

JHS

Revija za zdravstvene vede
Journal of Health Sciences

Vol. 10 • No. 1 • 2023



REVIJA ZA ZDRAVSTVENE VEDE

Journal of Health Sciences

Izdajatelj *Publisher*

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede
University of Novo mesto Faculty of Health Sciences

Glavni in odgovorni urednik *Editor-in-Chief*

Bojana Filej

Uredniški odbor *Editorial Board*

Vesna Čuk (Slovenija), Karmen Erjavec (Slovenija), Vislava Globevnik Velikonja (Slovenija), Božena Gorzkowicz (Poljska), Helena Kristina Halbwachs (Avstrija), Vojko Kavčič (ZDA), Goran Kozina (Hrvaška), Nevenka Kregar Velikonja (Slovenija), Camilla Laaksonen (Finska), Ljiljana Leskovic (Slovenija), Blaž Mlačak (Slovenija), Paola Obbia (Italija), Piret Paal (Avstrija), Gordana Panova (Republika Severna Makedonija), Olga Riklikiene (Litva), Jasmina Starc (Slovenija), Kadri Suija (Estonia), Milica Vasiljević Blagojević (Srbija), Vedrana Vežović (Švedska), Maria Flores Vizcaya – Moreno (Španija), Monika Zadnikar (Slovenija), Boštjan Žvanut (Slovenija)

Tehnični urednik *Technical Editor*

Bojan Nose

Tajniška dela *Secretary*

Brigita Jugovič

Jezikovni pregled *Slovene-Language Editor*

Marjeta Kmetič

Jezikovni pregled angleških besedil *English-Language Editor*

Ensitra, Brigita Vogrinec Škraba s. p.

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*

150

Tisk *Printed by*

Tiskarna Cicero Begunje, d.o.o.

DOI

<https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1>

Revija za zdravstvene vede je uvrščena na seznam revij ARRS, ki niso vključene v mednarodne bibliografske baze podatkov, se pa upoštevajo pri kategorizaciji znanstvenih publikacij (BIBLIO-B).

Revija za zdravstvene vede je vključena v bibliografske zbirke Biomedicina Slovenica, dLib.si (Digitalna knjižnica Slovenije) in COBIB.si (Vzajemna bibliografsko-kataložna zbirka podatkov).

The Journal of Health Sciences is placed on list of ARRS journals that are not included in international bibliographic databases, but they are observed at categorization of scientific publications (BIBLIO-B).

The Journal of Health Sciences is included in the bibliographic databases Biomedicina Slovenica, dLib.si (Digital Library of Slovenia) and COBIB.si (Mutual bibliographic-catalog database).

ISSN 2350-3610

VSEBINA CONTENTS

<i>Metka Skubic, PhD, Anita Jug Došler, PhD, Tita Stanek Zidarič</i> Experiences and Barriers to Participatory Research in Midwifery and Nursing Care Izkušnje in ovire pri participativnem raziskovanju na področju babištva in zdravstvene nege	3
<i>Dr. Karmen Erjavec</i> Dejavniki zaviranja in spodbujanja zaposlovanja v dolgotrajni oskrbi Factors Inhibiting and Promoting Employment in Long-Term Care in Slovenia	19
<i>Dr. Bojana Filej, dr. Mojca Poredoš, dr. Tamara Štemberger Kolnik, Andreja Ljubič, dr. Boris Miha Kaučič</i> Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih: presečna raziskava Missed Nursing Activities in Health and Social Care Institutions: A Cross-Sectional Study	36
<i>Dr. Katarina Galof</i> Dejavniki podpore za bivanje starejših v domačem okolju Support Factors for Older People to Stay at Home	56
<i>Mihaela Kranjčević - Ščurić, dr. Nadja Plazar, dr. Bojana Filej</i> Modeli izobraževanja študentov zdravstvene nege o infekcijah povezanih z zdravstveno nego - pregled literature Models of Nursing Education on Healthcare -Associated Infections - a Literature Review	75
<i>Helena Grmek, dr. Nikolaj Lipič</i> Programi, namenjeni starševstvu, kot pomemben člen promocije duševnega zdravja Improving Mental Health through Parenting Programs	97

Experiences and Barriers to Participatory Research in Midwifery and Nursing Care

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.136>

Original scientific article

UDC 614.253.5+001.891

KEYWORDS: midwifery, nursing, participatory research, professional development

ABSTRACT – Participatory research is gaining attention. In midwifery and nursing, emphasis is often placed on clinical practice but the needs of researchers are neglected. A comparative questionnaire survey was conducted using the quantitative-descriptive research methods of empirical research. The data were collected using a questionnaire based on a sample of 228 midwives and nurses. Data analysis included basic descriptive statistics with calculations of frequencies and percentages. Statistically significant differences were determined by the χ^2 -test. More than half of the respondents did not have experience with research in their own work practices. Most of them expressed an interest in the content-planning phase when performing research, while the least desired phase was reporting the study findings. The biggest barriers were the lack of research training and a lack of knowledge about research methodology. The results highlight the importance of the establishment of research groups that help employees acquire research experience. Our findings increase awareness regarding the barriers to participatory research among nurses and midwives. A persistent preoccupation with identifying the barriers to EBP is there mostly because midwives and nurses persist in not applying research evidence in practice.

Izvirni znanstveni članek

UDK 614.253.5+001.891

KLJUČNE BESEDE: babištvo, zdravstvena nega, participativno raziskovanje, profesionalni razvoj

POVZETEK – Participativno raziskovanje pridobiva pozornost. V babištvu in zdravstveni negi je poudarek pogosto dan klinični praksi, potrebe raziskovalcev pa so zanemarjene. Primerjalna anketna raziskava je bila izvedena z uporabo kvantitativnih deskriptivnih raziskovalnih metod empiričnega raziskovanja. Podatki so bili zbrani z vprašalniki, vzorec pa je obsegal 228 babic in medicinskih sester. Analiza podatkov je vključevala osnovne opisne statistike z izračuni frekvenc in odstotkov. Statistično pomembne razlike so bile določene z χ^2 -testom. Več kot polovica anketirancev ni imela izkušenj z raziskavami v lastni delovni praksi. Večina jih je izrazila zanimanje za stopnjo načrtovanja vsebin, najmanj zelena stopnja pa je bilo poročanje o ugotovitvah študije. Največje ovire so bile pomanjkanje znanja o raziskovalnih metodologijah. Rezultati poudarjajo pomen ustanovitve raziskovalnih skupin, ki bi zaposlenim pomagale pridobiti raziskovalne izkušnje. Naše ugotovitve povečujejo ozaveščenost glede ovir za participativno raziskovanje med babcami in medicinskimi sestrami. Skrb za identifikacijo ovir pri uvajanju praks, ki temeljijo na dokazih, je prisotna predvsem zato, ker babice in medicinske sestre vztrajajo pri neuvajanju na dokazih temelječih praks.

1 Introduction

The term evidence-based practice (EBP) has emerged in the last two decades and its use has become widespread in the nursing and midwifery disciplines (Whitehead et al., 2020). EBP is applying or translating research findings into daily patient care practices and clinical decision-making. As pointed out by De Leo et al., (2021) the evidence-to-practice gap continues to persist in healthcare and there is limited knowledge

Prejeto/Received: 23. 1. 2023
Sprejeto/Accepted: 28. 5. 2023

Besedilo/Text © 2023 Avtor(ji)/The Author(s)
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

and use of effective strategies to support the implementation of evidence-based practices in a clinical setting.

EBP provides the best care for patients and considers the best evidence gained from clinical research (Bal, 2017; Mallion and Brooke, 2016; McVay, 2016). As outlined by Soh et al. (2011) and Whitehead et al. (2020), constructing new research and translating its evidence-based findings into clinical practice can improve both nursing and midwifery standards as well as overall clinical care. Moreover, healthcare professionals have an ethical obligation to participate in professional development (Hemberg and Hemberg, 2020). If the research evidence is not implemented into practice, there is a risk that the divide between actual clinical practice and EBP will grow. Therefore, healthcare professionals should address the theory-practice gap. This can be accomplished through a number of research approaches that are applicable in the nursing and midwifery professions.

In the paper, we focus on an approach called participatory research, the design of which links theory with practice (Whitehead et al., 2020). With its origins in social psychology, participatory and action research was first described after the Second World War by Lewin and gained popularity across different disciplines (Soh et al., 2011; Deery, 2011). Donovan (2006) outlined the expansion of its use, particularly in nursing and midwifery, while McVicar et al. (2012) reported that participatory research has been promoted in the United Kingdom for research in health and social care disciplines. Researching one's own practice provides an insight into midwifery and nursing practice, as it develops and improves methods of work in nursing and midwifery and assesses their efficiency inside the existing practice of a certain system (Baba et al., 2020; Whitehead et al., 2020; Arnold et al., 2022). Research and evidence are the bases for current scientific medicine and a grounding for professionalism (Sheehy et al., 2019; Oyelade et al., 2019). Therefore, we presumed that researching one's own midwifery and nursing practice is a component of their professional development. For this reason, the University Medical Centre Ljubljana (Slovenia) established a group for research in midwifery and nursing with the purpose of selecting research applications, documenting the research register, and maintaining a network of midwifery and nursing researchers (Klančnik Gruden, 2013). Polit and Beck (2020) posit that we should not expect that every nurse will become a researcher. However, all nurses are expected to practice on the basis of evidence (Cusack et al., 2018). Participatory action research is a method of inquiry that promotes a collaborative approach to knowledge creation, highlighting the areas of improvement that such approaches might offer to researchers and scientists in the nursing field (Effendy et al., 2022). Moreover, they should support research with their behavior, which is only possible if they have a good basic knowledge regarding the importance of research and the advancement of the profession. A survey conducted by Strojjan et al. (2012) found that nursing education does not exert a statistically significant impact on one's relationship to research. On the other hand, the method by which lecturers introduce the meaning of research to students in higher education affects students' perceptions toward research. Research has shown that an increase in the level of education, in terms of the number of ho-

urs of research content in the undergraduate study programs, has a statistically significant impact on the respondents' opinions. The research education gained during their studies, such as literature searches and critical analysis of previously conducted and published research, affects research activity, improving professionalism overall. A considerable amount of literature exists defining participatory research as a component of the individual's practice (Brito, 2018; Ehde et al., 2013; Franks - Meeks, 2020; Skela Savič, 2014; Cusack et al., 2018). Consistent with professional values, this type of research leads to improvements in practice. The researcher is simultaneously a practitioner and needs to be present in the process. As pointed out by Andersson (2018), participatory research offers an alternative to simple knowledge translation where a researcher passes research products to a knowledge user who acts on the evidence. Furthermore, participatory research results are changing the understanding of the individual's professional practice (Bish et al., 2013; MacLeod Dyess et al., 2013). It requires a flexible research plan and consists of several action steps or phases. The research-relevant features of participatory research are substantiated on the basis of the following advantages (Bish et al., 2013; Fawcett, 2015; Jug Došler et al., 2015; MacLeod Dyess et al., 2013; Milton, 2012; Arnold et al., 2022):

- The possibility of monitoring the professional operation of employees through a process of research reflection (the subject's own reflection leads to new ideas and perspectives).
- The possibility of determining the rules of behavior, the rules of maintaining a particular system/institution, and the subjective theories that direct the professional operation of employees. If we directly monitor their operation, we can determine the laws according to which they work, the rules of behavior that exist as social and developmental norms, and the subjective theories linked to specific behaviors, which we confront with declarative theories through an insight into the context.
- The possibility of deepening the perception, knowledge and behaviors within participatory research, and on this basis, of modifying and shaping grounded theories. Evaluation of the quality of (one's own) practice and research of the selected phenomenon directs the individual professional toward the establishment of a grounded theory, where the transfer of this practice to new frameworks presupposes an understanding of the contextual conditions of the new frameworks and includes reflection on the consequences that it has for the application of current practices in the new context.
- The possibility of testing in practice the appropriateness of alternative orientations of practical operation, and on the basis of the results, evaluating the possibility of incorporating these orientations into future action measures.
- The possibility of transforming personal beliefs with the aid of the methods and techniques of participatory research (self-observation, critical evaluation and analysis, studying documentation, etc.). Understanding the operational context of the professional also includes his or her subjective behavior, the critical analysis of which is an important method for raising his or her awareness and achieving an appropriate connection between theory and practice. It is in the relationship between theory and practice that the methods and techniques of action research can help

employees become aware of and recognize their (unconscious) assumptions, the subjective theories that influence their decisions and everyday work practices.

- The possibility of integrating participatory research into the very process of (self-) reflection and the (self-)evaluation of the professional work of employees in a particular institution.

The purpose and objectives of the research described in the paper are to analyze the experiences and potential barriers to midwifery and nursing research participation. The research questions were:

- What experiences have midwives and nurses from Slovenia had with research in their own clinical practice (Table 1, χ^2 -test)?
- In which phase of the research process would they most like to participate (Table 2, χ^2 -test)?
- What are the potential barriers to midwifery and nursing research participation (Table 3, χ^2 -test)?

2 Methods

The study was based on an empirical survey research approach. A comparative questionnaire survey was conducted using the quantitative descriptive research methods of empirical research (Harvey and Land, 2016). The data were collected using a pre-designed questionnaire that was tested in advance on a pilot sample. The pilot sample consisted of 10 examinees and provided an overview regarding the understandability of the questionnaire. Questionnaires were distributed to participants from September 2017 to January 2021. The sample was random. The research design and ethical measures of the study were approved by the faculty committee.

The questionnaire included questions about demographical data (age, education) in addition to three open- and closed-ended questions with a variety of answers that referred to the views and attitudes of midwives and nurses regarding research in their own clinical practice. We utilized factor analysis to assess validity and reliability; the questionnaire was found to have acceptable validity (the first factor explained 26.3% of variance) and reliability (the outcome of factor analysis outlined three factors that explained 61.9% of variance). The adequacy of the correlation matrix for factorization was assessed with the KMO test (a value of 0.802) and Bartlett's test (a value of 804.201; $p = 0.039$). We used the classical test theory in interpreting reliability. If the reliability coefficient was over 0.75, our interpretation was that 75% of the variance was true, and consequently there was a 25% possibility of error in the observed variance. For reliability, we did not use the square of the correlation coefficient or the coefficient of determination. Instead, we used the reliability coefficient itself to assess the degree of measurement error. Validity is understood as a judgement of the degree to which empirical evidence and theoretical rationales support the appropriateness of test-score interpretations (Messick, 1995; Harvey and Land, 2016).

The study sample consisted of 228 individuals, including 72 midwives (31.6%) and 156 nurses (68.4%), from Slovenia. The sample was not representative. The average age of midwives was 35.7 years, while that of nurses was 37.2 years. Of the 72 midwives, 7 (10%) had a postgraduate degree, 28 (40%) had a BSc in midwifery, 22 (31.4%) had a BSc in nursing after graduating from a secondary school of midwifery, and 13 (18.6%) had graduated from a secondary school of midwifery. Among the nurses, 22 (14.9%) had a postgraduate degree, 89 (60.1%) had a BSc in nursing and 37 (25%) had graduated from a secondary school of nursing. We are aware that the sample of the study was not representative, but nevertheless it indicates a certain trend that gives us an insight into participatory research in midwifery and nursing practice.

The ethical aspects of this survey were appropriately considered. All of the participants signed a written statement regarding their voluntary participation and privacy policy. Participation was voluntary, and we ensured anonymity.

Descriptive statistics were used for the data analysis. The χ^2 -test was calculated to measure the significant differences between midwives and nurses. The measured differences between midwives and nurses were accepted as statistically significant at a value of $p = 0.05$. The data were processed using the SPSS 20.0 software package.

3 Results

The results are presented in the same sequence as the study questions. First, we asked the question: "Do you have any experience researching your own work practice?". More than half of the midwives (51.4%) and nurses (60.1%) clearly answered that they did not have any experience with research during their professional work (Table 1). There was no statistically significant difference between nurses and midwives in terms of their experience ($\chi^2 = 1.473$, $g = 1$, $p = 0.225$); however, the frequency distribution showed that nurses had slightly more experience in researching their own clinical practice.

Table 1

Experience in Participatory Research/Izkušnje s participativnim raziskovanjem

<i>Do you have any experience researching your own work practice?</i>	<i>Midwives* f, f (%)</i>	<i>Nurses* f, f (%)</i>	<i>Total f, f (%)</i>
No	36 (51.4%)	89 (60.1%)	125 (57.3%)
Yes	34 (48.6%)	59 (39.9%)	93 (42.7%)
Total	70 (100%)	148 (100%)	218 (100%)

Legend: f – Frequency, f (%) – Percentage/f - frekvenca, f (%) - odstotek

*Completed questionnaires/*Izpolnjeni vprašalniki

The second aspect of the study focused on the attitudes of Slovenian midwives and nurses regarding the various phases of participatory research (Table 2). The data indicated that most of the midwives were interested in participating in content planning (27.1%, $R = 1$); 21.4% ($R = 2$) reported that they were interested in data collection;

15.7% (R = 3) would like to inform their colleagues and the general public about the study results; and 14.3% (R = 4) would like to implement the new research findings into practice. Among the nurses, a large number wanted to join in the content planning of research (25.5%, R = 1); 18.8% (R = 2) would like to inform their colleagues and the general public about the study results; 18.2% (R = 3) would like to implement the new research findings into their own clinical practice; and 17.7% (R = 4) would like to join in the process of data collection. The least desired phase of research among both groups was collaboration in the last stage of research; only 1.4% (R = 8) of midwives and 1.8% (R = 8) of nurses showed willingness to prepare the study report. One statistically significant difference emerged between midwives and nurses: more midwives than nurses reported that they would like to participate in the preparation of the research instrument for data collection ($\chi^2 = 37.448$, $g = 1$, $p = 0.041$).

Table 2

Willingness to Participate in the Participatory Research Process Phase/Pripravljenost za sodelovanje v fazah participativnega raziskovalnega procesa

In which phase of the research process would you most like to participate?	Midwives*		Nurses*		Total	
	f, f (%)	R	f, f (%)	R	f, f (%)	R
Content planning (setting the aim and objectives, and content work)	38 (27.1%)	1	49 (25.5%)	1	87 (26.2%)	1
Research methodology planning (action plan, methods)	6 (4.3%)	6	19 (9.9%)	5	25 (7.5%)	5
Preparation of research instruments for data collection	18 (12.9%)	5	1 (0.5%)	8	19 (5.7%)	6
Process of data collection	30 (21.4%)	2	34 (17.7%)	4	64 (19.3%)	2
Processing and interpretation of the gathered data	4 (2.9%)	7	14 (7.3%)	6	18 (5.4%)	7
Preparation of the study report	2 (1.4%)	8	4 (2.1%)	7	6 (1.8%)	8
Informing colleagues and the general public about the study results	22 (15.7%)	3	36 (18.8%)	2	58 (17.5%)	3
Implementation of new research findings into practice	20 (14.3%)	4	35 (18.2%)	3	55 (16.6%)	4
Total	140 (100%)		192 (100%)		332 (100%)	

Legend: f – Frequency, f (%) – Percentage, R – Rank (values in ascending order)/f - frekvenca, f (%) - odstotek, R - rang (vrednosti v naraščajočem vrstnem redu)

*Completed questionnaires; option to choose multiple answers./*Izpolnjeni vprašalniki; možnost izbire več odgovorov.

Finally, the potential barriers preventing midwives and nurses from participating in research were examined in Table 3. The results showed that the biggest barrier to all types of research in both groups was the lack of research training (midwives 21.9%, R = 1; nurses 26.5%, R = 1). The second barrier identified in the study was the lack of

knowledge regarding research methodology obtained during their studies (midwives 17.2%, R = 2; nurses 22.9%, R = 2). Furthermore, 15.4% of midwives (R = 3) and 20% of nurses (R = 3) expressed that they do not have sufficient technical assistance. Other factors identified in the study was the perception among midwives (0.9%, R = 8) and nurses (1.6%, R = 8) that they do not attend enough events where they could present and discuss their own findings. There were statistically significant differences showing that midwives perceive greater barriers in performing research, including work organization ($\chi^2 = 28.145$, $g = 1$, $p = 0.042$), lack of management support ($\chi^2 = 30.674$, $g = 1$, $p = 0.031$), and lack of cooperation between faculties and other health institutions ($\chi^2 = 25.954$, $g = 1$, $p = 0.048$).

Table 3

Possible Barriers Preventing Midwives and Nurses from Doing Research/Možne ovire, ki babice in medicinske sestre odvrčajo od raziskovalnega dela

What are the potential barriers that prevent you from conducting participatory research?	Midwives*		Nurses*		Total	
	f, f (%)	R	f, f (%)	R	f, f (%)	R
Work organization	30 (12.9%)	6	13 (5.3%)	7	43 (9%)	6
Lack of management support	32 (13.7%)	5	14 (5.7%)	6	46 (9.6%)	5
Researching the practice and presentation of the findings is not evaluated with license credit points	8 (3.4%)	7	25 (10.2%)	4	33 (6.9%)	7
Lack of training for different research approaches that could help improve the working conditions	51 (21.9%)	1	65 (26.5%)	1	116 (24.3%)	1
Lack of conferences and professional education programs, where the research findings could be reported on a regular basis	2 (0.9%)	8	4 (1.6%)	8	6 (1.2%)	8
Lack of research cooperation between faculties and clinical health education institutions	34 (14.6%)	4	19 (7.8%)	5	53 (11.1%)	4
Lack of knowledge regarding the research methodology obtained during studies	40 (17.2%)	2	56 (22.9%)	2	96 (20.1%)	2
Lack of sufficient technical assistance	36 (15.4%)	3	49 (20%)	3	85 (17.8%)	3
Total	233 (100%)		245 (100%)		478 (100%)	

Legend: f – Frequency, f (%) – Percentage, R – Rank (values in ascending order)/f - frekvenca, f (%) - odstotek, R - rang (vrednosti v naraščajočem vrstnem redu)

*Completed questionnaires; option to choose multiple answers/*Izpolnjeni vprašalniki; možnost izbire več odgovorov.

It is evident from the results that the Slovenian midwives and nurses included in the survey do not have enough opportunities to conduct research. Therefore, future efforts should promote participatory research among these professionals.

4 Discussion

Even though there is an increased focus on research and health outcomes, science lags behind practice (Wallerstein et al., 2020). The results of the present study showed that more than half of the midwives and nurses included in the survey did not have any experience with research in their own professional fields. At the same time, there is a great deal of literature showing that the research experience of midwives and nurses is important for their further research and clinical work. In clinical practice, participatory research is a way to expand the reach of research through collaboration with women, but as it turns out it is underutilized in midwifery research (Buchanan et al., 2022). Some recent international studies have shown that research experience is important for midwives and nurses for their further active engagement in researching and for changing their own clinical practice (Ehde et al., 2013). Midwives and nurses that have such experience are often also qualified for a reflection and evaluation of their practice, as well as for the implementation of the evidence-based findings from other research into their own clinical settings (Ehde et al., 2013; Smith et al., 2008). In our study more than half of midwives (51.4%) and nurses (60.1%) clearly answered that they did not have any experience with research during their professional work. These findings should be considered when designing undergraduate and postgraduate study programs for future midwives and nurses, and when planning the cooperation of educational institutions with health professionals in clinical environments.

Midwives and other healthcare providers, who are aware of their obligation to practice evidence-based care, report difficulty implementing the latest evidence into everyday practice (Bayes et al., 2016; McVay et al., 2016; Oyelade et al., 2019). According to Hines (2016), a persistent preoccupation with identifying the barriers to EBP is there mostly because midwives and nurses persist in not applying research evidence in practice. There are several factors that hinder healthcare professionals' participation in and utilization of research, and their utilization of evidence-based practice: mostly lack of time at work, lack of knowledge, lack of funding, a poor attitude/perception towards research, and lack of research support services (Leão et al., 2013; Mallion and Brooke, 2016; Nkrumah, 2018; Oluwatosin, 2014). Our research indicated that most of the midwives were interested in participating in content planning (27.1%); 21.4% reported that they were interested in data collection; 15.7% would like to inform their colleagues and the general public about the study results; and 14.3% would like to implement the new research findings into practice. Among nurses, a large number wanted to join in the content planning of research (25.5%); 18.8% would like to inform their colleagues and the general public about the study results; 18.2% would like to implement the new research findings into their own clinical practice; and 17.7% would like to join in the process of data collection. The least desired phase of research among both groups was collaboration in the last stage of research; only 1.4% of midwives and 1.8% of nurses showed a willingness to prepare the study report. We can conclude that midwives and nurses need more knowledge and practice in basic research methodology.

The results also showed that the biggest barrier to all types of research in both groups was the lack of research training (midwives 21.9%, nurses 26.5%). The second barrier identified in the study was the lack of knowledge regarding research methodology obtained during their studies (midwives 17.2%, nurses 22.9%). Furthermore, 15.4% of midwives and 20% of nurses expressed that they do not have sufficient technical assistance. Other factors identified in the study was the perception among midwives (0.9%) and nurses (1.6%) that they do not attend enough events where they could present and discuss their own findings. According to the findings of the present study, a large proportion of midwives and nurses would like to join in the research process in the content planning phase. It is clear that midwives and nurses would like to cooperate in participatory research with other researchers. Regardless of their previous research experience, both midwives and nurses were willing to join in other phases of research, including informing their colleagues and the general public about the study results, implementing the new research findings into practice, and participating in data collection. There was a statistically significant difference in a greater willingness on the part of midwives compared to nurses to be included in the process of preparing the research instruments. This might be because of their awareness that Slovenian midwifery practice is not yet well-studied; few research articles have been published internationally regarding the Slovenian midwifery model. The least desirable phase of research was the process of writing the research report, which might be due to a lack of skill in interpreting the results and critically communicating the findings.

Participatory research is, according to several authors (Smith et al., 2008), a planned and systematic process in which every phase nearly comprises an individual survey. Due to its complex methodology, participatory research can be time-consuming, especially if the goal is to implement all of the findings into practice (Ehde et al., 2013; Bish et al., 2013; Thyer, 2006). Therefore, the fact that midwives and nurses do not want to write research reports is completely understandable. The solution might lie in research groups, in which the phases of research are divided and assigned to the individuals who find the phase appealing.

The midwives and nurses included in the survey reported several barriers to research in their own practice: (1) a lack of training in different types of research; (2) a lack of appropriate knowledge of research methodology gained during their studies; and (3) a lack of technical assistance. These are consistent with other research findings that showed the importance of personal engagement and competence for conducting effective research (Janssen et al., 2013; MacLeod Dyess et al., 2013; Moore et al., 2012; Nixon et al., 2013; Smith et al., 2008). Statistically significant differences between midwives and nurses were found for three factors: work organization, lack of management support, and lack of research cooperation between faculties and other health institutions. The results, especially in midwives, highlight the need for and the importance of intensive cooperation with employers that can facilitate research by creating research groups that help employees gain research experience. Another recommendation for practice is to include and implement research activities in undergraduate study programs. Moreover, the active involvement of midwives and nur-

ses in various interdisciplinary research groups during their studies would help improve their research abilities and empower them to engage in scientific arguments to change their practice (Skela Savič, 2008).

5 Conclusion

The paper focuses on the importance of participatory research to aid midwives and nurses in constantly improving their own practice. In this way, participatory research can facilitate the continuous professional development of midwives and nurses and allow them to practice in an evidence-based manner. A review of the literature (Janssen et al., 2013; Moore et al., 2012; Nixon et al., 2013; Reason and Bradbury, 2001; Smith et al., 2008) and the results of our study from the perspective of content structuring, research aims and methodological participatory research approach, lead us to conclude that almost all of the studies are based on participatory research. The background of this can be traced to segments of action or evaluation research, as well as research using the methods of deconstruction and redefinition of personal thinking and beliefs that direct the individual's professional operation on the basis of critical awareness and reflection processes. High-quality professional work, including participatory research, can only be ensured when it is derived directly from practice, from practitioners who, in addition to possessing appropriate research knowledge and behaviors, evaluate the health professional's practice and their role in it through participatory research and reflection. This is a precondition for the professional development of health professionals. There are several factors that hinder healthcare professionals' participation in and utilization of research, and the utilization of evidence-based practice. Mostly lack of time at work, lack of knowledge, lack of funding, a poor attitude towards research, and lack of research support services. A persistent preoccupation with identifying the barriers to EBP is there mostly because midwives and nurses persist in not applying research evidence in practice. The results, which cannot be generalized to the national population because the sample was not representative, which is also a limitation of our research, have demonstrated the existing situation regarding the beliefs of Slovenian midwives and nurses about participatory research. Appropriate knowledge and experiences can positively influence the nurses' and midwives' willingness to perform research; therefore, considering the barriers to research identified by study participants, study programs should incorporate additional knowledge and research skills. Future nurses and midwives in Slovenia need to be educated on the basic principles of the participatory and evidence-based research process (Skela Savič, 2008). Furthermore, these students should be actively involved in research activities. Collaboration with educational institutions, where members of the profession have more research experience, should be promoted through the educational process. Our non-representative research showed that the knowledge and competences gained during studies, such as the use and applicability of research in practice, and the conduct of research, impact self-confidence, cognitive functioning, and perceptions of evidence-based activity and participatory research. Overall, participatory research improves professionalism.

It is an important component of professional development in nursing and midwifery professions.

Dr. Metka Skubic, dr. Anita Jug Došler, Tita Stanek Zidarič

Izkušnje in ovire pri participativnem raziskovanju na področju babištvu in zdravstvene nege

Načrtovanje in izvajanje raziskav ter uvajanje sprememb v klinično prakso lahko izboljša standarde zdravstvene nege in oskrbe babic. Participativne raziskave pridobivajo pozornost pri različnih raziskovalnih pristopih po vsem svetu. V različnih poklicih na področju babištvu in zdravstvene nege je več poudarka na izvajanju in optimizaciji klinične prakse, ob čemer je pri razvoju specifičnih znanj in spretnosti babic in medicinskih sester pogosto spregledana potreba po participativnem raziskovanju, ki je prav tako ena od njihovih poklicnih zavez. Da bi še naprej zagotavljali najboljšo možno oskrbo, obe poklicni skupini potrebujeta raziskovalce prakse, ki razmišljajo kritično in ustvarjalno ter v klinični praksi izvajajo raziskave in s tem ustvarjajo novo znanje in pomembne spremembe v praksi ter manjšajo razkorak med teorijo in prakso. Med raziskovalci lastne delovne prakse se vzpostavlja struktura sistema, ki teži k združevanju raziskovanja in delovne prakse v pomenu kritične strokovne refleksije o ciljih, nalogah in procesu strokovnega dela babice in medicinske sestre. To je tudi eden izmed argumentov, na podlagi katerega predpostavljamo, da je participativno raziskovanje raziskovalni pristop, s pomočjo katerega lahko spreminjamo in izboljšujemo obstoječo delovno prakso ter tako pripomoremo k dvigu kakovosti profesionalnega dela medicinskih sester in babic. Ocenjujemo, da je lahko eden izmed dejavnikov njihovega profesionalnega razvoja. Metodologija participativnega raziskovanja lastne prakse nam omogoča uporabo kombiniranih raziskovalnih metod, pristopov in tehnik zbiranja podatkov, katerih izbor poteka glede na poklicno področje dela babice in/ali medicinske sestre. Merilo uspešnosti raziskovanja lastne prakse je usmerjeno k spreminjanju in izboljševanju prakse, ki ima aplikativno vrednost. Raziskovanje in vrednotenje (lastne) prakse in dela, ki ga opravlja babica in medicinska sestra, babico oz. medicinsko sestro usmerja k vzpostavljanju na dokazih temelječe prakse. Visokokakovostno strokovno delo, ki vključuje tudi raziskovanje lastne prakse, je mogoče zagotoviti le, če izhaja neposredno iz prakse, od izvajalcev zdravstvenih storitev, ki so neposredno v stiku z uporabniki, uporabnicami in njihovimi otroki, ki poleg ustreznega raziskovalnega znanja in vedenja vrednotijo svojo lastno zdravstveno strokovno delo in svojo vlogo v njem. Slednje je tudi pomemben dejavnik za rast in strokovni razvoj zdravstvenih delavcev. Ob tem ne gre pozabiti na dejstvo, da so babice in medicinske sestre zavezane s kodeksom etike k stalnemu obnavljanju znanja, sledenju in upoštevanju na dokazih temelječe prakse in sodelovanju pri raziskovanju. Hkrati pa se je potrebno zavedati, da ne moremo pričakovati, da se bo vsaka medicinska sestra podala v raziskovanje. V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana so prepoznali po-

men in potrebo po raziskovanju v babištvu in zdravstveni negi in so ustanovili Skupino za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi. Namen skupine je med drugim zbiranje in obravnava prejetih prijav za izvedbo raziskav, vodenje raziskovalnega registra in vzdrževanje mreže raziskovalcev s področja babištva in zdravstvene nege.

Raziskava je osnovana z uporabo kvantitativnih deskriptivnih raziskovalnih metod empiričnega raziskovanja in je potekala od aprila 2017 do novembra 2021. Podatki so bili zbrani z anketnim vprašalnikom, ki temelji na naključnem vzorcu 228 babic in medicinskih sester. Od tega je bilo 72 (31,6 %) babic in 156 (68,4 %) medicinskih sester. Povprečna starost babic je bila 35,7 leta, medicinskih sester pa 37,2 leta. Vzorec naše raziskave je sicer premajhen, da bi lahko ugotovitve kakorkoli posploševali. Slednje je tudi omejitev naše raziskave. A ne glede na to so rezultati pokazali na določen trend oziroma obstoječe stanje v Sloveniji v zvezi s proučevano problematiko. Analiza podatkov je vključevala osnovno deskriptivno statistiko z izračuni frekvenc in odstotkov. Statistično pomembne razlike so bile preverjene z χ^2 -preizkusom. Namen naše raziskave je bil na osnovi ankete analizirati izkušnje in ugotoviti možne ovire za raziskovanje lastne prakse s strani babic in medicinskih sester ter kakšne so in kje jih vidijo. Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili, so bila:

(1) Kakšne izkušnje imajo babice in medicinske sestre iz Slovenije z raziskovanjem klinične prakse?

(2) V kateri fazi raziskovalnega procesa bi najraje sodelovali?

(3) Katere so možne ovire za sodelovanje v raziskavah babištva in zdravstvene nege?

Rezultati raziskave so pokazali, da več kot polovica anketirancev (babic in medicinskih sester) ni imela izkušenj z raziskovanjem lastne prakse (tabela 1) (med babicami in medicinskimi sestrami pri tej spremenljivki nismo zasledili statistično značilnih razlik). Večina jih je izrazila zanimanje za fazo raziskovalnega dela, ki vključuje načrtovanje raziskovanja lastne prakse, najmanj želena faza raziskovalnega dela pa je po mnenju babic in medicinskih sester poročanje o zaključnih ugotovitvah raziskovalnega dela. Kar 21,4 % babic je poročalo, da jih zanima zbiranje podatkov. 15,7 % bi jih želelo o rezultatih študije seznaniti svoje sodelavce in širšo javnost, 14,3 % pa bi jih želelo nova spoznanja raziskave uporabiti v svoji delovni praksi. Med medicinskimi sestrami bi se jih največ, 25,5 %, želelo vključiti v vsebinsko načrtovanje raziskave, 18,8 % pa bi se jih v okviru raziskovalnega dela želelo vključiti v fazo, ko z rezultati študije obvestijo svoje sodelavce in širšo javnost. 18,2 % medicinskih sester bi si želelo sodelovati pri implementaciji raziskovalnih ugotovitev v lastno prakso. 17,7 % medicinskih sester bi se želelo vključiti v proces zbiranja podatkov. Najmanj zaželena faza raziskovanja med obema skupinama je bila priprava na sodelovanje v zadnji fazi raziskave; le 1,4 % babic in 1,8 % medicinskih sester je pokazalo pripravljenost za pripravo poročila o raziskovanju lastne prakse. Med babicami in medicinskimi sestrami se je pokazala statistično pomembna razlika: več babic kot medicinskih sester je izjavilo, da bi želele sodelovati pri pripravi raziskovalnega instrumenta za zbiranje podatkov ($\chi^2 = 37,448$, $g = 1$, $p = 0,041$) (tabela 2).

