (prisotna je utrujenost, zelo omejena komunikacija, bolnik ne more slediti pogovoru, med pogovorom zaspi, govor je tih, lahko nerazumljiv, zanimanje za okolico ugaša, večino časa prespi, je odsoten).

Vse to je posledica napredovale bolezni, ki vpliva na delovanje vitalnih organov, predvsem CZS. Poleg omenjenih kliničnih znakov poznamo danes strokovno potrjene

objektivne laboratorijske znake, ki so prisotni v zadnjem obdobju življenja. Najdemo jih v obliki orodij, kot so: Paliativna prognostična ocena, Paliativni prognostični indeks, Lestvica telesne zmogljivosti po Karnovskem, Paliativna lestvica telesne zmogljivosti in Glasgowska prognostična ocena (Viganó et al., 2000; Glare et al., 2015; Hui et al., 2015).

3 Oskrba ob koncu življenja

Oskrba ob koncu življenja (manj ustrezen izraz: v terminalni fazi) je PO, ko je smrt blizu (Benedik, 2011, str. 52). Traja lahko od nekaj ur, do dnevov in redko tednov ter preide v aktiven proces umiranja in se zaključi s smrtjo bolnika in pričetkom žalovanja bližnjih.

Umiranje poteka po dveh poteh (Benedik, 2011, str. 55):

- mirna pot - stanje normalne zavesti se prevesi v zaspanost, bolnik čedalje težje opravlja opravila (letargija), težko se osredotoča na dogajanje, ne zanima se za okolico, postopno se razvijejo somnolenca, stupor, koma in smrt.
- težka pot - stanje normalne zavesti se prevesi v nemir, zmedenost, pojavljajo se vedno novi znaki motenega, čezmernega delovanja živčevja, npr. tremor, halucinacije, stokajoči bledež, mioklonični zgbiki, delirij, epileptični napadi, stupor, koma, smrt.

Pri tem lahko ponovno pomaga KPU, saj je obvladovanje simptomov in zagotavljanje udobja oziroma ugodja umirajočih prioriteta (Červek, Zavrtnik, 2011). Cilj oskrbe ob koncu življenja je zagotovitev mirne poti umiranja. Sem sodi ukinitve nekoristnih preiskav in posegov, ukinitve rutinskih merjenj vitalnih znakov in krvnih preiskav ter ukinitve zdravil, ki prinašajo izboljšanje šele po dolgotrajnem zdravljenju, ki pa ga umirajoči bolniki ne bodo doživeli (Červek in Zavrtnik, 2011).

V tem obdobju so poleg naštetega pomembne tudi večšine komunikacije, skrb za osebno higieno, nego kože in ust, nadzor nad izločanjem urina in odvajanjem blata.

3.1 Komunikacija

Ko prepoznamo obdobje umiranja je načrtovanje oskrbe v tem času ustreznejše. Komunikacija je tista večšina, ki pride v tem času še posebej do izraza. Poglavitna sta predvsem prisotnost in kakovost komunikacije z bolniki (prilagojena njihovem stanju) in bližnjimi.

Pogovori se v tem obdobju dotikajo tem, kot so:

- pogovor o pričetku umiranja, o znakih in nadaljnjem poteku,
- pogovori o načrtovanju trenutne oskrbe do smrti,
- pogovor o željah, strahovih, skrbih in stvareh, ki so zanje trenutno pomembne,
- pogovor o mestu oskrbe v času umiranja itd.

Značilnost komunikacije z bolniki v tem obdobju je, da se postopoma spreminja. V tem času se spremeni njihovo doživljanje in funkcioniranje, bodisi zaradi stresnega

doživljanja ob soočanju z umiranjem ali pa zaradi pešanja in odpovedi zaznav, še pogosteje pa kar zaradi obojega hkrati (Zavratnik in Trontelj, 2011, str. 83). Komunikacija tako postopoma preide iz verbalne v neverbalno obliko.

Ravno obratno pa je pri komunikaciji z bolnikovimi bližnjimi. Z bližanjem smrti se praviloma povečuje njihova potreba po komunikaciji. Proces umiranja je za bližnje, predvsem tiste, ki mu neposredno prisostvujejo, navadno bolj mučen kot za umirajoče. Če se le da, jim poskušamo pomagati, da to dojamejo, da razumejo, da je smrt naravni proces, da umikanje in nezainteresiranost bolnika ne pomenita zavračanja, ampak da so to znaki bližajoče se smrti, da se telesne funkcije počasi ustavljajo in da bolnik zaradi ugaslih zaznav ne trpi.

Dokazano je bilo, da pogovori z bolniki in bližnjimi o oskrbi ob koncu življenja prinašajo številne koristi. Pri tistih bolnikih in bližnjih, ki so bili deležni teh pogovorov je bilo prisotnih manj agresivnih nekoristnih medicinskih posegov, manj stisk ter posledično izboljšana kakovost življenja (Mack et al., 2010). Pomembna je bila tudi ugotovitev, da takšni pogovori niso bili povezani s povečanjem čustvenih stisk in psihičnih motenj bolnikov. V času po smrti pa je bilo pri bližnjih opaženo manj patološkega žalovanja.

3.2 Osebna higiena, nega kože in ust

Zaradi postopnega zmanjševanja telesne zmogljivosti bolnikov se postopno poveča njihova odvisnost od drugih. To se kaže kot potreba po vedno pogostejši pomoči pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti, ki se z bližanjem smrti spreminja v popolno pomoč.

Osebna higiena bolnikov naj bo načrtovana, pri čemer vse intervencije izvajamo glede na njihove osebne potrebe. Nega kože, sluznic in preoblačenje se izvaja na način, da se ohranja njihovo dostojanstvo in vzdržuje udobje. Vključevanje bližnjih v izvajanje osebne higiene je zaželeno, saj jim le-to omogoča aktivno sodelovanje v procesu umiranja in s tem blaži občutek nemoči.

Nega kože naj bo usmerjena v zagotavljanje neprizadetosti. Nevarnost za pojav razjed zaradi pritiska (RZP) je pri teh bolnikih še posebno velika. Redno ocenjevanje kože ter uporaba pripomočkov za razbremenjevanje izpostavljenih delov telesa sta nujni. Režim obračanja se prilagodi bolnikovim individualnim potrebam in željam. Skrb za vzdrževanje udobja je ponovno v ospredju, saj preprečevanje RZP za vsako ceno ni najbolj primerno.

Ustna nega je še posebej pomembna, saj je zaželeno, da so usta bolnikov vlažna in čista. Suhost ust je problem, ki v napreduvali bolezni prizadene okrog 80-odstotkov bolnikov in praktično vse v zadnjem obdobju življenja (Davies, Broadley, Beighton, 2001). To je lahko dodaten razlog za bolnikovo nelagodje. Priporoča se, da se vrsta in pogostnost ustne nege izvaja glede na njihove individualne potrebe, ki jih ugotovimo še v času ohranjene zavesti. Takrat je čas, ko lahko skupaj ugotovimo, kaj jim ugaja in kaj je moteče. Priporoča se, da se bolnike redno sprašuje glede njihovih lastnih izkušenj glede ustne nege, tj. ali jim ustna nega daje boljši občutek, se po njej počutijo bolje oziroma ali jim povzroča kakšne težave (Davies, 2015). Pri nezavestnih bolnikih je

ocena potrebe po ustni negi težja, vsekakor pa se v primeru, da intervencija povzroča nelagodje, z le-to ne nadaljuje. Vključevanje bližnjih je zaželeno, saj so navadno dlje časa neposredno ob bolnikih. Skupaj je treba ugotoviti, ali so bližnji pripravljeni sprejeti to nalogo. Nekateri jo lahko opravljajo z veseljem, medtem ko je drugim lahko to v breme oziroma stresno. Pomembno je, da v to niso prisiljeni. Če pa so pripravljeni sprejeti to nalogo, jim morajo zdravstveni delavci dati ustrezna navodila, jih podpirati in nadzorovati pri izvajanju ustne nege.

3.3 Izločanje urina in odvajanje blata

Inkontinca urina se v času umiranja praviloma pojavi pri vseh bolnikih, potrebna pa je pozornost na morebiten zastoj (retenco) urina. Če se že prej ni, se v času umiranja lahko pojavi okvara v delovanju ledvičnega sistema, posledica česar je navadno začetna oligurija, ki ji sledi anurija. Zato je nadzor nad izločanjem urina nujen. Na splošno se priporoča izvajanje takšnega nadzora vsaj trikrat na dan (v hospitalnem okolju enkrat na izmeno). Oligurije in anurije v procesu umiranja ne obravnavamo. Moramo pa biti pozorni, saj lahko poln mehur (zastoj urina) povzroči nemir. Če se pojavi nemir in odsotnost urina, se le-to sporoči odgovornemu zdravniku, ki po potrebi vstavi urinski kateter. Predhodni orientacijski pregled mehurja z ultrazvokom je poskusa vreden, če se s tem izognemo nepotrebni kateterizaciji (Lacey, 2015).

Neredno odvajanje blata oziroma zaprtje lahko bolnikom povzroča nelagodje. Če je zaradi zaprtja prisotno nelagodje, je najprimernejša aplikacija odvajalnih svečk rektalno, saj se klistiranju v času umiranja praviloma izogibamo. Klistir se priporoča le, če zaprtje pri bolnikih povzroča nelagodje, so nemirni, z uporabo odvajalnih svečk pa smo bili neuspešni. Ob pojavu driske skrbimo za pogostejšo nego anogenitalnega predela.

3.4 Hranjenje in hidracija

Vnos hrane in pijače je v tej fazi bolezni močno okrnjen, ker odpovedujejo centri za žejo, lakoto in sitost (Benedik, 2011, str. 56). Oslabelost, kognitivni upad, oteženo požiranje ali drugi dejavniki povečajo nevarnost aspiracije in s tem dodatno omejijo bolnikovo sposobnost zauživanja hrane in tekočine (Lacey, 2015).

Nedvoumnih podatkov o ustreznosti nadomeščanja hrane in tekočin žal ni, saj so raziskave v tej fazi bolezni etično problematične (Benedik, 2011, str. 56). Za bolnikove bližnje je to obdobje še posebej stresno, zato so želje po parenteralnem dovajanju hrane in tekočin povsem vsakdanje. Strah, ki je skupen bližnjim v tem obdobju je, »da ne bo umrl lačen in žejen!« Tukaj jih moramo opozoriti na upad potrebe po hrani in tekočinah s strani bolnikov še v času, ko je komunikacija z le-temi še možna. Bližnje se pouči o tem, naj bolnike vprašajo, če si želijo kaj pojesti oziroma popiti in da upoštevajo njihovo željo.

Vsakdanja praksa kaže, da če bolnikom prepustimo odločanje o vnosu hrane ali tekočin, bodo to sami omejili. Dehidracija, uremija, hiperosmolarni sindrom in presnovne spremembe ob stradanju povzročijo povečano nastajanje endorfinov v možganih, ki na bolnike delujejo blagodejno (Benedik, 2011, str. 56).

Če bližnji izrazijo zaskrbljenost zaradi potrebe po tekočini, je blaga podkožna hidracija primerna. Vnos tekočine v podkožje se imenuje hipodermokliza (Jelen-Jurič, Benedik, 2009). Počasna hipodermokliza (hitrost infuzije naj bo od 50ml do 100ml na uro) navadne fiziološke raztopine (0,9 %NaCl) v količini do 1500ml na dan je primeren način hidracije, ki jo bolniki dobro prenašajo in zanje pomeni minimalen invazivni poseg (Dalal, Del Fabbro and Bruera, 2009). Prekomerna hidracija, še posebej pri bolnikih z nizko vrednostjo albumina (hipoalbuminemija), lahko poveča težave z edemi in povzroča nelagodje v obliki težjega dihanja (Lacey, 2015). Pri povečanju omenjenih težav terapijo ukinemo in bližnjim to tudi obrazložimo. Prav tako jim razložimo, da lahko z dobro ustno nego in pogostim vlaženjem ust, prilagojenim željam bolnikov, olajšamo občutek žeje in nelagodje.

3.5 Obvladovanje najpogostejših simptomov

Najpogostejši simptomi, ki negativno vplivajo na udobje bolnikov, so bolečina, oteženo dihanje (dispneja), delirij, strah/anksioznost in respiratorni izločki (hropenje) (Lacey, 2015). Pri bolnikih se lahko pojavijo še drugi simptomi, zato je individualni pristop s sprotno prepoznavo in vnaprejšnjo oziroma preventivno oskrbo teh simptomov najpomembnejši.