Največje ovire (tabela 3), o katerih so poročale medicinske sestre in babice pri raziskovanju lastne prakse, so bile: pomanjkanje usposabljanj (21,9 % babic in 26,5 % medicinskih sester), ki so vezana na področje raziskovanja lastne prakse, in pomanjkanje znanj o raziskovalni metodologiji (17,2 % babic in 20 % medicinskih sester). Poleg tega je 15,4 % babic in 20 % medicinskih sester izrazilo, da pri raziskovanju lastne prakse nimajo zagotovljene zadostne tehnične pomoči in podpore. Statistično značilne razlike so se pokazale pri naslednjih spremenljivkah: da babice zaznavajo več ovir pri izvajanju raziskav, organizacija dela v delovni organizaciji ($\chi^2 = 28,145$, $g = 1$, $p = 0,042$), pomanjkanje podpore vodstva ($\chi^2 = 30,674$, $g = 1$, $p = 0,031$) ter pomanjkanje sodelovanja med fakultetami in drugimi zdravstvenimi institucijami ($\chi^2 = 25,954$, $g = 1$, $p = 0,048$). Iz dobljenih podatkov (tabela 1, tabela 2 in tabela 3) je razvidno, da se slovenske babice in medicinske sestre, vključene v to raziskavo, srečujejo z določenimi izzivi in ovirami in nimajo dovolj možnosti za izvajanje raziskav. Naše ugotovitve izpostavljajo potrebo po ozaveščenosti in premostitvi ovir za izvajanje raziskovanja lastne prakse v kliničnem okolju, ki je potrebno za profesionalizacijo stroke, optimizacijo in na dokazih temelječo klinično prakso (ang. Evidence based practice) babic in medicinskih sester.

Rezultati poudarjajo pomen intenzivnega sodelovanja z delodajalci za lažje ustanavljanje raziskovalnih skupin, ki zaposlenim pomagajo pri pridobivanju in implementaciji raziskovalnih izkušenj, znanj in spretnosti neposredno v delovno okolje.

Obstaja več dejavnikov, ki ovirajo raziskovanje lastne prakse zdravstvenih delavcev in sodelovanje med njimi, kot so: pomanjkanje časa, pomanjkanje znanj in spretnosti za raziskovalno delo, pomanjkanje financiranja, slab odnos do raziskovanja in pomanjkanje podpornih storitev delodajalca. Skrb za identifikacijo ovir pri uvajanju praks, ki temeljijo na dokazih, je prisotna predvsem zato, ker babice in medicinske sestre vztrajajo pri neiskanju in neuvajanju na dokazih temelječih praks. Slednje pa spodbuja ravno participativno raziskovanje. Znanstveniki s področja babištva in zdravstvene nege pomembno prispevajo k trajnosti poklica, na posameznih babicah in medicinskih sestrah, strokovnih združenjih, regulatornih organih in financerjih pa je, da to pomembno dejavnost podprejo. Bodoče medicinske sestre in babice v Sloveniji je treba izobraževati o osnovnih načelih participativnega raziskovalnega procesa. Poleg tega bi morali biti ti že v času študija aktivno vključeni v raziskovalne dejavnosti. Tudi skozi izobraževalni proces je nujno spodbujati sodelovanje z različnimi ustanovami, ki ponujajo zdravstvene storitve in kjer ima tamkajšnja stroka že več raziskovalnih izkušenj.

Na podlagi pregleda obstoječe literature, rezultatov naše in tujih raziskav smo pokazali, da usposobljenost in izkušnje, ki jih imajo babice in medicinske sestre z raziskovalnim delom, vplivajo na njihovo kasnejšo pripravljenost za raziskovanje. Ob tem pa ne smemo pozabiti, da je za kakovost študija in strokovnega dela babic in medicinskih sester zelo pomemben sam prenos oziroma pretok strokovnih znanj med fakulteto, ki jih izobražuje, in delovnim okoljem. Menimo, da so izsledki pričujoče raziskave pomembni pri nadaljnjem razmisleku, kako urejati in posodabljati programe izobraževanja in nadaljnje usposabljanja babic in medicinskih sester. In še več, kako jih

pri raziskovalnem delu povezati z delovnimi organizacijami, ki babice in medicinske sestre zaposlujejo. S tem bi naredili pomemben korak k strokovnemu razvoju in napredku, saj tovrstno raziskovanje lastne prakse še ni razširjen standard dela v klinični praksi, kjer poklicno delujejo babice in medicinske sestre. Participativno raziskovanje je pomembno za nadaljnji strokovni razvoj na področju babištva in zdravstvene nege.

LITERATURE

1. Andersson, N. (2018). Participatory research - A Modernizing Science for Primary Health Care. *Journal of general and family medicine*, 19(5), 154–159. <https://doi.org/10.1002/jgf2.187>
2. Arnold, D., Glaessel, A., Boettger, T. et al. (2022). What Do You Need? What Are You Experiencing? Relationship Building and Power Dynamics in Participatory Research Projects: Critical Self-Reflections of Researchers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9336–9361. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159336>
3. Baba, A., Martineau, T., Theobald, S. et al. (2020). Developing Strategies to Attract, Retain and Support Midwives in Rural Fragile Settings: Participatory Workshops With Health System Stakeholders in Ituri Province, Democratic Republic of Congo. *Health Res Policy* 18(133), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00631-8>
4. Bal, R. (2017). Evidence-Based Policy as Reflexive Practice. What Can we Learn from Evidence-Based Medicine? *Journal of Health Services Research & Policy*, 22(2), 113–119. <https://doi.org/10.1177/1355819616670680>
5. Bayes, S., Fenwick, J. and Jennings, D. (2016). Readiness for Practice Change: Evaluation of a Tool for the Australian Midwifery Context. *Women and Birth*, 29(3), 240–244. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.11.001>
6. Bish, M., Kenny, A. and Nay, R. (2013). Using Participatory Action Research to Foster Nurse Leadership in Australian Rural Hospitals. *Nursing and Health Sciences*, 15(3), 286–291. <https://doi.org/10.1111/nhs.12030>
7. Brito, I. (2018). Participatory Health Research in the Education of Health and Social Work Professionals. In: Wright, M. and Kongats, K. (eds.). *Participatory Health Research*. Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-92177-8_4
8. Buchanan, K., Newnham, E., Geraghty, S. et al. (2022). Navigating Midwifery Solidarity: A Feminist Participatory Action Research Framework. *Women and Birth*, Article in press. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103577>
9. Cusack, C., Cohen, B., Mignone, J. et al. (2018). Participatory Action as a Research Method with Public Health Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1544–1553. <https://doi.org/10.1111/jan.13555>
10. De Leo, A., Bayes, S., Butt, J. et al. (2021). Midwifery Leaders' Views on the Factors Considered Crucial to Implementing Evidence-Based Practice in Clinical Areas. *Omen and Birth*, 34(1), 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.013>
11. Deery, R. (2011). Balancing Research and Action in Turbulent Times: Action Research as a Tool for Change. *Evidence Based Midwifery*, 9(3), 89–94.
12. Donovan, P. (2006). Alternative Approaches to Research. In: Cluett, E. R. and Bluff, R. (eds.). *Principles and Practice of Research in Midwifery*. London: Bailliere Tindall.
13. Effendy, C., Margaretha, S. E. P. M. and Probandari, A. (2022). The Utility of Participatory Action Research in the Nursing Field: A Scoping Review. *Creative Nursing*, 28(1), 54–60. <https://doi.org/10.1891/CN-2021-0021>
14. Ehde, D. M., Wegener, S. T., Williams, R. M. et al. (2013). Developing, Testing, and Sustaining Rehabilitation Interventions via Participatory Action Research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1), 30–42. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.10.025>
15. Fawcett, J. (2015). Thoughts about Mixed Methods Research and Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*, 28(2), 167–168. <https://doi.org/10.1177/0894318415571604>

16. Franks - Meeks, S. (2020). Participation in Nursing Research. We Can do Better. *Nursing*, 50(1), 1–3. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000651812.87874.cb>
17. Harvey, M. and Land, L. (2016). *Research Methods for Nurses and Midwives, Theory and Practice*. London: Sage publications Ltd.
18. Hemberg, J. and Hemberg, H. (2020). Ethical Competence in a Profession: Healthcare Professionals' Views. *Nurs Open*, 7(4), 1249–1259. <https://doi.org/10.1002/nop2.501>
19. Hines, S. (2016). Driving Nails Without a Hammer: Are We Trying to Construct Evidence-Based Practice Without Ensuring Nurses Have the Right Tools? *BI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(3), 1–2. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-2876>
20. Janssen, J., Hale, L., Mirfin - Veitch, B. et al. (2013). Building the Research Capacity of Clinical Physical Therapists Using a Participatory Action Research Approach. *Physical Therapy*, 93(7), 923–934. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120030>
21. Jug Došler, A., Skubic, M. and Petročnik, P. (2015). Research of One's Own Practice as a Factor of Professional Development of Midwives and Nurses. *Andragoška spoznanja*, 21(1), 81–92. <https://doi.org/10.4312/as.21.1.81-92>
22. Klančnik Gruden, M. (2013). Primeri raziskovanja kliničnih problemov v UKC Ljubljana. In: Skela - Savič, B. and Hvalič Touzery, S. (eds.). *Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje: zbornik prispevkov*, 6. šola za klinične mentorje. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
23. Leão, E. R., Farah, O. G., Reis, E. A. A. et al. (2013). Academic Profile, Beliefs, and Self-Efficacy in Research of Clinical Nurses: Implications for the Nursing Research Program in a Magnet Journey™ Hospital. *Einstein (São Paulo)*, 11(4), 507–513. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000400018>
24. MacLeod, D. S., Boykin, A. and Jo Bulfin, M. (2013). Hearing the Voice of Nurses in Caring Theory-Based Practice. *Nursing Science Quarterly*, 26(2), 167–173. <https://doi.org/10.1177/0894318413477138>
25. Mallion, J. and Brooke, J. (2016). Community-and Hospital-Based Nurses' Implementation of Evidence-Based Practice: are There Any Differences? *British Journal of Community Nursing*, 21(3), 148–154. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.3.148>
26. McVay, A. B., Stamatakis, K. A., Jacobs, J. A. et al. (2016). The Role of Researchers in Disseminating Evidence to Public Health Practice Settings: A Cross-Sectional Study. *Health Research Policy and Systems*, 148(42), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0113-4>
27. McVicar, A., Munn - Giddings, C. and Abu - Helil, C. (2012). Exploring the Development of Action Research in Nursing and Social Care in the UK: A Comparative Bibliometric Review of Action Research Designs in Social Work (2000-2010). *Action Research*, 10(1), 79–101. <https://doi.org/10.1177/1476750312439902>
28. Messick, S. (1995). Validity of Psychological Assessment: Validation of Inferences from Persons' Responses and Performances as Scientific Inquiry into Score Meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741–749. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.9.741>
29. Milton, C. L. (2012). Conflicts of Interest and Nurse Research. *Nursing Science Quarterly*, 25(2), 133–136. <https://doi.org/10.1177/0894318412437961>
30. Moore, J., Crozier, K. and Kite, K. (2012). An Action Research Approach for Developing Research and Innovation in Nursing and Midwifery Practice: Building Research Capacity in One NHS Foundation Trust. *Nurse Education Today*, 32(1), 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.01.014>
31. Nixon, E., Young, S. and Sellick, V. (2013). An Innovative Approach to Facilitating Nursing Research. *British Journal of Nursing*, 22(3), 160–167. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.3.160>
32. Nkrumah, I., Atuhaire, C. and Priebe, G. (2018). Barriers for Nurses' Participation in and Utilisation of Clinical Research in Three Hospitals Within the Kumasi Metropolis, Ghana. *Pan African Medical Journal*, 30(1), 1–11. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.24.15230>
33. Oluwatosin, A. (2014). Conduct and Utilization of Research among Nurses at Federal Capital Territory, Abuja Nigeria. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(7), 139–147. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n7p139>

34. Oyelade, O., Uwintonze, A. and Olayinka Adebisi, M. (2019). Professionalism and Evidence-Based Mental Health Care: The Roadblocks and New Ways. *Global Journal of Health Science*, 11(11), 33–41. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v11n11p33>
35. Polit, D. F. and Beck, C. T. (2020). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
36. Reason, P. and Bradbury, H. (2001). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications.
37. Sheehy, A., Smith, R. M., Gray, J. E. et al. (2019). Midwifery Pre-Registration Education and Mid-Career Workforce Participation and Experiences. *Women and Birth*, 32(2), e182–e188. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.014>
38. Skela Savič, B. (2008). Kako približati raziskovanje klinični praksi zdravstvene nege? In: Kadivec, S. (ed.). 4. Slovenski pnevmološki in alergološki kongres: zbornik predavanj, program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.
39. Skela Savič, B. (2014). Are we Aware of our Responsibilities for Developing Nursing Care? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), 5–11. <https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.12>
40. Smith, E., Ross, F., Donovan, S. et al. (2008). Service user Involvement in Nursing, Midwifery, and Health Visiting Research: a Review of Evidence and Practice. *International Journal of Nursing Studies*, 45(2), 298–315. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.09.010>
41. Soh, K. L., Davidson, P. M., Leslie, G. et al. (2011). Action Research Studies in the Intensive Care Setting: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 258–268. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.014>
42. Strojjan, N., Zurc, J. and Skela Savič, B. (2012). Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), 47–55.
43. Thyer, B. A. (2006). What is Evidence-Based Practice? In: Roberts, A. R. and Yeager, K. R. (eds.). *Foundations of Evidence-Based Social Work Practice*. Oxford: Oxford University Press.
44. Wallerstein, N., Oetzel, J. G., Sanchez - Youngman, S. et al. (2020). Engage for Equity: A Long-Term Study of Community-Based Participatory Research and Community-Engaged Research Practices and Outcomes. *Health Education & Behavior*, 47(3), 380–390. <https://doi.org/10.1177/1090198119897075>
45. Whitehead, D., Ferguson, C., LoBiondo - Wood, G. et al. (2020). *Nursing and Midwifery Research. Methods and Appraisal for Evidence Based Practice*. Chatswood, Australia: Elsevier.

Dr. Metka Skubic, predavateljica na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani
E-mail: metka.skubic@zf.uni-lj.si

Dr. Anita Jug Došler, asistentka na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani
E-mail: anita.jug@zf.uni-lj.si

Tita Stanek Zidarč, višja predavateljica na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani
E-mail: tita.zidarc@zf.uni-lj.si

Dejavniki zaviranja in spodbujanja zaposlovanja v dolgotrajni oskrbi

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.140>

Izvirni znanstveni članek

UDK 364-783-022.314+331.5

KLJUČNE BESEDE: dolgotrajna oskrba, zdravstvena nega, zaposlovanje, izobraževanje, socialna oskrba

POVZETEK – Kadrovski izzivi na področju dolgotrajne oskrbe (DO) v Sloveniji so zelo veliki. Zato so cilji raziskave identificirati ključne dejavnike zaviranja in spodbujanja zaposlovanja v DO ter nujne ukrepe za pridobivanje novih delavcev in ohranjanje zadovoljstva med zaposlenimi. Vzorec je vključeval študente, brezposelne, zaposlene in bivše zaposlene različnih slovenskih zavodov DO (N = 49). Uporabili smo kvalitativni pristop s fokusnimi skupinami, ki smo jih izvedli novembra in decembra 2022 ter januarja 2023. Rezultati so pokazali, da so največji zaviralni dejavniki zastareli kadrovski standardi in normativi, nizka plača, tog in večimenski delavnik ter fizične in psihološke obremenitve zaposlenih. Ključni dejavnik spodbude je redna zaposlitev s stalno plačo. Pomanjkanje kvalificiranega osebja na področju DO zahteva takojšnjo družbeno pozornost in ukrepe, kot so postavitev ustreznih kadrovskih normativov, uvedba konkurenčne plače in ugodnosti/bonusov, večja avtonomija zaposlenih, možnosti za izobraževanje (plačevanje šolnin), usposabljanje in strokovni razvoj, tehnološka podpora, programi za upravljanje s stresom in svetovalni programi za preprečevanje nesreč pri delu in izgorelosti, spodbujanje pozitivne kulture na delovnem mestu in aktivna promocija za dvig ugleda poklicev v DO.

Original scientific article

UDC 364-783-022.314+331.5

KEYWORDS: long-term care, health care, employment, education, social care

ABSTRACT – The staffing challenges in the long-term care (LTC) sector in Slovenia are very high. The aim of the study was therefore to identify the main factors hindering and promoting employment in LTC and the measures needed to attract new workers and maintain staff satisfaction. The sample included students, the unemployed, employees and former employees of various Slovenian LTC institutes (N = 49). We used a qualitative approach with focus groups conducted in November and December 2022 and January 2023. The results showed that the biggest inhibiting factors are outdated staffing norms, low wages, rigid and multi-shift work, and physical and mental stress for staff. An important incentive factor is a permanent job with a fixed salary. The skills shortage in the LTC field requires immediate societal attention and action, such as setting appropriate staffing norms; introducing competitive wages and benefits/bonuses; greater autonomy for staff; opportunities for continuing education (payment of tuition fees); training and professional development; technological support; stress management programmes and counselling programmes to prevent occupational accidents and burnout; promoting a positive culture in the workplace; and active promotion to raise the profile of professions in LTC.

1 Uvod

Dolgotrajna oskrba (DO), razumljena kot sistem storitev in ukrepov, namenjenih osebam, ki so zaradi bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti dlje časa ali trajno odvisne od pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil, postaja družbena priori-

teta številnih evropskih držav, saj jo potrebuje okrog 4 % slovenskega in evropskega prebivalstva, ocenjuje pa se, da se bo v prihodnje ta delež podvojil (Ramovš, 2019). Po Zakonu o dolgotrajni oskrbi (2021) se lahko izvaja v instituciji, na domu, s prejemanjem denarnega prejemka oziroma s pomočjo oskrbovalca, tj. družinskega člana, v kombinaciji z delnim institucionalnim oskrbovanjem, a prevladuje institucionalizirana oblika. Slovenija je v svetovnem vrhu po deležu prebivalcev, ki so nastanjeni v domovih (nad 20.000 ljudi), poleg tega še okoli 15.000 ljudi čaka na institucionalno oskrbo (Računsko sodišče RS, 2019). To kaže na pretirano institucionalizacijo sistema DO, ki ne odgovarja na potrebe starejših kot raznovrstne skupine prebivalcev. Poleg tega, da je institucionalizirana DO draga, starejši preferirajo staranje v domačem okolju zaradi navezanosti na domače okolje in pomanjkanja osebnega odnosa, zasebnosti ali nadzora nad svojo oskrbo (Kerber idr., 2017; WHO, 2018). Institucije imajo tudi omejeno kapaciteto sprejemanja, zato v Evropi in Sloveniji oskrbujejo le od 20 do 35 % vseh, ki potrebujejo oskrbo. Okrog deset odstotkov prebivalcev EU redno pomaga nekemu od bližnjih, ki je starostno onemogel, bolan ali invaliden, v Sloveniji je to okrog 200.000 ljudi (Ramovš, 2019). Takšna neformalna oskrba na domu je fizično in čustveno zahtevna za oskrbovalce, saj ima večina premalo znanja in podpore. Ker je bila neformalna DO, ki v Sloveniji in Evropi oskrbuje dve tretjini do tri četrtine ljudi, dolga leta spregledana in premalo financirana (WHO, 2018), se v Evropi oblikuje nov integrirani sistem, ki na lokalni ravni povezuje v celoto domačo in profesionalno oskrbo, zdravstveno nego in socialno oskrbo ter poleg lokalnih domov za starejše, ki se ustanavljajo tako pogosto kot vrtci, se razvija tudi programe, ki večinoma razbremenjujejo domačo (neformalno) oskrbo in jo krepijo z znanjem.

Kadrovski izzivi na področju DO v Evropi in Sloveniji so zelo veliki. Študija o zdravstvenih delavcih v DO v EU (Eurofound, 2020) ugotavlja, da približno 6,3 milijona ljudi dela v sektorju DO, to je za eno tretjino več kot pred desetletjem, medtem ko 44 milijonov ljudi pogosto zagotavlja neformalno DO sorodnikom ali prijateljem. Delež zdravstvenih delavcev v DO, starih 50 let ali več, je višji kot v drugih dejavnostih in se tudi hitreje povečuje (iz 28 % leta 2009 na 38 % leta 2019). Evropsko združenje za dolgotrajno zdravstveno nego (European Association for Long-Term Care Nursing, 2018) opozarja na veliko pomanjkanje zdravstvenih delavcev, ki je rezultat kombinacije dejavnikov, kot so nizke plače, težki delovni pogoji in pomanjkanje priznanja za opravljanje družbeno pomembnega dela, visoka stopnja fluktuacije zaposlenih v DO, ki vodi v nestabilnost in pomanjkanje kontinuirane oskrbe, starajoča se delovna sila in pomanjkanje priložnosti za poklicni razvoj, kar povzroča pomanjkanje kompetenc ter nizko stopnjo zadovoljstva pri delu.

Po podatkih OECD za leto 2019 Slovenija s številom zaposlenih na področju DO (2 zaposlena na področju DO na 100 oseb, starih 65 let ali več) zelo zaostaja za povprečjem števila zaposlenih na področju DO v državah OECD (OECD, 2021a). Hkrati analize kažejo, da se bo v prihodnjih letih upokojila najbolj številčna generacija zaposlenih v zdravstveni negi, pri čemer hkrati prihaja do odliva kadra zdravstvene nege v tujino in druge poklice (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2021). Brez ustreznega števila primerno usposobljenega kadra je vprašljiva dostopnost in

kakovost zdravstvene oskrbe, kar vodi v slabšanje zdravstvenih izidov, povečan delež ponovnih hospitalizacij in višje stroške zdravstvenega varstva ter še večjo obremenjenost zaposlenih v DO, ki so ključni za kakovostno in varno življenje vseh generacij prebivalcev (European Association for Long-Term Care Nursing, 2018).

Pregled literature o zadovoljstvu z delom med zaposlenimi v domovih starejših občanov (Havig idr., 2011; Aloiso idr., 2021) je pokazal, da na zadovoljstvo pri delu vplivajo različni dejavniki. Delovne zahteve, kot sta delovna obremenitev in časovni pritisk, so negativno povezane z zadovoljstvom pri delu. Podpora nadrejenih in sodelavcev ter avtonomija pri odločanju sta bili pozitivno povezani z zadovoljstvom pri delu. Plača je pomemben dejavnik, saj je višja plača zelo močno povezana z večjim zadovoljstvom pri delu. Na zadovoljstvo pri delu vplivajo tudi osebni dejavniki, kot so starost, izobrazba in zaposlitev. Choi idr. (2012) so ugotovili, da je podpora delovnega okolja (sodelovanje pri upravljanju in odločanju o delovanju ustanove, podporni vodja in ustrezni viri (dovolj osebja za zdravstveno nego in oskrbo)) statistično značilno povezana z večjim zadovoljstvom z delom pri zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih. Študija dejavnikov zadovoljstva pri delu in fluktuacije med izvajalci pomoči na domu je pokazala, da na zadovoljstvo pri delu vplivajo dejavniki, kot so plača, ugodnosti, podpora nadrejenih, podpora sodelavcev in spoštovanje stanovalcev (Butler idr., 2015). Novejša nizozemska raziskava je pokazala, da so ključni dejavniki za uspešno zadržanje zaposlenih pozitivna podoba poklicev v DO, ustrezna plača, jasnost in ustrezna vsebina vlog, podpora s strani vodstva, možnost strokovnega razvoja, usposabljanje na delovnem mestu, ujemanje med vsebino izobraževanja in delom v praksi (Backhaus idr., 2021). Evropska študija kaže, da je privlačnost zaposlovanja v DO nizka v vseh državah, saj je zaradi slabih delovnih pogojev in prekarnosti zaposlitve (nizki dohodki, pomanjkanje usposabljanja, velika delovna obremenitev in visoka stopnja stresa) pogosto to področje prikazano negativno, kar vodi v hudo pomanjkanje kvalificiranih strokovnjakov (Spasova idr., 2018).

Tudi OECD je prepoznal pomen privabljanja in ohranjanja delavcev v DO in objavil primerjalno študijo pobud in ukrepov za privabljanje zdravstvenih delavcev, ohranjanje njihove zaposlitve in izboljšanje produktivnosti v državah OECD (2021b). Večina ukrepov je osredotočena na spodbude za (ponovni) vstop na področje DO ali izboljšanje njegove podobe. Podpora programom usposabljanja za študente ali brezposelne je lahko učinkovita, saj je s povečanim izobraževanjem in usposabljanjem Japonski v štirih letih uspelo povečati število delavcev v DO za 20 %. Podatki iz ZDA in Francije kažejo, da je dvig plač v daljšem obdobju povezan z večjim zaposlovanjem delavcev, daljšim delovnim časom in nižjo fluktuacijo. Tudi spodbujanje bolj zdravega delovnega okolja in preprečevanje nesreč in bolezni na delovnem mestu lahko zmanjša odsotnost z dela, fluktuacijo in slabo zdravje delavcev v DO. Podatki tudi kažejo, da se poveča zadovoljstvo z delom in zmanjša fluktuacija, ko se zdravstvenim delavcem omogoči več prožnosti in nadzora nad lastnim delom v DO. Učinkovitejša uporaba tehnologije za pomoč delavcem pri njihovem delu in koordiniranje dela je tudi ključnega pomena za povečanje učinkovitosti na tem področju, zlasti na področju komunikacije s stanovalci, identifikacijo njihovih potreb in spremljanje zadovoljstva

z DO, pa tudi za izboljšanje evidence podatkov. Najnovejša kvalitativna raziskava poroča o uporabi socialnega robota za komunikacijo z dementnimi stanovalci domov za starejše na Norveškem, ki je sprožil tako pozitivne kot negativne odzive (Blindheim idr., 2023). Številne države pa prav tako poskušajo izboljšati razumevanje pomena delovnih mest za DO s strani javnosti z uporabo promocijskih kampanj.

Ker se razmere na področju DO razlikujejo po državah, je pomembno ugotoviti, kako slovenski zaposleni in bivši zaposleni v DO, študenti in brezposelni vidijo ključne dejavnike zaposlovanja in ukrepe za zaposlovanje v DO. Zato so cilji te raziskave identificirati ključne dejavnike zaviranja in spodbujanja zaposlovanja v DO, ukrepe ter pobude za promocijo zaposlovanja v DO s strani zaposlenih in bivših zaposlenih v DO.

2 Metode

Da bi odgovorili na raziskovalna vprašanja o tem, kateri so ključni dejavniki zaviranja in spodbujanja zaposlovanja v DO ter ukrepi za izboljšanje zaposlovanja, smo v zbiranje podatkov vključili različne akterje in uporabili kvalitativni pristop s fokusnimi skupinami. Protokol študije je pregledala in potrdila Etična komisija Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu (Univerzitetno etično soglasje št. FZV-98/2022). Projekt je del CRP-projekta Promocija poklicev dolgotrajne oskrbe (V3-2243), ki ga financirata Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Vzorec je bil namenski, saj smo želeli izvesti fokusne skupine v različnih slovenskih zavodih DO. Tako smo izvedli samo šest fokusnih skupin, v katerih je bilo 49 udeležencev, in sicer tri fokusne skupine zaposlenih iz socialnovarstvenih zavodov (domovi za starejše občane), eno fokusno skupino so sestavljali zaposleni iz socialnih zavodov (center za socialno delo), eno zaposleni iz posebnih socialnovarstvenih zavodov (varstveno-delovni centri, posebni socialnovarstveni zavodi, javni zavod za pomoč na domu) ter eno skupino bivši zaposleni v DO in študenti zdravstvene nege ter brezposelni. V raziskavi so sodelovali zaposleni, ki delajo ali so delali najmanj dve leti v različnih slovenskih zavodih DO, in študenti zdravstvene nege, ki so že izvedli prakso v domovih za starejše občane.

Ključne teme pogovora so bile: dejavniki zaviranja in spodbujanja zaposlovanja na področju DO v Sloveniji na makro (sistem, zakonodaja, kultura, šolstvo), mezo (ustanova) in mikro ravni (tim, posameznik) ter nujni ukrepi na področju pridobivanja in ohranjanja zaposlenih v sektorju DO na makro (sistem, zakonodaja, kultura, šolstvo), mezo (ustanova) in mikro ravni (tim, posameznik). Za zbiranje vseh kvalitativnih podatkov je bil razvit protokol s tematskim vodnikom, ki je temeljil na obstoječih študijah in kontekstualnem znanju.

Na osnovi javno dostopnih podatkov smo oblikovali seznam potencialnih intervjuvancev, ki smo jim trikrat poslali e-vabilo k sodelovanju po javno objavljenih e-naslovih in jih tudi poklicali po javno objavljenih telefonskih številkah. Tistim, ki so

se odzvali na vabilo, smo se zaradi njihove obremenjenosti kar najbolje časovno in prostorsko prilagodili. Tri usposobljene raziskovalke so novembra in decembra 2022 ter januarja 2023 izvedle fokusne skupine osebno ali po aplikaciji MS Teams.

Anonimizirane izjave udeležencev so bile prepisane in za analizo je bila uporabljena tematska analiza. V procesu analize in kodiranja smo besedilo najprej večkrat prebrali ter posameznim trditvam pripisali pripadajoče pojme oz. kode. Slednje smo glede na sorodne pomene nato združili v podteme, le-te pa smo združili v teme. Rezultat analize predstavljajo kode, pripadajoče podteme in teme, interpretirane ter podkrepljene z izjavami intervjuvancev.

3 Rezultati

Najprej bomo predstavili rezultate fokusnih skupin z brezposelnimi, študenti, zaposlenimi in nekdanjimi zaposlenimi v domovih za starejše občane, v drugem delu pa z zaposlenimi v centrih za socialno delo in posebnih socialnovarstvenih zavodih.

3.1 Fokusne skupine s študenti, brezposelnimi, zaposlenimi in nekdanjimi zaposlenimi v domovih za starejše občane

Dejavniki zaviranja zaposlovanja

Intervjuvanci so bili soglasni, da vsi ključni dejavniki zaviranja zaposlovanja v domovih izhajajo iz najšibkejše točke, tj. zastarelih kadrovskih standardov in normativov. Vsi intervjuvanci, ki so zapustili delo v domu, so navedli neustrezen delavnik. Kot naslednji zelo pomemben zaviralni dejavnik so vsi intervjuvanci navedli prenizko plačo. Vsi so tudi poudarili fizično in psihično naporno delo v domovih za starejše občane, ki vpliva na slabše zdravje zaposlenih. Nekaj intervjuvancev je tudi omenilo preveč birokratskega dela medicinskih sester in ena intervjuvanka tudi vedno večje pritiske svojcev.

Več kot polovica intervjuvancev je poudarila, da so poklici v DO družbeno manjvredni in celo negativno stigmatizirani. S tem povezano so nekateri izpostavili tudi širše dejavnike, kot je skrajno individualizirana kultura, v kateri se ne skrbi za druge, pri čemer naj bi to predvsem veljalo za mlade. Posamezni intervjuvanci so tudi omenili, da je DO na splošno deležna premalo družbene pozornosti, še posebej pa zaposleni. To se kaže tudi tako, da je v izobraževanju premalo poudarka na zdravstveni in socialni gerontologiji. Na sistemski ravni tudi ni ustrezno poskrbljeno za mentorski proces dijakov in študentov v domovih.

Na mezo ravni oziroma ravni zavodov so intervjuvanci poudarili slabo vodstvo domov, ki ne rešuje težav in ne omogoča kariernega razvoja oziroma napredovanja, pogosto je prelaganje dela na druge in neurejeno delovno okolje.

Na mikro ravni dela v timu in s posameznimi zaposlenimi so intervjuvanci predvsem poudarili slabe odnose v kolektivu, pomanjkanje uvajanja izboljšav, ker ni strahu pred izgubo službe, slabo kakovost dela zaradi pomanjkanja časa in neustrezno

organizirano prakso za dijake in študente, saj jih nekateri zaposleni tudi izkoriščajo za izvajanje manj prijetnega dela.

Spodbujevalni dejavniki zaposlovanja

Intervjuvanci so navedli zelo malo spodbujevalnih dejavnikov. Na makro ravni je bila najpogosteje omenjena varna služba. Z varno službo je povezana tudi stalna plača z regresom. Na mezo ravni delovanja socialnovarstvenih zavodov so nekateri izpostavili dobro vodstvo, ki jih motivira in sproti rešuje težave. Ena intervjuvanka je omenila možnost razvoja kariere s plačevanjem šolnine. Nekateri so tudi izpostavili redno izplačevanje nadur. Na mikro ravni so kot spodbujevalni dejavnik navedli dobre odnose med zaposlenimi in s stanovalci, kar vodi v osebno zadovoljstvo.

Ukrepi za spodbujanje zaposlovanja

Intervjuvanci so bili soglasni, da je na makro ravni treba dvigniti ugled poklicev v DO. Vsi so menili, da je najprej treba spremeniti kadrovske normative in standarde. Pričakovano so vsi omenili tudi višjo plačo, več zaposlenih in več dopusta zaradi zahtevnega dela. Nekateri so tudi dejali, da bi bil dober ukrep manjše število delovnih ur, uvedba obveznih nagrad ter drugih finančnih spodbud.

Ključna je tudi sprememba odnosa do starejših tudi z okrepljenim medgeneracijskim sodelovanjem in prostovoljstvom med mladimi. Več kot polovica intervjuvancev v tej skupini je poudarila ukrep uvedbe gerontoloških vsebin v izobraževalne programe srednjih zdravstvenih šol in zdravstvenih fakultet z več prakse. Nekateri, ki so izpostavili ukrep zaposlovanja tujcev, so dvomili o njegovi uspešnosti zaradi slabega znanja slovenskega jezika.

Na ravni zavoda so intervjuvanci posebej poudarili podporo vodstva z rednimi motivacijami in pohvalami, ustreznimi nagradami in božičnicami, možnostjo izobraževanja in plačila šolnine. Čeprav vodstvo javnih zavodov nima možnosti izplačila nagrade, je lahko pomoč pri izobraževanju (plačilo šolnine) in usposabljanju zaposlenih oblika nagrade. Tudi uvedba strokovne ekskurzije bi pozitivno vplivala na zaposlene, potrebna pa je tudi boljša organizacija prakse za dijake in študente ter plačilo njihovega in mentorskega dela.

Na mikro ravni so predvsem izpostavili dobre odnose med zaposlenimi in ustrezno sestavljen tim zdravstvene nege. Za spodbujanje dobrih odnosov bi večina uvedla tudi redne sestanke o sprotnih težavah. Nekateri so poudarili, da je treba izboljšati odnos do dijakov, študentov in pripravnikov.