Za blaženje simptomov naj bodo predpisana samo ključna zdravila (tabela 1). Njihova aplikacija naj bo na način, ki bo omogočal najmanj invaziven pristop in hkrati učinkovito lajšanje simptomov. Splošno pravilo je, da se preveri in ukine vsa zdravila, ki ne pripomorejo k bolnikovemu udobju. Isto velja tudi za druge postopke in posege. Tiste, ki ne pripomorejo k zagotavljanju udobja, se preneha izvajati. Tukaj naj bodo bolnikovi bližnji deležni še posebne pozornosti, saj potrebujejo dodatne razlage in zagotovila, da oskrba ni zmanjšana, ampak da poteka nemoteno naprej, vendar prilagojena njihovim potrebam za zagotavljanje udobja.

Če bolniki ali njihovi bližnji izrazijo skrb glede ukinitve določenih zdravil, ki jim ne škodujejo (npr. antibiotiki), se lahko z omenjenimi zdravili nadaljuje. Je pa priporočljivo, da se v tem primeru postavi omejen časovni okvir s pričakovanim izboljšanjem simptomov. Če se po preteku časovnega okvirja (npr. 3 dni antibiotik) določen simptom ali simptomi ne izboljšajo, se terapija ukine. Na takšen način bolniki in njihovi bližnji lažje razumejo odločitev o ukinitvi zdravila.

V času umiranja se pri bolnikih postopoma zmanjšuje sposobnost požiranja zdravil, zato je treba to predvideti in spremeniti pot vnosa iz oralne v parenteralno oziroma bolj poredko transdermalno obliko. Najprimernejša je podkožna (subkutana) oblika parenteralne aplikacije zdravil, saj je enostavna, varna in za bolnike najmanj invazivna. V ta namen se v podkožje vstavi posebej za to namenjena kanila.

Zdravila se lahko predpišejo na način, da je dovajanje neprekinjeno (kontinuirana aplikacija) ali v določenih časovnih intervalih (bolusna aplikacija). Poleg kontinuirane ali bolusne aplikacije pa je treba predpisati še dodatne odmerke zdravil, ki se dajejo po potrebi, ko se pojavi prebijajoč simptom (npr. prebijajoča bolečina). Takšnim odmerkom zdravil pravimo rešilni odmerki.

Tabela 1: Ključna zdravila za lajšanje simptomov ob koncu življenja

Simptom / indikacija	Pot vnosa	Odmerek	Čas do učinka	Trajanje učinka	Posebnosti
<i>Morfin</i>					
Bolečina	s.c.	5-20 mg/4-6 h	15-20 min	3-6 h	oralna zdravila spremeniti v ekvivalenčni odmerek morfina; Titracija za določitev 24h odmerka!
	i.v.	1,5 mg/10 min	5-10 min		
Dispneja – opioidno naiven	s.c.	1-2,5 mg/4 h	15-20 min		
Dispneja – na opioidnih	s.c.	5 mg/4 h + p.p.	15-20 min		
<i>Haloperidol</i>					
Hiperaktivni delirij	s.c.	2,5-5 mg/h do umiritve	10-15 min	18-24 h	maks. 30-50 mg/24 h; vzdrževalni odmerek 50 % odmerka potrebnega za pomiritev v prvih 24 h
Hipoaktivni delirij	s.c.	0,5-5 mg/4-12h + p.p. ob halucinacijah ali agitaciji	10-15 min		
Delirij - hitra umiritve	i.v.	2,5-5 mg/30 min do umiritve	30-60 min		
Kolcanje	s.c.	3 x 1,5-3 mg/24 h ali inf. 2,5-5 mg/24 h	10-15 min		
Slabost in bruhanje					
Ileus	s.c.	5-15 mg/24 h			/
<i>Midazolam</i>					
Delirij	s.c.	5mg/30 min do učinka	5-10 min	4 h	Infuzija 30-100 mg/24 h
Anksioznost					
Delirij	i.v.	1-2 mg (0,25-0,5 mg kahektični in starejši); po 1 mg do učinka	2-3 min		Infuzija 20-100 mg/24 h
Anksioznost					
Paliativna sedacija					
Dispneja	s.c.	2,5 mg/15-20 min do učinka	5-10 min		/
	i.v.	1-2 mg/10-15 min do učinka	2-3 min		
Kolcanje	s.c.	2,5-10 mg/24 h	5-10 min	/	
	i.v.		2-3 min		
<i>Lorazepam</i>					
Anksioznost	s.l.	1-2,5 mg	5 min	6-72 h	Maks. 6 mg/24 h
Delirij		0,5-2 mg/6-8 h			/
Dispneja		1-2,5 mg/12 h			/
<i>Butilskopolamin</i>					
Ileus	s.c.	20-40 mg/6 h	10 min	4 h	Infuzija 40-120 mg/24 h; do maks. 240 mg/24 h
Terminalno hropenje		10-20 mg/1 h do učinka, nato 10-20 mg/4-6 h ali inf.			Infuzija 40-120 mg/24 h

s.c. – subkutano; i.v. – intravenozno; s.l. - sublingualno; p.p. - po potrebi

Vir: Lacey, J. (2015). Management of the actively dying patient. V: Nathan, C., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R. K. and Currow, D. C. (ur.). Oxford Textbook of Palliative medicine (5th ed.). Oxford: Oxford University Press, str. 1125–1133.

Uporaba drugih zdravil je možna glede na prisotnost simptomov, ki jih je treba ublažiti. Npr. v primeru zapore črevesja (ileusa) z neobvladljivim bruhanjem je primerna uporaba okreotida, ki se lahko aplicira subkutano ali intravenozno. Priporočljiv odmerek je 100-300 µg/8 h oz. v kontinuirani infuziji do 1200 µg/24 h (Lacey, 2015).

3.6 Bolečina

Obvladovanje bolečine je tudi ob koncu življenja ključno. Pri umirajočem je bolečina navadno manj izražena (Benedik, 2011). A kljub temu je pomembno, da se s protibolečinsko terapijo nadaljuje in se je ne ukinja. Kot je že bilo omenjeno se vsa oralna zdravila predpišejo v subkutani (kontinuirani in/ali bolusni) ali izjemoma transdermalni (obliži) obliki. Katero pot bomo izbrali, je seveda odvisno od vrste posameznih zdravil, ki so jih bolniki jemali še pred nastopom aktivnega umiranja, tj. ko so se pojavile motnje požiranja. To velja tudi za adjuvantne analgetike. Dobro je treba pretehtati potrebo po njihovi uporabi in predpisati tiste, ki bolnikom koristijo (Lacey, 2015). Važno je, da je pri bolnikih bolečina pokrita 24 ur na dan.

3.7 Oteženo dihanje

Oteženo dihanje je subjektivni simptom, ko se pri bolnikih pojavi občutek, da težko dihanje. V takšnem primeru je merjenje saturacije kisika v krvi nesmiselno, saj je glavni namen blaženje simptomov in ne popravljanje določenih izmerjenih vrednosti. Težko dihanje lajšamo z ustrezno mikroklimo in dobro prezračenostjo prostora (Zavratnik in Mehle, 2014, str. 100). Uporaba ročnega ventilatorja je lahko koristna predvsem v obdobju pred izgubo zavesti bolnikov. Pri bolnikih, ki so nezavestni in se na blage verbalne in fizične dražljaje ne odzivajo, je uporaba ročnega ventilatorja neprimerna. Isto velja za aplikacijo kisika. Za dovajanje kisika se odločimo po terapevtskem poskusu, ko nam bolniki povedo, ali se občutek dispneje izboljša ali ne. Ob tem se držimo osnovnih pravil, da se kisik vedno dovaja prek nosnega katetra do 5 litrov na minuto (Benedik, 2011). Obraznim maskam se praviloma izogibamo, saj lahko občutek težkega dihanja še poslabšajo. V praksi nam bolniki dostikrat sami to pokažejo, ko si snemajo masko z obraza, saj jih moti. Značilnost umirajočih bolnikov, pri katerih je prisotna omejena zavest, je, da dihanje skozi usta. Uporaba kisika preko nosnega katetra v tem primeru ni smiselna in se lahko odstrani, saj bolnikom ne koristi. Nadaljevanje dovajanja kisika bolnikom bi bilo smiselno samo v primeru, da bolniki bližnji izrazijo zaskrbljenost in stisko glede odtegnitve kisika. V tem primeru je naloga lečečega zdravnika, da jim obrazloži zakaj dovajanje kisika ni smiselno in poskuša z njimi doseči dogovor glede ukinitve.

S farmakološkega vidika je bilo dokazano, da je morfij zdravilo izbora, ki učinkovito lajša občutek težkega dihanja (Ben-Aharon et al., 2008). Kot dodatek morfiju so lahko koristni benzodiazepini za zmanjšanje občutkov strahu in tesnobe, ki so pogosto povezani z dispnejo, vendar ni ugotovljeno, da bi sami izboljšali občutek težkega dihanja (Lacey, 2015).

3.8 Delirij in nemir

Delirij je nevro-psihiatrični sindrom, za katerega so značilni: zmanjšana stopnja zavesti, nesposobnost usmerjanja, vzdrževanja ali spremembe pozornosti in motnje v zaznavanju in mišljenju (Benedik, 2011, str. 56). Delirij se lahko pojavi v obliki nemira, čemur pravimo hiperaktivni delirij, ki je tudi najlažje prepoznan. Kadar pa se pri bolnikih pojavijo manjše spremembe v zavesti in obnašanju, pa govorimo o hipoaktivnem deliriju. Le-ta je najpogostejši in dostikrat spregledan.

Pri bolnikih z zelo kratkim pričakovanim preživetjem (nekaj ur do nekaj dni) je iskanje vzroka za pojav terminalnega delirija nesmiselno (Lacey, 2015). Bistveno je lajšanje njegovih simptomov, za kar pa je uporaba zdravil ključnega pomena. Antipsihotiki so zdravilo izbora (haloperidol, olanzepin, risperdon) (Benedik, 2011). Benzodiazepini se lahko uporabijo za hitrejše obvladovanje nemira, vendar lahko potencialno poslabšajo delirij, če se uporabljajo samostojno (Lacey, 2015).

3.9 Terminalno hropenje

Terminalno hropenje je simptom, ki je za okolico (predvsem bolnikove bližnje) bolj moteč kot za bolnike same (Zavrtnik, Mehle, 2014, str. 100). Mehanizem za pojav terminalnega hropenja ostaja negotov, vendar pa je lahko posledica nabiranja slin in izločkov v zgornjih dihalnih poteh, skupaj z zmanjšanim požiralnim refleksom, disfagijo in nezmožnostjo izkašljevanja (Lacey, 2015). Ob pojavu terminalnega hropenja je pomembno takojšnje ukrepanje z aplikacijo antiholinergikov in spremembo položaja bolnikov. Pojav terminalnega hropenja je lahko znak bližajoče se smrti, saj je analiza pokazala, da je umrlo kar 76 % bolnikov v roku 48 ur po pojavu tega simptoma (Wildiers in Menten, 2002).

3.10 Neobvladljivi simptomi – paliativna sedacija

Včasih se zgodi, da določen simptom kljub vsem pristopom paliativne oskrbe postane neobvladljiv ali refraktaren (npr. terminalni nemir ali delirij, težko dihanje, bolečina, psiho-eksistencialno trpljenje itd.). Takšen simptom, žal, s seboj prinaša hudo trpljenje bolnikov, ki ga občutijo tudi bolnikovi bližnji, pa tudi drugi, ki zanj skrbijo (npr. medicinske sestre, zdravniki itd.). Kadar so vse obstoječe možnosti paliativne oskrbe za ublažitev neobvladanega simptoma neučinkovite, se odločimo za paliativno sedacijo (PS) (Červek, 2013).

PS je nadzorovana uporaba zdravil, ki povzročijo in ohranjajo stanje zmanjšane zavesti in se uporablja za blaženje neobvladljivih simptomov pri bolnikih, ki so blizu smrti (Červek, 2013). Poglavitna misel pri PS je, da ni namenjena skrajševanju življenja, saj je poglavitni cilj le-te, blažitev trpljenja in zagotavljanje mirnega umiranja. Prav nasprotno, primerjalna raziskava je pokazala, da se bolnikovo življenje s sedacijo najverjetneje prej podaljša, kot pa skrajša (Rietjens et al., 2008). Vendar je treba dodati, da je v tem primeru statistični verjetnostni izračun pokazal, da ta razlika v preživetju ni bila statistično pomembna.