Tabela 1

Tematska analiza s podtemami in kodami ter citati študentov, zaposlenih in nekdanjih zaposlenih v domovih starejših občanov/Thematic Analysis with Subthemes, Codes and Quotes from Students, Employees and Former Employees at Homes for the Elderly

<i>Teme</i>	<i>Podteme</i>	<i>Kode</i>	<i>Citati</i>
Dejavniki zaviranja zaposlovanja	Makro raven	<p>premalo družbene pozornosti zastareli kadrovski standardi in normativi</p> <p>neustrezen delavnik (izmensko, nočno delo)</p> <p>premajhna plača</p> <p>premalo zaposlenih</p> <p>prevelika odgovornost</p> <p>fizično in psihološko naporno delo</p> <p>preveč birokratskega dela</p> <p>pritisiki svojcev</p> <p>premalo cenjeni zdravstveni in skrbstveni poklici, predsodki</p> <p>individualistična kultura</p> <p>premalo izobraževanja o gerontologiji</p> <p>slab mentorski proces za dijake in študente</p>	<p>Zaradi situacije je dom postal zdravstvena ustanova in pozablja se na socialno oskrbo. (Intervjuvanka 1)</p> <p>Ja, premajhna plača in prevelika odgovornost. (Intervjuvanka 11)</p> <p>/.../ je prevelika norma za enega zaposlenega, koliko lahko naredi v svojem delovnem času. (Intervjuvanka 6)</p> <p>To je fizično in psihološko naporno dvigovat starejše, pa imaš nenehne klice svojcev. (Intervjuvanec 20)</p> <p>Ko rečeš, da delaš v domu, ti pravijo: »A rit brišeš?« Ker ti poklici imajo predsodke. (Intervjuvanka 12)</p> <p>Mladi danes niso več navajani skrbet za druge /.../, oni bi kvečjemu všečkali. (Intervjuvanka 5)</p>
	Mezo raven	<p>slabo vodstvo</p> <p>neurejeno delovno okolje</p> <p>prelaganje dela na druge</p> <p>ni možnosti napredovanja</p>	<p>Vodstvo je ključno, ker ne rešuje problemov. (Intervjuvanka 8)</p> <p>Slabe so možnosti napredovanja. (Intervjuvanka 13)</p>
	Mikro raven	<p>izboljšati odnose v kolektivu</p> <p>ni izboljšav, ker ni strahu pred izgubo službe</p> <p>slabo delo zaradi pomanjkanja časa</p> <p>neustrezna praksa dijakov in študentov</p>	<p>Jaz bi to dala pod slabost. Ker ni strahu pred izgubo službe, se ene sploh ne popravijo. (Intervjuvanka 14)</p> <p>Nikoli nimam časa, da bi delala tako, kot bi blo dobro za oskrbovance. (Intervjuvanka 4)</p> <p>Ko imajo prakso, delajo enolično, tisto, kar mi ne naredimo. (Intervjuvanka 2)</p>
Spodbujevalni dejavniki	Makro raven	<p>varna služba</p> <p>stalna plača in regres</p>	<p>Zaščita delavcev. Ker nas je tako malo, ni strahu pred izgubo službe. (Intervjuvanec 10)</p> <p>Ni ti treba skrbeti, ali boš dobil plačo. (Intervjuvanka 18)</p>

	Mezo raven	dobro vodstvo plačilo šolnine izplačilo nadur	Naša šefica je spodbujevalni dejavnik. (Intervjuvanka 21) Izplačajo se nadure. (Intervjuvanka 2) Možnost šolnine, možnost razvoja kariere. (Intervjuvanka 21)
	Mikro raven	dobri odnosi med zaposlenimi pozivni odnos od oskrbovancev bližina delovnega mesta	Velik več dobiš nazaj glede iz strani stanovalcev, kakorkol te napolnijo z neko energijo. (Intervjuvanka 16) Če so dobri odnosi, bodo prihajali in tudi ostali. (Intervjuvanka 15)
Ukrepi	Makro raven	dvigniti družbeni ugled poklicem v DO sprememba normativov boljši pogoji dela višja plača več zaposlenih več dopusta zaradi zahtevnosti dela več praktičnega pouka v SŠ in v visokem šolstvu okrepiti medgeneracijsko sodelovanje več izobraževanja za delo s starejšimi v SŠ in na fakultetah z več prakse uvedba mladinskega prostovoljstva v domovih dvom v zaposlovanje tujcev	Dvigniti ugled bolničarjem, sestram. Jih ceniti. (Intervjuvanka 17) Ne da se samo plače povečajo za en 200 EUR, ampak da je tudi več zaposlenih. (Intervjuvanka 14) Mogoče bi bil poleg več dopusta dober tudi 30-urni delavnik, kot ga imajo nekatere trgovine. (Intervjuvanka 4) V šolah tud predmet iz gerontologije, sam da bi blo to mal bolj poglobljeno na DSO-je. (Intervjuvanka 11) To bi mogl že na ravni v osnovni šol u bistvi izkorenint te predsodke. U bistvi bi mogl nardit en hud poklic, bmw-ja med poklici bi mogl nardit. (Intervjuvanka 5) Ne vem, če je dobro zaposlovanje tujcev zaradi slabe komunikacije do stanovalcev. (Intervjuvanka 23)
	Mezo raven	podpora vodstva: motivacija, pohvale dobrim delavcem možnost izobraževanja plačilo šolnine ustrezne nagrade in božičnice strokovne ekskurzije	Meni bi zelo veliko pomenilo, če bi mi plačali šolanje. (Intervjuvanka 7) Ni vse v denarju, veliko je, če te kdo pohvali za dobro delo. (Intervjuvanka 24)
	Mikro raven	ustrezno sestavljen tim spodbujati dobre odnose med zaposlenimi spoštljiv odnos do dijakov, študentov in pripravnikov uvedba animatorjev prostovoljcev	Odnos delavcev do dijakov, študentov in pripravnikov je katastrofalen in da se u bistvi izkorišča dijake, pripravnike. (Intervjuvanka 4) Vključitev animatorjev, takšnih prostovoljnih dobrovoljčkov, to bi bilo dobro. (Intervjuvanka 22)

Fokusne skupine z zaposlenimi na centrih za socialno delo in v posebnih socialnovarstvenih ustanovah.

Dejavniki zaviranja zaposlovanja v DO – pomoč na domu

Intervjuvanci so navajali predvsem makro dejavnike, med katerimi so v ospredju premalo cenjeni skrbstveni poklici, kar se odraža v neustreznih normativih. S tem je povezana tudi prenizka plača oziroma uvrščenost oskrbovalk v nizke plačne razrede. Intervjuvanci so poudarili, da je delo fizično in psihološko težko, a tudi, da je lažje kot v domovih za starejše občane.

Zaviralni dejavnik je tudi rigidni sistem zaposlovanja in napredovanja. Kot sistemsko napako so intervjuvanci omenili tudi možnost izkoriščanja sistema v obliki dolgotrajnega bolniškega dopusta, med katerim nekateri delajo na črno. Sistemski zaviralni dejavnik je tudi omejevanje zaposlovanja mladih, saj nacionalna poklicna kvalifikacija zahteva pet let delovnih izkušenj in starost 21 let za pristop k izpitu.

Večina je tudi poudarila, da je preveč birokratskega dela. Intervjuvanci so bili tudi soglasni, da je v osnovni in srednji šoli premalo vsebin, ki so povezane s skrbstvenimi poklici, in da se v sodobnem izobraževanju preveč cenijo ocene, premalo pa čustvena inteligenca.

Dejavniki spodbujanja zaposlovanja v DO – pomoč na domu

Intervjuvanci so bili enotni, da sta na makro ravni spodbujevalna dejavnika predvsem varna služba in domače okolje, v katerem delajo. Na ravni ustanove je intervjuvancem zelo pomembno pozitivno vzdušje v kolektivu in pripadnost kolektivu. Nekateri intervjuvanke so poudarile, da sta pomembna dejavnika tudi uporaba službenega vozila in neformalna druženja med zaposlenimi. Nekaj intervjuvancev je tudi poudarilo pomembnost dobre supervizije.

Na mikro ravni je zaposlenim v oskrbi na domu zelo pomemben pozitiven odnos uporabnikov oziroma oskrbovancev do njih. Kot spodbujevalni dejavnik so intervjuvanci predvsem poudarili osebno zadovoljstvo, ki ga občutijo v tem delu.

Ukrepi spodbujanja zaposlovanja

Pri zaviralnih dejavnikih so intervjuvanci navajali naslednje nujne ukrepe za spodbujanje zaposlovanja v DO: družbeno priznanje, spremenjeni kadrovski standardi in normativi, višja plača ter krajši in prilagodljiv delovni čas. Potrebna je tudi tehnološka pomoč pri delu. Omenili so tudi večjo vključitev socialne zbornice v procese odločanja v parlamentu in na drugih odločevalskih mestih. Intervjuvanci so tudi omenili ukrep zaposlovanja tujcev, ki je velik izziv zaradi (ne)poznovanja jezika. Zahtevana je bila debirokratizacija postopka.

Posamezni intervjuvanci so zahtevali celovito pomoč države družini zaposlenega v DO, kot je to v ameriški vojski, in navajali primer iz Kanade. Nekateri so predlagali aktivnejšo politiko zaposlovanja. Soglasni so bili pri krepitvi medgeneracijskega sodelovanja in spodbujanju prostovoljstva v šolah. Kot ukrep je bila omenjena pomoč brezposelnih v različnih zavodih, da bi tako zmanjšali pomanjkanje kadra. En inter-

vjuvanec je tudi omenil, da bi bilo treba prioritarno v zdravstvenem sistemu obravnavati bolne, ki delajo v deficitarnih poklicih, saj dolgotrajni bolniški dopusti nastajajo tudi zaradi dolgih čakalnih vrst. Številni intervjuvanci so tudi poudarili, da bi bilo smiselno uvesti državno ali kadrovsko štipendiranje, ki bi spodbudilo k zaposlitvi in obenem ohranitvi zaposlitve. Ena intervjuvanka je dejala, da bi morali uvesti popuste za zaposlene v DO na določene storitve. Na mikro ravni zaposleni niso navedli nobenih ukrepov.

Tabela 2

Tematska analiza s podtemami in kodami ter citati zaposlenih na centrih za socialno delo in v posebnih socialnovarstvenih ustanovah/ Thematic Analysis with Subthemes, Codes and Quotes from Employees at Social Work Centres and Special Social Care Institutions

<i>Teme</i>	<i>Podteme</i>	<i>Kode</i>	<i>Citati</i>
Dejavniki zaviranja zaposlovanja	Makro raven	premalno cenjeni skrbstveni poklici zastareli kadrovski standardi in normativi prenizka plača slabši delovni pogoji rigidni sistem zaposlovanja in napredovanja omejevanje zaposlovanja mladih: pridobitev NPK zahteva 5 let delovnih izkušenj in 21 let starosti izkoriščanje bolniškega dopusta za delo na črno preveč birokratskega dela premalno izobraževanja o skrbstvenih poklicih v osnovnih in srednjih šolah	Na splošno smo premalo cenjeni. (Intervjuvanka 26) Pričakovali bi zahvalo s strani ministrov. Ko so se zahvaljevali sestram, domovom, patronažni pa ostalim, so bile oskrbovalke spregledane. (Intervjuvanka 27) Ker je plača tako nizka, cveti delo na črno! (Intervjuvanka 28) Čisto smo se preveč vpletli v te birokratske zadeve, vsako zadevo je treba vpisati, ko bi šla raje na teren pomagat. (Intervjuvanka 30)
Spodbujevalni dejavniki	Makro raven	varna služba, domače okolje	Spodbudna je varna služba in da si v domačem okolju. (Intervjuvanka 31)
	Mezo raven	dobra delovna klima pripadnost kolektivu službeno vozilo neformalna druženja dobra supervizija	Pozitivno vzdušje med delavci. (Intervjuvanka 29) Če je bil nekdo zaposlen in dobi vozilo, s katerim lahko gre domov in pride v službo, je to velika dodana vrednot. (Intervjuvanka 30)
	Mikro raven	navezanost na uporabnike osebno zadovoljstvo	Srčnost, navezanost na uporabnike je tisto pozitivno. (Intervjuvanka 31)

Ukrepi	Makro raven	<p>spremeniti normativ višja plača država naj dovoli delodajalcu, da izobrazí lastne kadre družbeno priznanje večja vključitev socialne zbornice v procese odločanja zaposlovanje tujcev z debirokratizacijo postopkov celovita pomoč države družini zaposlenega nagrajevanje mentorstva pomoč brezposelnih v zavodih državna zaposlitvena akcija prioriteta zdravstvena obravnava bolnih, ki so zaposleni v deficitarnih poklicih okrepiti medgeneracijsko sodelovanje okrepiti prostovoljstvo v šolah krajši in prilagodljiv delovni čas tehnološka okrepitev aktivna politika zaposlovanja</p>	<p>Socialna oskrbovalka ima negativni prizvok, ampak cela Slovenija ima negativni prizvok, ker se pogovarjamo o blaženju socialnih stisk revščine. (Intervjuvanka 41)</p> <p>Zdravstvena zbornica je glasna tukaj pri skrbstvenih poklicih, na katerih dela socialna zbornica, pa kot da ni. Ta vloga se je tudi malo zabilasala. (Intervjuvanka 42)</p> <p>Tako kot v Ameriki naj pomagajo zaposlenim v skrbstvenih poklicih pri stanovanju, šolanju otrok ipd. (Intervjuvanka 43)</p> <p>Dolgotrajne bolniške nastajajo tudi zaradi čakalnih vrst. /.../ Če govorimo o poklicu, ki ga primanjkuje, je potrebno, da bi tukaj vseeno se nekako prioriteto to obravnavalo. (Intervjuvanka 44)</p> <p>Kar mi lahko premaknemo, recimo, da se v šolstvo vpeljejo krožki prostovoljstva. Nekaj je že, a premalo. (Intervjuvanka 45)</p>
	Mezo raven	<p>štipendiranje popust na določene storitve</p>	<p>Nujno uvesti štipendiranje. (Intervjuvanka 42)</p>

4 Razprava z zaključki

Kvalitativna raziskava je pokazala, da je odgovor na prvo raziskovalno vprašanje, kateri so ključni zaviralni dejavniki, na makro ravni slaba družbena ozaveščenost o pomenu DO, ki se kaže v družbeni zapostavljenosti DO in poklicev v njej, večdesetletnem zanemarjanju sektorja, njegoví finančni podhranjenosti in zastarelem sistemu DO, ki temelji na institucionalni DO. Posledično so ključni zaviralni dejavniki zastareli kadrovski standardi in normativi DO, iz katerih izhajajo pomanjkanje kadra, nizke plače, tog in večizmenski delavnik ter fizične in psihološke obremenitve zaposlenih. Težava je tudi rigidni sistem zaposlovanja in napredovanja zaposlenih v DO. Organizacijsko delo v DO vključuje preveč birokratskega dela. Ključna šibka točka je tudi izobraževanje, ki premalo vključuje vsebine s področja gerontologije, medgeneracijskega povezovanja in promocije prostovoljstva, slabo organiziran in nagrajen pa je tudi mentorski proces za dijake in študente. Zaposlovanje mladih se omejuje tudi s pogojem, da se za pridobitev certifikata o NPK socialni oskrbovalec/socialna oskrbovalka na domu zahteva pet let delovnih izkušenj pri delu z ljudmi in 21 let starosti. Na mezo ravni oziroma na ravni ustanov DO so zaviralni dejavniki predvsem slabo

vodstvo in z njim povezano pomanjkljivo reševanje sprotnih težav in motiviranje zaposlenih, slabi delovni odnosi, omejene možnosti kariernega napredovanja s pomanjkanjem dodatnega usposabljanja in štipendiranja.

Odgovor na drugo raziskovalno vprašanje, kateri so ključni spodbujevalni dejavniki, sta varna služba in stalna plača z regresom. Na ravni zavodov je spodbujevalni dejavnik dobro vodstvo posameznih institucij, ki sproti razrešuje težave, motivira in omogoča zaposlenim karierni razvoj s plačilom šolnin.

Odgovor na tretjo raziskovalno vprašanje, kateri ukrepi so potrebni za dvig ugleda poklicev v DO, je povečanje financiranja DO, saj spada Slovenija med vzhodnoevropske države, ki namenjajo najmanjši odstotek bruto domačega proizvoda za DO (Spasova, Beaten in Vanhercke, 2018), s ponovnim premislekom o politiki do DO, saj študije priporočajo odmik od stanovanjske oskrbe k domači in skupnostni oskrbi (European Association for Long-Term Care Nursing, 2018; Spasova, Beaten in Vanhercke, 2018; Aloiso idr., 2021), nujna je sprememba kadrovskih standardov in normativov, zagotavljanje konkurenčnih plač, dodatna zaposlitev kvalificiranih oseb, uvedba NPK bolničar negovalec/negovalka, zagotovitev večje avtonomije pri delu in oblikovanju delavnika ter uvedba ugodnosti, kot sta krajši delovni čas in dodaten dopust zaradi zahtevnosti dela, ter izboljšanje pogojev dela tudi z uporabo tehnologije. Glede zaposlovanja tujcev, ki je eden ključnih ukrepov držav v Zahodni Evropi (OECD, 2021b), se pričakuje nujen ukrep debirokratizacije zaposlovanja, čeprav se porajajo dvomi v uspešnost dela zaradi slabega znanja jezika.

Na sistemski ravni bi bilo treba uvesti več možnosti usposabljanja in strokovnega razvoja zaposlenih, usposabljanje ob delu in različne priložnosti za nadaljnje izobraževanje s ciljem posodabljanja kompetenc zaposlenih. Potreben je premislek o spremembi omejitve nacionalne poklicne kvalifikacije, ki za pridobitev certifikata socialni oskrbovalec/socialna oskrbovalka na domu zahteva pet let delovnih izkušenj pri delu z ljudmi in 21 let starosti, saj po eni strani omejuje delo mladih, po drugi strani pa delo s starejšimi zahteva zrelost in razumevanje procesov staranja in je ta starost določena tudi zaradi zaščite starostnika pred neznanjem oziroma nezrelostjo vključenih v oskrbo. Na izobraževalnem področju je treba zagotoviti večji vpis v srednješolske in visokošolske programe, ki vključujejo področja gerontologije, povečati obseg vsebin s področja gerontologije, medgeneracijskega povezovanja in prostovoljstva na vseh izobraževalnih ravneh. Izobraževalni ukrep vključuje tudi izboljšano organizacijo prakse dijakov in študentov, ki bi morala biti tudi plačljiva, pri čemer bi moral biti tudi mentorski proces nagrajen. Na mezo ravni se predlagani ukrepi navezujejo na izboljšanje delovne klime. Od vodstev ustanov in oddelkov se pričakuje ustvarjanje podpornega in spoštljivega delovnega okolja z motiviranjem zaposlenih s pohvalami za dobro opravljeno delo, nagradami in strokovnimi ekskurzijami, spodbujanjem kariernega razvoja (npr. plačilo šolnine), ponudbo usposabljanja za večjo varnost pri delu in uvedbo psihološke podpore (npr. antistresni tečajji), spodbujanje odprte komunikacije in sodelovanja pri sprotnem reševanju težav ter spodbujanje ravnotežja med poklicnim in zasebnim življenjem.

Primerjava z obstoječimi študijami kaže, da ima večina razvitih držav OECD težave s pritegnitvijo in zadržanjem zaposlenih v DO (European Association for Long-Term Care Nursing, 2018; American Health Care Association, 2020). Vendar pa so se druge razvite države znatno prej lotile sistemskih ukrepov in je zato težava s pridobivanjem ustreznih kvalificiranega osebja manjša. Naše ugotovitve so skladne z ugotovitvami obstoječih študij (European Association for Long-Term Care Nursing, 2018; Spasova, Beaten in Vanhercke, 2018; American Health Care Association, 2020; Aloiso idr., 2021), da pomanjkanje kvalificiranega osebja v sektorju DO zahteva takojšnjo družbeno pozornost in ukrepe, kot so postavitev ustreznih kadrovskih standardov in normativov, uvedba konkurenčne plače in ugodnosti /bonusov, večja avtonomija zaposlenih pri oblikovanju delovnika in izvedbi dela, možnosti za izobraževanje (plačevanje šolnine), usposabljanje in strokovni razvoj, tehnološka podpora, uvedba programov za upravljanje s stresom in svetovalnih programov za preprečevanja nesreč pri delu in izgorelosti, spodbujanje pozitivne kulture na delovnem mestu in aktivna promocija za izboljšanje podobe poklica.

To je prva študija, ki je proučevala zaviralne in spodbujevalne dejavnike zaposlovanja v DO v Sloveniji. Največji zaviralni dejavniki so zastareli kadrovski standardi in normativi, nizka plača, tog in večizmenski delovnik ter fizične in psihološke obremenitve zaposlenih. Ključni dejavnik spodbude je redna zaposlitev s stalno plačo. Pomanjkanje kvalificiranega osebja na področju DO zahteva takojšnjo družbeno pozornost in ukrepe, kot so postavitev ustreznih kadrovskih normativov, uvedba konkurenčne plače in ugodnosti/bonusov, večja avtonomija zaposlenih, možnosti za izobraževanje (plačevanje šolnin), usposabljanje in strokovni razvoj, tehnološka podpora, programi za upravljanje s stresom in svetovalni programi za preprečevanje nesreč pri delu in izgorelosti, spodbujanje pozitivne kulture na delovnem mestu in aktivna promocija za dvig ugleda poklicev v DO. Dobljene rezultate se lahko uporabi za sistemske in druge ukrepe na področju promocije poklicev.

Karmen Erjavec, PhD

Factors Inhibiting and Promoting Employment in Long-Term Care in Slovenia

The staffing challenges in the long-term care (LTC) sector in Slovenia are very high. Long-term care is understood as a system of services and interventions for persons who, due to illness, age-related weakness, injuries, disabilities, lack of or loss of intellectual abilities, are dependent on the help of other persons in performing basic and supportive daily tasks on a long-term or permanent basis. It is becoming a social priority of many European countries, as about 4% of the Slovenian and European population is dependent on it, and it is estimated that this share will double in the future (Ramovš, 2019). According to the Long-Term Care Act, such care can be provided in an institution, at home, by receiving a cash benefit, or with the help of a family mem-

ber's caregiver in combination with partial institutional care; however, the institutionalised form prevails. Slovenia is at the top of the world in terms of the proportion of people placed in institutions (over 20,000 people), and there are also around 15,000 people waiting for institutional care (Account Court of the RS, 2019). This shows the excessive institutionalisation of the LTC system, which does not address the needs of older people as a diverse population. Apart from the high cost of institutionalised LTC, older people prefer to age in the home environment because of the greater attachment, personal relationship, privacy, or control over their care (Kerber et al., 2017; WHO, 2018). The absorption capacity of institutions is limited, which is why they provide care for only 20-35% of all care recipients in Europe and Slovenia. About ten per cent of EU citizens regularly help a person close to them who is incapacitated, ill or disabled; in Slovenia, this amounts to roughly 200,000 people (Ramovš, 2019). Such informal care at home is physically and emotionally demanding for carers, as most do not have sufficient knowledge and support. As informal care, which provides care for two-thirds to three-quarters of people in Slovenia and Europe, has been overlooked and underfunded for many years (WHO, 2018), a new integrated system is emerging in Europe that combines home and professional care into a whole at the local level. It combines health care with social care and, in addition to local homes for the elderly, which are set up as often as kindergartens, also develops programmes that relieve the burden on home care in particular and strengthen it with knowledge.

According to OECD data for 2019, Slovenia's number of employees in education (2 employees in education per 100 persons aged 65 and over) lags far behind the average number of employees in education in OECD countries (OECD, 2021a). At the same time, analyses show that in the coming years the most numerous generations of nursing employees will retire, while at the same time there will be a migration of nursing staff abroad and into other professions (Chamber of Nursing and Midwifery Services of Slovenia 2021). Without enough appropriately qualified staff, accessibility and quality of care are questionable, leading to deteriorating health outcomes, increased rates of hospital readmissions, and higher healthcare costs. Not to mention an even greater burden on LTC staff, who are critical to the quality and safe lives of all generations of residents (European Association for Long-Term Care Nursing, 2018).

The OECD has also recognised the importance of attracting and retaining LTC workers and has published a comparative study on initiatives and measures to attract and retain workers, and improve productivity in OECD countries (2021b). Most measures focus on incentives to (re-)enter the LTC sector or improve its image. Supporting training programmes for students or the unemployed can be effective. Japan, for example, was able to increase its labour force by 20% over four years through increased education and training. Data from the US and France show that wage increases over time are associated with higher worker employment, longer working hours and lower turnover. Promoting healthier work environments and preventing workplace accidents and illnesses can also reduce absenteeism, turnover, and poor worker health in LTC. Data also show that job satisfaction increases and turnover decreases when workers are given greater flexibility and control over their own work. Better use of

technology to help workers do their jobs and coordinate work is also key to increasing efficiency in the sector, especially in communicating with patients, identifying their needs, monitoring satisfaction with LTC, and improving data records. Many countries are also trying to improve the public understanding of the importance of LTC jobs through promotional campaigns.

As the situation in LTC varies from country to country, it is important to find out how Slovenian current and former LTC workers, students and unemployed people see the main employment factors and measures for LTC employment. The aim of the study was therefore to identify the main factors hindering and promoting employment in LTC and the measures needed to attract new workers and maintain staff satisfaction among students, the unemployed, employees and former employees in LTC.

Focus group interviews (N = 48) were conducted after the winter of 2022/2023. Results have shown that at the macro level, the fundamental inhibiting factor is the lack of social awareness of the importance of LTC, which manifests itself in the social neglect of LTC and of professions in the sector, the decades-long financial neglect of the sector, its financial under-provision and an outdated LTC system based on its institutionalisation. The main inhibiting factors are therefore the outdated HR norms of LTC, which lead to staff shortages, low wages, rigid and multi-shift working hours, and physical and psychological stress on staff. The rigid system of recruitment and promotion of LTC staff is also a problem. The organisational work in LTC involves too much bureaucratic work. A major weakness is education, which does not include enough content in the field of gerontology, intergenerational integration, and the promotion of volunteering, while the supervision of pupils and students is also poorly organised and rewarded. The employment of young people is also limited by the condition that in order to obtain a certificate as an NVQ social care worker at home five years of professional experience in working with people and the age of 21 are required. At the meso or facility level of LTC, the inhibiting factors are primarily poor management and the associated lack of resolution of current problems and motivation of staff, poor labour relations, limited opportunities for career advancement with a lack of additional training and scholarships.

The survey also found that job security and stable pay with recourse are the most important motivating factors. At the institutional level, encouraging factors are the good management of the institution, which solves problems on the fly, motivates staff, and enables them to develop their careers through the payment of tuition fees.

Measures are needed to raise the profile of professions in LTC; increase funding for LTC; change staffing norms; ensure competitive salaries; hire additional qualified people; ensure greater autonomy in work and the organisation of the working day; introduce benefits, such as shorter working hours and additional leave due to the complexity of the work; and improve working conditions, also by using technology. Regarding the employment of foreigners, an urgent measure to reduce the bureaucracy in employment is expected, although doubts have arisen about the success of their work due to the lack of language skills.

At the system level, more opportunities for employee education and training, on-the-job training and various training opportunities should be introduced to update employees' skills. Consideration should be given to changing the limit of the national vocational qualification, which requires five years of professional experience in working with people and the age of 21 for obtaining the Social Caregiver at Home certificate, because, on the one hand, this limits the work of young people, and, on the other hand, working with older people requires maturity and an understanding of the ageing processes. This age limit has been set to protect older people from the ignorance or immaturity of those involved in their care. In the field of education, it is necessary to ensure more enrolments in secondary and tertiary courses that include the field of gerontology; to expand the content in the field of gerontology, intergenerational integration, and volunteering at all levels of education. Educational action also includes better organisation of student practice, which should be paid, and rewarding mentors. At the meso level, measures to improve the working climate have been proposed. Facility and department managers are expected to create a supportive and respectful work environment by motivating staff through praise for good performance, awards and professional outings; encouraging professional development (e.g., by covering tuition fees); providing training for increased safety at work and introducing psychological support (e.g., anti-stress courses); encouraging open communication and collaboration in real-time problem solving; and supporting work-life balance.

A comparison with existing studies shows that most developed OECD countries have problems attracting and retaining nursing staff (European Association for Long-Term Care Nursing, 2018; American Health Care Association, 2020). However, other developed countries have started systemic interventions much earlier, so the problem of finding suitable staff is less pronounced. Our findings are consistent with the findings of existing studies that the shortage of qualified staff in the LTC sector requires immediate societal attention and action, such as setting appropriate staffing norms; introducing competitive wages and benefits/bonuses; greater autonomy for staff; opportunities for continuing education (payment of tuition fees); training and professional development; technological support; stress management programmes and counselling programmes to prevent occupational accidents and burnout; promoting a positive culture in the workplace; and active promotion to raise the profile of professions in LTC.

LITERATURA

1. Aloisio, L. D., Coughlin, M. in Squires, J. E. (2021). Individual and Organizational Factors of Nurses' Job Satisfaction in Long-Term Care: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 123, 104073. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104073>
2. American Health Care Association. (2020). *The Long-Term and Post-Acute Care Workforce: Challenges and Solutions*. Dostopno na: https://www.ahcancal.org/research_data/research/ltcworkforce (pridobljeno 28. 2. 2023).
3. Backhaus, R., Jochem, I., Reijnders - Paffen, H. idr. (2021). How to Position, Attract and Retain Registered Nurses in Nursing Homes: A Qualitative, Explorative Study. *Journal of Long-Term Care*, 192–200. <https://doi.org/10.31389/jltc.80>

4. Blindheim, K., Solberg, M., Hameed, I. A. idr. (2023). Promoting Activity in Long-Term Care Facilities With the Social Robot Pepper: a Pilot Study. *Informatics for Health & Social Care*, 48(2), 181–195. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu076>
5. Butler, S. S., Brennan - Ing, M., Wardamasky, S. idr. (2015). Determinants of Job Satisfaction and Turnover among Home Health Aides: Identifying the Unique Needs of a Growing Demographic. *The Gerontologist*, 55(4), 584–595. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu076>
6. Choi, J., Flynn, L. in Aiken, L. H. (2012). Nursing practice environment and registered nurses' job satisfaction in nursing homes'. *The Gerontologist*, 52(4), 484–492. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr101>
7. Eurofound (2020). Long-Term Care Workforce: Employment and Working Conditions, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Dostopno na: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions> (pridobljeno 28. 2. 2023).
8. European Association for Long-Term Care Nursing. (2018). The Shortage of Long-Term Care Staff in Europe: Causes, Consequences and Solutions. Dostopno na: <https://www.eanp.org/en/projects/ltc-staff-shortage-in-europe.html> (pridobljeno 28. 2. 2023).
9. European Public Servis Union (2022). Staff shortages in health increase across Europe. Dostopno na: <https://www.epsu.org/article/staff-shortages-health-increase-across-europe>.
10. Havig, A. K., Skogstad, A. in Veenstra, M. (2011). Job Satisfaction among Nursing Home Staff: A Literature Review. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 500–516. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01159.x>
11. Kerbler, B., Sendi, R. in Filipovič Hrast, M. (2017). Odnos starejših ljudi do doma in domačega bivalnega okolja. *Urbani izziv*, 28(2), 18–31. <https://doi.org/10.5379/urbani-izziv-2017-28-02-002>.
12. OECD. (2021a). Health at a Glance. OECD INDICATORS. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=164128013&id=id&accname=guest&checksum> (pridobljeno 28. 2. 2023).
13. OECD.(2021b) Who Cares? Attracting and Retaining Care for the Elderly. Dostopno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/92c0ef68-en/index.html?itemId=/content/publication/92c0ef68-en> (pridobljeno 28. 2. 2023).
14. Računsko sodišče RS (2019). Revizijsko poročilo 2019 Skrb: za tiste, ki zaradi starosti, duševne ali telesne prizadetosti potrebujejo pomoč drugih. Dostopno na: https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/Datoteke/Revizije/2019/KAM/KAM-2_RSP_RevizijskoP.pdf (pridobljeno 28. 2. 2023).
15. Ramovš, J. (2019). Integrirana dolgotrajna oskrba. *Kakovostna starost*, 22(3), 54–56.
16. Spasova, S., Beaten, R. in Vanhercke, B. (2018). Challenges in Long-Term Care in Europe. *Eurohealth Observer*, 24(4), 7–12.
17. World Health Organization. (2018). Long-Term Care for Older People. Dostopno na: <https://www.who.int/ageing/long-term-care/en/> (pridobljeno 28. 2. 2023).
18. Zakon o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji. (2021). Uradni list RS, št. 196/21 (9. 12. 2021). Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO762> (pridobljeno 28. 2. 2023).
19. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije (2021). Analiza razmer na trgu dela in kadrovska strategija na področju zdravstvene dejavnosti. Dostopno na: https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/09/Analiza_razmer_na_trgu_dela_in_predlog_politik_ter_ukrepov_kadrovske_strategije2.pdf (pridobljeno 28. 2. 2023).

Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih: presečna raziskava

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.143>

Izvirni znanstveni članek

UDK 616-083-024.14

KLJUČNE BESEDE: neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege, vzroki, medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege, delovne izkušnje

POVZETEK – Neizvedena zdravstvena nega je koncept, ki obsega zavedno ali nezavedno popolno opustitev izvedbe določenih aktivnosti zdravstvene nege, časovno preložitve izvedbe ali le delno izvedbo določene aktivnosti. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, katere so najpogostejše aktivnosti zdravstvene nege, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih ne izvedejo, ter kateri so najpogostejši vzroki za to. Presečna raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik »The MISSCARE Survey«, podatke pa smo zbrali s spletno anketo IKA. Anketo je v celoti izpolnilo 180 izvajalcev zdravstvene nege, ki imajo v povprečju več kot 10 let delovnih izkušenj. Ugotovili smo, da medicinske sestre najpogosteje ne izvedejo dokumentiranja vseh zahtevanih podatkov ($M = 1,86$, $SD = 1,21$), prav tako ne tudi tehniki zdravstvene nege ($M = 1,69$, $SD = 1,29$). Sodelujoči v raziskavi so kot najpomembnejši vzrok za neizvedeno zdravstveno nego navedli neustrezno število kadra ($M = 1,59$, $SD = 0,96$). Neizvedena zdravstvena nega lahko negativno vpliva na izide pacientovega zdravljenja, lahko povzroči neželene dogodke in zaplete.

Original scientific article

UDC 616-083-024.14

KEYWORDS: missed nursing activities, reasons, nurse, health technicians, work experience

ABSTRACT – Missed nursing care is a concept that includes the conscious or unconscious complete abandonment of the performance of certain nursing activities, postponement of the performance, or only partial performance of a certain activity. With the research, we wanted to find the most common nursing activities that nurses and nursing technicians in health and social care institutions missed, and the most common reasons for this. The cross-sectional research was based on a quantitative research approach. We used "The MISSCARE Survey" questionnaire to collect data, which we collected with IKA, the online research tool. The research was fully completed by 180 nursing care providers who have more than 10 years of work experience. We found that nurses most often missed documenting all the required data ($M = 1.86$, $SD = 1.21$); the same applies to nursing technicians ($M = 1.69$, $SD = 1.29$). The participants in the research cited an inadequate number of personnel ($M = 1.59$, $SD = 0.96$) as the most important reason for missed nursing care. Such nursing care can negatively affect the patient's health outcomes and cause adverse events and complications.

1 Uvod

Neizvedena zdravstvena nega je koncept, ki se nanaša na kateri koli vidik potrebne oskrbe pacienta, ki ni bila izvedena (deloma ali v celoti) ali je bila opravljena z zamudo (Kalisch idr., 2011). V literaturi najdemo različna poimenovanja koncepta

Prejeto/Received: 30. 8. 2022
Sprejeto/Accepted: 12. 4. 2023

Besedilo/Text © 2023 Avtor(ji)/The Author(s)
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

neizvedene zdravstvene nege – v angleškem jeziku npr. missed nursing care, care left undone, omission of nursing care, rationed nursing care (Kalisch idr., 2009; Zeleniková idr., 2019; Srulovici in Drach - Zahavy, 2017).

Fenomen neizvedene zdravstvene nege je prva identificirala avtorica Kalisch leta 2006, ko je izvedla kvalitativno raziskavo, s katero je želela ugotoviti, katere aktivnosti zdravstvene nege se pri pacientih v času hospitalizacije najpogosteje ne izvedejo. Ugotovila je, da so to: menjava položajev, ustna nega, hranjenje pacienta z zamudo, poučevanje pacienta, načrtovanje odpusta, dokumentiranje, osebna nega in nadzor. Ugotovljeni vzroki za to pa so bili pomanjkanje časa, pomanjkanje osebja za zdravstveno nego, slabo timsko delo in neučinkovito delegiranje nalog (Kalisch, 2006).

Z ozirom na to, da gre pri konceptu za nekaj, kar ni bilo opravljeno, koncept ni bil prepoznan kot pomemben. Zato tudi ni prišlo do poročanja o problemu in o nedoseganju standardov prakse zdravstvene nege (Kalisch idr., 2009), čeprav so raziskave kasneje pokazale, da neizvedena zdravstvena nega povzroča številne komplikacije pri pacientih, kot na primer infekcije in pljučnice, kar podaljša hospitalizacijo in povzroči kasnejši odpust ter poveča nezadovoljstvo pacientov z obravnavo (Kalisch in Xie, 2014; Lucero idr., 2010). Medicinske sestre se morajo v vsakodnevni praksi odločati o tem, kaj bodo izvedle in česa ne, kaj bodo izvedle z zamudo ali v zmanjšanem obsegu (Kalisch idr., 2009). Raziskovalci ugotavljajo, da je neizvajanje zdravstvene nege prisotno v vseh bolnišnicah, brez izjeme (Mynařikova idr., 2020). Na proces odločanja vplivajo individualne značilnosti medicinskih sester, in sicer: percepcija timskih in skupinskih norm, ocena pomembnosti posameznih aktivnosti zdravstvene nege pri različnih pacientih, za katere so odgovorne, njihove vrednote, stališča in prepričanja ter njihova vsakodnevna praksa (AHRQ, 2022). Krichbaum idr. (2007) so ugotovili naslednje razloge za neizvajanje zdravstvene nege: osebje (utrujenost, težave v družini), okolje (neustrezno delovno okolje, konflikti s sodelavci, nezaupanje, nespoštovanje), praksa (delegiranje nalog, dileme zaradi nasprotujočih si zahtev, prioritete pri izvajanju večjega števila nalog znotraj časovnega okvirja), sistemi (organizacijske spremembe, zahteve po dokumentiranju, finančna sredstva, kadrovanje, zakonske zahteve), menedžment (izkušnje menedžerjev, pomanjkanje znanja o tem, kaj medicinske sestre izvajajo, za učinkovito organiziranje dela, številne spremembe v vrhnjem menedžmentu, avtonomija in nadzor).

Konceptualni model neizvedene zdravstvene nege temelji na Donabedianovem modelu ocenjevanja kakovosti s strukturnim, procesnim in rezultatnim pristopom (Plevová idr., 2021) in je tesno povezan s pacientovo varnostjo (McMullen idr., 2017). Strukturni faktorji, ki vplivajo na neizvajanje zdravstvene nege, so: kadrovske viri (število, izobrazba, kompetence, delovne izkušnje zaposlenih), materialni viri (oprema, negovalni pripomočki, zdravila), timsko delo in komunikacija (med člani negovalnega tima, med medicinskimi sestrami in zdravniki, med medicinskimi sestrami in podpornim kadrom) (AHRQ, 2022). Procesni faktorji se nanašajo na izvajanje zdravstvene nege oziroma na neizvajanje (deloma, v celoti, z zamudo), rezultatni pa imajo direkten vpliv na zdravstveno stanje pacienta, njegovo zadovoljstvo ter tudi na zadovoljstvo medicinskih sester (Moreno - Monsiváis idr., 2015).

Wakefield (2014) navaja, da delovno okolje najmočneje vpliva na neizvajanje zdravstvene nege in med drugim vključuje tudi kadre, menedžment in vodenje, pomoč drugih medicinskih sester in zdravnikov ter sodelovanje pri odločanju. Bahun in Skela - Savič (2021) ugotavljata, da so kadrovske značilnosti (število, izobrazbena struktura), sociodemografske značilnosti, značilnosti delovnega okolja in timsko delo s komunikacijo glavni dejavniki neizvedene zdravstvene nege.

Glede na navedene strukturne faktorje, prisotne v času dela, morajo medicinske sestre postavljati prioritete pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege (AHRQ, 2022). Večje število neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in pomanjkanje kadra vplivajo na zmanjšanje varnosti pacientov (Sung - Hyun idr., 2020). Neizvedena zdravstvena nega vpliva na zdravstvene izide pacientov, na medicinske sestre in zdravstvene institucije (Dabney idr., 2019). Mynařikova idr. (2020) so v pregledu literature ugotovili, da neizvajanje zdravstvene nege povzroča bolnišnične okužbe, okužbe urinarnega trakta in pljučnice ter nastanek razjed zaradi pritiska, padce in napake pri izvajanju postopkov in posegov zdravstvene nege.

Posledice se kažejo v večjem številu neželenih dogodkov pri pacientih, kar povečuje stroške zdravstvene obravnave, v večjem nezadovoljstvu pacientov, morebitni višji stopnji smrtnosti (Mynařikova idr., 2020; Griffiths idr., 2018; Ambrosi idr., 2017), nezadovoljstvu medicinskih sester (Kalisch idr., 2011), njihovi povečani frustraciji in stresu (White idr., 2019) ter potrebi po spremembi delovnega mesta (Hosseini idr., 2022).

Neizvedena zdravstvena nega glede na konceptualni model predstavlja problem, saj medicinske sestre koordinirajo in izvajajo mnoge intervencije, ki jih predpišejo drugi. Medicinske sestre tudi načrtujejo, izvajajo in vrednotijo aktivnosti zdravstvene nege, ki jih same določijo, da bi omilile simptome bolezni in zadovoljile pacientove osnovne potrebe, ter promovirajo zdravje in poudarjajo pomen zdravljenja (AHRQ, 2022). Pojavlja se tudi vprašanje, katerim aktivnostim dajejo medicinske sestre prednost, morda le tistim, ki jih naroči zdravnik. Navedena teza še ni v zadostni meri raziskana (Wakefield, 2014).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti stanje neizvajanja zdravstvene nege pri nas in ugotoviti najpogostejše aktivnosti v zdravstveni negi, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki so zaposleni v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih, v vsakodnevni praksi najpogosteje ne izvedejo. Zanimali pa so nas tudi vzroki za neizvedeno zdravstveno nego.

2 Metoda

Izvedli smo presečno raziskavo, ki je potekala v marcu 2022.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Presečna raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije, kompilacije in sinteze. Podatke smo zbrali s spletno anketo 1KA. Dostop

do ankete smo posredovali na osebne elektronske naslove medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege iz osebne adrese visokošolskih učiteljev s prošnjo, da dostop do ankete po principu snežne kepe pošljejo naprej. Sodelujočim smo zagotovili anonimizacijo vseh osebnih podatkov, upoštevali smo tudi vsa etična načela raziskovanja.

2.2 Opis instrumenta

Za pridobivanje podatkov smo uporabili revidirani vprašalnik »The MISSCARE Survey« (Kalisch, 2006), za katerega smo pridobili avtoričino pisno soglasje za uporabo in smo ga metodološko ustrezno prevedli. Vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop vključuje splošna vprašanja o delovnem okolju in značilnostih dela, ki ga opravljajo medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ter vprašanja za pridobitev demografskih podatkov (20 vprašanj). Drugi sklop je namenjen proučevanju neizvedene zdravstvene nege – v njem je navedenih 25 aktivnosti zdravstvene nege, ki se izvajajo pri pacientu in so jih respondenti ocenjevali z ozirom na frekvenco izvajanja (vedno, pogosto, občasno, redko, nikoli). V tretjem sklopu je navedenih 22 vzrokov za neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege, ki se nanašajo na kadrovske vire, materialne vire in komunikacijo. Udeleženci so na štiristopenjski lestvici Likertovega tipa ugotavljali pomembnost posameznega vzroka za neizvedeno zdravstveno nego. Podali so lahko naslednje ocene: pomemben vzrok, zmeren vzrok, manjši vzrok, ni vzroka za neizvedeno zdravstveno nego.

2.3 Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo 180 medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, od tega 88,4 % žensk in 11,6 % moških. Udeleženci so bili v povprečju stari 41,7 leta (SD = 9,78 leta). 82 je bilo diplomiranih medicinskih sester, 26 tehnikov zdravstvene nege in 64 diplomiranih medicinskih sester, ki so zaposlene kot vodje tima zdravstvene nege, vodje enote, oddelka, ambulante in so vključene v izvajanje neposredne zdravstvene nege in imajo v povprečju več kot 10 let delovnih izkušenj na sedanjem delovnem mestu. Ostali demografski podatki so vidni v tabeli 1.

Tabela 1*Demografski podatki/Demographic Data*

<i>Demografske spremenljivke in ponujeni odgovori</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Mesto zaposlitve</i>		
bolnišnična dejavnost	104	57,5
primarna zdravstvena dejavnost	59	32,6
socialnovarstvena dejavnost	14	7,7
rehabilitacijska dejavnost	2	1,1
drugo (npr. patronaža)	2	1,1
<i>Najvišja stopnja izobrazbe</i>		
srednja izobrazba	33	18,2
višja strokovna izobrazba	4	2,2
visoka strokovna izobrazba	86	47,5
univerzitetna izobrazba	20	11,0
magistrski študij (2. bolonjska stopnja)	32	17,7
znanstveni magisterij	4	2,2
doktorat znanosti	2	1,1
<i>Stopnja izobrazbe medicinske sestre</i>		
zaključni izpit/matura v zdravstveni negi	34	18,8
diploma na višji/visoki strokovni stopnji	22	12,2
diploma v zdravstveni negi	72	39,8
diploma na specialističnem študiju	6	3,3
diploma izven zdravstvene nege	9	5,0
magisterij v zdravstveni negi	24	13,3
magisterij izven zdravstvene nege	12	6,6
doktorat izven zdravstvene nege	2	1,1
<i>Delovno mesto</i>		
tehniki zdravstvene nege	26	14,4
diplomirana medicinska sestra	82	45,6
diplomirana medicinska sestra, vodja tima zdravstvene nege	20	11,1
diplomirana medicinska sestra, vodja enote/oddelka/ambulance	35	19,4
pomočnica direktorja za zdravstveno nego v zavodu	9	5,0
drugo	8	4,4
<i>Delovna doba</i>		
do 6 mesecev	2	1,1
od 6 mesecev do 2 leti	5	2,8
2–5 let	15	8,3
5–10 let	21	11,7
več kot 10 let	137	76,1
<i>Delovna doba na trenutnem delovnem mestu</i>		
do 6 mesecev	10	5,6
od 6 mesecev do 2 leti	12	6,7
2–5 let	34	18,9

5–10 let	26	14,4
več kot 10 let	98	54,4
<i>Načrtovanje menjave delovnega mesta*</i>		
v naslednjih 6 mesecih	4	2,3
v naslednjem letu	26	14,7
tega ne načrtujem	147	83,1

Opomba: Pri označeni spremenljivki (*) so 4 manjkajoče vrednosti/There are 4 missing values in the variable

2.4 Opis obdelave podatkov

Za analizo podatkov smo uporabili deskriptivno statistiko ter Spearmanov koeficient korelacije za prikaz povezanosti spremenljivk.

3 Rezultati

Ugotovili smo, da medicinske sestre najpogosteje ne izvedejo naslednjih nalog: dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov ($M = 1,86$, $SD = 1,21$), čustvena podpora pacientu in/ali svojcem ($M = 2,05$, $SD = 1,11$) ter poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati ($M = 2,12$, $SD = 1,22$). Najredkeje pa ne izvedejo naslednjih nalog: pomoč pri vstajanju pacienta 3-krat na dan ($M = 3,57$, $SD = 1,47$), hranjenje pacienta, ko je hrana še topla ($M = 3,63$, $SD = 1,60$), in obračanje pacienta vsaki 2 uri ($M = 3,81$, $SD = 1,44$) (tabela 2).

Tabela 2

Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege medicinskih sester/Missed Nursing Care Activities – Registered Nurses

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Vedno</i> (1) v %	<i>Pogosto</i> (2) v %	<i>Občasno</i> (3) v %	<i>Redko</i> (4) v %	<i>Nikoli</i> (5) v %	<i>Mo</i>
Dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov.	82	1,86	1,21	56,1	20,7	8,5	9,8	4,9	1,00
Čustvena podpora pacientu in/ali svojcem.	82	2,05	1,11	39,0	32,9	15,9	8,5	3,7	1,00
Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati.	82	2,12	1,22	40,2	29,3	14,6	9,8	6,1	1,00
Merjenje vitalnih znakov po naročilu.	82	2,13	1,47	53,7	13,4	12,2	7,3	13,4	1,00
Oskrba rane, nega poškodovane kože.	81	2,30	1,57	50,6	13,6	7,4	12,3	16,0	1,00

Merjenje ravni sladkorja v krvi, kot je naročeno.	81	2,32	1,59	49,4	14,8	8,6	8,6	18,5	1,00
Ponovno ocenjevanje potreb pacienta glede na njegovo stanje.	82	2,39	1,46	37,8	25,6	12,2	8,5	15,9	1,00
Ocena učinkovitosti zdravil.	81	2,47	1,51	37,0	24,7	9,9	11,1	17,3	1,00
Udeležba na medpoklicnih sestankih.	81	2,48	1,22	24,7	29,6	27,2	9,9	8,6	2,00
Ocenjevanje potreb pacienta v vsaki delovni izmeni.	82	2,52	1,49	32,9	28,0	11,0	9,8	18,3	1,00
Umivanje rok.	82	2,61	1,65	42,7	11,0	11,0	13,4	22,0	1,00
Ocena vbodnega mesta IV centralnega katetra glede na strokovni standard ustanove.	81	2,68	1,64	39,5	12,3	12,3	12,3	23,5	1,00
Ustrezen nadzor nad zmedenimi/ poškodovanimi pacienti.	81	2,81	1,64	35,8	11,1	14,8	12,3	25,9	1,00
Odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulante v roku 5 minut.	81	2,89	1,70	34,6	14,8	8,6	11,1	30,9	1,00
Apliciranje po potrebi predpisanega zdravila na prošnjo pacienta v 15 minutah.	81	2,89	1,70	35,8	12,3	8,6	13,6	29,6	1,00
Aplikacija zdravila v času 30 minut pred ali po predpisanem času.	81	2,99	1,67	29,6	17,3	9,9	11,1	32,1	5,00
Spremljanje vnosa tekočine in hrane ter izločanja.	81	3,12	1,65	24,7	19,8	8,6	12,3	34,6	5,00
Pomoč pacientu pri potrebah odvajanja v 5 minutah po zaprosilu.	81	3,18	1,65	23,5	19,8	8,6	11,1	37,0	5,00
Načrtovanje odpusta in poučevanje pacienta.	82	3,19	1,64	22,0	22,0	7,3	12,2	36,6	5,00
Serviranje hrane pacientu, ki se hrani sam.	81	3,44	1,73	28,4	4,9	6,2	14,8	45,7	5,00

Nega ustne votline.	81	3,44	1,59	17,3	18,5	8,6	13,6	42,0	5,00
Kopanje pacienta, nega kože.	81	3,51	1,53	14,8	17,3	11,1	16,0	40,7	5,00
Pomoč pri vstajanju pacienta trikrat na dan.	81	3,57	1,47	13,6	14,8	12,3	19,8	39,5	5,00
Hranjenje pacienta, ko je hrana še topla.	81	3,63	1,60	18,5	11,1	7,4	14,8	48,1	5,00
Obračanje pacienta vsaki 2 uri.	81	3,81	1,44	11,1	11,1	13,6	13,6	50,6	5,00

Legenda: N – število, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, Mo – modus/N – Number, M – Arithmetic Mean, SD – Standard Deviation, Mo – Mode

Tudi tehniki zdravstvene nege najpogosteje ne dokumentirajo vseh zahtevanih podatkov (M = 1,69, SD = 1,29), ne oskrbijo rane in ne negujejo poškodovane kože (M = 1,73, SD = 1,04) ter prav tako ne nudijo čustvene podpore pacientu in/ali svojcem (M = 1,88, SD = 0,99). Najredkeje pa ne izvedejo naslednjih nalog: obračanje pacienta vsaki 2 uri (M = 3,19, SD = 1,52), nega ustne votline (M = 3,35, SD = 1,62) in načrtovanje odpusta ter poučevanje pacienta (M = 3,36, SD = 1,63). Ostali podatki so razvidni v tabeli 3.

Tabela 3

Neizvedene aktivnosti zdravstvene nege tehnikov zdravstvene nege/Missed Nursing Care Activities – Nursing Technicians

	N	M	SD	Vedno (1) v %	Pogosto (2) v %	Občasno (3) v %	Redko (4) v %	Nikoli (5) v %	Mo
Dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov.	26	1,69	1,29	73,1	3,8	11,5	3,8	7,7	1,00
Oskrba rane, nega poškodovane kože.	26	1,73	1,04	61,5	11,5	19,2	7,7	0,0	1,00
Čustvena podpora pacientu in/ali svojcem.	26	1,88	0,99	42,3	38,5	7,7	11,5	0,0	1,00
Merjenje vitalnih znakov po naročilu.	26	2,04	1,31	50,0	19,2	15,4	7,7	7,7	1,00
Umivanje rok.	26	2,19	1,63	57,7	7,7	11,5	3,8	19,2	1,00
Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati.	25	2,20	1,32	40,0	28,0	12,0	12,0	8,0	1,00
Merjenje ravnih sladkorja v krvi, kot je naročeno.	26	2,27	1,43	46,2	11,5	23,1	7,7	11,5	1,00

Ustrezen nadzor nad zmedenimi/poškodovanimi pacienti.	25	2,28	1,51	44,0	24,0	8,0	8,0	16,0	1,00
Ponovno ocenjevanje potreb pacienta glede na njegovo stanje.	26	2,58	1,50	34,6	15,4	26,9	3,8	19,2	1,00
Hranjenje pacienta, ko je hrana še topla.	25	2,68	1,82	44,0	16,0	0,0	8,0	32,0	1,00
Udeležba na medpoklicnih sestankih.	26	2,69	1,44	23,1	30,8	19,2	7,7	19,2	2,00
Ocenjevanje potreb pacienta v vsaki delovni izmeni.	26	2,73	1,56	30,8	19,2	19,2	7,7	23,1	1,00
Aplikacija zdravila v času 30 minut pred ali po predpisanem času.	26	2,77	1,77	42,3	7,7	11,5	7,7	30,8	1,00
Apliciranje po potrebi predpisanega zdravila na prošnjo pacienta v 15 minutah.	26	2,77	1,70	38,5	11,5	11,5	11,5	26,9	1,00
Serviranje hrane pacientu, ki se hrani sam.	26	2,85	1,91	50,0	0,0	0,0	15,4	34,6	1,00
Odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulante v roku 5 minut.	26	2,88	1,86	42,3	7,7	7,7	3,8	38,5	1,00
Pomoč pacientu pri potrebah odvajanja v 5 minutah po zaprosilu.	25	2,96	1,69	28,0	20,0	16,0	0,0	36,0	5,00
Spremljanje vnosa tekočine in hrane ter izločanja.	25	3,04	1,67	28,0	16,0	12,0	12,0	32,0	5,00
Ocena učinkovitosti zdravil.	25	3,04	1,74	32,0	12,0	12,0	8,0	36,0	5,00
Pomoč pri vstajanju pacienta trikrat na dan.	26	3,08	1,65	23,1	23,1	11,5	7,7	34,6	5,00
Kopanje pacienta, nega kože.	26	3,08	1,74	26,9	23,1	3,8	7,7	38,5	5,00
Ocena vbodnega mesta IV centralnega katetra glede na strokovni standard ustanove.	26	3,15	1,69	26,9	15,4	7,7	15,4	34,6	5,00

Obračanje pacienta vsaki 2 uri.	26	3,19	1,52	15,4	23,1	23,1	3,8	34,6	5,00
Nega ustne votline.	26	3,35	1,62	15,4	26,9	7,7	7,7	42,3	5,00
Načrtovanje odpusta in poučevanje pacienta.	25	3,36	1,63	16,0	24,0	12,0	4,0	44,0	5,00

Legenda: N – število, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, Mo – modus/ Legend: N – Number, M – Arithmetic Mean, SD – Standard Deviation, Mo – Mode

Sodelujoči v raziskavi so kot najpomembnejši vzrok za neizvedeno zdravstveno nego navedli neustrezno število kadra ($M = 1,59$, $SD = 0,96$), nepričakovano povečanje števila pacientov v enoti/oddelku/ambulantni ($M = 1,79$, $SD = 1,07$) ter nujno stanje pacienta (npr. poslabšanje) ($M = 1,88$, $SD = 1,17$). Na neizvajanje zdravstvene nege pa najmanj vplivata naslednja vzroka: zdravila, ki niso bila na voljo, ko so bila potrebna ($M = 2,46$, $SD = 1,10$), ter da drugi oddelki niso izvajali potrebne oskrbe ($M = 2,48$, $SD = 1,06$). Ostali vzroki za neizvedeno zdravstveno nego so navedeni v tabeli 4.

Tabela 4

Najpomembnejši vzroki za neizvedeno zdravstveno nego/The main causes of missed nursing care

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Pomemben vzrok (1) v %</i>	<i>Zmeren vzrok (2) v %</i>	<i>Manjši vzrok (3) v %</i>	<i>Ni vzroka za neizvedeno nego (4) v %</i>	<i>Mo</i>
Neustrezno število kadra.	169	1,59	0,96	66,3	17,8	7,1	8,9	1,00
Nezadostno število drugega kadra v enoti/oddelku/ambulantni (npr. zdravstveni tehniki, bolničarji, negovalci, administratorji).	167	1,68	0,98	59,9	21,6	9,6	9,0	1,00
Nepričakovano povečanje števila pacientov v enoti/oddelku/ambulantni.	162	1,79	1,07	56,8	19,8	11,1	12,3	1,00
Nujno stanje pacienta (npr. poslabšanje).	167	1,88	1,17	57,5	14,4	10,8	17,4	1,00
Čustvena in fizična izčrpanost.	164	1,88	1,04	48,8	25,0	15,2	11,0	1,00
Zaradi bolniških odsotnosti, dopustov in drugih opravičljivih razlogov ni bilo na voljo dovolj kadra.	163	1,93	1,07	47,2	25,2	14,7	12,9	1,00

Neenakomerno število aktivnosti zdravstvene nege pri pacientih.	164	1,96	0,96	37,8	37,8	14,6	9,8	1,00
Povečanje števila sprejemov in odpustov v enoti/oddelku/ambulantni.	164	2,00	1,06	42,7	27,4	17,1	12,8	1,00
Motnje/večopravilnost.	165	2,01	1,04	42,4	24,2	23,0	10,3	1,00
Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z zdravstvenim osebjem.	164	2,05	1,05	41,5	22,0	26,2	10,4	1,00
Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji z drugimi enotami/oddelki/ambulantami.	164	2,06	1,04	39,6	25,6	23,8	11,0	1,00
Komunikacijski šumi ali prekinitev v komunikaciji znotraj tima zdravstvene nege.	165	2,10	1,07	40,6	20,0	27,9	11,5	1,00
Pomanjkanje podpore s strani članov tima.	165	2,22	1,13	37,0	21,8	23,0	18,2	1,00
Neustrezna podpora s strani vodij.	165	2,26	1,18	39,4	15,8	24,2	20,6	1,00
Tehniki zdravstvene nege niso sporočili, da zdravstvena nega ni bila izvedena.	164	2,26	1,18	39,0	15,9	25,0	20,1	1,00
Neustrezen nadzor nad izvajalci zdravstvene nege.	164	2,26	1,10	32,9	25,0	25,0	17,1	1,00
Pripomočki/oprema niso bili na voljo, ko so bili potrebni.	165	2,31	1,06	30,3	23,0	32,1	14,5	3,00
Pripomočki/oprema niso ustrezno delovali.	165	2,35	1,04	28,5	22,4	35,2	13,9	3,00
Neustrezna predaja dela med delovnimi izmenami ali pri predaji pacienta.	166	2,36	1,06	27,1	27,7	27,7	17,5	2,00
Pomanjkanje namigov/opozoril.	164	2,41	1,04	23,8	28,7	29,9	17,7	3,00

Zdravila niso bila na voljo, ko so bila potrebna.	166	2,46	1,10	25,9	24,1	28,3	21,7	3,00
Drugi oddelki niso izvajali potrebne oskrbe (npr. fizioterapija ni potekala).	165	2,48	1,06	23,0	26,1	30,3	20,6	3,00

Legenda: N – število, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, Mo – modus/N – Number, M – Arithmetic Mean, SD – Standard Deviation, Mo – Mode

S Spearmanovim koeficientom korelacije, ki prikazuje povezanost dveh spremenljivk, v našem primeru delovne izkušnje na delovnem mestu medicinske sestre in tehnika zdravstvene nege ter aktivnosti zdravstvene nege, smo ugotovili, da več kot imajo izvajalci zdravstvene nege delovnih izkušenj, redkeje ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege in nasprotno, manj kot imajo delovnih izkušenj, pogosteje ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege. Navedena povezanost je statistično pomembna pri naslednjih aktivnostih zdravstvene nege: merjenje vitalnih znakov po naročilu ($p = 0,018$), merjenje ravni krvnega sladkorja v krvi ($p = 0,045$) in odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulante v roku petih minut ($p = 0,006$) (tabela 5).

Tabela 5

Povezanost med izkušnjami na sedanjem delovnem mestu in neizvedeno zdravstveno nego/The Link between Experience in the Current Workplace and Missed Nursing Care

Aktivnosti zdravstvene nege	Delovne izkušnje na sedanjem delovnem mestu		
	Spearman's ρ	p	N
Pomoč pri vstajanju pacienta trikrat na dan.	0,021	0,778	178
Obračanje pacienta vsaki 2 uri.	-0,063	0,400	178
Hranjenje pacienta, ko je hrana še topla.	-0,072	0,340	177
Serviranje hrane pacientu, ki se hrani sam.	0,017	0,817	178
Aplikacija zdravila v času 30 minut pred ali po predpisanem času.	0,066	0,382	178
Merjenje vitalnih znakov po naročilu.	0,177*	0,018	179
Spremljanje vnosa tekočine in hrane ter izločanja.	0,075	0,320	177
Dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov.	0,098	0,194	179
Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati.	-0,062	0,413	178
Čustvena podpora pacientu in/ali svojcem.	0,041	0,584	179
Kopanje pacienta, nega kože.	0,010	0,899	177
Nega ustne votline.	-0,023	0,757	178

Umivanje rok.	0,092	0,220	178
Načrtovanje odpusta in poučevanje pacienta.	-0,084	0,268	177
Merjenje ravnih sladkorja v krvi, kot je naročeno.	0,151*	0,045	178
Ocenjevanje potreb pacienta v vsaki delovni izmeni.	-0,026	0,727	177
Ponovno ocenjevanje potreb pacienta glede na njegovo stanje.	-0,010	0,894	179
Ocena vbojnega mesta IV centralnega katetra glede na strokovni standard ustanove.	-0,008	0,912	177
Odziv na svetlobni in zvočni signal ali pacientovo trkanje na vrata ambulate v roku 5 minut.	0,207**	0,006	177
Apliciranje po potrebi predpisanega zdravila na prošnjo pacienta v 15 minutah.	0,017	0,826	178
Ocena učinkovitosti zdravil.	0,013	0,860	176
Udeležba na medpoklicnih sestankih.	0,113	0,133	178
Pomoč pacientu pri potrebah odvajanja v 5 minutah po zaprosilu.	0,001	0,994	177
Oskrba rane, nega poškodovane kože.	0,075	0,317	178
Ustrezen nadzor nad zmedenimi/poškodovanimi pacienti.	0,038	0,614	177

4 Razprava

Z našo raziskavo smo ugotovili, katere so najpogostejše aktivnosti zdravstvene nege, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege ne izvedejo v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih, ter vzroke za to.

Ugotovili smo tudi, da več kot imajo izvajalci zdravstvene nege delovnih izkušenj, redkeje ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege. Podobno ugotavljajo tudi Phelan, McCarthy in Adams (2018), ki so med 458 medicinskimi sestrami na Irskem ugotovili, da več aktivnosti zdravstvene nege ne izvedejo tisti, ki imajo manj kot pet let delovnih izkušenj. Tudi ugotovitve raziskave avtorja Hosseini idr. (2022) med 135 medicinskimi sestrami v Iranu so pokazale, da medicinske sestre z več kot desetimi leti delovnih izkušenj izvajajo zdravstveno nego bolje, saj tiste z manj delovnimi izkušnjami večkrat ne izvedejo aktivnosti zdravstvene nege.

Poučevanje pacienta v povezavi z boleznijo, preiskavami in diagnostičnimi rezultati je ena izmed aktivnosti, ki jo medicinske sestre, ki so sodelovale v naši raziskavi, najpogosteje ne izvedejo. Podobno ugotavljajo Moreno - Monsiváis idr. (2015) in menijo, da je poučevanje zelo pomembna aktivnost, ki bi morala biti prioriteta pri medi-

cinskih sestrah, saj pacientom pomaga izboljšati sodelovanje z njimi in jim omogoča sprejemati odločitve glede zdravstvene nege na podlagi podanih informacij.

Ena izmed ugotovitev naše raziskave je, da tako medicinske sestre kot tudi tehniki zdravstvene nege ne nudijo čustvene podpore pacientu in/ali svojcem. Enako ugotavljajo Plevová idr. (2021) ter Moreno - Monsiváis idr. (2015). AHRQ (2022) navaja rezultate sistematičnega pregleda 42 raziskav, v katerih je od 55 do 98 % medicinskih sester, vključenih v raziskave, poročalo o neizvedenih aktivnostih zdravstvene nege. Kot najpogosteje neizvedeno aktivnost pa so prav tako navedli neizvajanje čustvene podpore pacientu in/ali svojcem. Tudi Moreno - Monsiváis idr. (2015) so med 160 medicinskimi sestrami, ki so bile vključene v raziskavo, ugotovili, da čustvena podpora ni nudena v obsegu 21,3 % v okviru vseh neizvedenih aktivnosti.

Po mnenju pacientov medicinske sestre ne izvajajo potrebnih aktivnosti zaradi potrebe po dokumentiranju vseh zahtevanih podatkov (Moreno - Monsiváis idr., 2015), saj kar 25 % delovnega časa porabijo za dokumentiranje (McNair idr., 2016). V naši raziskavi pa smo ugotovili, da je prav dokumentiranje vseh zahtevanih podatkov med najpogosteje neizvedenimi aktivnostmi tako s strani medicinskih sester kot tudi tehnikov zdravstvene nege.

Skoraj polovica medicinskih sester in polovica tehnikov zdravstvene nege, vključenih v raziskavo, ne izvede merjenja krvnega sladkorja v krvi, kot je naročeno, za razliko od ugotovitev raziskave avtorja Hosseini idr. (2022), v kateri ugotavljajo prav nasprotno, in sicer da se medicinske sestre zavedajo pomena izvedbe navedene aktivnosti ob določenem času.

Medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki so sodelovali v naši raziskavi, izvedbo aktivnosti obračanja pacienta vsaki dve uri opustijo najredkeje. Medicinske sestre tudi najredkeje ne izvedejo naloge pomoči pri vstajanju pacienta 3-krat na dan. Do nasprotnih rezultatov so prišli raziskovalci Plevová idr. (2021) ter Villamin idr. (2019), ki navajajo, da je pomoč pri vstajanju najpogosteje neizvedena aktivnost.

V bolnišnicah na jugozahodu ZDA je kar 94 % medicinskih sester (N = 233) poročalo, da vsaj ena izmed aktivnosti zdravstvene nege ni izvedena pogosto ali celo vedno. V 36 % ni izvedena ustna nega (Smith idr., 2018), ki pa se v naši raziskavi ni izkazala za problematično aktivnost z vidika neizvedene zdravstvene nege.

Medicinske sestre (N = 2917), zaposlene na 401 kirurškem oddelku v 46 splošnih bolnišnicah v Angliji, so v 86 % poročale, da najpogosteje ne poučujejo pacientov, se z njimi ne pogovarjajo in ne posodobijo načrta zdravstvene nege. Neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege je povezano s številom pacientov, ki jih obravnava medicinska sestra (Ball idr., 2014).

Najpogostejši vzrok za neizvedeno zdravstveno nego, ki smo ga v naši raziskavi ugotovili, je neustrezno število kadra. Podobno ugotavljajo tudi Hosseini idr. (2022), saj je neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege povezano tako s številom kadra kot s pomanjkanjem časa za izvajanje potrebne zdravstvene nege. Avtorica Filej (2020), ki je izvedla kvalitativno raziskavo med 23 študenti izrednega študija na različnih magistrskih študijskih programih, je prav tako ugotovila, da so vzroki za neizvedeno zdra-

vstveno nego v nezadostnem številu medicinskih sester, njihovi preobremenjenosti, pomanjkanju časa in hitenju pri obravnavi pacientov, njihovi utrujenosti in pozabljanju, kar posledično daje vtis, da imajo slabše znanje. Tudi Cho idr. (2020) so ugotovili povezanost med večjim številom neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege in manjšim številom kadra, kar vpliva na manjše zadovoljstvo pacientov in nižjo stopnjo kakovosti zdravstvene nege. Kot ugotavlja AHRQ (2022), imajo enote z boljšo kadrovsko zasedbo nižjo stopnjo neizvedene zdravstvene nege, kar pomeni, da je potrebno tam, kjer prihaja do neizvajanja aktivnosti zdravstvene nege, preveriti potrebe po kadru oz. povečati število kadra. Navajajo pa tudi, da navedena hipoteza v ZDA še ni bila testirana.

Kot ugotavljamo v raziskavi, je drugi najpomembnejši vzrok za neizvajanje zdravstvene nege nezadostno število drugega kadra v enoti in tretji nepričakovano povečanje števila pacientov, sledi nujno stanje pacienta (npr. poslabšanje zdravstvenega stanja). Hosseini idr. (2022) ugotavljajo kot drugi vzrok nujno zdravstveno stanje pacienta in kot tretji neenakomerno število aktivnosti zdravstvene nege pri pacientih.

Neizvedena zdravstvena nega je lahko razlog za poročanje o zmanjšani kakovosti zdravstvene nege, o manjšem zadovoljstvu pacientov, povečanju števila neželenih dogodkov, zmanjšanjem zadovoljstvu na delovnem mestu ter za povečano namero odhoda iz poklica (Jones idr., 2015). Rezultati naše raziskave so pokazali, da kljub številnim vzrokom za neizvajanje zdravstvene nege 83,1 % sodelujočih v raziskavi sploh ne načrtuje menjave delovnega mesta.

Moreno - Monsiváis idr. (2015) navajajo mnenje Svetovne zdravstvene organizacije, da je najpomembnejši vidik varnosti pacientov njihova zaščita pred povzročitvijo škode v času njihove obravnave. Zato je danes zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege in zagotavljanje varnosti pacientov največji izziv medicinskim sestram (Moreno - Monsiváis idr., 2015). Medicinske sestre dojemajo varnost pacientov kot enega izmed faktorjev zadovoljstva s svojim delom (Plevová idr., 2021).

Raziskava ima seveda nekaj omejitev: razmeroma majhen vzorec, kar pomeni, da rezultatov ne moremo posplošiti; nikalno zastavljena vprašanja, kar lahko povečuje težave z razumevanjem vprašanja in posledično otežuje tudi interpretacijo; izvedba raziskave v času pandemije covid-19, ki je močno vplivala na delovne obremenitve medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege ter razkrila velike potrebe po kadrovski okrepitvi. Vprašalnik je bil sicer metodološko ustrezno preveden, vendar nekatere aktivnosti, ki so navedene v vprašalniku kot možne, da se ne izvedejo, niso v skladu s kompetencami medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege pri nas. Bahun in Skela - Savič (2021) poudarjata, da se kompetence izvajalcev zdravstvene nege na različnih izobrazbenih ravneh med državami razlikujejo, še posebej, če jih primerjamo z državami izven Evropske unije.

Vsekakor pa raziskava nudi pomemben vpogled tudi v morebitne vzroke nezadovoljstva pacientov, pomanjkanja pripravljenosti sodelovanja med člani timov in vzroke za negativne izide zdravljenja. S tega vidika je predvsem zanimivo neizvajanje aktivnosti čustvene podpore pacientu in/ali svojcem. To, da se pacienti ne počutijo slišane in da izvajalci zdravstvene nege nimajo možnosti razbremenitve v tako stresni situaciji, kot

je ogroženost našega zdravja in varnosti, namreč pomembno vpliva na zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom in na potrebno sodelovanje zdravstvenih strokovnjakov.

5 Zaključek

Neizvedena zdravstvena nega ni le globalni zdravstveni problem, temveč postaja problem tudi v slovenskem zdravstvu. Z raziskavo smo ugotovili najpogostejše aktivnosti, ki jih medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege pri svojem delu ne izvedejo, in najpomembnejše vzroke za to. Kljub kadrovskim, materialnim in organizacijskim težavam, ki so prisotne v našem zdravstvenem sistemu, je pozitivno to, da manj kot petina izvajalcev zdravstvene nege, kljub pomanjkanju kadra, ne načrtuje menjave delovnega mesta. Zavedati pa se moramo, da neizvajanje zdravstvene nege vpliva na kakovost in varnost pacientov, na njihovo nezadovoljstvo, ker jim niso zadovoljene njihove osnovne potrebe po zdravstveni negi, in na njihovo zaupanje v celoten zdravstveni sistem.

Bojana Filej, PhD, Mojca Poredoš, PhD, Tamara Štemberger Kolnik, PhD, Andreja Ljubič, Boris Miha Kaučič, PhD

Missed Nursing Activities in Health and Social Care Institutions: A Cross-Sectional Study

The concept of missed nursing care refers to nursing activities that nurses consciously or unconsciously fail to perform, perform only partially, or perform late (Kalisch et al., 2011). Kalisch was the first to identify the phenomenon of missed nursing care in 2006 when she conducted a qualitative study and indicated that nursing activities are missed due to nursing shortages, poor teamwork, and ineffective delegation of tasks (Kalisch, 2006).

The concept was not recognised as important, and therefore it was not presented as a problem because the standard of nursing care was not achieved (Kalisch et al., 2009). Later studies have shown that missed nursing care causes many complications in patients, resulting in longer hospital stays, higher costs, and impaired patient satisfaction with health treatment (Kalisch and Xie, 2014; Lucero et al., 2010). Mynařikova et al. (2020) state that missed nursing care is present in all hospitals.

In the literature, we find different names for the concept of missed nursing care – in the English language, e.g., missed nursing care, care left undone, omission of nursing care, rationed nursing care (Kalisch et al., 2009; Zeleníková et al., 2019; Srulovici and Drach - Zahavy, 2017).