Za PS je zdravilo izbora midazolam, ki spada v skupino benzodiazepinov. Uporabljajo se lahko tudi nevroleptiki, barbiturati in anestetiki, ob tem da se preostalih

ključnih zdravil za blaženje simptomov ne ukinejo. Tako se dovajanje zdravil, kot so opiodi, antipsihotiki itd., nadaljuje. Ključna je postopna titracija do umiritve simptoma, kar pomeni, da je lahko globina sedacije različna (od plitke do globoke nezavesti). Dovajanje teh zdravil je vedno po subkutani ali intravenozni poti, ob čemer se lahko uporabi neprekinjena ali prehodna sedacija s sočasnim spremljanjem globine le-te (nadzor nad odzivnostjo bolnikov, govorom in obrazno mimiko) (Červek, 2013).

Poleg spremljanja globine sedacije je obvezna komponenta tudi spremljanje ostalih simptomov in problemov, ki se lahko pojavijo. Še posebno skrben nadzor je potreben nad odvajanjem blata in izločanjem urina (Červek, 2013). Zastoj urina lahko stanje sedacije drastično poslabša. Urinski kateter je edina rešitev v tem primeru. Čeprav lahko pri uvajanju urinskega katetra bolniki občutijo nelagodje, je vstavevitev indicirana, saj se po njej in postopni sprostitvi pritiska v mehurju ponovno umirijo. Pozornost moramo nameniti tudi očem, saj se lahko pojavijo suhe oči, za kar se priporoča uporaba umetnih solz (Červek, 2013).

4 Zaključek

Pri večini bolnikov z dolgotrajnimi kroničnimi obolenji je potek bolezni takšen, da se s časom, ko bolezen napreduje, njihova telesna zmogljivost slabša. Bolj kot je bolezen napredovala, bliže kot je smrt, več težav lahko imajo in bolj so odvisni od tuje pomoči. Trpljenje, ki se lahko ob tem pojavlja, je odvisno od bolnika, saj je vsak edinstven v smislu dožemanja, sprejemanja in prilagajanja danim okoliščinam. Kljub tem razlikam pa imajo vsi pravico, da umrejo brez nepotrebne trpljenja, ki je lahko posledica neolajšanih težav. PO ob koncu življenja ima ravno to vlogo – s sprotnim obvladovanjem simptomov in lajšanjem psihičnih, socialnih in duhovnih stisk zagotoviti miren in dostojanstven zaključek tega življenja. Vigilanca, visok nivo klinične prilagodljivosti in spretnosti so zelo pomembne, saj se lahko stanje bolnikov v času umiranja drastično spreminja in to ne samo iz dneva v dan, lahko tudi iz ure v uro ali celo iz minute v minuto. Vigilanca pomeni nenehni nadzor in opazovanje najmanjših sprememb, ki se lahko pojavijo. To je še posebej pomembno, saj lahko le na tak način hitro, primerno in učinkovito pomagamo. Hitro prilagajanje s pravilnim strokovnim ukrepanjem je torej bistveno za doseg želenega cilja, tj. za mirno umiranje. Seveda pa so zelo redki bolniki, ki ne bi imeli koga od bližnjih, zato veljajo podobni principi tudi zanje. Komunikacija in nenehne razlage o trenutnem stanju bolnikov, pričakovanem nadaljnjem poteku in morebitnih zapletih, ki se lahko pojavijo, je zanje bistveno. Lažje sprejemajo ne samo trenutno stanje ampak tudi morebitne spremembe, ki se pri bolnikih pojavijo, če so predhodno o tem informirani in poučeni. Multidisciplinarni pristop strokovno usposobljenih zdravstvenih delavcev, ki vzajemno sodelujejo pri oskrbi bolnikov in njihovih bližnjih, je torej, tako kot v zgodnejših fazah PO, pglavitni sestavni del PO ob koncu življenja.

Marjana Trontelj Zavrtnik, Josipina Ana Červek

Palliative Care in the End-of-Life Period

Palliative care is viewed as an active holistic approach in helping patients with serious illnesses and their caregivers (Ministrstvo, 2010, p. 3). It should be implemented early after the diagnosis of serious illness and continued through all the disease stages to the end-of-life care and into the bereavement period (Ebert Moltara, 2014).

The end-of-life period is also called the terminal phase which is defined as a period of irreversible decline in functional status prior to death (Lacey, 2015.). This is a period of increasing patients' vital organs failures as a consequence of their disease (Zavrtnik, Mehle, 2014). Recognizing the transition into the end-of-life care or the entrance into the terminal phase is a prerequisite for providing an appropriate end-of-life care. The use of different clinical pathways for care of the dying, can be very useful. Such evidence based tools are usually introducing one of the essential clinical skills - how to recognize imminently dying patients (Červek and Zavrtnik, 2011).

Worsening of certain symptoms is indicative of entering the terminal phase (Zavrtnik and Mehle, 2014):

- patients are usually bed bound (they are not able to get out of bed on their own, they have profound weakness and fatigue);*
- patients are usually dysphagic and have difficulties swallowing medication (they are unable to drink and can only make small sips of fluids and have difficulties taking tablets);*
- patients are usually semi-comatose (they have a limited ability to communicate, they cannot participate in a conversation for long, during the conversation they fall asleep, their speech can be silent and difficult to understand, most of the time they are drowsy and socially withdrawing).*

However, these clinical symptoms are not the only tools available to help professionals recognize the beginning of the terminal phase. Certain other prognostic factors and biomarkers can indicate the presence of terminal phase and can be found within numerous prognostic tools such as Palliative prognostic score, Palliative prognostic index, Palliative performance scale and Glasgow prognostic index (Viganó, et al., 2000; Glare, et al., 2015; Hui, et al., 2015).

The terminal phase can last from a few hours to days and, very occasionally, to weeks and ends with the death of the patient and the beginning of the bereavement period of the caregivers. The goal of care during this phase is to minimize distress for patients and their caregivers, through providing adequate symptom control and maintaining patients' comfort and thus achieving a 'good death'. Discontinuing non-essential medications, laboratory test, routine measurement of vital signs are part of the process (Červek and Zavrtnik, 2011). Communication, skin and mouth care, monitoring of the bowel and bladder function are also important in this phase.

End-of-life care discussions make a difference (Lacey, 2015). When the terminal phase is recognized, this needs to be communicated to the patients (adjusted to their cognitive comprehension) and their caregivers. While the non-verbal communication slowly predominates from the patients' point of view, the need for verbal communication from the caregivers increases. Helping them to understand the dying process, so they can accept it as a natural process with its distinctive signs, is vital.

With progression of illness and gradual decline of overall performance, the patients' dependence on others increases. This is shown as a reduced ability to carry out independent activities of daily living. Maintaining patients' comfort is the primary goal, so all interventions are orientated in this direction. Managing patients' personal hygiene, taking care of their skin, ensuring that their mouths and other mucosae are clean and moist are all important.

The monitoring of bladder and bowel function in the terminal phase is important. Faecal impaction and urinary retention can cause severe distress and should always be excluded as a cause of agitation. Ultrasound bladder scanning is a valuable investigation to minimize inappropriate catheterization (Lacey, 2015). If the patients are uncomfortable in the absence of bowel motions, rectal interventions may be appropriate.

At this stage anorexia, weight loss, and swallowing difficulties are common. Weakness, cognitive deterioration or other factors increase the aspiration risk and further compromise a person's ability to eat (Lacey, 2015). Requests for artificial nutrition are common, therefore discussions about ineffectiveness and burden of artificial nutrition versus any likely benefit are important.

Subcutaneous hydration through infusion is called hypodermoclysis (Jelen-Jurić and Benedik, 2011). Administration of up to 1.5 L of normal saline is a well-tolerated and minimally invasive option (Dalal, Del Fabbro and Bruera, 2009). Excessive hydration, particularly in the hypoalbuminemic patient, may exacerbate oedema and discomfort (Lacey, 2015). If that happens, it is best for the patients to cease the hydration and discuss this issue with their caregivers. They can be reassured that maintaining good mouth hygiene alleviates much of the sensation of thirst and discomfort.

The most common comfort-related symptoms in the last days of life become increasingly important - particularly pain, dyspnoea, delirium, fear/anxiety, and respiratory secretions (Lacey, 2015). Only essential medications should be given and any medications which do not contribute to the patients' immediate comfort should be ceased. The same applies for other interventions which do not contribute to patients' comfort.

Because of the loss of the ability to swallow, the route for administering medication should be converted from oral to preferably parenteral - subcutaneous. The essential medications are morphine, haloperidol, midazolam/lorazepam and hyoscine butyl bromide (Lacey, 2015; Žist and Ebert Moltara, 2014). Dependent on the patients' symptoms, use of other medication is possible.

Medication for pain management should not be discontinued, as this continues to be crucial in the last days of life. If there is a need for adjuvant analgesics, then this is also to be considered and planned accordingly.

Dyspnoea is a subjective symptom when patients have a feeling that they have difficulty breathing. Use of oxygen via a nasal catheter (up to 5L/min) can be useful if the patients feel it helps them improve the feeling of dyspnoea (Benedik, 2011). As the death approaches, the patients usually start to breathe through their mouth, so administration of oxygen over nasal catheter is not appropriate at that time anymore.

Fresh air and appropriate microclimate can alleviate dyspnoea (Zavrtnik, Mehle, 2014, str. 100). Use of a fan can be useful while the patients' cognitive function is still adequate. From pharmacological point of view, opioids are the medication of choice for reducing distress of dyspnoea (Ben-Aharon, et al., 2008). Benzodiazepines may be useful for reducing panic and anxiety frequently associated with dyspnoea but have not been shown to improve the dyspnoea itself (Lacey, 2015).

Delirium may be hypoactive or hyperactive. The hyperactive or agitated delirium is the most obvious and distressing for caregivers, while the hypoactive can be easily overlooked and is the most common. Antipsychotics are the medications of choice, for treating agitation and delirium (Benedik, 2011). Benzodiazepines may be required for more rapid control of agitation and anxiety, but can potentially worsen delirium if used alone (Lacey, 2015).

Terminal secretions, also called the death rattle, are a symptom which is usually more distressing for the caregivers than for the patients themselves (Zavrtnik and Mehle, 2014, str. 100). Use of anticholinergics and change of positioning are important at this stage. Death rattle is a strong predictor of approaching death - in one study 76% of patients died within 48 hours of its onset (Wildiers and Menten, 2002).

Sometimes it might happen, that symptoms, also called refractory symptoms, despite all standard palliative interventions persist and cannot be alleviated (terminal agitation or delirium, dyspnoea, pain, psycho-existential suffering, etc.). Such symptoms are usually the source of suffering, not only for the patients but also for their caregivers.

When all standard palliative interventions fail to adequately alleviate the refractory symptoms, the need for initiation of palliative sedation is needed (Červek, 2013).

The medication of choice for palliative sedation is midazolam. Other drugs can also be used, such as neuroleptics, barbiturates and anaesthetics together with other essential medications, which should not be discontinued. It is important to slowly titrate the dose to a desirable effect where the refractory symptoms are alleviated to the degree that the suffering of the patient subsides. Urinary retention and dryness of the eyes are the most common problems, which must be considered and regularly monitored while the patients are sedated (Červek, 2013).

All patients, who are dying, have a right to an adequate relief of physical and psychological symptoms, that is, to die without suffering. The role of palliative care in the end-of-life period is exactly that - to ensure a peaceful and dignified death. Patients and their caregivers also have the right to an adequate support. To ensure that the passage from life to death is as free from suffering as possible, a high level of clinical vigilance and skill is necessary. Only a multidisciplinary approach of trained

professionals in the field of palliative care, can assure such a holistic treatment of patients and their caregivers. Therefore, education of professionals is essential if we want to achieve these goals.

LITERATURA

1. Ben-Aharon, I., Gafter-Gvili, A., Paul, M., Leibovici, L. and Stemmer, S. M. (2008). Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: a systematic review. *J Clin Oncol*, 26, št. 14, str. 2396–2404.
2. Benedik, J. (2011). Oskrba bolnika ob koncu življenja. *Onkologija*, 15, št. 1, str. 52–58.
3. Choi, Y., Keam, B., Kim, T. M., Lee, S. H., Kim, D. W. and Heo, D. S. (2015). Cancer treatment near the end-of-life becomes more aggressive: changes in trend during 10 years at a single institute. *Cancer Res Treat*, 47, št. 4, str. 555–563.
4. Červek, J. (2013). Paliativna sedacija. *Onkologija*, 17, št. 2, str. 109–110.
5. Červek, J. in Zavratnik, B. (2011). Kakovostno umiranje - prednosti uporabe klinične poti. V: Lunder, U. (ur.). Paliativna oskrba, 9. Golniški simpozij 2011, Ljubljana, 3. oktober 2011. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, str. 63–65.
6. Červek, J., Zavratnik, B. in Žnidaršič, D. (2014). Zadnji dnevi življenja: nasveti za bolnike in njihove bližnje: paliativna oskrba. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne medicine: Onkološki inštitut.
7. Dalal, S., Del Fabbro, E. and Bruera, E. (2009). Is there a role for hydration at the end of life? *Curr Opin Support Palliat Care*, 3, št. 1, str. 72–78.
8. Davies, A. N. (2015). Oral care. V: Nathan, C., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R. K. and Currow, D. C. (ur.). *Oxford textbook of palliative medicine* (5 ed.). Oxford: Oxford University Press, str. 447–456.
9. Davies, A. N., Broadley, K. and Beighton, D. (2001). Xerostomia in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*, 22, št. 4, str. 820–825.
10. Ebert Moltara, M. (2014). Paliativna oskrba. *Onkologija*, 18, št. 1, str. 53–55.
11. Ebert Moltara, M., Čirič, E., Rajer, M., Gugič Kevo, J., Šegedin, B., Štrancar, K. and Červek, J. (2009). Care of the dying: the last 72 hour of life. Committed to people: abstracts. 11th Congress of the European Association for Palliative Care, May 7-10, 2009, Vienna, Austria. Newmarket: Hayward Medical Communications, str. 85–86.
12. Ebert Moltara, M., Mesti, T., Mršnik, M., Ivanetič, M., Červek, M., Rajer, M. et al. (2012). Anticancer treatment near the end of life. Abstracts of the 2012 International MASCC/ISOO Symposium, New York, June 28–30, 2012. New York: Springer, str. S166.
13. Ebert Moltara, M., Pahole Goličnik, J., Vidali, G.C., Saje, A., Ivanetič, M., Žist, A. and Červek, J. (2014). Use of chemotherapy and target therapy in the last weeks of life. *Palliative medicine*, 28, št. 6, str. 757–758.
14. Gallais Sérezal, I., Beaussant, Y., Rochigneux, P., Tournigand, C., Aubry, R., Lindelöf, B. and Morin, L. (2016). End-of-life care for hospitalised patients with metastatic melanoma in France: a nationwide, register-based study. *Br J Dermatol*. 2016 Apr 1. doi: 10.1111/bjd.14631. [Epub ahead of print].
15. Glare, P., Sinclair, C. T., Stone, P. and Clayton, J. M. (2015). Predicting survival in patients with advanced disease. V: Nathan, C., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R. K. and Currow, D. C. (ur.). *Oxford textbook of palliative medicine* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press, str. 65–76.
16. Grendarova, P., Sinnarajah, A., Trotter, T., Card, C. and Wu, J. S. (2015). Variations in intensity of end-of-life cancer therapy by cancer type at a Canadian tertiary cancer centre between 2003 and 2010. *Support Care Cancer*, 23, št. 10, str. 3059–3067.
17. Hui, D., Dos Santos, R., Chisholm, G., Bansal, S., Souza Crovador, C. and Bruera, E. (2015). Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer*, 121, št. 6, str. 960–967.

18. Ivanetič, M., Ebert Moltara, M., Rajer, M., Unk, M., Ravnik, M., Zavrtnik, B. et al. (2010). Chemotherapy and targeted therapy in last weeks of life. Selected abstracts, 18th International Congress on Palliative Care, October 5-8, 2010, Palais des congrès, Montreal, Quebec, Canada. Toronto: University of Toronto Press, str. 250.
19. Jelen-Jurič, J. in Benedik, J. (2009). Hipodermokliza: varen, udoben, praktičen in cenovno ugoden postopek parenteralne hidracije. *Onkologija*, 13, št. 2, str. 120–123.
20. Lacey, J. (2015). Management of the actively dying patient. V: Nathan, C., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R. K., Currow, D. C. (ur.). *Oxford Textbook of Palliative medicine* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press, str. 1125–1133.
21. Mack, J. W., Weeks, J. C., Wright, A. A., Block, S. D. and Prigerson, H. G. (2010). End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *J Clin Oncol*, 28, št. 7, str. 1203–1208.
22. Ministrstvo za zdravje. (2010). Državni program Paliativne oskrbe. Pridobljeno dne 10. 12. 2015 s svetovnega spleta: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Državni_program_paliativne_oskrbe_190410.doc.
23. Rietjens, J. A., van Zuylen, L., van Veluw, H., van der Wijk, L., van der Heide, A. and van der Rijt, C. C. (2008). Palliative sedation in a specialized unit for acute palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation. *J Pain Symptom Manage*, 36, št. 3, str. 228–234.
24. Tavčar, P., Červek, J., Zakotnik, B., Ravnjak, T., Mlakar, P. in Zavrtnik, B. (2012). Poraba zdravil v zadnjih šestih dneh življenja in njihova finančna ocena. *Onkologija*, leto 16, št. 1, str. 5–9.
25. Viganó, A., Bruera, E., Jhangri, G. S., Newman, S. C., Fields, A. L. and Suarez-Almazor, M. E. (2000). Clinical survival predictors in patients with advanced cancer. *Arch Intern Med*, 160, št. 6, str. 861–868.
26. Wildiers, H. and Menten, J. (2002). Death rattle: prevalence, prevention and treatment. *J Pain Symptom Manage*, 23, št. 4, str. 310–307.
27. Zavrtnik, B. and Mehle, MG. (2014). Vloga zdravstvene nege v zadnjih dnevih življenja. V: Krčevski-Škvarč, N. (ur.). *Zbornik prispevkov, 3. mariborska šola paliativne oskrbe*, Maribor, 9. in 10. maj 2014. Maribor: Univerzitetni klinični center, str. 95–104.
28. Zavrtnik, B. in Trontelj, M. (2011). Komunikacija ob koncu življenja. V: Matković, M., Petrijevčanin, B., Bernot, M. in Lokar, K. (ur.). *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom*, 38. strokovni seminar, Maribor, 1. april 2011. Ljubljana : Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 77–90.
29. Žist, A. in Ebert Moltara, M. (2014). Najpogosteje predpisana zdravila v paliativni oskrbi v zadnjem obdobju življenja. V: Krčevski-Škvarč, N. (ur.). *Zbornik prispevkov, 3. mariborska šola paliativne oskrbe*, Maribor, 9. in 10. maj 2014. Maribor: Univerzitetni klinični center, str. 65–78.
30. Žnidarič, T., Toplak, M., Zavrtnik, B. and Červek, J. (2015). Quality of end-of-life care of patients with lymphoma: a retrospective analysis. V: Ebert Moltara, M. (ur.). *V luči dostojanstva življenja: zbornik / Slovenski kongres paliativne oskrbe, 9.-10. oktober 2015, Ljubljana*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Slovensko združenje paliativne medicine SZD, str. 55.

Marjana Trontelj Zavrtnik, dipl. m. s., specialistka perioperativne zdravstvene nege na oddelku za gastroenterologijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

E-naslov: marjana.tronteljzavrtnik@kclj.si

Prim. Josipina Ana Červek, dr. med., specialistka interne medicine, konzultantka za internistično onkologijo in paliativno medicino na oddelku za paliativno oskrbo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

E-naslov: jcervek@onko-i.si

Izgorelost patronažnih medicinskih sester v delovnem okolju

Strokovni članek

UDK 616-083:649+613.6

KLJUČNE BESEDE: patronaža, medicinske sestre, izgorelost, delovna mesta

POVZETEK - V današnjem času se pogosto srečujemo s problemom ohranitve notranjega ravnovesja in dobrega počutja, ki se pogosto porušita zaradi vedno hitrejšega ritma življenja in obremenjenosti na delovnem mestu, kar vodi do izgorelosti zaposlenih. Namen prispevka je izpostaviti problem izgorelosti na delovnem mestu, s katerim se srečujejo patronažne medicinske sestre. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije in tehniko anketiranja. V raziskavi je sodelovalo 279 patronažnih medicinskih sester iz petih regij. Ugotovili smo, da se je 76,7 % anketiranih patronažnih medicinskih sester srečalo z izgorelostjo na delovnem mestu, ki se je v 36,6 % kazala s slabim počutjem in v 15,1 % z zmanjšano stopnjo odprtosti za pristne medsebojne odnose z bolniki. 35,0 % patronažnih medicinskih sester zaznava svoje delo kot izčrpavajoče. Za izboljšanje svojega dela 30,4 % patronažnih medicinskih sester predlaga boljšo organizacijo in pogoje dela ter manj naporna dežurstva. Za zmanjšanje izgorelosti na delovnem mestu predlagajo povečanje števila zaposlenih, uvedbo supervizijskih delavnic in izvajanje programov za premagovanje stresa.

Professional paper

UDC 616-083:649+613.6

KEY WORDS: community nurse, burnout, workplace, burnout symptoms

ABSTRACT - Nowadays, we are often faced with problem of maintaining internal balance and well-being, which can often be disturbed by faster pace of life and burden at work. The main purpose of the article is to investigate and determine, by using a questionnaire, whether community nurses in Slovenia face burnout at the workplace. We used a quantitative method of research, description method and technique of interviewing. The research included 279 community nurses from five regional areas. Our findings show that 76.7% of interviewed community nurses had already experienced burnout at the workplace, from which 36.6% is reflected in malaise and 15.1% in reduced degree of open relationships towards patients. 35.0% of community nurses perceives their work as exhausting. To improve their work, 30.4% of community nurses proposes better organization and working conditions and less strenuous duty roster. To reduce burnout at the workplace they also propose increasing the number of employees, introduction of supervision workshops and implementation of programs for stress management.

1 Uvod

Sodoben in hiter način življenja ter nenehni pritiski na delovnem mestu vodijo do izgorelosti zaposlenih, kar pa se negativno odraža na njihovem zdravju in počutju. S tega vidika se moramo zavedati pomena ravnovesja med zasebnim in poklicnim življenjem ter stremeti k izboljšanju delovnih pogojev za zaposlene.

Današnje delovno mesto je zelo zahtevno z vseh vidikov. Zaposleni so telesno, čustveno in duhovno izčrpani. Dnevne delovne zahteve in obveznosti, družina in zraven še vse drugo načenjajo njihovo energijo in zavzetost. Veselje, navdušenje ob uspehu in motiviranost za delo je vse težje doseči. Predanost delu vse bolj upada in dobri medsebojni odnosi na delovnem mestu počasi plahnijo.

Patronažna medicinska sestra je samostojna izvajalka patronažne zdravstvene nege na domu. Zaradi kontinuirane obravnave posameznika, družine in skupnosti sodeluje tako v negovalnem kakor tudi v zdravstvenem in interdisciplinarnem timu. Njeno osnovno poslanstvo je izvajanje preventivnih obiskov, ki pa jih predvsem zaradi vedno večjega števila kurativnih obiskov, in s tem pomanjkanja časa, ne uspe v celoti izvesti.

Patronažne medicinske sestre preživijo večino svojega časa v stiku z drugimi ljudmi. Njihov vsakdanji delovnik je naporen. Zaradi hitrega razvoja medicinske znanosti in sodobne tehnologije so tudi negovalne intervencije vse bolj zahtevne, večje pa so tudi zahteve pacientov po kakovosti zdravstvenih storitev. Od patronažnih medicinskih sester se pričakuje, da zagotavljajo sočutno, humano, kulturno, občutljivo, kompetentno in etično zdravstveno nego.

Patronažna medicinska sestra prihaja na domove ljudi in jih spremlja od rojstva do smrti. Za zdravje ljudi prevzema odgovornost in pogosto se sooča s smrtjo (Svein-dottir idr. 2006). Njena pomoč mora biti strokovna, z razumnim občutkom za stiske, čustva in potrebe ljudi, ki bodo njeno pomoč potrebovali in sprejeli. Za patronažne medicinske sestre je značilno, da imajo podaljšan in nereden delovni čas, ob tem pa doživijo še veliko različnih, z delom povezanih stresnih dejavnikov, kot so obremenitve, povečane delovne zahteve in travmatične izkušnje (Garske, 2007), ki jih Sundin idr. (2007) povezujejo s simptomi izgorelosti. Eden izmed pomembnih dejavnikov izgorelosti patronažnih medicinskih sester je tudi izmensko delo (Costa, 1996; Harrington, 2001; Knutsson, 2003), ki negativno vpliva na zdravje patronažnih medicinskih sester (Knutsson, 2003).

Raziskave (npr. Maslach in Leiter, 2002) na področju zdravstvene nege dokazujejo, da delovni pogoji in organizacijski pogoji dela igrajo pomembno vlogo v produktivnosti patronažnih medicinskih sester.