The concept of missed nursing care is based on the Donabedian quality assessment model with the structure, process and outcome approach (Plevová et al., 2021). The

structural factors influencing missed nursing care are: personnel resources (number, education, competence, work experience of employees); material resources (equipment, nursing aids, medicines); teamwork and communication (among members of the nursing team, between nurses and doctors, among nurses and the support staff). Based on the listed structural factors present during work, nurses must prioritise the performance of nursing activities (AHRQ, 2022). The process factors are related to performing or omitting nursing care, while the outcome factors concern the health status of the patient, his/her satisfaction with the care and the satisfaction of nurses (Moreno - Monsiváis et al., 2015). Missed nursing care affects patients' health outcomes (Dabney et al., 2019), reduces their safety (Sung - Hyun et al., 2020), increases the number of adverse events in patients, increases patient dissatisfaction, and increases the mortality rate (Mynařikova et al., 2020; Griffiths et al., 2018; Ambrosi et al., 2017). It also affects the dissatisfaction of nurses (Kalisch et al., 2011), increasing their frustration and stress (White et al., 2019).

The aim of the study was to identify the most common nursing activities that nurses and nursing technicians employed in health and social care institutions most often fail to perform in their daily practice, and to determine the causes of missed nursing care.

A total of 180 nurses and nursing technicians participated in the study, of whom 88.4% were women and 11.6% were men. Participants were on average 41.7 years old ($SD = 9.78$ years) and had on average more than 10 years of work experience in their current position.

The study was based on a quantitative research approach. The data were collected using the questionnaire "The MISSCARE Survey" (Kalisch, 2006) with the IKA online survey tool. The author's written consent was obtained for the use of the questionnaire. The questionnaire consists of three chapters: work environment, work characteristics and demographic data (20 questions); missed nursing activities (25 activities are listed); reasons for missed nursing care (22 reasons are listed).

We found that nurses most often do not perform the following tasks: documenting all the required data; providing emotional support to the patient and/or relatives; and educating the patient about the disease, examinations and diagnostic results. They rarely fail to perform the following tasks: helping the patient get up 3 times a day; feeding the patient while the food is still warm; and turning the patient every 2 hours. Similarly, nursing technicians most often do not document all the required data; they do not take care of the wound or care for damaged skin; likewise, they do not provide emotional support to the patient and/or relatives. They rarely fail to perform the following tasks: turning the patient every 2 hours; oral cavity care; discharge planning; and patient education. The participants in the research cited an inadequate number of personnel, an unexpected increase in the number of patients in the unit/department/clinic, and an emergency patient condition (e.g., deterioration) as the most important reasons for missed nursing care. Using the Spearman correlation coefficient, which shows the connection between two variables, in our case work experience of a nurse and nursing technician and nursing activities, we found that nursing practitioners who have work experience will less often fail to perform nursing activities and, on the

contrary, less work experience means that they will more often fail to perform nursing activities. The mentioned correlation is statistically significant in the following nursing activities: vital sign measurement as requested ($p = 0.018$); measuring blood sugar levels ($p = 0.045$); and responding to a light and sound signal or to the patient knocking on the clinic's door within five minutes ($p = 0.006$).

Our research shows the most common nursing activities that nurses and nursing technicians fail to perform, the reasons for not performing them, and that the more work experience nursing providers have, the less frequently they fail to perform nursing activities. Phelan et al. (2018) note that the percentage of missed nursing activities is higher in employees with fewer than five years of work experience.

One of the activities that participants in the research most often fail to perform is educating the patient about the disease, examinations and diagnostic results, although Moreno - Monsiváis et al. (2015) believe that educating is a very important activity that should be a priority, as it allows patients to make informed decisions about nursing care. Our research also showed insufficient emotional support provided to the patient and/or relatives. Plevová et al. (2021), Moreno - Monsiváis et al. (2015), AHRQ (2022) have reached the same conclusions. Nurses and nursing technicians rarely fail to perform the task of turning the patient every two hours, and nurses also rarely fail to perform the task of helping the patient get up three times a day. The researchers Plevová et al. (2021) and Villamin et al. (2019) have obtained opposite results. They state that assistance in getting up is the most frequently unperformed activity.

In hospitals in the Southwestern United States, researchers surveyed 233 nurses and reported that oral care was not performed in 36% (Smith et al., 2018), which in our study did not prove to be a problematic activity from the point of view of missed nursing care.

According to patients' opinions, nurses do not perform the required nursing activities because of documentation (Moreno - Monsiváis et al., 2015), which takes up 25% of their working time (McNair et al., 2016). We found that documentation is one of the most frequently missed nursing activities.

The most common cause of missed nursing care, also found in our survey, is inadequate staffing, as has also been noted by Filej (2020), Cho et al. (2020) and AHRQ (2022). The second reason for missed nursing care is the insufficient number of other staff, while the third is an unexpected increase in patients and the deterioration of their health. Hosseini et al. (2022) also found the reason of missed nursing care to be an unequal number of nursing activities and emergency situations among patients.

Of course, our research has some limitations: a relatively small sample which makes it difficult to generalise; questions asked in negative terms, which can increase problems with understanding the question and, as a result, making interpretation difficult; carrying out a survey during the Covid-19 pandemic, which had a significant impact on the workloads of nurses and nursing technicians and revealed a great need for adequate staffing levels.

We need to be aware that missed nursing care has an impact on the quality and safety of patients, on their satisfaction with and trust in the entire healthcare system. For this reason, quality assurance and safety are one of the greatest challenges of nurses today and are related to their satisfaction with their own work.

LITERATURA

1. AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). Missed Nursing Care. Dostopno na: <https://psnet.ahrq.gov/primer/missed-nursing-care> (pridobljeno 10. 5. 2022).
2. Ambrosi, E., De Togni, S., Guarnier, A. idr. (2017). In-Hospital Elderly Mortality and Associated Factors in 12 Italian Acute Medical Units: Findings From an Exploratory Longitudinal Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(3), 517–527. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0576-8>
3. Bahun, M. in Skela - Savič, B. (2021). Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 42–51. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3061>
4. Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M. idr. (2014). Care Left Undone during Nursing Shifts: Associations with Workload and Perceived Quality of Care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116–125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
5. Cho, S. H., Lee, J. Y., You, S. J. idr. (2020). Nurse Staffing, Nurses Prioritization, Missed Care, Quality of Nursing Care, and Nurse Outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12803. <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
6. Dabney, B. W., Kalisch, B. J. in Clark, M. (2019). A Revised MISSCARE Survey: Results from Pilot Testing. *Applied Nursing Research*, 50, 151202. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151202>
7. Filej, B. (2020). Vzroki za opuščanje izvajanja zdravstvene nege. V: Kregar Velikonja, N. (ur.). *Celostna obravnava pacienta* (str. 20–25). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
8. Griffiths, P., Recio - Saucedo, A., Dall’Ora, C. idr. (2018). The Association Between Nurse Staffing and Omissions in Nursing Care: A Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
9. Hosseini, Z., Raisi, L., Maghari, A. H. idr. (2022). Missed Nursing Care in the Covid-19 pandemic in Iran. *International Journal of Nursing Knowledge*, 1–6. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12390>
10. Jones, T. L., Hamilton, P. in Murry, N. (2015). Unfinished Nursing Care, Missed Care, and Implicitly Rationed Care: State of the Science Review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
11. Kalisch, B. J. (2006). Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
12. Kalisch, B. J. in Xie, B. (2014). Errors of omission. *Western Journal of Nursing Research*, 367, 875–890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
13. Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. in Hinshaw, A. S. (2009). Missed Nursing Care: a Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
14. Kalisch, B. J., Tschannen, D. in Lee, K. H. (2011). Do Staffing Levels Predict Missed Nursing Care? *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), 302–308. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr009>
15. Krichbaum, K., Diemert, C., Jacox, L. idr. (2007). Complexity Compression: Nurses under Fire. *Nurse Forum*, 42(2), 86–94. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00071.x>
16. Lucero. R. J., Lake, E. T. in Aiken, L. H. (2010). Nursinf Care Quality and Adverse Events in US Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2185–2195. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x>
17. McMullen, S. L., Kozik, C. A., Myers, G. idr. (2017). Improving Nursing Care: Examining Errors of Omission. *Medsurg Nursing*, 26(1), 9–15.

18. McNair, N., Baird, J., Grogan, T. R. idr. (2016). Is Spending More Time Associated With Less Missed Care?: A Comparison of Time Use and Missed Care Across 15 Nursing Units at 2 Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 46(9), 428–437. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000371>
19. Moreno - Monsiváis, M. G., Moreno - Rodríguez, C. in Interrial - Guzmán, M. G. (2015). Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan*, 15(3), 318–328. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2>
20. Mynařikova, E., Jarošová, D., Janíková, E. idr. (2020). Occurrence of Hospital-Acquired Infections in Relation to Missed Nursing Care: a Literature Review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11(1), 43–49. <https://doi: 10.15452/CEJNM.2020.11.0007>.
21. Phelan, A., McCarthy, S. in Adams, E. (2018). Examining Missed Care in Community Nursing: A Cross Section Survey Design. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 626–636. <https://doi.org/10.1111/jan.13466>
22. Plevová, I., Zeleníková, R., Jarošová, D. idr. (2021). The Relationship between Nurse's Job Satisfaction and Missed Nursing Care. *Medycyna Pracy*, 72(3), 231–237. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01035>
23. Smith, J. G., Morin, K. H., Wallace, L. E. idr. (2018). Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), 779–798. <https://doi.org/10.1177/0193945917734159>
24. Srulovici, E. in Drach - Zahavy, A. (2017). Nurses' Personal and Ward Accountability and Missed Nursing Care: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>
25. Sung - Hyun, C., Ji - Yun, L., Sun Ju, Y. idr. (2020). Nurse Staffing, Nurses Prioritization, Missed Care, Quality of Nursing Care, and Nurse Outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12803. <https://doi.org/10.1111/ijn.12803>
26. Villamin, C., Anderson, J., Fellman, B. idr. (2019). Variations in Missed Care Across Oncology Nursing Speciality Units. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 47–53. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000324>
27. Wakefield, B. J. (2014). Facing Up to the Reality Of Missed Care. *BMJ Quality & Safety*, 23, 92–94. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002489>
28. White, E. M., Aiken, L. H. in McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67, 2065–2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>
29. Zeleníková, R., Gurková, E. in Jarošová, D. (2019). Missed Nursing Care Measured by Misscare Survey - The First Pilot Study in the Czech Republic and Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(1), 958–966. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0002>

Dr. Bojana Filej, izredna profesorica na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu in Fakulteti za zdravstvene vede v Celju
E-naslov: bojana.filej@gmail.com

Dr. Mojca Poredoš, asistentka na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani
E-naslov: mojca.poredos@pef.uni-lj.si

Dr. Tamara Štemberger Kolnik, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju in Ministrstvu za zdravje, Direktorat za javno zdravje
E-naslov: tamara.stemberger-kolnik@fzvce.si

Andreja Ljubič, Ministrstvo za zdravje, Direktorat za javno zdravje, višja predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju
E-naslov: andreja.ljubic@gov.si

Dr. Boris Miha Kaučič, docent na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju
E-naslov: miha.kaucic@fzvce.si

Dejavniki podpore za bivanje starejših v domačem okolju

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.139>

Pregledni znanstveni članek

UDK 364-783.4-053.9

KLJUČNE BESEDE: stari ljudje, domače bivalno okolje, dejavniki podpore, deinstitucionalizacija, proces

POVZETEK – Zaradi spreminjajoče se starostne strukture prebivalstva v Sloveniji naša družba postaja dolgoživa. Obstoječa ureditev skrbi za stare ljudi pa je neenakomerno in nepravilno porazdeljena in opredeljena. Vsi si želimo preživljati starost kakovostno, k čemur nas usmerjajo tako Strategija dolgožive družbe kot Evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo. Pri uresničevanju ciljev in smernic omenjenih dokumentov nam vir moči predstavlja strokovno usposobljeno osebje, zato je bil izveden pregled literature v Repozitoriju del Univerze v Ljubljani. Po iskanju smo 11 zaključnih del vključili v tematsko analizo in oblikovali štiri teme s podtemami. Strokovno usposobljeno osebje z nacionalnimi preventivnimi programi omogoča starim ljudem, da se starajo v domačem bivalnem okolju, skrbijo za svojo fizično aktivnost in ohranjajo tako gibalne spretnosti kot kognitivne sposobnosti. Posebna skrb je namenjena tudi preprečevanju padcev in preoblikovanju ter preurejanju bivalnega okolja starih ljudi, vse z namenom, da jim omogočimo aktivno in varno starost v zavetju lastnega doma pri vključevanju v izvajanje temeljnih in podpornih dnevnih opravil.

Review article

UDC 364-783.4-053.9

KEYWORDS: older people, home living environment, supportive factors, deinstitutionalization, process

ABSTRACT – Due to the changing age structure of the population in Slovenia, our society is becoming more and more long-lived. However, the existing care system for older people is unevenly and unfairly distributed and defined. We all want to spend our twilight years in a quality way, guided by the Strategy for a Long-Term Society and the European Guidelines for Transition from Institutional to Community Care. In achieving the goals and guidelines of these documents, our source of strength is professionally trained personnel, so a literature review was performed in the Repository of Works of the University of Ljubljana. After the search, we included 11 graduate theses in the thematic analysis and designed four themes with subthemes. Through national prevention programmes, professionally trained staff enable older people to age in their home environment, care for their physical activity, and maintain both motor and cognitive skills. Special attention is also given to fall prevention and redesigning the living environment of older people, all with the goal of enabling them to retire actively and safely in the comfort of their own homes.

1 Uvod

Demografski podatki (Eurostat, 2019) prikazujejo dvigovanje povprečne starosti prebivalstva tako pri nas kot drugod po svetu. Za Slovenijo so po omenjeni projekciji do leta 2030 napovedali povečanje deleža starih ljudi nad 65 let z 20,2 % (leto 2020) na 24,4 % (Statistični urad Republike Slovenije, 2020). Demografske spremembe, vezane na dolgoživo družbo, bodo z leti še izrazitejše. Obstoječi sistemi skrbi za starejše se morajo prilagoditi nastalim razmeram. Prilagoditve so potrebne na številnih pod-

ročjih, kot so trg dela, izobraževanje in usposabljanje, potrebna je ureditev sistemov socialne zaščite, bivalnega in delovnega okolja, na področju družbenega in političnega udejstvovanja. Da bi sledili potrebam po prilagajanju nastalim razmeram, je Vlada RS sprejela Strategijo dolgožive družbe (Umar, 2017), ki predstavlja vsebinski okvir za izvedbo potrebnih in pričakovanih sprememb.

Strategija dolgožive družbe vključuje štiri glavne stebre sprememb: trg dela in izobraževanje; samostojno, zdravo in varno življenje vseh generacij; vključenost v družbo ter oblikovanje okolja za aktivno staranje. Prav slednje, oblikovanje okolja za aktivno staranje, naj bi v svojem stebru prilagoditev podpiralo formalno in neformalno oskrbo v domačem okolju, prilagoditve pri spremenjeni potrošnji starih ljudi z vidika dostopnosti urbanega okolja in socialnega sožitja (projekt starosti prijazna mesta), prilagoditve bivalnih razmer in prometne infrastrukture. Stari ljudje v Sloveniji pogosto živijo v velikih in neustreznih stanovanjih, njihova stanovanjska mobilnost je nizka, izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe pa oteženo. Za podaljšanje samostojnega življenja v domačem okolju so potrebne prilagoditve bivalnega okolja ter različne skupinske oblike bivanja (Umar, 2017).

Pred triindvajsetimi leti so v berlinski študiji o značilnostih starostnega obdobja med 70. in 100. letom starosti avtorji potrdili pomembnost lastnega doma, v katerem star človek povprečno preživi 80 % svojega časa (Baltes idr., 1999). Ne glede na 17-letno časovno razliko Donald Tepper (2016) v svojem delu trdi, da ne pozna nikogar, ki bi enako ali celo močnejše kot stari ljudje hrepenel po življenju v domačem okolju.

Dom najpogosteje povezujemo z opravljanjem temeljnih dnevnih opravil in s posameznikovo svobodo, ki je pomemben dejavnik vrednostnega sistema človeka. Poleg tega nam dom nudi vključevanje in igranje različnih vlog, povezanih s posameznimi starostnimi obdobji, ki z leti postanejo še dragocenejše in bolj spoštovane. Posameznik z leti postane odrasla osebnost z različnimi življenjskimi zgodbami in izkušnjami, ki so neprecenljive. V času življenja smo kot posamezniki vključeni v različne vloge in dejavnosti, ki pridobijo na vrednosti, ko se postaramo; v tem življenjskem obdobju doma preživimo veliko več časa (Gitlin, 2003).

Dom s svojo pozitivno naravnostjo starim ljudem zagotavlja občutek varnosti, zasebnosti in sprostitev ter jim omogoča vključevanje v številne njim ljube dejavnosti (Green idr., 2005; Galof idr., 2014).

Navedbe različnih avtorjev (Dahlin - Ivanoff idr., 2007; de Jonge idr., 2011) potrjujejo, da ima dom v življenju starih ljudi osrednji pomen. Zato jim moramo omogočiti, da v omenjenem okolju ostanejo aktivni, vključeni v naravno, socialno in kulturno okolje tudi s procesom deinstucionalizacije, ko omogočamo oskrbo v skupnosti, upoštevajoč Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo (Evropska skupina strokovnjakov in strokovnjakinj za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo, 2012). Eno izmed temeljnih načel Smernic za uveljavitev in podporo trajnostnemu prehodu iz institucionalne v družinsko in skupnostno oskrbo otrok, ljudi z oviranostjo, ljudi s težavami z duševnim zdravjem in starih ljudi v Evropi je omogočanje samostojnega življenja v skupnosti vsem uporabnikom, med katerimi so tudi stari ljudje, ne glede na njihove sposobnosti.

Psihofizične spremembe v starosti vplivajo na mobilnost starega človeka. Dejstvo je, da domače okolje ni vedno prijazno in spodbudno. Star človek ima težave tako z obnavljanjem prostorov kot s plačevanjem visokih stroškov (Gašparovič, 2006). Pomembno je, da staremu človeku, ne glede na omenjena dejstva, omogočimo varno in kakovostno bivanje ter staranje (Berčan idr., 2010). Sodobna ureditev domačega okolja starega človeka je naravnana k omogočanju čim daljšega samostojnega bivanja v njem (Filipovič Hrast idr., 2014).

Namen izvedenega pregleda literature je bil identificirati, oceniti in povzeti izsledke raziskav zaključnih del študentov študijskih programov delovne terapije, fizioterapije, zdravstvene nege in socialnega dela, ki so glede na pridobljene strokovne kompetence s svojim delom močno vpeti v omogočanje samostojnega/neodvisnega življenja staremu človeku v domačem bivalnem okolju in s tem omogočajo tako uresničevanje strategije dolgožive družbe kot procesa deinstitucionalizacije.

Zastavili smo si sledeče raziskovalno vprašanje: »Katere dejavnike podpore oblikovanju domačega okolja in omogočanja aktivnega staranja na področju preprečevanja padcev vključujejo zaključna dela izbranih študijskih programov?«

2 Metode

Osredotočili smo se na iskanje (sive) literature, ki je potekalo s pomočjo Digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani. Zaključna dela so bila dostopna kot elektronski vir na spletni strani Repozitorija Univerze v Ljubljani. Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede in besedne zveze: ocenjevanje, okolje, dejavniki tveganja, padci, preprečevanje padcev v kombinaciji z Boolovimi operaterji (AND, OR). Pri iskanju smo kot vključitveni kriterij izbrali diplomska in magistrska dela Zdravstvene fakultete, študijskih programov Delovna terapija, Fizioterapija, Zdravstvena nega in študijskega programa Socialno delo Fakultete za socialno delo, objavljena do marca 2022. Izključitveni kriterij so predstavljala doktorska dela, ker Zdravstvena fakulteta ne vpisuje v doktorski študij. Vseh dobljenih zadetkov diplomskih in magistrskih del je bilo 97. Na podlagi pregleda dobljenih zadetkov smo izločili dela, ki niso upoštevala vključitvenega kriterija populacija v obdobju starosti ali kriterija področje preprečevanja padcev. V končni pregled in analizo smo tako vključili 10 diplomskih in 1 magistrsko delo, ki so nastala med letoma 2017 in 2022.

3 Rezultati

Ključne ugotovitve izbranih diplomskih del in magistrskega dela so prikazane v tabeli 1.

Tabela 1

Opis del, ki so bila vključena v pregled literature/Description of Theses Included in the Literature Review

<i>Avtor in leto objave</i>	<i>Naslov</i>	<i>Namen</i>	<i>Metoda raziskovanja</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
Alispahić, B., 2021	Vpliv joge na tveganje in strah pred padci starejših odraslih – pregled literature	Ugotoviti, ali redno izvajanje joge pripomore k zmanjšanju strahu pred padci ter s tem tveganja za pojav (ponovnega) padca starejših odraslih oseb.	Pregled literature v elektronski podatkovni zbirki PubMed.	Večina rezultatov o vplivu joge na zmanjševanje tveganja in strahu pred padci ter pojavnosti ponovnega padca ni statistično značilna.
Bolte, A., 2021	Nevarnosti in prilagoditve domačega okolja starejših oseb	Ugotoviti, kako starejše osebe doživljajo svoje domače okolje, s katerimi omejitvami v njem se soočajo in na kakšen način, kako to vpliva na njihovo vsakodnevno funkcioniranje. Ugotoviti, ali se znotraj domačega okolja že uporabljajo kakšne strategije, pripomočki in prilagoditve oz. ali se še bodo.	Izvedena je bila kvalitativna raziskava s pomočjo petih polstrukturiranih intervjujev starejših oseb, ki živijo v domačem okolju.	Domače okolje starejše spodbuja k izvajanju aktivnosti, jim omogoča dostop do storitev in ohranjanje oz. krepitev socialne mreže. Strategij, pripomočkov in prilagoditev se starejši poslužujejo dokaj malo, pri tem jim pomoč in podporo nudijo predvsem družina in prijatelji, zelo pomembna pa je tudi vključitev delovnega terapevta.
Draksler, N., 2020	Preprečevanje padcev starostnikov v domačem okolju	Ugotoviti najpogostejše dejavnike tveganja pri starostnikih za nastanek padcev. Ugotoviti, s katerimi strategijami lahko padce preprečimo.	Kvantitativna raziskava, vključenih 55 starostnikov; povprečna starost je $75 \pm 7,7$ leta.	Najpogostejši notranji dejavniki, ki vplivajo na padce, so vid, starost, zdravila, kronične bolezni in padci v preteklosti. Celosten pristop, izvajanje strategij, ki vključujejo fizične, okoljske, in vedenjske intervencije; osredotočenost na izboljšanje/ohranjanje posameznikovega ravnotežja, vida in kondicije ter dejavnikov okolja.

Gajser, T., 2018	Ugotavljanje učinkov fizioterapevtskih postopkov za zmanjševanje dejavnikov tveganja za padce pri pacientih po možganski kapi – pregled literature	Ugotoviti učinke fizioterapevtskih postopkov na zmanjševanje dejavnikov tveganja za padce pri pacientih po možganski kapi.	Pregled literature v podatkovnih zbirkah The Cochrane Library, PEDro in Pubmed.	V dveh raziskavah poročajo o zmanjšanju števila padcev. Preostale raziskave so ugotovile izboljšanje ravnotežja, hitrosti hoje in zmanjšanje strahu pred padci. Za učinkovito obravnavo po možganski kapi je potreben večkomponentni pristop. Učinkovite kombinacije fizioterapevtskih postopkov so: vadba za povečanje mišične zmogljivosti udov in trupa, vadba ravnotežja in hoje, vadba z navidezno resničnostjo, tai chi. Smiselno je vključiti tudi edukacijo o preventivi padcev.
Istnič, Ž., 2021	Vpliv vadbe tai chi na ravnotežje starejših odraslih	Analizirati vpliv vadbe tai chi na ravnotežje pri starejših odraslih.	Pregled literature v podatkovnih zbirkah PubMed, PEDro in Cochrane Library.	Tai chi je primerna oblika vadbe za ohranjanje oziroma izboljšanje ravnotežja (statičnega in dinamičnega) pri starejših odraslih, dolgoročnost učinka vadbe ni bila potrjena.
Kužnik Pokorn, J., 2021	Varna starost brez padcev	Raziskati dejavnike tveganja za padec in strategije, ki starostnikom omogočajo varnejšo starost.	Pregled literature v podatkovnih bazah Digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani (DiKUL) in PubMed ter s pomočjo iskalnika Google Učenjak.	Aktivni starostniki so vitalnejši. Z organizirano vadbo s profesionalnimi trenerji se bistveno zmanjša število padcev in posledično tudi število poškodb starostnikov. S svetovanjem delovnih terapevtov se starostnikom prilagodijo bivanjske razmere, da je njihovo domače okolje funkcionalno in kar se da varno. Ideja o večgeneracijskih bivališč bi lahko celotni populaciji izboljšala kakovost življenja, ji vdihnila polnost, koristnost in veselje v vseh življenjskih obdobjih.

Malik, M., 2017	Merske lastnosti lestvic za oceno samozaupanja pri pacientih po možganski kapi	Pregled merskih lastnosti lestvic FES (angl. Falls Efficacy Scale) in ABC (angl. Activities-Specific Balance Confidence Scale) ter njihovih različic pri pacientih po možganski kapi.	Pregled literature v podatkovnih zbirkah PubMed (MEDLINE), Cochrane Library in CINAHL.	Izsledki raziskav kažejo, da je za oceno samoučinkovitosti pri pacientih po možganski kapi v akutnem in kroničnem obdobju izbira lestvice ABC najbolj ustrezna. Dodatno bi bilo treba preveriti učinek stopra in tal (število sodelujočih z najvišjo doseženo oceno in število sodelujočih z najnižjo doseženo oceno) v akutnem obdobju po možganski kapi.
Pestotnik, D., 2021	Vpliv uveljavljenih vadbenih programov na zmanjšanje tveganja za padce pri starejših odraslih	Preveriti učinkovitost petih različnih uveljavljenih vadbenih programov (Pomembnost ravnotežja, Otago, Ostani aktiven in samostojen za življenje, Stopimo naprej in Taj Či Cuan: gibanje za boljše ravnotežje) na zmanjšanje tveganja za padce pri starejših odraslih.	Pregled literature v podatkovnih bazah PEDro ter PubMed. Dodatno so bili uporabljeni tudi znanstveno-raziskovalni članki, navedeni na spletnih straneh vadbenih programov.	Vadbeni programi Ostani aktiven in samostojen za življenje, Stopimo naprej ter Taj Či Cuan: gibanje za boljše ravnotežje so primerni za zmanjšanje tveganja za padce. Vadbeni program Otago ni vplival na zmanjšanje tveganja za padce, pri programu Pomembnost ravnotežja pa so merili učinek na zmanjšanje tveganja za strah pred padci, tako da zaključkov o učinku na samo pojavnost padcev ni bila podana.
Stapić, A., 2022	Uporaba digitalnih tehnologij za preprečevanje padcev starostnikov v domačem okolju	Proučiti uporabo digitalnih tehnologij na področju preventive padcev starostnikov v domačem okolju. Ugotoviti vlogo medicinske sestre pri uporabi digitalnih tehnologij za preprečevanje padcev starostnikov v domačem okolju.	Pregled literature v podatkovnih bazah CINAHL in MEDLINE.	Na voljo je mnogo digitalne tehnologije, ki lahko olajša življenje starostnikom in preprečuje padce v domačem okolju, tudi v slovenskem prostoru, kot sta slovenski projekt, imenovan Dom IRIS, in napredni sestrski klicni sistem NurseCare, ki uporabnikom ponuja več programskih rešitev.

Tilinger, N., 2017	Vpliv gibljivosti spodnjih udov na ravnotežje pri starostnikih	Predstaviti vpliv gibljivosti sklepov spodnjih udov na ravnotežje pri starostnikih.	Pregled literature v podatkovnih bazah PubMed, ScienceDirect, Scopus, WebOfKnowledge in Elsevier.	Iz pregleda literature je moč razbrati povezavo med zmanjšano gibljivostjo in starostjo, povezavo med zmanjšano gibljivostjo in povečano pojavnostjo padcev ter med povečano gibljivostjo in izboljšanimi parametri hoje. Povečanje gibljivosti sklepov spodnjih udov se je pokazalo za pomemben aspekt, prek katerega je možno izboljšati ravnotežje pri starostnikih.
Tušek, M., 2021	Primerjava učinkov vadbe za ravnotežje s kognitivnimi nalogami in vadbe za mišično zmogljivost spodnjih udov na ravnotežje in hitrost hoje pri starejših odraslih	Primerjati vpliv specifične vadbe za ravnotežje z dodatkom kognitivnih nalog in specifične vadbe za mišično zmogljivost spodnjih udov na ravnotežje in hitrost hoje ter ugotoviti, katera vadba je učinkovitejša za izboljšanje ravnotežja.	Kvantitativna raziskava, vključenih 22 starostnikov; povprečna starost 81,41 leta.	Primerjava prve in druge skupine pred vadbo in po njej je pokazala, da se razlikujejo izidi vseh testov. Noben vadbeni protokol ni statistično boljše vplival na rezultate testov, zato ne moremo trditi, da ena od izvajanih vadb bolje učinkuje na ravnotežje in hitrost hoje pri starejših odraslih.

Vir: Lastni vir, 2023/Author, 2023.

Ugotovitve tematske analize vsebine izbranih del smo združili v štiri teme in šest podtem (tabela 2).

Tabela 2

Teme in podteme, ugotovljene v analizi vsebine izbranih del/ Themes and Subthemes Identified by Analysing the Contents of Selected Theses

<i>Tema</i>	<i>Podtema</i>
Staranje v domačem okolju	Neodvisno življenje Ocena okolja Prilagoditev okolja
Življenjski slog	Fizična aktivnost starih ljudi
Ravnotežje in gibalne spretnosti	Ocenjevalni instrumenti
Spoznavne (kognitivne) sposobnosti	Ocena spoznavnih sposobnosti

Vir: Lastni vir, 2023/Author, 2023.

4 Razprava

Na podlagi izvedenega pregleda zaključnih del izbranih študijskih programov o dejavniki podpore pri oblikovanju domačega okolja in omogočanju aktivnega staranja na področju preprečevanja padcev smo prišli do odgovora na zastavljeno raziskovalno vprašanje. Dejavniki podpore smo našli tako v notranjih (vid, starost, jemanje terapije, kronična obolenja, padci v preteklosti) kot zunanjih dejavnikih (primerno in ustrezno prilagojeno bivalno okolje) starega človeka. H kakovosti bivanja in omogočanju aktivnega staranja pripomorejo tudi različne vadbe, ki so usmerjene v ohranjanje gibljivosti in ravnotežja (tai chi, joga), uporaba digitalnih tehnologij ter edukacija s strani zdravstvenih delavcev z izvedenimi ocenami bivalnega okolja o primernosti le-tega.

V Skupnih evropskih smernicah za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo (Evropska skupina strokovnjakov in strokovnjakinj za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo, 2012) se izpostavlja različne elemente procesa in prikaže, kako so povezani med seboj. Vsebinska analiza narejenega pregleda literature izpostavlja posamezne teme, ki se podobno kot omenjeni razvoj strategije v skupnih evropskih smernicah osredotočajo na oceno stanja, kjer se izogibamo uporabi pristopa »korak za korakom«, temveč sledimo sočasnemu ugotavljanju in ocenjevanju vseh dejavnikov, ki omogočajo proces deinstitutionalizacije.

V nadaljevanju predstavljamo teme in nekatere najpomembnejše ugotovitve pregleda (sive) literature.

Staranje v bivalnem okolju

Da je potrebno zagotoviti bivanje in dostojno življenje starejšim ljudem v domačem okolju, ni samo eden od izzivov družbe. V Skupnih evropskih smernicah za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo (Evropska skupina strokovnjakov in strokovnjakinj za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo, 2012) se uporablja izraz »neodvisno življenje«. Le-ta se v povezavi s starejšimi ljudmi pogosto izmenjuje z izrazom »življenje v skupnosti«, kar ne pomeni, da »stvari delaš sam« ali da si »samozadosten«. Bistvo neodvisnega življenja je, da starejši ljudje lahko izbirajo in se odločijo o tem, kje in s kom živijo ter kako si bodo organizirali vsakodnevno življenje. Za uresničevanje neodvisnega življenja potrebujejo tudi urejeno okolje, ki je dostopno, primeren prevoz, tehnične in medicinske pripomočke, ki so jim dani na razpolago. Biti morajo ustrezno podprti z dostopnimi informacijami. Na voljo jim morajo biti ustrezni komunikacijski kanali za pridobivanje in prenos informacij. Ob vsem tem je pomembna tudi razpoložljivost osebne asistencije in ostalih podpornih storitev za bivanje v skupnosti (Evropska skupina strokovnjakov in strokovnjakinj za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo, 2012).

Koncept samostojnega in kakovostnega staranja je koncept staranja v domačem okolju (ang. ageing at home oziroma ageing in place) (Amián idr., 2021; Galof in Balantič, 2021; Gefeneite idr., 2019), ki je v zadnjih letih glavna tema številnih raziskovalnih programov ter strateških in akcijskih načrtov tudi v Evropski uniji.

Program je podprt in promoviran tudi s strani Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2023). Cilji koncepta so znižati naraščajoče stroške za stanovanjsko oskrbo starejših ljudi in izvajanje storitev ter tako zmanjšati pritisk na državna sredstva za zadovoljevanje različnih potreb starajočega se prebivalstva, hkrati pa starim ljudem zagotoviti čim bolj kakovostno staranje.

Večina starejših ljudi želi obdobje starosti preživeti v svojem domu, v znanem bivalnem in socialnem okolju. Ob tem si želijo čim dlje ohraniti svojo neodvisnost in samostojnost. Bivanje v lastnem domu ima na starejše ljudi številne pozitivne učinke. Pozitivni učinki odražajo njihovo dobro počutje in psihofizično kondicijo, kar lahko časovno odloži prehod starejših ljudi v institucionalno obliko bivanja (Kerbler in Černič Mali, 2018), in predstavljajo začetek uresničevanja izvajanja Evropskih smernic procesa skupnostne oskrbe. Starejši ljudje institucionalizacijo zelo pogosto doživljajo kot zelo travmatično izkušnjo in imajo do nje večinoma odklonilen odnos (Kerbler in Černič Mali, 2018).

Z ustreznim in primernim domačim okoljem, prepoznavanjem dejavnikov tveganja, na podlagi tega pa načrtovanjem preventivnih ukrepov, izvajanjem rešitev in vrednotenjem rezultatov po opravljenih prilagoditvah (Boh, 2020; Robida in Burger, 2020) kot strokovnjaki pripomoremo k uresničevanju deinstitucionalizacije.

Ocena okolja, izvedena s strani usposobljenega osebja za delo v skupnosti, je lahko zelo učinkovit ocenjevalni mehanizem za prepoznavanje dejavnikov tveganja za padce (Cockayne idr., 2018) in delovanja starejšega človeka v njem. Temu kasneje sledi načrtovanje in izvedba primerne obravnave, katere cilj je usmerjen v preprečevanje padcev, načrtovanje in prilagajanje domačega okolja, predstavitev in seznanitev z raznovrstnimi pripomočki za preprečevanje padcev, kot so neдрseče podloge, držala in varnostni sistemi (Burns idr., 2016), kar omogoča uspešno izvajanje temeljnih in podpornih opravil oz. funkcioniranje starejših ljudi v skupnosti (Švajger idr., 2016).

Domače okolje lahko prilagodimo po treh različnih načelih, in sicer: a) z oblikovanjem za vse oz. univerzalnim načrtovanjem; b) s podporno tehnologijo ter c) z omrežjem oddaljenega nadzora (Kerbler, 2011).

Zaradi razvoja družbe in vse večje digitalizacije je področje podporne tehnologije eno pomembnejših področij tudi pri prilagajanju domačega okolja. Najbolj znana različica podporne tehnologije je informacijsko-komunikacijska tehnologija (IKT), ki starejšim ljudem s promocijo računalniške in programske opreme zagotavlja zmanjševanje ovir in lažje opravljanje opravil (Oven, 2014).