2 Izgorelost

Stevens (1995) definira izgorelost kot psihično izčrpanost pri posameznikih, ki so stalno izpostavljeni pritiskom in negativnemu stresu na delovnem mestu. Izgorelost ni zgolj občutek izčrpanosti na koncu delovnega dne, temveč napredujoč cikel izčrpanosti in izgube vitalnosti, ki vpliva na posameznikova čustva, telo in duha. Navedeno poudarja tudi Tepina (2008), ki trdi, da je izgorelost kronično stanje skrajne psihofizične in čustvene izčrpanosti, nastane pa zaradi dolgotrajnih nereguliranih odnosov na delovnem mestu.

Brejc (1994) razume izgorelost na delovnem mestu kot neskladje med naravo dela in naravo zaposlenega. Najbolj očiten pokazatelj tovrstnih neskladij je preobremenjenost na delovnem mestu. V današnjem času je delo zahteva več časa in je bolj zapleteno, delovni postopki ljudi ločujejo, jih izolirajo, pri delu niso več sproščeni, vse bolj so tekmovalni, tehnologija je brezosebna, veljajo toga pravila in prepovedi, ki psihično obremenjujejo človeka.

Za Maslacha idr. (2001) je izgorelost psihološki sindrom, ki se izraža kot čustvena izčrpanost, depersonalizacija in zmanjšanje učinkovitosti. Golembiewski idr. (1993) ugotavljajo, da je izgorelost povezana z občutkom nemoči, nezadovoljstvom, slabim počutjem, napetostjo in načetim zdravjem. Lee in Ashforth (1990) ter Henkens in Leenders (2010) navajajo, da so za izgorelost značilne tri komponente: čustvena izčrpanost, depersonalizacija in nezadovoljstvo z delom ter slabši delovni rezultati.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) (2013) predstavlja statistične podatke o delu patronažnega varstva za januar 2012, ki kažejo, da je bilo na tem področju v Sloveniji zaposlenih 816 oseb. Nadalje IVZ ugotavlja, da je kadrovska struktura v patronažnem varstvu po regijah zelo različna. V januarju 2012 je ena diplomirana medicinska sestra skrbel za 3133,6 prebivalca, en zdravstveni tehnik pa za 13729,1 prebivalca. Vemo pa, da je delovni normativ 2500 prebivalcev na eno diplomirano medicinsko sestro in 5000 prebivalcev na enega zdravstvenega tehnika. Podatki za januar 2012 tako kažejo, da primanjkuje 20 % diplomiranih medicinskih sester in 64 % zdravstvenih tehnikov.

2.1 Izgorelost na delovnem mestu

Penko (1994) meni, da je izgorelost specifičen sindrom, ki je posledica podaljšane izpostavljenosti stresu pri delu z ljudmi, ki potrebujejo pomoč. Tisti, ki nudi pomoč, je precej občutljiv za sodelovanje s prejemniki pomoči. Če slednji svoje težave rešujejo na način, ki ne ustreza strokovnjakovi predstavi, lahko to sproži konfliktni odnos in pospeši nastanek poklicne izčrpanosti. Medicinsko osebje, socialni delavci, gasilci, terapevti in zdravniki dan za dnem poslušajo krute pripovedi o nesrečah, mučenju, posilstvu, krvoskrunstvu in nasilju v družini. Pri teh poklicih je pogost pojav zmanjšana sočutnost, do katere prihaja zaradi dnevnega poslušanja pacientovih zgodb. Lahko pa tudi sami občutijo težo travmatičnega dogodka in spremljajočih čustev ter postanejo žrtve svoje zavzetosti za pomoč prizadetim osebam (Findeisen, 2005, str. 37-51).

Freudenberger (1974) je eden izmed prvih, ki je preučeval izgorelost zdravstvenega osebja na delovnem mestu in jo opisuje kot čustveno izčrpanost in izgubo motivacije. Številni raziskovalci (Abushaikha in Saca-Hazboun, 2009; Kanai-Pak idr., 2008; Penson idr. 2000; Shirom idr., 2010; Van Bogaert idr. 2009) so preučevali izgorelost medicinskega osebja na delovnem mestu. Raziskave kažejo, da izgorelost medicinskih sester na delovnem mestu povzroča tako imenovano kombinirano fizično utrujenost, kognitivno utrujenost in čustveno izčrpanost (Shirom idr. 2010). Abushaikha in Saca-Hazboun (2009) ugotavljata, da so vzroki izgorelosti vsakodnevni stres in delovne preobremenitve. Slednja sta tudi ugotovila, da izgorelost medicinskih sester povzroči negativen odnos na delovnem mestu in zmanjša skrb za bolnike, kar pa ovira kakovost storitev in ima resne posledice za osebno življenje zaposlenega (Penson idr., 2000).

2.2 Posledice izgorelosti na delovnem mestu za posameznika

Izgorelost prepoznamo po treh opozorilnih znakih: čustvena izčrpanost, padec storilnosti in občutek odtujenosti od dela (Sweeney and McFarlin, 2002). Zaposleni postane manj energičen in manj zainteresiran za delo, čustveno izčrpan, apatičen, depre-

siven, razdražljiv in dolgočasen. Za napake obsoja delo in sodelavce ter se negativno odziva na njihove predloge (Schultz and Schultz, 1990; Donnelly idr., 2003). Opozorilni simptomi so odpor do odhajanja v službo, nenehno pritoževanje zaradi odpora do dela in prevelikih zahtev, občutek odrezanosti od sveta, doživljanje življenja kot težkega in otopelega, razdražljivost, slaba pozornost, nestrpnost doma, pogosta obolenja brez jasnega vzroka, misli na beg in samomor (Fengler, 2007; Mosadeghrad, 2014).

Izgoreli človek je močno utrujen, ne občuti ugodja in veselja, ne želi si ničesar več. Kljub vsemu si še prizadeva pri delu in v svojem socialnem okolju, vendar ga to ne radosti. Svet vidi kot naporen, dolgočasen in monoton. Ko so težave že zares navzoče, se zjutraj zbuja enako utrujen kot takrat, ko je legel spat. Pogosto se prebuja ponoči, tlači ga mora, sili ga na bruhanje, ima mravljinice v konicah prstov in v ustnicah, v tilniku čuti napetost, obliva ga hlad, izgubi tek ali pa ga popade silna želja po hrani in ima prebavne motnje. Vse manj ima nadzora nad svojim življenjem (Findeisen, 2005, str. 37–51).

Izgorelost na delovnem mestu se kaže z različni simptomi, ki so čustvene, kognitivne, vedenjske in telesne narave (Findeisen in Pšeničny, 2005). Oseba jo najbolj občuti na kognitivnem področju, kot motnje koncentracije, spomina in odločanja, najmanj pa se odraža v spremembah njegovega vedenja (Pšeničny, 2007). Avtorji Mosadeghrad (2014), King idr. (2009), Embriaco idr. (2007), Wong idr. (2001) navajajo naslednje posledice izgorelosti: glavoboli, kronična utrujenost, zvišan krvni tlak, mišično-skeletne bolečine, motnje prehranjevanja, povečano tveganje za kardiovaskularne bolezni. Healy in McKay (2000) ter Mosadeghrad (2014) menijo, da lahko izgorelost na delovnem mestu povzroči tudi psihične stiske, kot so: težave s spanjem, razpoložensjske motnje, čustvena izčrpanost, pomanjkanje koncentracije, anksioznost, depresije, razmišljanje o samomoru.

3 Organiziranost patronažnega varstva

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali ne-navajenosti na novo okolje občutljivi na škodljive vplive iz okolja (Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj in Brložnik, 2006).

Po Rajkoviču in Šušteršičevi (2000) je patronažna medicinska sestra nosilka patronažne zdravstvene nege pacienta, družine in skupnosti v stanju zdravja in blagostanja ter v stanju bolezni, poškodb, nezmožnosti, prizadetosti in neželenih stanj, zato načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego. Zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti ter zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu uvrščamo med preventivno, zdravstveno nego bolnika na domu pa med kurativno dejavnost.

Avtorji Rajkovič in Šušteršič (2000) ter Allender idr. (2001) menijo, da so aktivnosti patronažne medicinske sestre v skupnosti na ravni primarne, sekundarne in terciarne preventivne. Vključujejo pospeševanje, ohranjanje in krepitev zdravja posamezni-

ka, družine in skupnosti, preprečevanje bolezni in dejavnikov tveganja, podaljševanje življenja in dvigovanje kakovosti življenja, pa tudi povrnitev zdravja.

Šušteršič idr. (2006) trdijo, da patronažno zdravstveno nego lahko opravlja medicinska sestra z višjo ali visoko izobrazbo kot samostojno dejavnost (koncesija), vendar je vključena v mrežo javnega zdravstva. V tem primeru mora prevzeti vsa področja delovanja, to je zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego bolnika na domu. Patronažno varstvo je organizirano štiriindvajset ur na dan in vse dni v letu. Delovni normativ patronažnih medicinskih sester je: ena diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu na 2500 prebivalcev in en tehnik zdravstvene nege v patronažnem varstvu na 5000 prebivalcev.

3.1 Značilnost delovnega mesta patronažnih medicinskih sester kot vzrok izgorelosti

Med raziskovalci obstaja visoka stopnja soglasja o tem, da je stres pereč problem med ljudmi, ki delajo v medicinskih poklicih (Gilibert in Daloz, 2008; Siegrist idr. 2010) in ima uničujoče učinke na zdravstveno osebe in njihovo delovno okolje (Lambert idr., 2003). Slednji ugotavljajo, da nenehni negativni stres vodi v izgorevanje. Posledica je izguba interesa za delo in nezanimanje za ljudi, ki potrebujejo negovalno pomoč (Magnusson in Gooding, 2000). Magnusson in Gooding (2000) sta izvedla empirično raziskavo o izgorelosti patronažnih medicinskih sester in dokazujeta, da je medicinska sestra utesnjena in iritirana, ima težave z ustreznim odzivanjem na bolnikove potrebe in zahteve. Kadar pojema delovna vnema in pripadnost, pojema tudi motivacija, kar pomeni, da zdravstvena nega postane rutinska.

Eden izmed pomembnejših dejavnikov vpliva na izgorelost patronažnih medicinskih sester je delovni čas (Costa, 1996; Harrington, 2001; Kivimaki idr., 2001; Knutsson, 2003). Izmensko delo povzroča stres pri patronažnih medicinskih sestrah in močno vpliva na njihovo zdravje in življenjski slog (Kivimaki idr., 2001). Številni raziskovalci (Lockley idr., 2007; Moustaka in Constantinidis, 2010) so ugotovili, da pri patronažnih medicinskih sestrah, ki delajo v izmenah in presegajo več kot 8 ur delovnika, prihaja do napak pri dajanju zdravil pacientom, imajo težave ostajati budne in dejansko zaspijo med delovnim časom. Najpogostejši problem, povezan z izmenskimi delom in podaljšanim delovnikom, je utrujenost, posledica pa je izgorelost patronažnih medicinskih sester (Magnusson in Gooding, 2000).

Leiter in Maslach (2002, 1997) opisujeta šest neskladij med zaposlenim in njegovim delovnim mestom, ki so ključni vir izgorelosti.

Prvo se kaže v preobremenjenosti z delom, ko je le-to bolj intenzivno. Delovne zahteve se prelivajo nepretrgano ena v drugo, časa za počitek med delovnimi obveznostmi je vedno manj, zato so zaposleni preobremenjeni. Delo lahko zahteva več časa. Podaljševanje delovnega tedna je izčrpavajoče, saj se zaposleni odrekajo svojemu prostemu času in zanemarjajo osebne obveznosti. Delo je lahko tudi bolj zapleteno, saj zaposleni opravljajo več delovnih nalog hkrati.

Drugo neskladje med zaposlenim in njegovim delovnim mestom je pomanjkanje nadzora nad pomembnimi smernicami dela, ki zaposlenim preprečuje, da bi se uspešno spopadli s problemi, ki jih zaznajo.

Tretje neskladje se kaže v nezadostnem nagrajevanju, zaposlitvi za določen čas in počasnem plačevanju pogodbenih del. Varnost zaposlitve se vedno bolj krha, priložnosti za napredovanje v službi je vedno manj, izgublja se notranje zadovoljstvo.

Četrto neskladje se nanaša na medsebojne odnose znotraj delovne skupine, ki so elementi osebnega doživljanja organizacije in pomembno vplivajo na kakovost dela zaposlenih.

Peto neskladje zajema pomanjkanje poštenosti, ki zajema tri elemente: zaupanje, odkritost in spoštovanje. Nepoštenost se kaže pri ocenjevanju in napredovanju ter v vsakodnevnih stikih.

Šesto neskladje je konflikt vrednot, ki vpliva na vse, kar se nanaša na posameznikov odnos do dela.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali se patronažne medicinske sestre v zdravstvenih domovih soočajo z izgorelostjo na delovnem mestu.

Ugotovitve lahko pripomorejo k inovativnim pristopom za preprečevanje izgorelosti patronažnih medicinskih sester na delovnem mestu. Zastavili smo si naslednje raziskovalno vprašanje:

Na kakšen način so se patronažne medicinske sestre v patronažnih službah desetih slovenskih zdravstvenih domov soočile z znaki izgorelosti na delovnem mestu in kakšne so bile posledice?

ter hipotezo:

Več kot 70 % anketiranih patronažnih medicinskih sester pozna sindrom izgorevanja in se je že srečalo z njegovimi znaki.

4 Metodologija

Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije in tehniko anketiranja.

4.1 Opis instrumenta

Vprašalnik smo oblikovali na osnovi temeljitega pregleda obstoječe literature in obstoječih merilnih lestvic. Sestavljen je iz dveh delov. V prvem smo zajeli podatke o anketirancih (spol, starost, regijsko območje). V drugem pa so anketiranci ocenjevali simptome in kazalnike izgorelosti. Simptome izgorelosti patronažnih medicinskih sester smo povzeli po Bilban in Marjan (2007). Kazalniki izgorelosti patronažnih medicinskih sester na delovnem mestu so bili povzeti po Nidorfer (2008) in Shirom (1989). Pri oblikovanju merilne lestvice za merjenje (napornega) dela patronažnih medicinskih sester smo upoštevali splošno sprejete kazalnike, ki jih raziskovalci uporabljajo za merjenje napornega dela (Jamal in Baba, 2000, Firth in Britton, 1989, Henkens in

Leenders, 2010; Shirom, 1989), medtem ko smo merilno lestvico o želeni spremembi delovnega okolja povzeli po avtorjih Maslach in Leiter, 1997; Donnelly idr, 2003; Bahtijarević, 1999; Fairbrother in Warn, 2003; Malik idr., 2010).

V končni empirični preverbi smo simptome izgorelosti patronažnih medicinskih sester merili na ordinalni lestvici s šestimi simptomi in možnostjo odprtega odgovora. Izgorelost je bila merjena na ordinalni lestvici z 10 kazalniki, (naporno) delo s štirimi kazalniki in želeni delovni pogoji s šestimi kazalniki, prav tako na ordinalni lestvici.

4.2 Opis vzorca

V raziskavo smo vključili 300 patronažnih medicinskih sester iz štirih slovenskih regij: Osrednjeslovenske (111), Podravske (45), Pomurske (29) in Koroške regije (8). Od 300 razdeljenih smo dobili izpolnjenih in vrnjenih 279 vprašalnikov, kar je 93-odstotna realizacija vzorca. V raziskavi je sodelovalo 277 (99,3 %) žensk in 2 (0,7 %) moška. Največ anketiranih (91 - 32,6 %) je starih nad 50 let, 79 (28,3 %) od 41 do 50 let, 57 (20,4 %) med 36 in 40 let, 37 (13,3 %) od 30 do 35 let in 10 (3,6 %) od 26 do 30 let. Le 5 (1,8 %) anketiranih je je starih od 21 do 25 let.

4.3 Zbiranje in analiza podatkov

Zbiranje podatkov je bilo izvedeno julija in avgusta 2015. Za lažjo organiziranost in izvedbo raziskave smo se povezali z vodji patronažnih varstev in se dogovorili za velikost vzorca anketiranih patronažnih medicinskih sester, za razdeljevanje in vračanje anket ter za zagotavljanje anonimnosti.

Pridobljene podatke smo pregledali in jih analizirali. Pri obdelavi smo uporabili računalniški statistični program SPSS (verzija 21), rezultati raziskovanja pa temeljijo na analizi deskriptivne statistike in binomskih testih.

5 Rezultati

Tabela 1: Izčrpanost patronažnih medicinskih sester na delovnem mestu

<i>Izgorelost na delovnem mestu</i>	<i>Število odgovorov</i>	<i>Odstotek</i>
Da	214	76,7
Občasno	65	23,3
Skupaj	279	100,0

Rezultati kažejo, da se je 76,7 % (214) patronažnih medicinskih sester že srečalo z izgorelostjo na delovnem mestu, medtem ko jih 23,3 % (65) meni nasprotno.

Tabele 2 prikazuje simptome izgorelosti patronažnih medicinskih sester. Najpogosteje se pojavlja utrujenost (36,6 %), sledijo glavoboli (20,1 %) in brezvoljnost (16,1 %). Najmanjkrat je prisotno slabo počutje (3,9 %). 7,2 % anketiranih pa zaznava simptome izgorelosti, ki se kažejo kot zvišan krvni pritisk, bolečine v želodcu, bolečine za prsnico, bolečine v nogah, nepotrpežljivost in depresija.

Tabela 2: Simptomi izgorelosti patronažnih medicinskih sester

<i>Simptomi izgorelosti</i>	<i>Št. odgovorov</i>	<i>Delež v odstotkih</i>
Glavoboli	56	20,1
Nenehni prehladi (slabša imunska odpornost)	23	8,2
Slabo počutje	11	3,9
Utrujenost	102	36,6
Nespečnost	22	7,9
Brezvoljnost	45	16,1
Drugo	20	7,2
Skupaj	279	100,0

Tabela 3: Izgorelost patronažnih medicinskih sester na delovnem mestu in njihov odnos do dela in ljudi

<i>Odnos do dela in ljudi</i>	<i>Število odgovorov</i>	<i>Delež v odstotkih</i>
Hladen in brezčuten odnos do bolnikov in njihovih svojcev.	9	3,3
Nižja delovna vnema in učinkovitost pri opravljanju zadolžitev.	33	11,8
Nezmožnost sprostite na delovnem mestu.	37	13,2
Raztresenost, neorganiziranost, pozabljenost pri opravljanju dela.	21	7,5
Zmanjšana motivacija za delo.	31	11,1
Občutja nemoči in praznine ter pomanjkljivo zaupanje vase, v svoje zmožnosti in kompetence.	21	7,5
Zmanjšana stopnja odprtosti za pristne medsebojne odnose med zaposlenimi.	38	13,6
Zmanjšana stopnja odprtosti za pristne medsebojne odnose z bolniki.	42	15,1
Zaradi izgorelosti na delovnem mestu, me delo z ljudmi ne veseli.	19	6,8
Zmanjšana empatija.	28	10,0
Skupaj	279	100,0

Iz tabele 3 je razvidno, da se je pri 42 (15,1 %) anketiranih, ki trpijo za izgorelostjo na delovnem mestu, zmanjšala stopnja odprtosti za pristne medsebojne odnose z bolniki, pri 38 (13,6 %) pa se je zmanjšala stopnja odprtosti za pristne medsebojne odnose med zaposlenimi. Le 9 (3,3 %) patronažnih medicinskih sester navaja hladen in brezčuten odnos do bolnikov in njihovih svojcev.

Tabela 4: Delo patronažne medicinske sestre

<i>Moje delo je:</i>	<i>Število odgovorov</i>	<i>Delež v odstotkih</i>
Psihično naporno	73	26,2
Fizično naporno	38	13,6
Stresno	72	25,2
Izčrpavajoče	96	35,0
Skupaj	279	100,0

Iz tabele 4 je razvidno, da je za 96 (35,0 %) patronažnih medicinskih sester delo izčrpavajoče, za 73 (26,2 %) psihično naporno in za 72 (25,2 %) stresno. Le 13,6 % patronažnih medicinskih sester svoje delo zaznava kot fizično naporno.

Tabela 5: Željeni delovni pogoji patronažnih medicinskih sester

<i>Če bi lahko, bi pri sedanjem delu spremenil/a:</i>	<i>Število odgovorov</i>	<i>Delež v odstotkih</i>
Več zaposlenih, da bi se lahko bolj posvetili pacientom	81	29,0
Manj naporna dežurstva	85	30,4
Boljši medsebojni odnosi med zaposlenimi	9	3,2
Boljši medsebojni odnosi med kolektivom in nadrejenimi	14	5,1
Boljša organizacija in pogoji dela	85	30,4
Razporeditev pacientov po pomicnosti	5	1,9
Skupaj	279	100,0

Iz tabele 5 je razvidno, kaj bi patronažne medicinske sestre želele spremeniti pri svojem sedanjem delu. 85 (30,4 %) patronažnih medicinskih sester si želi manj naporna dežurstva ter boljšo organizacijo in pogoje dela. 81 (29 %) patronažnih medicinskih sester si želi več zaposlenih, da bi se lahko bolj posvetili pacientom. Najmanj pomembna se jim zdi sprememba razporeditve pacientov po pomicnosti (5–1,9 % in boljši medsebojni odnosi med zaposlenimi 9–3,2 %). Hipotezo, ki se glasi »Več kot 70 % patronažnih medicinskih sester pozna sindrom izgorevanja in se je že srečala z njegovimi znaki«, smo preverjali z binomskim testom, saj gre za nominalno spremenljivko. Preverili smo, ali obstajajo statistično pomembne razlike med deležem patronažnih medicinskih sester, ki poznajo sindrom izgorevanja (torej 77 %) in med deležem patronažnih medicinskih sester, za katerega smo predpostavili, da poznajo sindrom v naši hipotezi (torej 70 %) (tabela 6).

Tabela 6: Binomski test hipoteze H1

	<i>Kategorija odgovora</i>	<i>N</i>	<i>Opazovani delež</i>	<i>Testirani delež</i>	<i>p</i>
Ali ste se kot medicinska sestra že kdaj srečali oziroma sami doživeli znake izčrpanosti	da	214	,77	,75	,281
	ne	65	,23		
	Skupaj	279	1,00		

Hipotezo smo potrdili. Razlika med deležema ni statistično pomembna, saj je stopnja značilnosti večja od 0,05; vsebinsko to pomeni, da delež patronažnih medicinskih sester, ki pozna in se je že srečal s sindromom izgorevanja, predpostavljen v hipotezi, statistično značilno ni različen od dejanskega deleža oziroma stanja. Rezultat kaže, da 77 % patronažnih medicinskih sester pozna sindrom izgorevanja in se je že srečal z njegovimi znaki, medtem ko 23 % tega sindroma ne pozna.

6 Razprava

Na podlagi raziskave ugotavljamo, da se patronažne medicinske sestre na delovnem mestu soočajo z izgorelostjo, zato so potrebni nekateri ukrepi. Rešitev za razbremenitev

in podporo patronažnim medicinskim sestram, ki delujejo v domačem okolju, vidimo v moči nacionalnih organizacij. Tako apeliramo nanje, predvsem na: Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ministrstvo za finance, da prisluhnejo težavam, ki pestijo patronažno varstvo in številčno okrepijo obstoječi kader in s tem razbremenijo zaposlene.

Ker pa Zakon o uravnoteženju javnih financ trenutno omejuje zaposlovanje, predlagamo, da delodajalec v okviru zakonske podlage nagradi zaposlenega za povečan obseg dela, saj vemo, da je le »zadovoljen delavec tudi dober delavec«. Za preprečevanje in lažje obvladovanje znakov preobremenjenosti zaposlenih predlagamo vodstvu organiziranje supervizijskih delavnic z aktualno problematiko. Zaposleni bi lahko izmenjali svoja mnenja, pričakovanja in izkušnje.

Tako se istočasno krepi notranja komunikacija, sodelovanje in izboljšanje notranjih odnosov. Zaposleni, ki delujejo kot tim, si pomagajo, si nudijo psihično podporo in tako lažje premagujejo stresne situacije na delovnem mestu. Vodstvo bi moralo nameniti večjo pozornost uporabi primernih strategij za zmanjšanje obremenjenosti svojih zaposlenih oz. patronažnih medicinskih sester na delovnem mestu. Tako bi pozornost namenili reorganizaciji delovnega časa in prerazporeditvi delovnih nalog. Prav tako bi si morali prizadevati za izboljšanje dobrega počutja in zadovoljstva patronažnih medicinskih sester na delovnem mestu z uvedbo brezplačnih programov za premagovanje stresa na delovnem mestu, novih smernic za zmanjšanje sindroma izgorelosti, izvajanje meditacije in drugih sprostitvenih tehnik ter različnih športov, ki se jih danes s stroškovnega vidika večina zaposlenih ne more udeležiti.