Na podlagi izvedenega pregleda zaključnih del želimo izpostaviti Vprašalnik o oceni tveganja za padeč (Queensland Health, 2003) ter Vprašalnik o nesrečah in padcih v domačem okolju (Mackenzie idr., 2000). Prvi vprašalnik na podlagi pridobljene ocene, kjer oceni osebne dejavnike starejših ljudi: zgodovino padcev, starost, jemanje zdravil, ravnotežje, kognitivno stanje, okolje, splošno zdravstveno stanje, vid, inkontinenco, boleča stopala, komunikacijo in kronične bolezni, določi pri ocenjevani osebi nizko, srednjo ali visoko stopnjo tveganosti za padeč. Medtem ko drugi vprašalnik obravnava naslednje dejavnike tveganja: stanje hodnikov in talnih površin, označen

rob stopnic, nameščenost držal v kopalnici, osvetlitev, doseg stikal za luč, bližino WC-ja, doseganje predmetov v kuhinji, vstajanje iz naslanjača, postelje, in dejavnike v neposrednem okolju, kot sta ograja na stopnišču in kakovost sprehajalnih poti.

Pomembnost ocenjevanja tveganosti za padce naslavlja tudi NIJZ (2020) preko izvajalcev patronažnega varstva, kjer v praksi uporabljajo prevedena gradiva s spletnega portala Center for Disease Control and Prevention (b. d.).

Življenjski slog in fizična aktivnost starih ljudi

Ohranjanje fizično aktivnega življenjskega sloga je povezano z boljšim zdravjem ter boljšo in daljšo starostjo. Aktivnost starejših ljudi je posledica zavedanja blagodejnih učinkov telesne vadbe na in za izboljšanje njihovega splošnega zdravja. Vključevanje novih fizičnih aktivnosti v obdobju starosti močno izboljšuje fizično zdravje in prav tako kognitivne sposobnosti starejših ljudi. Razprave o kakovosti življenja, ki se v zadnjem obdobju precej pogosto omenjajo in izpostavljajo potrebo po redni telesni dejavnosti starejših ljudi, tudi neposredno vplivajo na njihovo fizično aktivnost. Redna in ustrezna telesna dejavnost lahko upočasni proces staranja, kar posledično prispeva k povečanju ali ohranjanju dobre ravni kakovosti življenja tudi v obdobju starosti (Bajwa idr., 2019; da Cruz idr., 2017; Vaculikova idr., 2019).

Z vidika izvedbe ocene stanja sposobnosti starega človeka je priporočljivo, da se najprej osredotočimo na izboljšanje/ohranjanje njegovega ravnotežja, vida in kondicije, nato pa na dejavnike okolja, ki omogočajo bivanje v domačem okolju in pripomorejo k nastanku padca, izpostavlja v zaključnem delu avtorica Draksler (2020). Z oceno zdravstvenega stanja in določitvijo telesne konstitucije, ki je le eden od faktorjev, ki vplivajo na to, kakšno je naše telesno in duševno zdravje, pridobimo vpogled v anatomsko zgradbo telesa (preučevanje zgradbe telesa s prostim očesom ali preučevanje organov z mikroskopom) in težave starejšega človeka, s katerimi se vsakodnevno srečuje (Burns idr., 2016). To nam omogoči, da se v nadaljevanju lahko osredotočimo v zagotavljanje ustrezne podpore za neodvisno življenje v skupnosti in da postavimo temelje za začetek procesa deinstitutionalizacije.

Ravnotežje in gibalne spretnosti

K boljši kakovosti življenja starejših ljudi velikokrat pripomorejo že dobre in zastonje informacije o načinih, kako si lahko življenje olajšajo sami in si s tem omogočijo varnejšo starost. Z uporabo različnih ocenjevalnih mehanizmov, ki ovrednotijo stopnjo tveganja za padce, osvetlimo rizične dejavnike starih ljudi pri izvajanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil in izpostavimo najočitnejše primanjkljaje v njihovem delovanju. Neodvisno življenje v skupnosti je povezano z omogočanjem aktivnega staranja in preprečevanjem padcev. Samostojno pomikanje in sprememba položaja sta odvisna od gibalnih spretnosti starejšega človeka, uporabe pripomočkov (sprehajalne palice, bergle, hodulje, vozički, avtomobil) in okolja (Jakovljević, 2013). Ker je skrb za ohranjanje ravnotežja najprej povezana z ocenjevanjem le-tega tudi v izvedenem pregledu zaključnih del, zasledimo uporabo različnih ocenjevalnih lestvic, ki ocenjujejo ravnotežje, med drugimi tudi Bergovo lestvico za oceno ravnotežja

(Berg idr., 1992), telesne zmogljivosti z vključevanjem osnovnih gibalnih spretnosti – Časovno merjeni test vstani in pojdi (Podsiadlo in Richardson, 1991) in ocenjevanje telesne zmogljivosti z dodano kognitivno nalogo (Časovno merjeni vstani in pojdi test z dodano kognitivno nalogo) (Valenčič in Rugelj, 2018; Hofheinz in Mibs, 2016; Rugelj in Palma, 2013).

Med vsakodnevno pomembnimi nalogami samostojnega življenja Bergova lestvica za oceno statičnega in dinamičnega ravnotežja ocenjuje naloge, kot so vstajanje, stoja brez opore, sedenje na stolu brez opore za hrbet s stopali na tleh, sedanje, preseданje, stoja z zaprtimi očmi brez opore, stoja s stopali skupaj brez opore, doseg naprej v predročenu stoji, pobiranje predmeta s tal iz stoječega položaja, v stoječem položaju se ozreti nazaj preko levega in desnega ramena, obrat za 360°, izmenično polaganje noge na stopnico ali pručko med stoji brez opore, stoja brez opore s stopalom pred stopalom in stoja na eni nogi.

Veljavni kazalnik padcev pri starejših (Hofheinz in Mibs, 2016) je časovno merjeni test Vstani in pojdi, ki poleg osnovnih gibalnih spretnosti, kot so vstajanje, hoja, obračanje in usedanje, ocenjuje sposobnost spreminjanja položajev (dinamično ravnotežje) ter hitrost hoje. Nadgradnja omenjenega testa je časovno merjeni test Vstani in pojdi s kognitivno nalogo.

Za samostojno in neodvisno življenje v skupnosti mora starejši človek varno in zanesljivo izvesti naloge, ki jih ocenjujejo uporabljeni in predstavljeni ocenjevalni instrumenti v zaključnih delih s področja ocenjevanja ravnotežja za omogočanje in zagotavljanje vključevanja v izvajanje podpornih dnevnih opravil.

Spoznavne (kognitivne) sposobnosti

Kognitivne spretnosti, imenovane tudi kognitivne funkcije, kognitivne sposobnosti ali kognitivne zmogljivosti, so spretnosti, ki temeljijo na možganih in so potrebne za pridobivanje znanja, manipulacijo informacij in sklepanje. Bolj so povezane z mehanizmi, kako se starejši ljudje učijo, pomnijo, rešujejo probleme in so pozorni, ne pa z njihovim dejanskim znanjem. Kognitivne spretnosti ali funkcije zajemajo področja zaznavanja, pozornosti, spomina, učenja, odločanja in jezikovnih sposobnosti. Starost in bolezen lahko vplivata na kognitivno delovanje, povzročita izgubo spomina in težave pri razmišljanju ter iskanju pravih besed med govorjenjem ali pisanjem.

Za uresničevanje razvojnih ciljev Strategije dolgožive družbe in procesa deinstitucionalizacije je področje kognitivnih funkcij še kako pomembno. Samostojno, zdravo in varno življenje vseh generacij, kot je zapisano v drugem stebru Strategije dolgožive družbe (Umar, 2017), brez ohranjenih kognitivnih funkcij ni mogoče. Prav tako proces deinstitucionalizacije brez ustrezne podpore in pomoči izvajalcev zdravstvenih in socialnih storitev dolgotrajne oskrbe v skupnosti ni izvedljiv. A hkrati tako Strategija dolgožive družbe kot proces deinstitucionalizacije podpirata in omogočata aktivno staranje v domačem okolju.

Zavedanje naraščajoče problematike invalidnosti in odvisnosti pri starejših ljudeh, ki prizadene skoraj 8 milijonov ljudi v Evropski uniji, katere glavni vzrok je demenca (Alzheimer Europe, 2023), se v pregledanih zaključnih delih odraža v pomembnosti

in potrebnosti ocenjevanja kognitivnega področja z uporabo enostavnih testov, kot sta Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti s kratico KPSS (Folstein idr., 1975; Granda idr., 2003) in Montrealska lestvica ocenjevanja spoznavnih sposobnosti (Nasreddine idr., 2005) s kratico MoCA.

Test MoCA (b. d.) je bil potrjen kot zelo občutljivo orodje za zgodnje odkrivanje blagih kognitivnih motenj v stotinah strokovno pregledanih študij od leta 2000. MoCA je bil široko sprejet v kliničnih okoljih in se uporablja v akademskih in neakademskih raziskavah po vsem svetu. Občutljivost MoCA za zaznavanje blagih kognitivnih motenj je 90 % v primerjavi s KPSS, katerega občutljivost je 18 %.

Pomembno je, da se ob omogočanju staranja v domačem okolju zavedamo, da vključevanje v izvajanje temeljnih in podpornih dnevnih opravil tudi od starejšega človeka zahteva določeno mero orientacije v prostoru in času, pozornosti, miselnega sledenja in računanja, ponavljanja besed, poimenovanja, razumevanja ustnega in pisnega ukaza, kar z omenjenima ocenjevanjema lahko hitro preverimo.

5 Zaključek

Izpostavljeni dejavniki, ki podpirajo in omogočajo proces deinstitucionalizacije v skupnosti, prepoznani na podlagi izvedenega pregleda literature, so vezani na omogočanje staranja v primerno urejenem domačem okolju, življenjski slog in fizično aktivnost starejših ljudi, njihovo ravnotežje, gibalne spretnosti in spoznavne sposobnosti. Zavedamo se, da ni procesa, ki bi ga lahko izpeljali na kratek rok, da je vsak proces dolgotrajen ter da ga od projekta loči časovna dimenzija trajanja. Proces deinstitucionalizacije skrbi za starejše ljudi potrebuje najprej premik v mišljenju odločevalcev, premik v mišljenju populacije in premik na ravni mikro skupnosti oziroma družine, saj bo tovrstna sprememba v prvi vrsti omogočala kakovostno bivanje starejših ljudi in ne dodatne obremenitve in obveznosti, četudi zaradi moralnega relativizma.

Evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo so torej naše temeljno vodilo pri pripravi reform deinstitucionalizacije in pri pripravi kakovostne oskrbe v skupnosti tudi za starejše ljudi. V pripravo reform za tovrsten premik lahko vključimo že obstoječe vire, in sicer strokovno usposobljeno osebje (delovne terapevte, fizioterapevte, zdravstvenike in socialne delavce), ki s svojim delom in znanjem gradijo temelje procesa deinstitucionalizacije. Viri moči, na katere se lahko opremo, so obstoječi preventivni programi NIJZ s področja preprečevanja padcev v patronažnem varstvu, ki se v družbi že izvajajo in vključujejo izpostavljene dejavnike izvedenega pregleda literature. Prav tako izpostavljene dejavnike izvedenega pregleda zaključnih del za omogočanje bivanja v domačem okolju in preprečevanje padcev znotraj individualnih obravnav naslavljajo in beležijo delovni terapevti in fizioterapevti. V skladu s strokovnimi kompetencami ravno tako socialni delavci. Z nadgradnjo obstoječih preventivnih programov bo tudi prehod na skupnostno oskrbo starejšim ljudem in njihovim bližnjim bolj prijazen in human, ker ne bo čutili moralnega pritiska tovrstnega načina skrbi za starejše ljudi. Skozi celoten proces deinstitucionalizacije naj

nas vodi misel, da je skupnostna oskrba del naše družbe, v kateri starejšim ljudem omogočamo življenje v njim znanem domačem okolju, kjer jim nudimo vso potrebno podporo z omogočanjem in vključevanjem v izvajanje tako temeljnih kot podpornih dnevnih opravil z namenom kakovostnega preživljanja življenja v skupnosti. Proces deinstitutionalizacije in skupnostno oskrbo podpira tudi Strategija dolgožive družbe, ki temelji na konceptu aktivnega staranja, ustvarjalnosti v vseh življenjskih obdobjih, skrbi za zdravje, medgeneracijskem sodelovanju in solidarnosti. Na podlagi izvedene ga pregleda zaključnih del smo prišli do spoznanja, da imamo določene vire moči v že imenovanih poklicih, ki s svojimi strokovnimi kompetencami naslavljajo dejavnike, ki omogočajo starejšim ljudem neodvisno življenje v domačem okolju in preprečujejo dejavnike tveganja za padeč, bi pa v bodoče potrebovali to področje še močnejše okrepiti tako s številom izvajalcev programov kot z njihovimi vsebinami.

Katarina Galof, PhD

Support Factors for Older People to Stay at Home

Eurostat demographic data show that the average age of the population is increasing both in Slovenia and in other countries around the world. According to the forecast, the percentage of people over 65 will increase from 20.2% (2020) to 24.4% in 2030. Demographic changes associated with a long-lived society will intensify over the years. Existing elder care systems will have to adapt to this situation. Adaptations are needed in many areas, including the labour market, education and training, regulation of social protection systems, living and working environments, and social and political engagement. In order to meet the need for adaptation to the current situation, the Government of the Republic of Slovenia has adopted the Strategy for a Lifelong Society, which provides the content framework for implementing the necessary and expected changes.

One of the most important documents promoting ageing at home is the Strategy for a Lifelong Society. The strategy includes four main pillars of change: labour market and education; independent, healthy and safe living for all generations; integration into society; and creating an environment for active ageing. The last pillar, creating an environment for active ageing, aims to support formal and informal care in the home environment; adapt to the changing consumption of older people in terms of accessibility of the urban environment and social coexistence (“Age-Friendly Cities” project); and adapt the living conditions and transport infrastructure. Older people in Slovenia often live in large and inadequate apartments, their mobility is low, and the provision of long-term care services is difficult. To prolong independent living in a home environment, adaptations of the living environment and various group living arrangements are needed.

The psychophysical changes in old age affect the mobility of the elderly. The fact is that the home environment is not always friendly and encouraging, because the old

person has problems with the renovation of the premises and high costs. It is important to provide the old person with a safe and quality life and ageing in his or her beloved, familiar and appropriately designed home environment, regardless of the above facts. A modern design of the home environment of the elderly, following ergonomic recommendations, aims to enable the elderly to live independently in their homes for as long as possible.

The aim of the literature review was to identify, evaluate, and summarize the results of relevant research in order to make the findings – in our case, about the factors that support living in the home environment – as relevant as possible for decision-makers and practitioners. Once we know the factors that support ageing in place, we can decide whether to pursue strategies for a long-life society as a process of deinstitutionalization or whether we need more professionally educated staff to deal only with this topic.

We focused on the search for (grey) literature, which we conducted with the help of the Digital Library of the University of Ljubljana. Theses were available as electronic resources on the website of the Repository of the University of Ljubljana. A general review of the presented literature was conducted using the PRISMA diagram. The following keywords and phrases were used in the search: assessment, environment, risk factors, falls, falls prevention. We linked them to the Boolean operators AND and OR to obtain a set of theses from the Faculty of Health Sciences and the Faculty of Social Work. The total number of theses received was 97. Based on the review of the hits, we eliminated duplicates and those noncompliant with the inclusion criterion of age; in the end, we included 11 theses in the final review and analysis.

In the thematic analysis, four main themes were extracted from the theses to be included in the final analysis, as well as subthemes. The first theme was Ageing at Home or Ageing in Place as a support for community living with the subthemes Independent Living, Environmental Assessment, and Adaptation of the Environment. The second theme was Lifestyle and Physical Activity of Older Adults with the subtheme Physical Activity of Older Adults. The third theme was Balance and Motor Skills with the subtheme Assessment Tools. The fourth theme was Cognitive Skills with the subtheme Assessment of Cognitive Skills.

The concept of independent and quality ageing is the concept of Ageing in Home or Ageing in Place, which was our first theme and subtheme. It has been the main topic of many research programmes and strategic and action plans in the European Union in recent years. This concept is also supported and promoted by the World Health Organization. The goal of the concept is to reduce the rising costs of housing older people and providing services to them, thereby reducing pressure on government resources to meet the diverse needs of an ageing population while ensuring quality ageing for older people.

Good and sufficient information about how to make life easier and age more safely often contributes to a higher quality of life for older people. Using a variety of assessment mechanisms to assess fall risk as a subtheme, the article highlights the risk factors older people face in performing basic and supportive daily tasks, and highlights the most obvious deficits in managing these tasks. Environmental assessments

conducted by trained staff in the community can be a very effective assessment mechanism to identify risk factors for falls and the elderly person's performance of these tasks. The highlighted measures were fall prevention and the Home Fast.

The second theme, with the subtheme maintaining a physically active lifestyle, is associated with better health, and better and longer ageing. Older people's physical activity is due to their awareness of the positive effects of exercise on their overall health and their desire to improve it. Taking up new physical activities as they age, significantly improves both physical health and cognitive abilities in older people. The recent frequent discussions of quality of life, which emphasize the need for regular physical activity in the elderly, also have direct implications for physical activity.

Independent movement as the third theme and the subtheme Change of Position depend on the motor skills of older people, the use of assistive devices (walking sticks, crutches, stilts, wheelchairs, cars), and the environment. The various elements of motor skills are assessed using a variety of assessment tools, of which graduates highlighted the following: Berg Balance Scale, Timed Test of Standing and Walking, and Proven Test of Standing and Walking with a Cognitive Task.

Cognitive skills as the fourth theme, also called cognitive functions or cognitive abilities, are brain-based abilities required for acquiring knowledge, processing information, and reasoning. They refer to the mechanisms by which older people learn, remember, solve problems, and direct their attention, rather than their actual knowledge. Cognitive skills or functions include perception, attention, memory, learning, decision making, and language skills. Age and illness can impair cognitive function, resulting in memory loss and difficulty thinking and finding the right words when speaking or writing. This section also presents some measurement tools, such as the Mini Mental State Examination (MMSE) and the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), which are preferred and used in graduate theses.

Indeed, the home environment can be adapted according to three different principles: as design for all or universal planning with assistive technology, and with a remote monitoring network. Deciding what is best in each situation will guide our graduates in their practice. Sometimes it also depends on what type of knowledge graduates have and with what type of assessment they are most familiar. If the assessment requires an additional qualification or certificate, these are available free on the website, etc. This is also the easiest assessment method when starting as a novice with little practice.

When planning and implementing adaptations, we need to focus on the wants, needs, and characteristics of older people, as well as on the environment that has either a stimulating or an inhibiting effect on them. We can help older people to live in the community if we have qualified staff who can respond to all the needs of older people and enable them to age in place. Skilled caregivers are not enough for ageing in place. The process of deinstitutionalizing care for the elderly first requires a change in awareness among decision-makers, a change in awareness among the population, and a change at the level of micro-communities or families.

The European Guidelines for the Transition from Institutional to Community-Based Care are therefore our basic guide for preparing reforms for deinstitutionalization and for preparing high-quality community-based care for the elderly. In preparing reforms for such a transition, we can draw on the existing resources of professionally trained staff whose work and knowledge provide the foundation for the deinstitutionalization process. The sources of strength that can be drawn upon are the existing prevention programmes that are already more or less established in society and that include the factors exposed in the literature review.

Reviewing the thesis literature has its advantages and disadvantages, but it is still a good starting point for the knowledge and skills graduates acquire during their studies that can be applied in practice to facilitate the process of deinstitutionalization. We can also learn a lot from the older generation if we are willing to listen to them and live with them in the community, which is definitely in line with the concept of deinstitutionalization.

LITERATURA

1. Alispahić, B. (2021). Vpliv joge na tveganje in strah pred padci starejših odraslih - pregled literature. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
2. Alzheimer Europe. (2023). Smernice za etično in vključujočo komunikacijo o/prikazovanju demence in ljudi z demenco: za medije, raziskovalce, novinarje, oblikovalce politik in vse, ki so odgovorni za prikazovanje ali komuniciranje o demenci. Luksemburg: Alzheimer Europe. Dostopno na: <https://www.alzheimer-europe.org/resources/publications/guidelines-ethical-and-inclusive-communication-about/portrayal-dementia-and>
3. Amián, J. G., Alarcón, D., Fernández - Portero, C. idr. (2021). Aging Living at Home: Residential Satisfaction among Active Older Adults Based on the Perceived Home Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 8959. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178959>
4. Bajwa, R. K., Goldberg, S. E., Van der Wardt, V. idr. (2019). A Randomised Controlled Trial of an Exercise Intervention Promoting Activity, Independence and Stability in Older Adults with Mild Cognitive Impairment and Early Dementia (PrAISED) - A Protocol. *Trials*, 20(1), 815. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3871-9>
5. Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H. U. idr. (1999). Everyday Competence in Old and Very Old Age: Theoretical Considerations and Empirical Findings. V: Baltes, P. B. in Mayer, K. U. (ur.). *The Berlin Aging Study* (str. 384–402). Cambridge, England: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511586545.015>
6. Berčan, M., Ramovš, J. in Turk, Z. (2010). Arhitektonske ovire in uporaba tehničnih pripomočkov v bivalnem okolju starostnika. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(4), 257–262.
7. Berg, K. O., Wood - Dauphinee, S. L., Williams, J. idr. (1992). Measuring Balance in the Elderly: Validation of an Instrument. *Can J Public Health*, 83(2), S7–11.
8. Boh, P. (2020). Delovni terapevt kot del integrirane oskrbe starejših ljudi v domačem okolju. *Slovenska revija za delovno terapijo*, 9(1), 226–233.
9. Bolte, A. (2021). Nevarnosti in prilagoditve domačega okolja starejših oseb. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
10. Burns, E. R., Stevens, J. A. in Lee, R. (2016). The Direct Costs of Fatal and Non-Fatal Falls among Older Adults - United States. *J Safety Res*, 58, 99–103. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2016.05.001>
11. Center for Disease Control and Prevention (b. d.). Dostopno na: <https://www.cdc.gov/>.

12. Cockayne, A., Pighills, A., Adamson, J. idr. (2018). Can Occupational Therapist-Led Home Environmental Assessment Prevent Falls in Older People? A Modified Cohort Randomised Controlled Trial Protocol. *BMJ Open*, 8, e022488. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022488>
13. da Cruz, D. M. C., Lima, T. C., Nock, L. J. idr. (2017). Relationships Between Falls, Age, Independence, Balance, Physical Activity, and Upper Limb Function in Elderly Brazilians. *Cogent Medm*, 4(1), 1367058. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1367058>
14. Dahlin - Ivanoff, S., Haak, M., Fänge, A. idr. (2007). The Multiple Meaning of Home as Experienced by Very Old Swedish People. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 25–32. <https://doi.org/10.1080/11038120601151714>
15. Draksler, N. (2020). Preprečevanje padcev starostnikov v domačem okolju. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
16. Eurostat. (2019). Population Projections at National Level (2019–2100). Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/popul?lang=en&subtheme=proj&display=list&sort=category> (pridobljeno 1. 4. 2022).
17. Evropska skupina strokovnjakov in strokovnjakinj za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo. (2012). V: Rafaelič, A. (ur.). Skupne evropske smernice za prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Dostopno na: <https://di.irssv.si/skupne-evropske-smernice> (pridobljeno 3. 2. 2022).
18. Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Kneževič Hočevar, D. idr. (2014). Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
19. Folstein, M. F., Folstein, S. E. in McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State. A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
20. Gajser, T. (2018). Ugotavljanje učinkov fizioterapevtskih postopkov za zmanjševanje dejavnikov tveganja za padce pri pacientih po možganski kapi - pregled literature. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
21. Galof, K. in Balantič, Z. (2021). Making the Decision to Stay at Home: Developing a Community-Based Care Process Model for Aging in Place. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5987. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115987>
22. Galof, K., Matjaž, A. in Ozvatič, K. (2014). Domače bivalno okolje pri starejših. V: Tomšič, M. (ur.). Zrela leta slovenske delovne terapije, zbornik prispevkov z recenzijo (str. 141–150). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
23. Gašparovič, M. (2006). Prilagoditev stanovanja potrebam starostnika: priročnik za družinske negovalce. Grosuplje: Dom starejših občanov.
24. Gefenaite, G., Björk, J. in Schmidt, S. M. (2019). Associations among Housing Accessibility, Housing-Related Control Beliefs and Independence in Activities of Daily Living: A Cross-Sectional Study among Younger Old in Sweden. *Journal of Housing and the Built Environment*, 35, 867–877. <https://doi.org/10.1007/s10901-019-09717-4>
25. Gitlin, L. N. (2003). Conducting Research on Home Environments: Lessons Learned and New Directions. *Gerontologist*, 43(5), 628–637. <https://doi.org/10.1093/geront/43.5.628>
26. Granda, G., Mlakar, J. in Vodušek, B. D. (2003). Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti. Umerjanje pri preiskovancih, starih od 55 do 75 let. *Zdrav Vestn*, 72(10), 575–581.
27. Green, S., Sixsmith, J. in Ivanoff, S. D. (2005). Influence of Occupation and Home Environment on the Wellbeing of European Elders. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 12(11), 505–509. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2005.12.11.20061>
28. Hofheinz, M. in Mibs, M. (2016). The Prognostic Validity of the Timed Up and Go Test with a Dual Task for Predicting the Risk of Falls in the Elderly. *Gerontol Geriatr Med*, 2, 1–5. <https://doi.org/10.1177/2333721416637798>
29. Istenič, Ž. (2021). Vpliv vadbe tai chi na ravnotežje starejših odraslih. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.

30. De Jonge, D. M., Jones, A. in Phillips, R. (2011). Understanding the Essence of Home: Older People's Experience of Home in Australia. *Occupational Therapy International*, 18(1), 39–47. <https://doi.org/10.1002/oti.312>
31. Jakovljevič, M. (2013). Časovno merjeni test vstani in pojdi: pregled literature. *Rehabilitacija*, 21(1), 38–45.
32. Kerbler, B. in Černič Mali, B. (2018). Bivanje starejših ljudi in prilagajanje grajenega okolja za funkcionalno ovirane - štiri desetletja raziskovanja na Urbanističnem inštitutu Republike Slovenije. *Inštitut Antona Trstenjaka. Kakovostna starost*, 21(1), 3–16.
33. Kerbler, B. (2011). Prilagajanje grajenega bivalnega okolja za potrebe starejših ljudi. *Geod vestn*, 55(1), 57–69. <https://doi.org/10.15292/geodetski-vestnik.2011.01.057-069>
34. Kužnik Pokorn, J. (2021). Varna starost brez padcev. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
35. Mackenzie, L., Byles, J. in Higginbotham, N. (2000). Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): Selecting the Items. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(6), 260–269. <https://doi.org/10.1177/030802260006300604>
36. Malik, M. (2017). Merske lastnosti lestvic za oceno samozaupanja pri pacientih po možganski kapi: pregled literature. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
37. MoCA - Montreal Cognitive Assessment (b.d.). Dostopno na: <https://mocacognition.com/>.
38. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (2020). Priloga 7: Vprašalnik ocena tveganja za padec. Dostopno na https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/priloga_7.pdf (pridobljeno 30. 3. 2022).
39. Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V. idr. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
40. Oven, A. (2014). Starostniki in (ne)uporaba računalnika in interneta. V: Tomšič, M. (ur.). *Posvetovanje: Zrela leta slovenske delovne terapije* (str. 171–181). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
41. Pestotnik, D. (2021). Vpliv uveljavljenih vadbenih programov na zmanjšanje tveganja za padce pri starejših odraslih (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
42. Podsiadlo, D. in Richardson, S. (1991). The Timed »Up & Go« a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *J Am Geriatr Soc*, 39(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
43. Queensland Health. (2003). *Falls Prevention: Best Practice Guidelines for Public Hospitals and State Government Residential Aged Care Facilities Incorporating a Community Integration Supplement*. Brisbane: Queensland Health.
44. Robida, T. in Burger, H. (2020). Prilagoditve domačega okolja - ocena potencialnih ovir v domačem okolju, pri osebah po amputaciji spodnjega uda - delni rezultati. *Slovenska revija za delovno terapijo*, 9(1), 154–161.
45. Rugelj, D. in Palma, P. (2013). Bergova lestvica za oceno ravnotežja. *Fizioterapija*, 21(1), 15–25.
46. Stapić, A. (2022). Uporaba digitalnih tehnologij za preprečevanje padcev starostnikov v domačem okolju. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
47. Statistični urad Republike Slovenije. (2020). Projekcije prebivalstva EUROPOP2019 za Slovenijo. Dostopno na: <https://www.stat.si/statweb/News/Index/8917> (pridobljeno 1. 4. 2022).
48. Švajger, A., Pihlar, Z. in Šuc, L. (2016). Ocenjevanje v delovni terapiji: metode na ravni dejavnosti in sodelovanja ter vpliva okolja v rehabilitaciji. *Rehabilitacija*, 15(1), 33–43. <https://doi.org/10.5937/specedreh15-10090>
49. Tepper, D. (2016). Making a House an Accessible Home: The role of PTs. Dostopno na: <https://www.apta.org/apta-magazine/2016/09/01/making-a-house-an-accessible-home-the-role-of-pts> (pridobljeno 15. 6. 2018).
50. Tilinger, N. (2017). Vpliv gibljivosti spodnjih udov na ravnotežje pri starostnikih : pregled literature. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.

51. Tušek, M. (2021). Primerjava učinkov vadbe za ravnotežje s kognitivnimi nalogami in vadbe za mišično zmogljivost spodnjih udov na ravnotežje in hitrost hoje pri starejših odraslih. [Magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
52. Umar. (2017). Strategija dolgožive družbe. V: Bednaš, M. in Kajzer, A. (ur.). Umar. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. Dostopno na: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf
53. Vaculikova, P., Skotakova, A., Kropačova, S. idr. (2019). The Effect of the Intervention Dance Program on the Level of Functional Fitness and Postural Stability in the Elderly. *Studia Sportiva*, 13(1), 63–71. <https://doi.org/10.5817/StS2019-1-7>
54. Valenčič, K. in Rugelj, D. (2018). Primerjava učinka treh različnih kognitivnih nalog na izid časovno merjenega testa vstani in pojdi pri telesno dejavnih starejših odraslih. *Fizioterapija*, 26(2), 1–9.
55. WHO - World Health Organisation. (2023). Releases new guide on developing national programmes for age-friendly cities and communities. Dostopno na: <https://www.who.int/news/item/19-04-2023-who-releases-new-guide-on-developing-national-programmes-for-age-friendly-cities-and-communities>

Modeli izobraževanja študentov zdravstvene nege o infekcijah povezanih z zdravstveno nego - pregled literature

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.142>

Pregledni znanstveni članek

UDK 37:614.253.4/.5:616.9

KLJUČNE BESEDE: model izobraževanja, metode izobraževanja, študenti zdravstvene nege, medicinske sestre, znanje, preventiva in kontrola infekcij

POVZETEK – Okužbe, povezane z zdravstveno nego (HAI, Healthcare-associated infections), so vzrok za večjo obolenost in umrljivost, podaljšujejo bivanje in povečujejo stroške zdravljenja. Naš cilj je bil s pregledom literature identificirati najpomembnejše komponente modela izobraževanja za medicinske sestre/tehnike in študente zdravstvene nege o preprečevanju HAI. Raziskavo smo izvedli s sistematičnim pregledom 18 člankov v 5 znanstvenih bazah. S kodiranjem rezultatov smo dobili kategorijo »Glavne sestavine modela izobraževanja študentov zdravstvene nege in medicinskih sester/tehnikov o preprečevanju okužb v zdravstvu« ter šest podkategorij. Ugotovimo lahko, da mora uspešen model izobraževanja o preprečevanju in obvladovanju HAI v zdravstvu vsebovati šest glavnih komponent: izobraževanje s poudarkom na povezovanju teorije in prakse ter spremljanju napredka; kontinuiteta v izobraževanju; razvoj in/ali revizija novih modelov, učnih načrtov, izobraževalnih načrtov in programov; uporaba različnih izobraževalnih metod; izobraževanje na podlagi strokovnih kompetenc; potreba po nacionalnem izobraževalnem programu. Implementacija modela je odvisna od posameznika, lokalne in nacionalne ravni podpore.

Review article

UDC 37:614.253.4/.5:616.9

KEYWORDS: model of education, methods of education, nursing students, nurses, knowledge, prevention and control of infection

ABSTRACT – Healthcare-associated infections (HAIs) are the cause of increased morbidity and mortality, thus prolonging and raising the cost of treatment. Our goal was to identify the most important components of the education model for nurses/technicians and nursing students on HAI prevention through a literature review. We conducted the research by systematically reviewing 18 articles in 5 scientific databases. By coding the results, we obtained the category "Main components of the education model for nursing students and nurses/technicians on the prevention of healthcare-associated infections", and six subcategories. We can conclude that a successful model of education on the prevention and control of HAI in health care should contain six main components: education with an emphasis on linking theory and practice and monitoring progress; continuity in education; development and/or revision of new models, curricula, education plans and programs; use of different education methods; education based on professional competencies; the need for a national education program. Implementation of the model depends on the individual, local and national level of support.

1 Uvod

Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi predstavljaju najčešći neželjeni događaj tijekom zdravstvene njege pacijenta (WHO, 2021), veliki su uzrok morbiditeta i mortaliteta, bitno produžuju vrijeme hospitalizacije i povećavaju cijenu liječenja. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC - European Centre for Disease

Control and Prevention) procijenio je da samo infekcije stečene u bolnicama uzrokuju više smrti od bilo koje druge zarazne bolesti, odnosno da će u jednogodišnjem razdoblju 8,9 milijuna ljudi u Europi i pridruženim zemljama imati barem jednu infekciju povezanu sa zdravstvenom skrbi, odnosno 1 od 15 pacijenata u bolnicama, a jedan od 24 korisnika u ustanovama za dugoročnu skrb (ECDC, 2018; Damani, 2019).

U procesu svog rada, uz ostale djelatnike u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi, medicinska sestra/tehničar ima vrlo važnu ulogu u prevenciji i kontroli širenja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Sigurnost pacijenta sve je više u žarištu zdravstvene i socijalne skrbi te je 2009. godine prihvaćena Preporuka Vijeća Europe 2009/c 151/01 o sigurnosti pacijenata koja uključuje prevenciju i kontrolu infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (Council of the European Union, 2009).

Prilikom svog boravka u zdravstvenim ustanovama, studenti sestrinstva mogu biti prijenosnici patogenih mikroorganizama na druge pacijente, okolinu ili sebe ako nisu educirani i nemaju temeljna znanja i vještine iz prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Postoje studije koje dokazuju da su studenti zdravstvenih studija na globalnoj razini izloženi riziku od infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi te da ih se može direktno povezati kao jedan od uzroka unakrsnog prijenosa mikroorganizama jer velik dio svoje redovne nastave provode na vježbama u zdravstvenim ustanovama (Ojo i Ojo, 2017). U velikom istraživanju koje su proveli Carter i suradnici na populaciji od 3678 studenata sestrinstva, zaključili su da su sati edukacije iz prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi značajno povezani sa sposobnošću pridržavanja dobre prakse prevencije infekcija (Carter idr., 2017). Više autora bavi se nastavnim planovima i programima te kurikulumom iz osnova prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi te ukazuje na problem različitosti u programima, kao i nedostatak u istraživanjima o učinkovitosti tih programa te potrebu za izradom dobrog modela edukacije iz prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (Carter idr., 2017; Cox idr., 2014, str. 83–92). Problem povezivanja teorije i prakse, kao i neuključivanje profesionalaca, jedna je od najvažnijih prepreka dobre edukacije iz prevencije infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Profesionalci iz prevencija infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi smatraju da postoje četiri važna problema koji utječu na neusklađenost teorije i prakse - teorije nasuprot praksi, važnost uzora, razjedinjenost između sveučilišta i stvarnog svijeta, učenje u kontekstu (Mitchell idr., 2014, str. 43; Cox idr., 2014, str. 83–92). Promatrajući i uspoređujući nastavne planove preddiplomskog studija sestrinstva u Hrvatskoj, uviđa se da ne nude svi studiji izborni kolegij vezan uz edukaciju o prevenciji infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, 2021/2022; Sveučilište u Rijeci, 2021/2022; Hrvatsko katoličko sveučilište, 2021/2022; Medicinski fakultet u Puli, 2021/2022; Veleučilište u Bjelovaru, 2021/2022; Sveučilište u Zadru, 2021/2022; Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2021/2022; Sveučilište Sjever, 2021/2022; Sveučilište u Splitu, 2021/2022; Veleučilište u Karlovcu, 2021/2022; Sveučilište u Dubrovniku, 2021/2022). Uspoređujemo li po istim kriterijima i šest programa studija sestrinstva u Republici Sloveniji, zaključujemo da svi studiji nude neki oblik izbornog kolegija vezanog uz prevenciju

i kontrolu infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi, ali, kao i u Hrvatskoj, s različitim nazivima kolegija, silabusima i opterećenjem studenta (Univerza na Primorskom, 2021/2022; Univerza v Ljubljani, 2021/2022; Univerza v Novom mestu, 2021/2022; Visoka zdravstvena šola v Celju, 2021/2022; Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec, 2021/2022; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2021/2022).