Glavna naloga vodstva je izboljšanje notranje komunikacije med zaposlenimi, saj se tako hitreje ugotovijo problemi, ki jih pestijo. Oblikovati bi morali programe, ki bodo z aktivno udeležbo zaposlenih pozitivno vplivali na spremembe, zmanjšanje psihosocialnih tveganj, kot so odsotnost z dela, fluktuacija, absentizem, prezentizem, izgorelost na delovnem mestu in usklajevanje dela z osebnim življenjem. Namen takšnih programov vidimo v izboljšanju zdravja in počutja zaposlenih, dvigu produktivnosti in motiviranosti za delo.

Kot pozitivno rešitev za zmanjšanje izgorelosti na delovnem mestu v zdravstvu prav tako vidimo nudenje brezplačnega terapevtskega pogovora z zaposlenimi. Zavedamo se, da je vodilni cilj pri delu patronažnih medicinskih sester komunikacija, ki izboljša počutje in pospešuje osebno rast bolnika, vendar tudi zaposleni potrebujejo pogovor.

Terapevtska komunikacija zajema aktivno poslušanje, pogovarjanje, pozornost, pojasnitev, tolažbo, informiranje, razlaganje, svetovanje. Vse to potrebujejo tudi zaposleni, saj tako lažje premagujejo obremenjenost na delovnem mestu. S tem se zmanjša delovna izgorelost, krepi se dobro počutje, zadovoljstvo, motiviranost, veselje do dela z ljudmi in predvsem zdravje zaposlenih.

7 Zaključek

Rezultati raziskave so pokazali, da je poklicna izgorelost patronažnih medicinskih sester pogosto prisotna. Vzroka zanjo sta največkrat preobremenjenost na delovnem mestu in neravnotežje med poklicnim in zasebnim življenjem, kar pa negativno vpliva na uspešnost in učinkovitost pri delu, zadovoljstvo z delom, dobro počutje in delovno zavzetost.

Obremenjenost na delovnem mestu vodi do pomanjkanja energije zaposlenega, kar pa bremeni njegov odnos do dela in zmanjšuje storilnost. Na področju patronažnega varstva je treba več pozornosti nameniti doseganju ugodnega ravnovesja med poklicnim in zasebnim življenjem, saj navedeno ni pomembno le za kvaliteto posameznikovega življenja, temveč tudi za celotno delovanje zdravstvene ustanove, v kateri je ta zaposlen.

Maja Rožman, Renata Škrget, Miran Grah

Burnout of Community Nurses at the Workplace

Modern and fast way of life and continued stress at the workplace lead to the burnout syndrome in employees, negatively reflected in their health and well-being. From this perspective, it is necessary to recognize the importance of the balance between personal and professional life and to strive to improve working conditions for employees.

Today's workplace is very demanding from all aspects. The employees are physically, emotionally and spiritually exhausted. Daily work requirements and obligations, family and everything else eat away their energy and enthusiasm. Joy, enthusiasm upon success and motivation for work is more and more difficult to achieve. Dedication to work is increasingly declining and interpersonal relations at the workplace are slowly waning.

Medical staff spends most of their time in contact with other people. Their work is mostly stressful. In carrying out their work, they are placed in a more and more difficult, demanding and increasingly vulnerable situation. Modern technology requires the increasing complexity of nursing interventions, increasing number of patients' needs and demand for quality health services.

The work of community nurses affects the lives of people in the local environment where they work. Community nurses come to people's homes and accompany them from birth to death. Simultaneously, they take on a lot of responsibility which is not defined only by laws and regulations. Their assistance must be professional with a reasonable feeling for distress, feelings and needs of people who will need and accept their assistance. Community nurses are expected to provide humanistic, competent

and ethical care and be productive and effective at their workplace despite the lack of resources and increased responsibility.

From this it can be seen that community nurses are overloaded or exceed their work norms. Therefore, it can be concluded that the quality of work is probably not at the desired level despite the diligence of each provider of community nursing. Community nurses have extended and irregular working hours and experience a wide variety of work-related stress factors that are reflected through the increased work demands which lead to the work overload.

The creation of the measuring instrument was based on theoretical principles and research of foreign authors (Bilban et al., 2007; Nidorfer, 2008; Jamal and Baba, 2000; Shirom, 1989; Firth and Britton, 1989; Henkens and Leenders, 2010; Maslach in Leiter, 1997; Maslach in Leiter, 2002; Donnelly idr, 2003; Bahtijarević, 1999; Fairbrother in Warn, 2003; Malik idr, 2010), which focused on the burnout syndrome in the workplace. In their research, most authors confined themselves only to individual factors of the burnout syndrome among employees. The purpose of our research is to investigate the burnout syndrome in community nurses through the use of a measuring instrument.

A questionnaire composed of two parts was used as the research instrument. In the first part, the social demographic data (gender, age, regional zone) were covered. In the second part, the respondents assessed the burnout syndrome in community nurses at their workplace. Respondents first expressed their opinion with the closed question, namely: Have you as a community nurse ever faced or experienced symptoms of the burnout syndrome at the workplace. To verify what the signs of the burnout syndrome at the workplace are, the respondents who had chosen YES in the previous question, were asked to continue to fill in the questionnaire. They were asked to state the symptoms of the burnout syndrome at the workplace (e.g. headache, chronic fatigue, constant colds, chest pain, etc.). Next, we were interested in how their burnout syndrome is reflected at their workplace and relationship with people. Then, on the basis of the listed statements, the respondents marked in the questionnaire what they think about their work and about the desired change of the working environment.

The study included 300 community nurses from the Slovenian regional areas as follows: The region of Central Slovenia, the region of Podravje, the region of Pomurje, the region of Koroška. Out of 300 distributed questionnaires, we received 279 completed and returned questionnaires which is a 93% response rate.

Obtained data were reviewed and analysed. In processing the data, the computer statistical program SPSS (version 21) was used; the results of the research are based on the descriptive statistics analysis and binomial tests.

The results show that 76.7% (214) of community nurses have already experienced fatigue at the workplace, while 23.3% (65) of community nurses think the opposite.

The questionnaire results show that community nurses face the burnout syndrome at the workplace. Moreover, the results show that various symptoms of the burnout syndrome are prevailing. The most common symptoms of the burnout syndrome in the

community nurses at the workplace are: fatigue, lethargy, headaches, constant colds (weak immune system), insomnia, chest pain, irritability, difficulty with concentration and attention, malaise and depression. In a smaller number the following symptoms of the burnout syndrome also appear: pain in the legs, joints; sadness, crying; decline in energy; heart rhythm disorder; indigestion, stomach pain; anxiety; impatience; shouting, quarrelsomeness; restlessness, tension and high blood pressure.

We were interested in how the symptoms of the burnout syndrome, which were marked by the community nurses, are reflected in their work and in relation to other people. Based on the results, it can be concluded that the working conditions of the community nurses caused by their burnout syndrome at the workplace are alarming. The work of the community nurses requires daily work with patients; therefore, their attitude towards people is very important. Based on the responses, it can be seen that in 15.1% (42) of the respondents who suffer from the burnout syndrome at the workplace the degree of openness to genuine interpersonal relationships with patients has reduced. The work of the community nurses requires good mutual communication and exchange of knowledge, but 13.6% (38) of respondents stated that the level of openness to genuine interpersonal relationships among employees has reduced. Furthermore, in 13.2% (37) replies the burden at the workplace results in the inability to relax at the workplace; 10.0% (28) of the respondents claim to have reduced their empathy. 11.8% (33) of the respondents answered that their fatigue at the workplace is reflected in lower enthusiasm and efficiency in performing their duties and in reduced motivation for work; 7.5% (21) of responses include feelings of helplessness and emptiness, and lack of self-confidence and confidence in own abilities and competencies; 7.5% (21) of the respondents face distraction, disorganization and forgetfulness in carrying out their tasks. Due to the burnout syndrome at the workplace, 6.8% (19) of respondents claim that work with people does not make them happy; in 3.3% (9) of the respondents cold and insensitive attitude towards patients and their relatives is prevailing.

Community nurses were also asked to indicate what they think about their work on the basis of the listed statements in the questionnaire. Based on the results, it was found that 35.0% (75) of community nurses mark their work as exhausting; in 26.2% (56) of community nurses their work is reflected as mentally exhausting; 25.2% (54) of community nurses mark their work as stressful and 13.6% (29) as physically exhausting.

The results show that it is necessary to strive to improve the working conditions of community nurses. In 30.4% (85) answers of community nurses, it is clear that they want better organisation of work and working conditions as well as less strenuous duties. The preferred working condition in 29.0% (81) of answers of community nurses is the increase in personnel so that the employees could pay more attention to patients; 5.1% (14) of community nurses would prefer better mutual relations between the team and their superiors and 1.9% (5) would like the distribution of patients according to their mobility.

Hypothesis H1: is accepted since more than 75% of community nurses know and has already experienced the burnout syndrome. Since this is a nominal variable, the binomial test was used. The binomial test was used to check whether there are statistically significant differences between the proportion of community nurses who are familiar with the burnout syndrome (i.e. 77%) and the proportion of community nurses for which we have assumed to know the syndrome in our hypothesis (i.e. 75%).

Based on the results of the research, it was found that the presence of the burnout syndrome is problematic for community nurses. The reason for the burnout syndrome at the workplace is largely manifested through the overload of work and the imbalance between professional and private life which affects the efficiency and effectiveness at work, satisfaction with work, welfare and commitment to work.

Work overload leads to the lack of energy of the employees at the workplace which burdens their attitude to work and also reduces productivity. The balance between the work and private life is important not only for the quality of the individual's life, but also for the overall functioning of health institutions in which the individual is employed.

LITERATURA

1. Abushaikha, L. and Saca-Hazboum (2009). Job satisfaction and burnout among Palestinian nurses. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15, št. 1, str. 190–197.
2. Allender, J. A. and Spradley, W. B. (2001). *Community health nursing. Concepts and Practice*. (5th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
3. Bahtijarević, F. (1999). *Management ljudskih potenciala*. Zagreb: Golden marketing.
4. Bilban, M. (2007). Kako razpoznati stres v delovnem okolju. *Delo in varnost: revija za varstvo pri delu in varstvo pred požarom*, 52, št. 1., str. 30–35.
5. Brejc, T. (1994). *Poklicna izgorelost delavcev v službah za zaposlovanje*. Ljubljana: Socialno delo.
6. Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Applied Ergonomics*, 17, št. 1, str. 9–16.
7. Donnelly, J. H., Gibson, J. L., Ivancevich, J. M. and Konopaske, R. (2003). *Organizations: behavior structure processes* (11th ed.). New York: McGraw Hill.
8. Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F. and Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare, 13, št. 5, str. 482–488.
9. Fairbrother, K. and Warn, J. (2003). Workplace dimensions, stress and job satisfaction. *Journal of Managerial Psychology*, 18, št. 1, str. 8–21.
10. Fengler, J. (2007). *Nudenje pomoči utruja: o analizi in obvladovanju izgorelosti in poklicne deformacije*. Ljubljana: Temza.
11. Findeisen, D. (2005). Osební izobraževalni moduli za preprečevanje in zdravljenje izgorelosti (1. del). *Andragoška spoznanja*, 11, št. 2, 37–51.
12. Findeisen, D. and Pšeničny, A. (2005). *Poklicna izgorelost ali zavzetost za delo, to je zdaj vprašanje; Osební in skupinski izobraževalni moduli za preprečevanje poklicne izgorelosti (2. del)*. *Andragoška spoznanja*, 11, št. 3. Pridobljeno dne 12. 9. 2015 s svetovnega spleta: http://www.burnout.si/index.php?n=SubMenu&Menu_ID=8&SubMenu_ID=21&id_NZ=50.
13. Firth, H. and Britton, P. (1989). Burnout, absence, and turnover amongst British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62, št. 1, str. 55–59.
14. Freudemberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, št. 1, str. 159–165.

15. Garske, G. g. (2007). Managing occupational stress: a challenge for rehabilitation counselor. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 38, št. 4, str. 34–39.
16. Gilibert, D. and Daloz, L. (2008). Disorders associated with burnout and causal attributions of stress among health care professionals in psychiatry. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 58, št. 4, str. 263–274.
17. Golembiewski, R. T., Boudreau, R. A., Goto, K. and Murai, T. (1993). Transnational perspectives on job burnout. *International Journal of organizational analysis*, 1, str. 7–27.
18. Harrington, J. M. (2001). Health effects of shift work and extended hours of work. *Occupational & Environmental Medicine*, 58, str. 68–72.
19. Healy, C. M. and McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, št. 3, str. 681–688.
20. Henkens, K. and Leenders M. (2010). Burnout and older workers' intentions to retire. *International Journal of Manpower*, 31, št. 3, str. 306–321
21. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije [IVZ]. (2013). Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije za januar 2012. Pridobljeno dne 11. 9. 2015 s svetovnega spleta: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5&_5_id=75&_5_PageIndex=0&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=46-5.0.
22. Jamal, M. and Baba, V. V. (2000). Job stress and burnout among Canadian managers and nurses: an empirical examination. *Canadian Journal of Public Health*, 91, št. 6, str. 454–459.
23. Kanail-Pak, M., Aiken, L. H., Sloane, D. M. and Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17, št. 24, str. 3324–3329.
24. King, K. A., Vidourek, R. and Schwiebert, M. (2009). Disordered eating and job stress among nurses. *Journal of Nursing Management*, 17, št. 7, str. 861–869.
25. Kivimäki, M., Sutinen, R., Elovainio, M., Vahtera, J., Räsänen, K., Töyry, S., Ferrie, J. E. and Firth-Cenzens, J. (2001). Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational & Environmental Medicine*, 58, str. 361–366.
26. Knutsson, A. (2003). Health disorders of shift workers. *Occupational Medicine*, 53, str. 103–108.
27. Lambert, E. G., Hogan, N. L. and Griffin, M. L. (2003). The impact of distributive and procedural justice on correctional staff job stress, of satisfaction, and organizational commitment. *Journal of Criminal Justice*, 35, št. 6, str. 644–656.
28. Lee, R. and Ashforth, B. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75, str. 734–747.
29. Leiter, M. P. and Maslach, C. (2002). Resnica o izgorevanju na delovnem mestu. Ljubljana: Educey.
30. Lockley, S. W., Barger, L. K., Ayas, N. T., Rothschild, J. M., Czeisler, C. A. and Landrigan, C. P. (2007). Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33, št. 11, str. 7–18.
31. Magnusson, A. and Gooding, S. (2000). Varovanje zdravja negovalnega tima in varnosti pri delu. Maribor, Slovenia: Kooperativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
32. Malik, O. F., Waheed, A. and Malik, K. U. R. (2010). The mediating effects of job satisfaction on role stressors and affective commitment. *International Journal of Business and Management*, 5, št. 11, str. 223–235.
33. Maslach, C. and Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout*. New York: Jossey-Bass.
34. Maslach, C. and Leiter, M. P. (2002). Resnica o izgorevanju na delovnem mestu. Ljubljana, Slovenia: Educey.
35. Maslach, C., Schaufeli, W. B. V. and Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Reviews of Psychology*, 52, št. 1, str. 397–422.
36. Mosadeghrad, A. M. (2014). Occupational stress and its consequences. *Leadership in Health Services*, 27, št. 3, str. 224–239.
37. Moustaka, E. and Constantinidis, T. C. (2010). Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Science Journal*, št. 4, 210–216.

38. Nidorfer, M. (2008). Brez počitka utegnete izgoreti. *Moje Finance*. Pridobljeno dne 14. 9. 2015 s svetovnega spleta: http://www.burnout.si/index.php?n=SubMenu&Menu_ID=8&SubMenu_ID=21&id_NZ=133.
39. Penko, T. (1994). *Izgorelost pri delu - Psihodiagnostika osebnosti*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
40. Penson, R., Dignan, F. L., Calleons, G., Picard, C. L. and Lynch, T. J. (2000). Burnout: caring for the caregivers. *The Oncologist*, 61, št. 12, str. 4–10.
41. Pšeničny, A. (2007). Razvoj Vprašalnika sindroma adrenalne izgorelosti (SAI) in preverjanje izhodišča Recipročnega modela izgorelosti. *Psihološka obzorja*, 16, št. 2, str. 47–81.
42. Rajkovič, V. in Šušteršič, O. (2000). Informacijski sistemi patronažne zdravstvene nege. *Kranj: Moderna organizacija*.
43. Schultz, D. P. and Schultz, S. E. (1990). *Psychology and industry today: an introduction to industrial and organizational psychology*. (5th ed.). New York: Macmillan.
44. Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. V: Cooper, C. L. and Robertson, I. (2003). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 18, str. 25–48.
45. Shirom, A., Nirel, N. and Vinokur, A. D. (2010). Work hours and caseload as predictors of physician burnout: the mediating effects by perceived workload and by autonomy. *Applied Psychology*, 59, št. 4, str. 539–556.
46. Siegrist, J., Shackelton, R., Link, C., Marceau, L., Knesebeck, O. and McKinlay, J. (2010). Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Social Science & Medicine*, 71, št. 2, str. 298–304.
47. Stevens, P. (1995). *Beating Job Burnout: how to turn your work into your passion*. Chicago: NTC.
48. Sundin, L., Hochwälder, J., Bildt, C. and Lisspers, J. (2007). The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, št. 5, str. 758–769.
49. Sveinsdóttir, H., Bierringom, P. and Rabel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, št. 7, str. 875–889.
50. Sweeney, P. D. and McFarlin, D. B. (2002). *Organizational behavior: solutions for management*. New York: Irwin/McGraw-Hill.
51. Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternelj, A. in Brložnik, M. (2006). Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilaganje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40, str. 247–252.
52. Tepina, J. (2008). Ne bodimo odvisni od pohval drugih, pohvalimo se sami. *Didakta*. Pridobljeno dne 10. 9. 2015 s svetovnega spleta: http://www.burnout.si/index.php?n=SubMenu&Menu_ID=8&SubMenu_ID=21&id_NZ=135.
53. Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K. and Van De Heyning, P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 65, št. 10, str. 2175–2185.
54. Wong, D., Leung, S., So, C. and Lam, D. (2001). Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: The roles of nursing stresses and coping strategies. *Online Journal of Issues in Nursing*, 5, št. 2. Pridobljeno dne 10. 9. 2015 s svetovnega spleta: http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12_7.htm.

Maja Rožman, študentka doktorskega študija Ekonomsko-poslovne fakultete Univerze v Mariboru.

E-naslov: maja.rozman@student.um.si

Renata Škrget, magistra zdravstveno-socialnega managementa, vodja patronažnega varstva v Zdravstvenem domu Ljutomer.

E-naslov: renata.skrget@gmail.com

Miran Grah, študent doktorskega študija Ekonomsko-poslovne fakultete Univerze v Mariboru.

E-naslov: miran.grah@student.um.si



FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO

vas v študijskem letu 2016/2017 vabi k
vpisu v naslednje študijske programe:

ZDRAVSTVENA NEGA

dodiplomski študijski program

VZGOJA IN MENEDŽMENT V ZDRAVSTVU

magistrski študijski program

EDUKACIJA IN MENEDŽMENT V ZDRAVSTVU

doktorski študijski program

INFORMACIJE:

<http://fzv.vs-nm.si>

+386 (0)7 393 00 17

NAVODILA AVTORJEM

Revija za zdravstvene vede objavlja znanstvene, strokovne in druge prispevke. Kategorijo prispevka predlaga avtor, končno presojajo na osnovi strokovnih recenzij opravi uredništvo oziroma odgovorni urednik. Članki, ki so objavljeni, so recenzirani.

Avtorje prosimo, da pri pripravi znanstvenih in strokovnih člankov upoštevajo naslednja navodila:

1. Prispevke z vašimi podatki pošljite na naslov: Uredništvo JHS – Revija za zdravstvene vede, Na Loko 2, SI-8000 Novo mesto, Slovenija. Prispevke sprejemamo tudi na elektronski naslov uredništva. Prispevek naj bo napisan z urejevalnikom besedil Microsoft Word. V primeru, da ga posredujete izključno v elektronski obliki, mora biti tudi v PDF obliki.
2. Prispevki lahko obsegajo do 30.000 znakov.
3. Vsak prispevek naj ima na posebnem listu naslovno stran, ki vsebuje ime in priimek avtorja, leto rojstva, domači naslov, številko telefona, naslov članka, akademski in strokovni naslov, naslov ustanove, kjer je zaposlen in elektronski naslov. Če je avtorjev več, se navede zahtevane podatke za vsakega avtorja posebej. Vodilni avtor mora biti med avtorji napisan na prvem mestu.
4. Znanstveni in strokovni prispevki morajo imeti povzetek v slovenskem (do 1.200 znakov s presledki) in v angleškem jeziku. Povzetek in ključne besede naj bodo napisani na začetku prispevka. Priložiti je treba tudi razširjeni povzetek (10.000 znakov s presledki) v angleškem jeziku.
5. Tabele in slike naj bodo vključene v besedilu tja, kamor sodijo. Slike naj bodo tudi priložene kot samostojne datoteke v ustreznem slikovnem (jpg, bmp) oziroma vektorskem (eps) zapisu.
6. Seznam literature uredite po abecednem redu avtorjev, in sicer:
 - za knjige: priimek in ime avtorja, leto izdaje, naslov, kraj, založba. Primer: Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
 - za članke v revijah: priimek in ime avtorja, leto objave, naslov članka, naslov revije, letnik, številka, strani. Primer: Orel, R. (2010). Sindrom razdražljivega črevesa. Medicinski razgledi, 49, št. 4, str. 479-486.
 - za članke v zbornikih: priimek in ime avtorja, leto objave, naslov članka, podatki o knjigi ali zborniku, strani. Primer: Robida, A. (2013). Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. V: Filej, B. (ur.). Celostna obravnava pacienta. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, str. 7-16.
 - za spletne reference je obvezno navajanje spletne strani z imenom dokumenta ter datumom povzema informacije. Primer: Bracar, P. (2003). Kako poskrbeti za zdravje šolarjev. Inštitut za varovanje zdravja RS. Pridobljeno dne 20.08.2012 s svetovnega spleta: <http://www.sigov.si/ivz/vsebine/zdravje.pdf>.
7. Vključevanje reference v tekst: Če gre za točno navedbo, napišemo v oklepaju priimek avtorja, leto izdaje in stran (Debevec, 2013, str. 15). Če pa gre za splošno navedbo, stran izpustimo (Debevec, 2013).

Vsa dodatna pojasnila glede priprave in objave prispevkov, za katere menite, da niso zajeta v navodilih, dobite pri glavnem in odgovornem uredniku. Za splošnejše informacije in tehnično pomoč pri pripravi prispevka se lahko obrnete na uredništvo oziroma na naš elektronski naslov: urednistvo@jhs.si.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The Journal of Health Sciences publishes scientific and professional papers as well as other relevant papers. The category of the paper is proposed by the author, and the final assessment is based on peer review and made by the Editor-in-Chief. The published papers are reviewed.

In the preparation of scientific and professional papers, please consider the following instructions:

1. Papers in printed form with your information and abstracts should be sent to: Editorial Board of Journal of Health Sciences, Na Loko 2, SI-8000 Novo mesto, Slovenia. We also accept papers sent to our e-mail address. The paper should be written with Microsoft Word text editor. In case that you send the paper only in electronic form, you should also send the paper in PDF format.
2. Scientific papers may include up to 30,000 characters.
3. Each paper should have a separate sheet cover page that contains the name and surname of the author, year of birth, home address, phone number, title of the article, academic and professional title, address of the institution where the author works and e-mail address. In the event that there are several authors, the Journal writes the required information for each author individually. The leading author should be written in the first place.
4. Scientific and professional papers should have an abstract in Slovene (up to 1,200 characters with spaces) and in English. The abstract and keywords should be written at the beginning of the paper. It should also be accompanied by an extended abstract (10,000 characters including spaces) in English.
5. Tables and figures should be appropriately included in the text where they belong. Images should also be attached as separate files in the corresponding image (jpg, bmp) or vector (eps) format.
6. The list of references should be arranged in alphabetical order of authors, as follows:
 - for books: surname and name of the author, publication year, title, place, publisher. Example: Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
 - for articles in journals: surname and name of the author, publication year, article title, journal title, volume, number, pages. Example: Orel, R. (2010). Sindrom razdražljivega črevesa. Medicinski razgledi, 49, No. 4, pp. 479-486.
 - for articles in proceedings: surname and name of the author, publication year, article title, information about the book or journal, pages. Example: Robida, A. (2013). Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. In: Filej, B. (ed.). Celostna obravnava pacienta. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 7-16.
 - for online references, it is compulsory to state the exact website along with the name of the document and the date of finding information. Example: Bracar, P. (2003). How do the health of schoolchildren. Institute of Public Health. Retrieved on 8/20/2008 from the Internet: <http://www.sigov.si/ivz/vsebine/zdravje.pdf>.
7. The inclusion of references in the text: If it is a quotation, write the surname, publication year and page in brackets (Debevec, 2013, p. 15). If it is a citation, the page is omitted (Debevec, 2013).

For any further clarification and information not covered in these instructions with regard to the preparation and publication of papers, please contact the Editor-in-Chief. For general information and technical assistance in preparing the paper, please contact the editorial office or send your questions to our e-mail address: editorial.office@jhs.si.