Kad govorimo o važnosti kontinuiteta edukacije i cjeloživotnom obveznom stručnom usavršavanju iz prevencije infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi licenciranih medicinskih sestara/tehničara, treba naglasiti da je Centar za kontrolu i prevenciju bolesti Atlanta (CDC) kao učinkovitu strategiju za kontrolu infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi preporučio periodičnu procjenu znanja i prakse zdravstvenih djelatnika. Dokaz važnosti edukacije iz prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi na nacionalnoj i lokalnoj razini svake ustanove te njihov utjecaj na razinu pružene zdravstvene njege dokazali su mnogi stručnjaci i znanstvenici (Storr idr., 2017; AL-Rawajfah idr., 2016; Sarani idr., 2016; Olans idr., 2015 i drugi). Većina autora koji se bave ovom tematikom slaže se da je potrebna kontinuirana edukacija medicinskih sestara i tehničara iz prevencije infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi uz periodičnu provjeru usvojenog znanja. Hrvatska komora medicinskih sestara (2014) definirala je Pravilnik o sadržaju, rokovima i postupku stručnog usavršavanja i provjere stručnosti medicinskih sestara, ali nisu definirana obvezna područja ni teme edukacije, tako da edukacija o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi ovisi o osobnom izboru (Hrvatska komora medicinskih sestara, 2014, Pravilnik, članak 1–5; Hrvatska komora medicinskih sestara, 2021, Pravilnik, članak 5. i 8.) Kontinuirano i cjeloživotno obrazovanje pridonosi utvrđivanju dobre postojeće prakse, primjeni novih znanja i smjernica u prevenciji te kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi vezano uz poboljšanje prakse u svakodnevnom radu. Mnogi autori koji se bave temama edukacije medicinskih sestara/tehničara o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi naglašavanju potrebu kontinuirane trajne edukacije uz obveznu periodičnu provjeru znanja kao jedinu pravu strategiju prevencije širenja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (Tawalbeh idr., 2019, str. 137–214; Xiong idr., 2017, str. 389–395; Alrubaiee idr., 2021, str. 1–10; Al-Rawajfahi, 2014; Storr idr., 2017, str. 1–18; Nasiri idr. 2019, str. 1–7).

S obzirom na izrazito širok djelokrug rada studenata sestinstva i medicinskih sestara/tehničara te neposredni dvadesetčetverosatni kontakt s pacijentima, dosljedno provođenje smjernica za sprječavanje širenja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi iznimno je velik doprinos sigurnosti pacijenta, kao i sigurnosti samog zdravstvenog djelatnika.

Svrha sustavnog pregleda literature je proučiti modele edukacije u sestinstvu i kako ona utječe na znanje i obrazovanje medicinskih sestara/tehničara i studenata sestinstva iz područja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi s ciljem identificiranja najvažnije sastavnice modela obrazovanja studenata sestinstva i medicinskih sestara/tehničara o prevenciji infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi u zdravstvenoj njezi.

Istraživačko pitanje: Kako modeli obrazovanja korišteni kod studenata na preddiplomskom studiju sestinstva i licenciranih medicinskih sestara/tehničara, u usporedbi

s onima koji nisu prošli takvu vrstu obrazovanja, utječu na njihovo znanje o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi?

2 Metode

Istraživanje se temelji na kvalitativnom istraživačkom pristupu, na pregledu znanstvene literature s područja modela obrazovanja studenata sestrinstva i medicinskih sestara i tehničara o infekcijama povezanim sa zdravstvenom skrbi. Izvorni kriteriji za članke su temeljeni na dostupnosti, znanstvenosti, relevantnosti sadržaja te aktualnosti članka.

Pretraživanje, pregled i analiza literature trajala je od 2011. do 2021. Literaturu smo pretraživali u bazi podataka CINAHL, PubMed, Medline, Google Scholar, Science Direct. Ključne riječi smo povezali s Boolovim operaterom AND i OR. Pri pretraživanju literature smo upotrijebili sljedeće kriterije uključivanja i isključivanja prikazane na slici 1.

Slika 1

Kriteriji za uključivanje i isključivanje/Inclusion and Exclusion Criteria

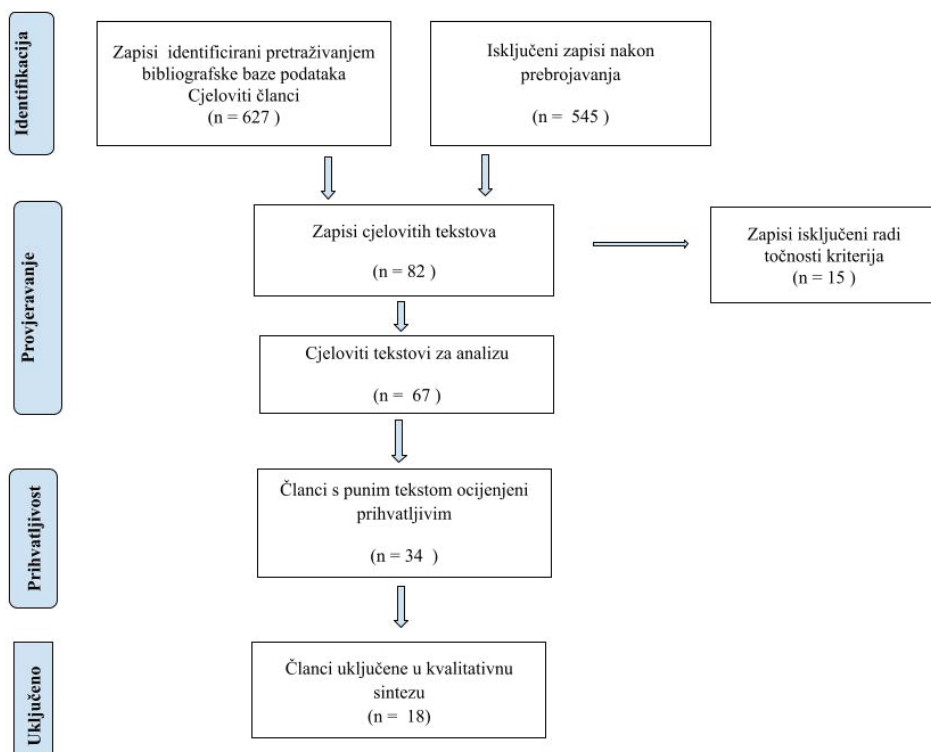
Kriterij	Kriterij uključivanja	Kriterij isključivanja
Vrsta publikacije	Izvorni znanstveni članci Pregled znanstvenih članaka Recenzirani članci	Članci objavljeni u zbornicima skupova stručni članci, udžbenici, nerecenzirani članci i sl.
Broj članaka	15 u>	<-kao 15
Vremensko razdoblje nakon	2011-2021.	stariji od 10 godina
Jezik	Engleski, hrvatski	Drugi jezici
Pristup	Cjeloviti tekstovi	Sažeci
Populacija	Studenti sestrinstva Medicinske sestre/tehničari	Ostali zdravstveni i nezdravstveni djelatnici
Ključne riječi	Modeli edukacije, metode edukacije, studenti sestrinstva, medicinske sestre, znanje, prevencija i kontrola infekcija Education models, education methods, nursing students, nurses, knowledge, infection prevention and control	drugi
Bibliografske baze podataka	CINAHL, PubMed, Medline, ScienceDirect Google Scholar	drugi

Tijek pregleda članaka proveden je prema PRISMA metodologiji (slika 2)

Slika pokazuje strategiju pretraživanja podataka - u pet baza podataka identificirali smo 627 cjelovitih članaka, a u konačnu smo analizu uvrstili 18 članaka od kojih je devet vezano uz edukaciju studenata sestrinstva, a devet uz edukaciju medicinskih sestara/tehničara o prevenciji i kontroli širenja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi.

Slika 2

Prizma dijagrama tijeka istraživanja/PRISMA Flow Diagram



3 Rezultati

Tablica 1

Analiza članaka o znanju i karakteristikama modela edukacije studenata sestrištva i medicinskih sestara/tehničara i prevenciji infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi od 2011. do 2021. godine/Analysis of Articles on the Knowledge and Characteristics of the Education Model for Nursing Students and Nurses/Technicians on the Prevention of Healthcare-Associated Infections Published between 2011 and 2022

<i>Autori/Authors</i>	<i>Metode istraživanja/ Research methods</i>	<i>Svrha/Aim</i>	<i>Uzorak/Sample</i>	<i>Ključni rezultati/Key results</i>
Aloush (2019) Jordan	Dvosmjerna, randomizirana kontrolirana studija	- Procijeniti znanje studenata sestrištva o smjernicama za prevenciju infekcije povezanih s centralnim venskim katetrom - Usporediti učinkovitost simulacijskog načina poučavanja i tradicionalnog predavanja za katedrom	Studenti sestrištva: - 131 student sestrištva s 2 sveučilišta -predtest i posttest znanja - 2 grupe: tradicionalno poučavanje i simulacijsko poučavanje	- Skupina poučavana tradicionalnom metodom postigla je bolje rezultate, ali nije bilo statistički značajne razlike između skupina - Imperativ treba biti na sposobnosti predavača da prenese znanje, a ne na metodama poučavanja - Kliničke vježbe dodatno povećavaju učinkovitost predavanja
Al-Rawajfah idr. (2013) Jordan	Studija presjeka	- Procijeniti usklađenost pridržavanja prakse jordanskih medicinskih sestara/tehničara sa smjernicama za prevenciju HAI-a	- 889 medicinskih sestara/tehničara - u 22 bolnice (što čini 10 % medicinskih sestara /tehničara zaposlenih u jordanskim bolnicama)	- Očekivanje da će rezultati utjecati na razvoj obrazovnih alata, programa i nastavnih planova za poboljšanje prakse prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenoj skrbi u Jordanu
Al-Rawajfahi idr. (2014) Jordan	Studija presjeka	Procijeniti znanje i praksu kontrole prevencije HAI-a na nacionalnoj razini među jordanskim medicinskim sestrama /tehničarima koji rade u jedinicama intenzivne njege	- 247 medicinskih sestara/tehničara - 56 iz jedinica intenzivne njege -uključena 21 bolnica koje su nasumično odabrane od njih 103 (8 državnih, 7 vojnih, 4 privatne, 2 sveučilišne)	Medicinske sestre/ tehničari koji su prošli edukaciju iz osnova prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi pokazali su bitno veće znanje

Alrubaie idr. (2021) Jemen	Jednostruko slijepo randomizirano	Procijeniti provedbu obrazovnog modula o mjerama kontrole HAI-a među jemenskim medicinskim sestrama /tehničarima	<p>- 540 medicinskih sestara/tehničara /tehničara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. skupina- obuka - tečaj 20h predavanja i pisani materijal 2. skupina - samo pisani materijali 3. skupina - bez edukacije <p>- test znanja</p>	<p>- Intervencija 1. (obuka licem u lice + modul) i intervencija 2. (samo modul) imale značajne pozitivne učinke na znanje i praksu medicinskih sestara/tehničara u svezi s mjerama kontrole HAI-a</p> <p>- Intervencija 1. može koristiti za medicinske sestre/tehničare u obliku tečaja stručnog usavršavanja koji se provodi redovito, najmanje šest mjeseci</p> <p>- Uključiti i u kurikulum studenata sestrinstva sveučilišta</p>
Carrico idr. (2018) CDC Atlanta	Pregledni članak/izvješće	- Istaknuti temeljne prakse prevencije i suzbijanja infekcija i povezati se s radom svake medicinske sestre/tehničara u svim okruženjima u kojima se pruža skrb	Smjernice CDC-a: <ol style="list-style-type: none"> 1. Podrška rukovodstva 2. Obrazovanje i osposobljavanje djelatnika o HAI-u 3. Obrazovanje pacijenata, obitelji i njegovatelja 4. Praćenje učenika /studenata i povratne informacije 5. Standardne mjere zaštite 6. Specifične mjere zaštite temeljene na načinu prijenosa 7. Privremeni invazivni medicinski uređaji za liječenje 8. Zaštita zdravlja na radnom mjestu 	- CDC smjernice uključuju izvođenje higijene ruku, što ranije uklanjanje uređaja koji više nisu potrebni, angažiranje i edukacija članova obitelji i njegovatelja te obuka pružatelja zdravstvenih usluga

Chen (2019) Kina	Pregledni članak/ izvješće	Nekoliko slučajeva epidemija zabilježeno je u hitnom prijemu i dnevnim kirurškim bolnicama (OED), što ukazuje na propuste u osnovnim postupcima prevencije infekcije, na potrebu za većim znanjem i provedbom osnova prevencije infekcije medicinskih sestara/tehničara i drugog zdr. osoblja	Smjernice: 1. administrativna podrška: - sustav upravljanja HAI-om - upravljanje zdravstvenim djelatnicima - dovoljna količina zaštitne opreme 2. obrazovanje i osposobljavanje 3. praćenje i prijava HAI-a 4. pridržavanje standardnih mjera zaštite 5. pred detekcija i upravljanje trijažom pacijenta 6. specifične mjere zaštite temeljene na načinu prijenosa	Preporuke opisuju osnovne/minimalne mjere za kontrolu i prevenciju HAI-a u ambulancama i hitnim odjelima, potrebno je izvršiti kontinuirano i dinamično praćenje i dosljedno pridržavanje četiriju ključnih točaka edukacije o prevenciji infekcija: - edukacija o ključnim patogenima - ključnim objektima - ključnoj osjetljivoj populaciji - ključnim kritičnim odjelima
Hinkin i Cutter (2014) Ujedinjeno Kraljevstvo	Studija presjeka	- Istražiti ulogu obrazovanja i znanje studenata sestrinstva o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi - Istražiti kako sveučilišno obrazovanje, kliničko iskustvo i druge varijable utječu na njihovu praksu prevencije i kontrole HAI-a	- 354 (od 444) studenta sestrinstva - Jedno sveučilište, ali 2 kampusa - Upitnik i test znanja	- Znanje je bilo u jednom dijelu zadovoljavajuće (higijena ruku i uporaba rukavica, prijenos patogena, prevencija ozljede oštrim predmetom, gospodarenje otpadom), a u drugom nezadovoljavajuće (lanac infekcije, uporaba alkoholnog antiseptika, specifične mjere zaštite i dr. - Sveučilišno obrazovanje ima najveći utjecaj na znanje, ali se pokazao i veliki utjecaj mentora, medicinskih sestara/tehničara, liječnika i drugih u timu

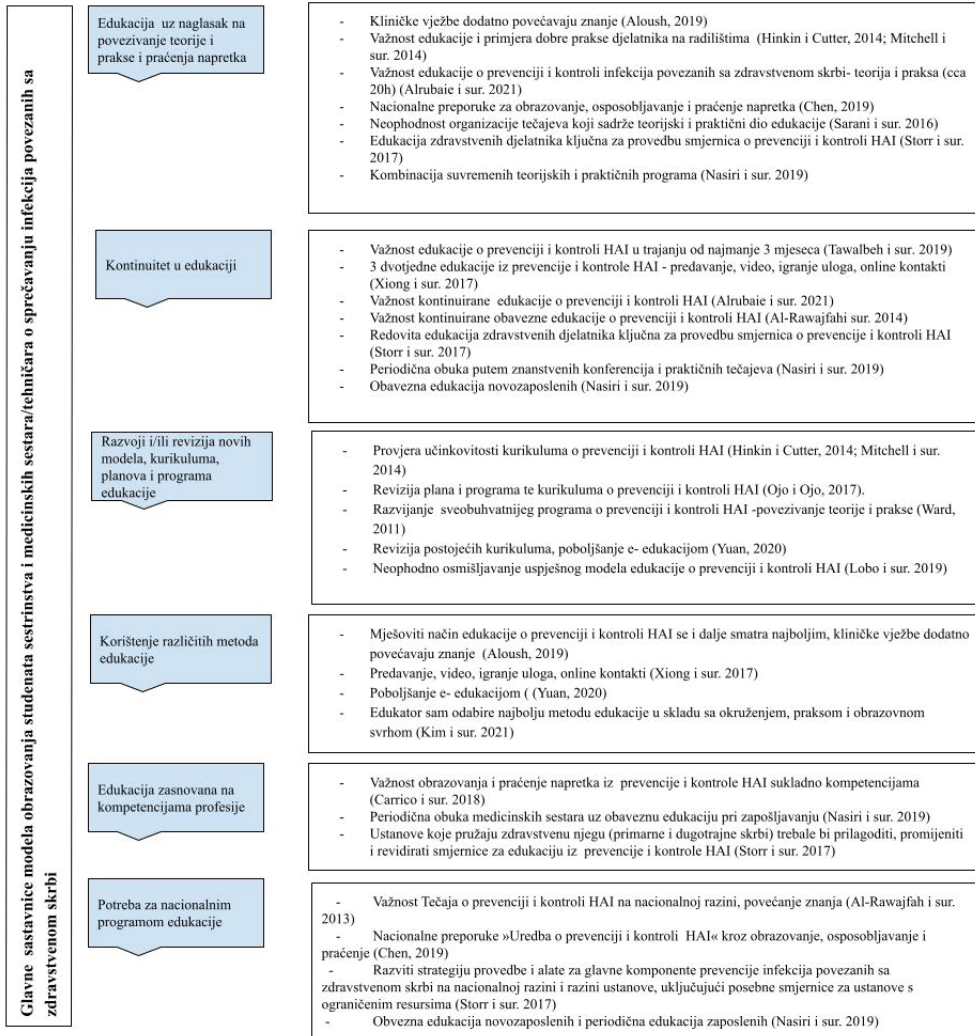
Kim idr. (2021) Koreja	Dizajn neekvivalentnih grupa	Identificirati i usporediti dva obrazovna programa i istražiti učinke dviju obrazovnih metoda studenata sestrinstva: 1. obrazovanje temeljeno na simulaciji 2. uobičajeno obrazovanje Teme edukacije: standardne mjere zaštite	- 62 studenata 3. godine preddiplomskog studija sestrinstva - raspoređeni u eksperimentalnu i kontrolnu skupinu. - pretest i posttest	- U obama skupinama došlo je do statistički značajnog povećanja znanja o standardnim mjerama zaštite - Eksperimentalna skupina pokazala je da je uspješnija i manje anksiozna
Lobo idr. (2019) Indija	Studija presjeka	Ispitati znanje i stavove medicinskih sestara/tehničara te postoji li korelacija između znanja, stava i stvarne prakse	Uzorak obuhvaća 80 medicinskih sestara/tehničara kirurških i ortopedskih odjela	- Medicinske sestre/tehničari pokazali su prosječno znanje i praksu te pozitivan stav prema kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. - Nužna je edukacija na temelju uspješnog obrazovnog modela
Mitchell idr. (2014) Australija	Studija presjeka	- Utvrditi znanje, stavove i praksu 3. god. preddiplomskih studenata sestrinstva o osnovnim znanjima o prevenciji HAI-a - Gdje traže informacije o HAI-u	- 349 studenata sa 6 sveučilišta, - Upitnik i test znanja	Točno je odgovoreno na 59,8 % pitanja, pokazali su bolje znanje o standardnim mjerama zaštite nego mjerama temeljenim na načinu prijenosa rezistentnih mikroorganizama
Nasiri idr. (2019) Iran	Sustavni pregled literature	Procjena znanja, prakse i stavova medicinskih sestara/tehničara o pridržavanju standardnih mjera zaštite i prevenciji HAI	- 18 članaka za analizu provedenih na 4577 zaposlenih medicinskih sestara/tehničara	- Rezultati su pokazali da su medicinske sestre/tehničari u većini studija imali odgovarajuće znanje (n = 10, 40 % - 90 %) i pozitivan stav (n = 4, 37 % - 100 %). - Većina istraživanja pokazuje prosječnu i lošu praksu primjene - Najčešće predložene preporuke za poboljšanje znanja, stava i prakse su: - periodična obuka putem znanstvenih konferencija i relevantnih praktičnih tečajeva - kombinacija suvremenih teorijskih i praktičnih programa - obuka na početku rada u bolnici

Ojo i Ojo (2017) Velika Britanija	Sustavni pregled literature	Sustavnim pregled literature 12 članaka istražiti znanje studentata sestrištva o prevenciji HAI-a iz opće i globalne perspektive	12 istraživanja na temu: - znanje studenata sestrinstva - znanje studenata ostalih studija o prevenciji infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi	- U nekim područjima pokazali su dobro znanje, u nekima ispodprosječno - S obzirom na to da nisko znanje može utjecati na širenje infekcija u ustanovama u kojima studenti borave, potrebno je napraviti pregled plana i programa te reviziju za sve studente na zdravstvenim studijima
Sarani idr. (2016) Iran	Kvantitativno	Studija se provodi kako bi se analiziralo znanje, stavovi i praksa medicinskih sestara/ tehničara o standardnim mjerama zaštite	- 170 medicinskih sestara/tehničara koji su radili na kirurškim i dječjim odjelima te odjelima dijalize u dvije nastavne bolnice	-Rezultati su pokazali nisku razinu svijesti osoblja o HAI-u - 43 % sudionika u ovoj studiji imalo slabo znanje, a 37 % umjereno znanje iz kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi - Predlažu se praktični tečajevi primjenu načela o prevenciji HAI-a
Storr idr. (2017) WHO	Sustavni pregled literature (guidelines article) i konsenzus stručnjaka	Nacionalni IPC program (IPC- Infection Prevention and Control Programmes) za medicinske sestre/tehničare (i ostale) sadrži osnovne komponente za djelotvorne programe nove su preporuke utemeljene na dokazima za prevenciju HAI-a	Obuhvaćala je pregled publikacija od 1996. do 2012. godine te nadopunjena do 23. 11. 2015.	Predstavljeno je 11 preporuka i tri izjave dobre prakse koje tvore suštinu novih smjernice IPC-a i WHO-a
Tawalbeh (2019) Jordan	Kvazi- eksperimentalno istraživanje (predtest/posttest)	- Procijeniti razinu znanja i pridržavanja, procijeniti odnose između znanja i pridržavanja među studentima sestrištva - Ispitati učinak nastavnih tečajeva kontrole infekcija na poznavanje i pridržavanje standardnih mjera zaštite	- 130 studenata treće godine sestrinstva -jedno sveučilište -predtest i posttest - 60 studenata s tromjesečnom edukacijom iz HAI-a - 70 studenata bez edukacije iz HAI-a	- Statistički značajna slaba korelacija između poznavanja i pridržavanja standardnih mjera zaštite - Predtest je pokazao u prosjeku prilično nisko znanje i pridržavanje standardnih mjera zaštite - Posttest - značajno veća statistička razlika u znanju i pridržavanju eksperimentalne skupine (educirane)

Ward (2011) Velika Britanija	Sustavni pregled literature	<ul style="list-style-type: none"> - Identificirati ulogu obrazovanja studenata sestrinstva u prevenciji HAI-a 1. Poboljšava li obrazovanje praksu kontrole infekcija kratkoročno i dugoročno? 2. Smanjuje li obrazovanje stopu infekcije i ako je tako, je li smanjenje održivo? 3. Koji su nastavni pristupi najučinkovitiji u poboljšanju poznavanje kontrole infekcije? 	<ul style="list-style-type: none"> 39 istraživanja: - Velika Britanija - Sjedinjene Američke Države - Azija - Južna Amerika - Europa - Kanada 	<ul style="list-style-type: none"> - Pregledom istraživanja naglasila je problem primjene teorije u praksi - Obrazovanje može poboljšati teorijsko znanje, ali ne nužno i primjenu u praksi
Xiong idr. (2017) Kina	Randomizirana, kontrolirana studija	Procijeniti učinkovitost kombiniranih multimedijских edukacijskih intervencija radi poboljšanja znanja, stava i primjene u prevencije HAI kod studenata sestrinstva	<ul style="list-style-type: none"> - 84 studenta podijeljena u 2 grupe - 1. grupa -predavanja, video, igranje uloga, online kontakti 15-20 min. - 2. grupa -tradicionalno poučavanje 	<ul style="list-style-type: none"> - Mješovita multimedijсka edukacijska intervencija učinkovita je u poboljšanju znanja, stava i pridržavanja - Ciljana skupina imala je predavanje, video, igranje uloga, online kontakte 15-20 min. kroz 3 dvotjedne edukacije
Yuan (2020) Kina	Deskriptivna studija	Ispitati čimbenike utjecaja preventivnog ponašanja protiv COVID-19 među studentima sestrinstva u Kini.	<ul style="list-style-type: none"> - 631 student sestrinstva - interaktivna anketa 	<ul style="list-style-type: none"> - Zaključili su da studenti generalno imaju dobru zdravstvenu pismenost, znanje i pozitivan stav - Studenti ruralne sredine pokazali su manje znanje - Važnosti uvođenja e-edukacija uz poboljšanje dosadašnjih kurikuluma

Slika 3

Prikaz kategorije »Važne sastavnice modela obrazovanja studenata sestrinstva i medicinskih sestara/tehničara o sprječavanju infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi« te potkategorija i kodova/View of the Category "Main Components of the Education Model for Nursing Students and Nurses/Technicians on the Prevention of Healthcare -Associated Infections" and of Subcategories and Codes



Slika 3 prikazuje kodiranje ključnih nalaza u kategorije, potkategorije i kodove najvažnijih sastavnica modela obrazovanja studenata sestrinstva i medicinskih sestara/tehničara o sprječavanju infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Istraživanjem smo dobili kategoriju »Glavne sastavnice modela obrazovanja studenata sestrinstva i medicinskih sestara/tehničara o sprečavanju infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi« te šest potkategorija: »Edukacija uz naglasak na povezivanje teorije i prakse

i praćenja napretka« u sedam članaka, »Kontinuitet u edukaciji« u sedam članaka, »Razvoji i/ili revizija novih modela, kurikuluma, planova i programa edukacije« u pet članaka, »Korištenje različitih metoda edukacije« u četirima člancima, »Edukacija zasnovana na kompetencijama profesije« u trima člancima i »Potreba za nacionalnim programom edukacije« u četirima člancima.

4 Rasprava

U našem istraživanju ispitivali smo modele edukacije u sestринstvu i kako ona utječe na znanje i obrazovanje medicinskih sestara/tehničara i studenata sestринstva iz područja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Analizirali smo osamnaest članaka od kojih je devet vezano uz medicinske sestre/tehničare, a ostalih devet uz preddiplomske studente sestринstva. Ovo istraživanje pokazalo je da nema stroge podjele u modelima edukacije kad se istražuje edukacija o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi studenata sestринstva i medicinskih sestara/tehničara. U većini istraživanja obaju skupina isprepliću se znanje, praksa, samoprocjena, stavovi o prevenciji, važnost kompetentnog uzora, važnost odabira adekvatnog načina poučavanja, uloga obrazovanja, kao i identifikacije i prijedlozi obrazovnih programa koji bi imali najveću učinkovitost u pridržavanju mjera prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi studenata sestринstva i licenciranih medicinskih sestara/tehničara.

Kodiranjem ključnih nalaza dobili smo kategoriju »Glavne sastavnice modela obrazovanja studenata sestринstva i medicinskih sestara/tehničara o sprječavanju infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi«. Kategorija se sastoji od šest potkategorija: »Edukacija uz naglasak na povezivanje teorije i prakse i praćenja napretka«; »Kontinuitet u edukaciji«; »Razvoj i/ili revizija novih modela, kurikuluma, planova i programa edukacije«; »Korištenje različitih metoda edukacije«; »Edukacija zasnovana na kompetencijama profesije«; »Potreba za nacionalnim programom edukacije«. Većina ovih potkategorija nalazi se u svakom od promatranih istraživanja, što upućuje na zajedničke ključne točke koje utječu na uspješnu edukaciju iz prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi.

Prema većini autora, edukacija je ključna za provedbu smjernica o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (Storr idr., 2017) i to kombinacijom suvremenih teorijskih i praktičnih programa uz neophodne kliničke vježbe (Aloush, 2019, str. 125–131; Hinkin i Cutter, 2014, str. 196–201; Mitchell idr., 2014, str. 1–7; Alrubaiee idr., 2021, str. 1–10); Chen idr., 2019; Sarani idr., 2016, str. 193–198; Storr idr., 2017, str. 1–18; Nasiri idr., 2019, str. 1–7). Hinkin i Cutter, kao i Mitchell sa suradnicima, tvrde da mnoge varijable utječu na prevenciju infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi pozitivno ili negativno, naglašavaju koliko je važan primjer dobre prakse djelatnika na odjelima u usvajanju i primjeni smjernica dobre prakse vezano uz prevenciju i kontrolu infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (Hinkin i Cutter, 2014, str. 196–201; Mitchell idr., 2014, str. 1–7). Podrška kompetentnog uzora

zdravstvenih djelatnika, kao pomoć u primjeni teorije i dobre prakse, od vitalnog je značaja, ali ipak naglašavaju i važnost sveučilišnog obrazovanja vođenog profesionalcima iz prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Iz navedenih istraživanja nastala je potkategorija »Edukacija uz naglasak na povezivanje teorije i prakse i praćenja napretka« kao neminovna za dobru prevenciju širenja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi.

S obzirom na brzinu razvoja medicine koja prati razvoj rezistencije mikroorganizama, jednom naučeno nije dugoročno dovoljno za uspješnu prevenciju. Mnogi autori upućuju da je kontinuitet u edukaciji ključan za provedbu smjernica o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (Tawalbeh idr., 2019, str. 137–214; Xiong idr., 2017, str. 389–395; Alrubaiee idr., 2021, str. 1–10; Al-Rawajfahi, 2014; Storr idr., 2017, str. 1–18; Nasiri idr., 2019, str. 1–7). Predlažu različite dužine (tri tjedna do tri mjeseca) i kontinuitet u edukaciji uz obveznu sveobuhvatnu edukaciju novozaposlenih prije samog kretanja u rad s pacijentima. Ovo sve nas navodi na nastajanje potkategorije »Kontinuitet u edukaciji«.

Lobo i suradnici naglašavaju neophodnost osmišljavanja dobrog i uspješnog modela edukacije o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi (Lobo idr., 2019, str. 26–31). Sustavnim pregledom literature Nasiri i suradnici (2019) došli su do rezultata da su medicinske sestre/tehničari većinom imali odgovarajuće znanje i pozitivan stav o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi, ali prosječnu ili lošu praksu, tako da su zaključili da bi trebalo osmisлити dobar model edukacije novozaposlenih i zaposlenih medicinskih sestara/tehničara koji bi trebao sadržavati obvezne periodične edukacije zasnovane na suvremenim teorijskim i praktičnim programima. Uz važnost razvoja sveobuhvatnih planova i programa te izrade novih i revizije starih kurikulumuma, treba naglasiti važnost povezivanja teorije, prakse i realnih kliničkih uvjeta (uključujući kombinaciju raznih metoda edukacije, koja uključuje djelomično i e-edukaciju) (Hinkin i Cutter, 2014, str. 196–201; Mitchell idr., 2014, str. 1–7; Ojo i Ojo, 2017, str. 1121–1126; Ward, 2011, str. 9–17; Yuan idr., 2020, str. 1–10; Lobo idr., 2019, str. 26–31). Većina autora naglašava važnost sveobuhvatne provjere metoda edukacije prije generalne implementacije u sustav edukacije, a jedna od važnih komponenta svakog modela edukacije trebala bi uključivati educirane stručnjake iz područja prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Sažimajući zaključke ovih istraživača dolazimo do sljedeće potkategorije, »Razvoj i/ili revizija novih modela, kurikulumuma, planova i programa edukacije«.

Kim i suradnici u istraživanjima koja se bave odabirom najuspješnijih metoda koje mogu povećati znanje o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi naglašavaju da nema najbolje metode edukacije, da edukatori sami trebaju odabrati najbolju metodu edukacije u skladu s okruženjem, praksom i obrazovnom svrhom (Kim idr., 2021, str. 1–14). Ostali autori se djelomično slažu da edukator sam odabire te sugeriraju da dobre metode edukacije podrazumijevaju kombinaciju više vrsta metoda. Najuspješnijima i dalje smatraju kliničke vježbe uz prethodno dobro teorijsko znanje putem predavanja (licem u lice), videoigre, videosadržaje, igranje uloga, e-učenje i online kontakte s edukatorima (Aloush, 2019, str. 125–131; Xiong

idr., 2017, str. 389–395; Yuan idr., 2020, str. 1–10; Kim idr., 2021, str. 1–14). Definirane preporučene metode edukacije trebaju biti dijelovi svakog kurikuluma. Ovaj dio istraživanja pokazao je važnost predavača, kao i važnost korištenja različitih metoda edukacije koje dodatno povećavaju znanje o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi te je tako definirana potkategorija »Korištenje različitih metoda edukacije«.

Svaka profesija u zdravstvu ima dio prevencije infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi sa zajedničkim fokusom (higijena ruku, uporaba rukavica, kretanje u zoni pacijenta, standardne mjere zaštite, specifične mjere zaštite i dr.), ali i veliki dio koji je različit i direktno vezan za specifičnosti kompetencija pojedine profesije (npr. centralni venski kateter). Cario i suradnici sustavnim pregledom literature 2018. godine definiraju osam aspekata prevencije i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi važnih za plan obrazovanja svake medicinske sestre/tehničara koja uključuje obrazovanje, osposobljavanje i procjenu kompetencija. Prilagođen model edukacije pojedine profesije prema kompetencijama njihove profesije o prevenciji i kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi smatra se nužnim u što efikasnijem sprječavanju širenja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Cario, Nasiri, Stor i njihovi suradnici naglašavaju važnost obrazovanja sukladno kompetencijama medicinskih sestara kao važan dio prevencije širenja infekcija u zdravstvenim i socijalnim ustanovama, što je definiralo petu potkategoriju »Edukacija zasnovana na kompetencijama profesije«.

Važnost razvoja nacionalnih smjernica za edukaciju o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi najbolje su opisali Stor i suradnici u sustavnom pregledu literature od 1996.–2012. godine s nadopunom do 23. 11. 2015. godine u kojem su predstavili 11 preporuka i tri izjave dobre prakse kao suštinu novih smjernica Svjetske zdravstvene organizacije (Storr idr., 2017, str. 1–18). Istaknuli su važnost edukacije na nacionalnoj i lokalnoj razini svake ustanove uz naglasak da svaki nacionalni program treba poduprijeti obrazovanje i obuku zdravstvenih djelatnika kao temeljnu funkciju (Storr idr., 2017, str. 1–18). Većina autora, koji su istraživali ovu tematiku, slažu se da je od vitalne važnosti za svaku zemlju da ima nacionalne preporuke za obrazovanje, osposobljavanje i praćenje kroz edukacije i tečajeve već zaposlenih, novozaposlenih i studenata. Da bi se nacionalni plan uspješno implementirao, potrebno je razviti ambicioznu, ali ostvarivu strategiju i alate provedbe koji uključuju implementaciju i prilagodbu programa i ustanovama s ograničenim resursima (Storr idr., 2017, str. 1–18; Al-Rawajfah idr., 2013, str. 1065–1068; Chen idr., 2019; Nasiri idr., 2019, str. 1–7) što je definiralo šestu potkategoriju »Potreba za nacionalnim programom edukacije«.

5 Zaključak

Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi velik su i ozbiljan problem te imaju veliki morbiditet i mortalitet, produžuju boravak pacijenta u bolnici te gomilaju troškove liječenja. Sigurna zdravstvena njega koja sprječava širenje infekcija povezanih

sa zdravstvenom skrbi, kao i osobni napredak, trebaju biti prioritet u profesionalnom razvoju sadašnji i budućih medicinskih sestara/tehničara. Prema istraživanjima kontinuirana edukacija ključna je za održavanje razine znanja kako kod studenata sestrinstva tako i kod licenciranih medicinskih sestara/tehničara. Čestoe spominje važnost upotrebe najboljeg modela edukacije, ali nismo našli što bi najbolji model trebao sadržavati, koje najvažnije sastavnice. Sustavnim pregledom literature dobili smo »Glavne sastavnice modela obrazovanja studenata sestrinstva i medicinskih sestara/tehničara o sprječavanju infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi«. Prema našem istraživanju, uspješan model obrazovanja o prevenciji i kontroli infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi u zdravstvenoj njezi trebao bi sadržavati i prilagoditi se prema šest glavnih sastavnica: edukacija uz naglasak na povezivanje teorije i prakse i praćenja napretka; kontinuitet u edukaciji; razvoj i/ili revizija novih modela, kurikuluma, planova i programa edukacije; korištenje različitih metoda edukacije; edukacija zasnovana na kompetencijama profesije; potreba za nacionalnim programom edukacije. Možemo zaključiti da uspješna implementacija modela edukacije medicinskih sestara/tehničara i studenata sestrinstva najviše ovisi o pojedincu, ali nije manje važna ni podrška lokalne i nacionalne razine u njejoj uspješnoj implementaciji.

Ograničenja: uvrštavanje premalog broja članaka, istraživanja članaka samo na engleskom jeziku, pretežno su članci vezani uz istraživanja izvan Europe.

Prijedlozi za daljnja istraživanja: uključiti više istraživanja, uključiti istraživanja na drugim jezicima i drugim bazama podataka, usporediti sastavnice modela edukacije medicinskih sestara/tehničara i studenata sa sastavnicama drugih profesija u zdravstvu.

Mihaela Kranjčević - Ščurić, dr. Nadja Plazar, dr. Bojana Filej

Models of Nursing Education on Healthcare - Associated Infections - a Literature Review

Healthcare-associated infections represent the most common adverse event during patient healthcare (WHO, 2021). They are a major cause of increased morbidity and mortality and significantly prolong the duration of hospitalization and increase the cost of treatment. The European Center for Disease Prevention and Control has estimated that hospital-acquired infections alone cause more deaths than any other infectious disease, i.e., that in a one-year period 8.9 million people in Europe and associated countries will have at least one healthcare-associated infection. In other words, 1 in 15 patients in hospitals and 1 in 24 users in long-term care facilities (ECDC, 2018; Damani, 2019).

Studies have proven that healthcare students are globally exposed to the risk of healthcare-associated infections and that they can be directly linked to the sources of the cross-transmission of microorganisms (Ojo and Ojo, 2017). Several authors deal

with teaching plans, programs and curriculums from the aspect of prevention and control of healthcare-associated infections, pointing to the problem of diversity in the programs, to the lack of research on the effectiveness of these programs, and to the need to create a good model of education in the prevention and control of healthcare-associated infections (Carter et al., 2017; Cox et al., 2014, pp. 83–92).

When we talk about the importance of continuity of education and lifelong mandatory professional development of licensed nurses/technicians, we come across many studies that emphasize the importance of continuous education on the prevention and control of healthcare-associated infections at the national and local level of each institution (Storr et al., 2017; Al-Rawajfah et al., 2016; Sarani et al., 2016; Olans et al., 2015). It is believed that continuous education with periodic knowledge verification is the only real strategy for preventing the spread of healthcare-associated infections (Tawalbeh et al., 2019, pp. 137–214; Xiong et al., 2017, pp. 389–395; Alrubaiee et al., 2021, pp. 1–10; Al-Rawajfahi, 2014; Storr et al., 2017, pp. 1–18; Nasiri et al., 2019, pp. 1–7). Considering the extremely wide work scope of nursing students and nurses/technicians, the consistent implementation of guidelines for preventing the spread of healthcare-associated infections is an extremely large contribution to the safety of the patient as well as the safety of the health workers themselves.

The purpose of the systematic literature review was to study nursing education models and how they affect the knowledge and education of nurses/technicians and nursing students in the field of healthcare-associated infections with the aim of identifying the most important components of the education model for nursing students and nurses/technicians on the prevention of healthcare-associated infections. We posed the following research question: "How do educational models used in undergraduate nursing and for registered nurses/technicians and graduate nursing students affect their knowledge of healthcare-associated infection prevention and control, compared with those who have not received such education?"

The research is based on a qualitative research method, i.e., a systematic review of the literature published between 2011 and 2022 in the field of education models on healthcare-associated infections for nursing students and graduate nurses and technicians. The article review process was carried out according to the PRISMA data search methodology. We identified 627 complete articles in 5 databases. In the final analysis we included 18 articles, 9 of which are related to the education of nursing students, and 9 to the education of nurses/technicians on the prevention and control of the spread of healthcare-associated infections.

The key findings are classified into categories, subcategories and codes that form the most important components of the education model for nursing students and nurses/technicians on the prevention of healthcare-associated infections. Through the research we obtained the category "Main components of the education model for nursing students and nurses/technicians on the prevention of healthcare-associated infections" and the following six subcategories: "Education with an emphasis on linking theory and practice and monitoring progress" in seven articles; "Continuity in education" in seven articles; "Development and/or revision of new education models,

curricula, plans and programs” in five articles; “Using different methods of education” in four articles; “Education based on professional competencies” in three articles; and “Need for a national education program” in four articles.

The present study has shown that there is no strict separation between education models for nursing students and nurses/technicians in relation to healthcare-associated infection prevention and control.

According to most authors, education is key to the implementation of guidelines on the prevention and control of healthcare-associated infections (Storr et al., 2017) through a combination of modern theoretical and practical programs with the necessary clinical exercises and the support of a competent role model (Aloush, 2019, pp. 125–131; Hinkin and Cutter, 2014, pp. 196–201; Mitchell et al., 2014, pp. 1–7; Alrubaiee et al., 2021, pp. 1–10; Chen et al., 2019; Sarani et al., 2016, pp. 193–198; Storr et al., 2017, pp. 1–18; Nasiri et al., 2019, pp. 1–7). Hinkin and Cutter, as well as Mitchell et al., emphasize the important example of the good practice of the employee as a competent role model (Hinkin and Cutter, 2014, pp. 196–201; Mitchell et al., 2014, pp. 1–7). The analysis resulted in the subcategory “Education with an emphasis on linking theory and practice and monitoring progress”.

Many authors indicate that continuity in the education of new employees and existing employees is crucial for the implementation of guidelines on the prevention and control of healthcare-associated infections (Tawalbeh et al., 2019, pp. 137–214; Xiong et al., 2017, pp. 389–395; Alrubaiee et al., 2021, pp. 1–10; Al-Rawajfahi, 2014; Storr et al., 2017, pp. 1–18; Nasiri et al., 2019, pp. 1–7), according to which we obtained the subcategory “Continuity in education”.

Lobo et al. (2019, pp. 26–31) highlight the necessity of designing a good and successful model of education on the prevention and control of healthcare-associated infections. Along with the importance of developing comprehensive plans and programs, creating new and revising old curricula, the importance of linking theory, practice and real clinical conditions should be emphasized (Hinkin and Cutter, 2014, pp. 196–201; Mitchell et al., 2014, pp. 1–7; Ojo and Ojo, 2017, pp. 1121–1126; Ward, 2011, pp. 9–17; Yuan et al., 2020, pp. 1–10; Lobo et al., 2019, pp. 26–31). Summarizing the conclusions of these researchers, we attained the subcategory: “Development and/or revision of new models, curricula, education plans and programs”.

Kim et al. (2021) believe that educators choose the education method themselves. Other authors only partially agree with this and suggest a combination of several types of methods. They still consider clinical exercises with good prior theoretical knowledge obtained through lectures, role-playing, e-learning, etc., to be the most successful (Aloush, 2019, pp. 125–131; Xiong et al., 2017, pp. 389–395; Yuan et al., 2020, pp. 1–10; Kim et al., 2021, pp. 1–14). Defining different recommended methods of education should be part of every curriculum, which defined the subcategory “Using different methods of education”.

A model of education on the prevention and control of healthcare-associated infections adapted to the competencies of a particular profession is considered necessa-

ry for the most effective prevention of the spread of healthcare-associated infections (Storr et al., 2017, pp. 1–18; Nasiri et al., 2019, pp. 1–7; Carrico et al., 2018, pp. 28–29), which defines the fifth subcategory “Education based on professional competencies”.

Storr et al. (2017, pp. 1–18) presented 11 recommendations and three statements of good practice as the essence of the new guidelines of the World Health Organization, which pointed out that every national program should support the education and training of health professionals as a fundamental function. Most of the authors who researched this topic agree that it is of vital importance for every country to have national recommendations for education, training and monitoring through education and courses for the already employed, newly employed and students. In order to successfully implement the national plan, it is necessary to develop an ambitious but achievable strategy and tools for implementation (Storr et al., 2017, pp. 1–18; Al-Rawajfah et al., 2013, pp. 1065–1068; Chen et al., 2019; Nasiri et al., 2019, pp. 1–7), which defined the sixth subcategory “Need for a national education program”.

Safe healthcare that prevents the spread of healthcare-associated infections and promotes personal development should be a priority in the professional development of practicing and future nurses/technicians. Through a systematic review of the literature, we obtained “The main components of the education model for nursing students and nurses/technicians on the prevention of healthcare-associated infections”. According to our research, a successful model of education on the prevention and control of healthcare-associated infections should contain six main components: education with an emphasis on linking theory and practice and monitoring progress; continuity in education; development and/or revision of new models, curricula, education plans and programs; use of different education methods; education based on professional competencies; the need for a national education program. We can conclude that the successful implementation of the education model for nurses/technicians and nursing students mostly depends on the individual; however, the support provided at the local and national level for its successful implementation is no less important.

LITERATURA

1. AL-Rawajfah, O. M. (2014). Infection control practices among intensive care unit registered nurses: a Jordanian national study. *Nursing in critical care*, 21(2), e20–e27. <https://doi.org/10.1111/nicc.12078>
2. Al-Rawajfah, O. M., Hweidi, I. M., Alkhalailah, M. idr. (2013). Compliance of Jordanian Registered Nurses With Infection Control Guidelines: A National Population-Based Study. *American Journal Of Infection Control*, 41(11), 1065–1068. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.05.008>
3. Alrubaiee, G. G., Baharom, A., Faisal, I. idr. (2021). Implementation of an Educational Module on Nosocomial Infection Control Measures: A Randomised Hospital-Based Trial. *BMC Nursing*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00551-0>
4. Carrico, R. M., Garrett, H., Balcom, D. idr. (2018). Infection Prevention and Control Core Practices: A Roadmap for Nursing Practice. *Nursing*, 48(8), 28–29. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000544318.36012.b2>

5. Carter, E. J., Mancino, D., Hessels, A. J. idr. (2017). Reported Hours of Infection Education Received Positively Associated with Student Nurses' Ability to Comply with Infection Prevention Practices: Results from a Nationwide Survey. *Nurse Education Today*, 53, 19. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.02.021>
6. Chen, W. S., Qiao, F., Yang, Y. idr. (2019). Interpretation and Clinical Practice of Regulation for Prevention and Control of Healthcare Associated Infection in Outpatient and Emergency Department in Healthcare Facilities. *Annals of Translational Medicine*, 7(1), 10. <https://doi.org/10.21037/atm.2018.12.05>
7. Council of the European Union (2009). Council Recommendation 2009/C 151/01 of 9 June 2009 on Patient Safety, Including the Prevention and Control of Healthcare Associated Infections. Dostopno na: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX:32009H0703(01)).
8. Cox, J. L., Donna Simpson, M., Letts, W. idr. (2014). Putting It into Practice: Infection Control Professionals' Perspectives on Early Career Nursing Graduates' Microbiology and Infection Control Knowledge and Practice. *Contemporary nurse*, 49(1), 83–92. <https://doi.org/10.1080/10376178.2014.11081957>
9. Damani, N. N. (2019). Priručnik o prevenciji i kontroli infekcija. Zagreb: Medicinska naklada.
10. ECDC - European Centre for Disease Control and Prevention. (2018). Infographic: Healthcare-Associated Infections - a Threat to Patient Safety in Europe. Dostopno na: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-healthcare-associated-infections-threat-patient-safety-europe> (pridobljeno 8. 7. 2022).
11. Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec (b. d.). Strokovni študijski program prve stopnje Zdravstvena nega. Dostopno na: <https://www.fzsv.si/%C5%A0tudijski-programi/%C5%A0tudijski-program-1-stopnja-Zdravstvena-nega/Predmetnik> (pridobljeno 4. 3. 2022).
12. Hinkin, J. in Cutter, J. (2014). How do University Education and Clinical Experience Influence Pre-Registration Nursing Students' Infection Control Practice? A Descriptive, Cross Sectional Survey. *Nurse Education Today*, 34(2), 196–201. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.005>
13. Hrvatska komora medicinskih sestara. (2014). Narodne novine br. 121/03., 117/08 i 57/11. Pravilnik o sadržaju, rokovima i postupku stručnog usavršavanja i provjere stručnosti medicinskih sestara. članak 1.–5. i 5.–9. Dostopno na: http://www.hkms.hr/data/1321863821_425_mala_Pravilnik%20o%20sadržaju,%20rokovima%20i%20postupku%20strucnog%20usavrsavanja%20i%20provjere%20strucnosti%20medicinskih%20sestara%20-%20procisceni%20tekst.pdf (pridobljeno 7. 1. 2021).
14. Kim, E., Kim, S. S. in Kim, S. (2021). Effects of Infection Control Education for Nursing Students Using Standardized Patients vs. Peer Role-Play. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 107. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010107>
15. Lobo, D., Sams, L. M. in Fernandez, S. L. (2019). Correlation between Health Professionals' Knowledge, Attitude and Practice about Infection Control Measures. *Journal of Medical & Allied Sciences*, 9(1), 26–31. <https://doi.org/10.5455/jmas.17740>
16. Ministarstvo zdravstva. (2002). NN 93/2002. Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija. Dostopno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2002_08_93_1568.html (pridobljeno 13. 11. 2019).
17. Mitchell, B. G., Say, R., Wells, A. idr. (2014). Australian Graduating Nurses' Knowledge, Intentions and Beliefs on Infection Prevention and Control: a Cross-Sectional Study. *BMC Nursing*, 13(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0043-9>
18. Nasiri, A., Balouchi, A., Rezaie - Keikhaie, K. idr. (2019). Knowledge, Attitude, Practice, and Clinical Recommendation Toward Infection Control and Prevention Standards among Nurses: A Systematic Review. *American Journal of Infection Control*, 47(7), 827–833. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.11.022>
19. Ojo, O. O. in Ojo, O. (2017). Assessing Students' Knowledge of Healthcare-Associated Infections: a Global Perspective. *British Journal of Nursing*, 26(20), 1121–1126. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.20.1121>

20. Olans, R. D., Nicholas, P. K., Hanley, D. idr. (2015). Defining a Role for Nursing Education in Staff Nurse Participation in Antimicrobial Stewardship. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(7), 318–321. <https://doi.org/10.3928/00220124-20150619-03>
21. Sarani, H., Balouchi, A., Masinaeinezhad, N. idr. (2016). Knowledge, Attitude and Practice of Nurses about Standard Precautions for Hospital-Acquired Infection in Teaching Hospitals Affiliated to Zabol University of Medical Sciences (2014). *Global Journal of Health Science*, 8(3), 193. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p193>
22. Storr, J., Twyman, A., Zingg, W. idr. (2017). Core Components for Effective Infection Prevention and Control Programmes: New WHO Evidence-Based Recommendations. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 6(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13756-016-0149-9>
23. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva. Dostopno na: <http://www.fdmz.hr/index.php/studij/sveucilisni-preddiplomski-studij-sestrinstva> (pridobljeno 24. 11. 2019).
24. Sveučilište Sjever, Preddiplomski studij sestrinstvo, izvedbeni plan nastave za god. 2017/2018. Dostopno na: <https://www.unin.hr/sestrinstvo/kolegiji/> (pridobljeno 24. 11. 2019).
25. Sveučilište u Dubrovniku. Preddiplomski stručni studij sestrinstva, Izvedbeni Plan Nastave 2020.–2021. Dostopno na: <https://www.unidu.hr/studij-sestrinstvo/#1585591018837-4c49f779-8a83> (pridobljeno 6. 1. 2021).
26. Sveučilište u Rijeci, Stručni studij sestrinstva, nastavni plan za 2017/2018. Dostopno na: http://www.fzsri.uniri.hr/files/NASTAVA/Preddiplomski/SESTRINSTVO/Nastavni_plan/NP17-18S.pdf (pridobljeno 24. 11. 2019).
27. Sveučilište u Splitu, Preddiplomski sveučilišni studijski program sestrinstvo, Plan i program preddiplomskog sveučilišnog studija - sestrinstvo (2011). Dostopno na: https://ozs.unist.hr/images/programi/program_sestrinstvo.pdf (pridobljeno 24. 11. 2019).
28. Sveučilište u Zagrebu, Metode poučavanja. (2018). Dostopno na: <http://www.unizg.hr/studiji-i-studiranje/cjelozivotno-obrazovanje-i-usavrsavanje/podrska-nastavnicima/ucenje-i-poucavanje-u-visokom-obrazovanju-upravo/poucavanje/> (pridobljeno 21. 11. 2019).
29. Tawalbeh, L. I., Al-Rawajfah, O. M. in Habiballah, L. (2019). The Effect of Infection Control Course on Nursing Students' Knowledge of and Compliance With Universal Precautions: A Quasi-Experimental Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(3), 137–145. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000352>
30. Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju. Študijski program Zdravstvena nega prve stopnje. Dostopno na: <https://fvz.upr.si/studij/zdravstvena-nega-vs/> (pridobljeno 4. 3. 2022).
31. Univerza v Ljubljani. Zdravstvena fakulteta. Visokošolski strokovni študijski program prve stopnje. Zdravstvena nega. Dostopno na: https://www.zf.uni-lj.si/images/kakovost/ZN_1st_-_predstavitevni_22-23_feb.pdf (pridobljeno 4. 3. 2022).
32. Univerza v Novom mestu, Fakulteta za zdravstvene vede. Visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Zdravstvena nega. Dostopno na: https://fvz.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/Elaborati/cistopisi/Cistopis_1_STOPNJA_ZN_junij_2020_IP.pdf (pridobljeno 4. 3. 2022).
33. Veleučilište u Bjelovaru. Izvedbeni plan nastave preddiplomski stručni studij sestrinstva 2021–2022. Dostopno na: https://vub.hr/images/uploads/2668/izvedbeni_plan_-_preddiplomski_strucni_studij_sestrinstvo_2021_-_2022.pdf (pridobljeno 19. 1. 2022).
34. Veleučilište u Karlovcu. Preddiplomski stručni studij sestrinstva. Preddiplomski sveučilišni studijski program sestrinstvo. Plan i program preddiplomskog sveučilišnog studija - sestrinstvo. Dostopno na: https://www.vuka.hr/fileadmin/user_upload/sestrinstvo/2020/Izvedbeni_II_godina.pdf (pridobljeno 21. 11. 2020).
35. Visoka zdravstvena šola v Celju. Študijski program Zdravstvena nega prve stopnje. Dostopno na: <http://www.vzsce.si/en/537> i <http://www.vzsce.si/si/studijski-program/467> (pridobljeno 4. 3. 2022).
36. Ward, D. J. (2011). The Role of Education in the Prevention and Control of Infection: A Review of the Literature. *Nurse Education Today*, 1(31), 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.007>

37. Xiong, P., Zhang, J., Wang, X. idr. (2017). Effects of a Mixed Media Education Intervention Program on Increasing Knowledge, Attitude, and Compliance With Standard Precautions Among Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Infection Control*, 45(4), 389–395. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.11.006>
38. Yuan, T., Liu, H., Li, X. D. idr. (2020). Factors Affecting Infection Control Behaviors to Prevent COVID-19: An Online Survey of Nursing Students in Anhui, China in March and April 2020. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e925877. <https://doi.org/10.12659/MSM.925877>
39. Zdravstveno veleučilište Zagreb, Preddiplomski stručni studij sestrištva, Studijski program (2016). Dostopno na: <https://www.zvu.hr/wp-content/uploads/SE.pdf>.

Mihaela Kranjčević - Ščurić, študentka doktorskega študijskega programa Edukacija in menedžment v zdravstvu Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu; višja predavateljica na Sveučilištu Sjever, Sveučilišni centar Varaždin

E-naslov: mihaela.kranjcevic-scuric@unin.hr

Dr. Nadja Plazar, izredna profesorica na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu

E-naslov: nadja.plazar42@gmail.com

Dr. Bojana Filej, izredna profesorica na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu

E-naslov: bojana.filej@gmail.com

Programi, namenjeni starševstvu, kot pomemben člen promocije duševnega zdravja

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.141>

Strokovni članek

UDK 613:616.89+173.5

KLJUČNE BESEDE: zgodnje otroštvo, javno zdravje, svetovalni programi, starši

POVZETEK – Namen prispevka je predstaviti pomen in učinkovitost različnih programov, ki so namenjeni staršem in predstavljajo potencial za promocijo duševnega zdravja in krepitev javnega zdravja v Republiki Sloveniji. Programi, ki se v svetu množično ustanavljajo, so številni. Vsi pa imajo isti in skupni cilj, to je izboljšanje zdravja in dobrega počutja prebivalcev ter izboljšanje in pomoč staršem pri problematičnem vedenju otrok. Literaturo smo iskali v različnih podatkovnih bazah: Medline PubMed, BioMed Central, ProQuest, Cobiss in Google Učenjak. Predstavili smo različne programe in dokaze o njihovi učinkovitosti. Integracijo svetovalnih programov, namenjenih staršem v javnozdravstvenih sistemih, se lahko razume kot učinkovit prispevek k udejanjanju koncepta vzgoje za zdravje v širšem družbenem okolju.

Professional article

UDC 613:616.89+173.5

KEYWORDS: early childhood, public health, parenting-oriented counseling programs

ABSTRACT – The purpose of the paper is to present the importance and effectiveness of various counseling programs for parents as a potential for the promotion of mental health and the strengthening of public health in the Republic of Slovenia. There are so many programs worldwide. However, they all share a common purpose. This includes improving population health, improving well-being, and helping parents manage potentially problematic behaviors in children. We examined the literature in a variety of databases: Medline PubMed, BioMed Central, ProQuest, COBISS, Google Scholar. In the paper, we presented various programs and evidence of their effectiveness. The integration of parental counseling programs in the public health system can be understood as an effective contribution to the implementation of the broader concept of health education.

1 Uvod

»Ustrezno starševstvo je ključno za duševno in telesno zdravje naslednje generacije.« (Bowlby, 1969, str. 1).

Svetovna zdravstvena organizacija (angl. WHO) duševno zdravje opisuje kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresniči svoje sposobnosti, se lahko spopade z običajnimi stresi življenja, lahko deluje produktivno in plodno ter je sposoben prispevati v dobrobit skupnosti« (NIJZ, 2015). Podatki kažejo, da motnje duševnega zdravja vsako leto prizadenejo več kot tretjino prebivalstva; približno 20 % otrok in mladostnikov ima težave z duševnim zdravjem, ki zahtevajo oceno in posredovanje, in do 50 % vseh duševnih motenj se kaže že v obdobju adolescence (Belfer, 2008).

Pomemben vir zaščitnih dejavnikov in dejavnikov tveganja za duševno zdravje otrok in mladostnikov je družina. Ključni dejavniki tveganja so družinska disharmo-

nija, nestabilnost ali razpad družine, neustrezno starševstvo in psihopatologija staršev, ki je močan nespecifični napovednik, povezan z znatnim deležem motenj, ki se lahko odražajo na duševnem zdravju otrok in mladostnikov (McLaughlin idr., 2012). Ključni zaščitni dejavniki so stabilna družinska dinamika, družinske vrednote in ustrezna podpora v družini (Wille idr., 2008). Tako za matere kot za očete so višje ravni zaznane podpore neposredno povezane s pozitivnim samospoštovanjem in s splošno samoučinkovitostjo: ko otroci zaznajo in nezavedno ponotranjijo sporočila, ki jih dobijo od staršev, dobijo varne temelje (Plunkett in Otten, 2010). Pozitivno naravnano starševstvo velja za pomemben dejavnik, ki ščiti duševno zdravje otrok in mladostnikov tudi v družinah s težavami pri duševnem zdravju staršev (Collishaw idr., 2016). To je podkrepljeno z dejstvom, da študije (Tabak in Zawadzka, 2016; Joussemet idr., 2018) prepoznajo potencial podpore in spodbujanje pozitivnega starševstva kot zaščitni dejavnik pred različnimi težavami duševnega zdravja otrok in mladostnikov ter kasneje tudi pri odraslih.

Svetovalni programi, namenjeni staršem, so dobili široko strokovno in družbeno podporo kot preventivni posegi, ki lahko pozitivno vplivajo na dobro počutje otrok in nato na njihovo zdravje ter večjo odsotnost tveganih vedenj, ki lahko vodijo do poslabšanja zdravja. Vplivi različnih svetovalnih programov, ki so namenjeni staršem, se nanašajo na kateri koli program, ki vključuje izobraževanje, svetovanje staršem ali družinam, katerega namen je vplivati na otrokove čustvene, kognitivne, vedenjske in zdravstvene rezultate in izboljšanje starševskih spretnosti ter odnosa »starš – otrok« (Gardner in Leijten, 2017).

Podpora, ki jo ponujajo starševski programi, so v veliki meri praktične in psihološke narave, cilj pa je, da bi preprečili ali zmanjšali problematično vedenje otrok in težave v duševnem zdravju ter staršem ponudili ustrezno podporo pri vzgoji otrok v njihovem zelo ranljivem obdobju (Gardner in Leijten, 2017).

Namen prispevka je predstaviti pomen in učinkovitost različnih programov, ki so namenjeni staršem, kot potencial za promocijo in krepitev javnega zdravja v Republiki Sloveniji. Spoznanja, ki smo jih predstavili v prispevku, so nam lahko v pomoč pri načrtovanju politike na področju podpore družinam in preventivnih dejavnosti, namenjenih promociji zdravja. Spoznanja prispevka lahko prispevajo k razvoju ključnih poklicnih kompetenc zdravstvenih delavcev in izobraževalcev na področju zdravja, ki družine strokovno obravnavajo, zanje skrbijo ali pa z njimi delajo.

2 Preventivni zdravstveni programi, ki se osredotočajo na opolnomočenje v starševstvu

Šele v zadnjih letih govorimo o pomembnosti odnosa med starši in otroki ter njegovem dolgoročnem fizičnem in čustvenem vplivu, hkrati poteka tudi integracija programov, ki delujejo na tem področju. Vendar formalni in preizkušeni programi, ki integrirajo zavedanje, da je starševstvo pomemben člen za otrokovo vedenje, segajo že v sedemdeseta leta prejšnjega stoletja (McMahon idr., 1981).

V svetu se pojavljajo številni preventivni programi, ki pomagajo pri krepitvi javnega zdravja. Vsi imajo skupni cilj, to je izboljšanje zdravja prebivalcev, izboljšanje dobrega počutja prebivalcev in da so lahko v pomoč staršem pri vzgoji otrok. Programi učijo večšine, kot so primerne tehnike in metode, kako učinkovito komunicirati, zmanjševati ostro disciplino in kaznovanje, postaviti meje, modelirati, okrepiti in podpirati bolj socialno sprejemljivo vedenje. Številni programi se tudi osredotočajo na grajenje varne navezanosti in odzivanje na otrokove potrebe. To so predvsem programi, ki so namenjeni obdobju zgodnjega otroštva (Gardner in Leijten, 2017).

Raziskave potrjujejo, da soustvarjanje varne navezanosti, ki jo izvaja primarni skrbnik v odnosu z dojenčkom, kasneje kot zunanji regulator stresnih situacij pomembno vpliva na oblikovanje otrokovih kapacitet za odzivanje na stresne življenjske okoliščine (Schore, 2017).

Sistematični pregledi (Lijeten idr., 2017a) različnih programov, ki so namenjeni staršem, potrjujejo, da ti programi trajno učinkujejo pri različnih motnjah vedenja otrok. Ekonomske analize dokazujejo, da so programi, ki delujejo na preventivi, stroškovno veliko bolj učinkoviti in efektivni kot programi, ki delujejo korektivno (Gardner idr., 2017). Rezultati kažejo, da ima lahko zgodnje starševsko posredovanje vpliv na izboljšanje možganske regije, ki podpira otrokov socialno-kognitivni razvoj. Poleg tega ugotovitve poudarjajo te možganske učinke kot možno nevronske pot, po kateri lahko preprečimo prihodnje težave z vedenjem med otroki s tveganim vedenjem, in donosnost psihosocialne koristi, ki traja vsaj čez sredino otroštva brez potrebe po posredovanju specialistične obravnave (Valadez idr., 2020).

2.1 Pregled in povzetek svetovalnih programov za starše, ki delujejo v Evropski uniji

Evropska platforma za vlaganje v otroke (v nadaljevanju EPIC, angl. European Platform for Investing in Children) navaja dokaze, ki temeljijo na starševskih intervencijah, ki se izvajajo v državah članicah Evropske unije (v nadaljevanju EU), in zagotavlja informacije o njihovih ključnih značilnostih ter ocene dokazov v podporo njihovi učinkovitosti. V tabeli 1 so navedeni opisi različnih 17 programov, namenjenih staršem, ki so delovali med letoma 2016 in 2018.

V skladu z merili za pregled prakse EPIC so programi razvrščeni po vrstnem redu glede na obseg in dokaze o njihovi učinkovitosti, trajnosti učinka in prenosljivosti vpliva na različne skupine.

Tabela 1

Pregled in povzetek svetovalnih programov za starše, ki so delovali v EU med letoma 2016 in 2018/Review and Summary of Counseling Programs for Parents Conducted in the EU between 2016 and 2018

<i>Ime programa</i>	<i>Ciljne skupine</i>	<i>Ciljana starost</i>	<i>Oblika izvajanja programa</i>	<i>Pogoji za izvajanje programa</i>	<i>EU države, ki izvajajo program</i>
Neverjetna leta (angl. Incredible years)	<ul style="list-style-type: none"> – spodbujanje strategij pozitivnega starševstva – odpravljanje otrokovih vedenjskih težav – zmanjševanje in odpravljanje nasilnega ravnanja staršev nad otroki 	<ul style="list-style-type: none"> – obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otroštvo (0–5 let) – srednje otroštvo (5–9 let) – do začetka pubertete (10–12 let) 	Izvajanje za skupine staršev, ki se določen čas združujejo.	Licenca za izvajanje programa	Češka republika, Danska, Estonija, Finska, Irsko, Malta, Nizozemska, Norveška, Portugalska, Slovenija, Švedska in Velika Britanija
Usposabljanje za vodenje staršev Oregon (angl. Parent-management training Oregon)	<ul style="list-style-type: none"> – spodbujanje strategij pozitivnega starševstva – odpravljanje otrokovih vedenjskih težav 	<ul style="list-style-type: none"> – obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otroštvo (0–5 let) – srednje otroštvo (6–9 let) – do začetka pubertete oz. adolescence (10–12 let) – puberteta oz. adolescenca (13–18 let) 	Individualno delo s starši na njihovem domu.	Licenca za izvajanje programa	Danska, Islandija, Nizozemska in Norveška
Trojni P – pozitivni starševski program (angl. Triple P – Positive Parenting Programme)	<ul style="list-style-type: none"> – spodbujanje strategij pozitivnega starševstva – odpravljanje otrokovih vedenjskih težav – zmanjševanje in odpravljanje nasilnega ravnanja staršev nad otroki 	<ul style="list-style-type: none"> – obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otroštvo (0–5 let) – srednje otroštvo (6–9 let) – do začetka pubertete oz. adolescence (10–12 let) – puberteta oz. adolescenca (13–18 let) 	Izvajanje skupinam staršev, ki se določen čas združujejo. Individualno delo s starši na njihovem domu.	Licenca za izvajanje	Belgija, Nemčija, Nizozemska, Švica in Velika Britanija

Pozitivni starševski program Nov gozd (angl. New Forest Parenting Programme)	<ul style="list-style-type: none"> – odpravljanje otrokovih vedenjskih težav – obravnava otrok s posebnimi potrebami 	<ul style="list-style-type: none"> – obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otroštvo (0–5 let) 	Individualno delo s starši na njihovem domu. Otroci so vključeni v obravnavo.	Prosto izvajanje, gradivo dostopno vsem	Velika Britanija
Starševstvo za vseživljenjsko zdravje (angl. Parenting for Lifelong Health)	<ul style="list-style-type: none"> – spodbujanje strategij pozitivnega starševstva – odpravljanje otrokovih vedenjskih težav – zmanjševanje in odpravljanje nasilnega ravnanja staršev nad otroki 	<ul style="list-style-type: none"> – obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otroštvo (0–5 let) – srednje otroštvo (6–9 let) – do začetka pubertete oz. adolescence (10–12 let) – puberteta oz. adolescenca (13–18 let) 	Izvajanje za skupine staršev, ki se določen čas združujejo.	Prosto izvajanje (WHO in Unicef program), gradivo dostopno vsem	Češka republika, Makedonija, Moldavija, Črna gora, Romunija in Velika Britanija
Starši plus – Program zgodnjega otroštva (angl. Parents Plus Early Years Programme)	<ul style="list-style-type: none"> – odpravljanje otrokovih vedenjskih težav – obravnava otrok s posebnimi potrebami – podpora otrokom, ki imajo posebne potrebe 	<ul style="list-style-type: none"> – obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otroštvo (0–5 let) 	Individualno delo s starši. Otroci so vključeni v obravnavo. Izvajanje za skupine staršev, ki se za določen čas združujejo.	Prosto izvajanje, gradivo dostopno vsem	Irska
Skupnost mater (angl. Community Mothers)	<ul style="list-style-type: none"> – pozitivne starševske strategije 	<ul style="list-style-type: none"> – obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otroštvo (0–5 let) 	Individualno delo s starši na njihovem domu. Otroci so vključeni v obravnavo.	Ni podatka	Irska

<p>Program opolnomočenja družin (angl. Strengthening Families Programme)</p>	<p>– spodbujanje strategij pozitivnega starševstva – odpravljanje otrokovih vedenjskih težav – zmanjšanje oz. preprečevanje mladostniškega prestopništva – zmanjšanje oziroma preprečevanje mladostniških zlorab substanc</p>	<p>– do začetka pubertete oz. adolescence (10–12 let) – puberteta oz. adolescenca (13–18 let)</p>	<p>Individualno delo s starši na njihovem domu. Mladostniki, ki so vključeni v obravnavo.</p>	<p>Licenca za izvajanje</p>	<p>Poljska, Švedska in Velika Britanija</p>
<p>Začetek življenja (angl. Lifestart)</p>	<p>– pozitivne starševske strategije</p>	<p>– obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otročstvo (0–5 let)</p>	<p>Individualno delo s starši na njihovem domu. Izvajanje za skupine staršev, ki se za določen čas združujejo.</p>	<p>Licenca za izvajanje</p>	<p>Irska, Velika Britanija</p>
<p>Učenje v odnosu (portugalski program Aprender em Parceria, angl. Learn in Partnership)</p>	<p>– pozitivne starševske strategije</p>	<p>– obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otročstvo (0–5 let)</p>	<p>Izvajanje za skupine staršev, ki se za določen čas združujejo. Otroci, ki so vključeni v obravnavo.</p>	<p>Licenca za izvajanje</p>	<p>Portugalska</p>
<p>Pozitivna vzgoja (španski program Educar en positivo; spletni program, angl. Positive Parents)</p>	<p>– pozitivne starševske strategije – obravnava otrok s posebnimi potrebami</p>	<p>– obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otročstvo (0–5 let) – do začetka pubertete oz. adolescence (10–12 let)</p>	<p>Delo s starši preko spleta.</p>	<p>Licenca za izvajanje</p>	<p>Španija</p>
<p>Program za starše in otroke (angl. Parents Plus Children's Programme)</p>	<p>– spodbujanje strategij pozitivnega starševstva – odpravljanje otrokovih vedenjskih težav – obravnava otrok s posebnimi potrebami</p>	<p>– do začetka pubertete oz. adolescence (10–12 let) – puberteta oz. adolescenca (13–18 let)</p>	<p>Izvajanje za skupine staršev, ki se za določen čas združujejo.</p>	<p>Licenca za izvajanje</p>	<p>Irska</p>

Komet (angl. Comet)	<ul style="list-style-type: none"> – odpravljanje otrokovih vedenjskih težav – obravnava otrok s posebnimi potrebami 	<ul style="list-style-type: none"> – obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otroštvo (0–5 let) – srednje otroštvo (5–9 let) – do začetka pubertete (10–12 let) 	Izvajanje za skupine staršev, ki se za določen čas združujejo.	Licenca za izvajanje programa	Švedska
Program veččin za starševstvo (španski program Programa de Desenvolupament d'habilitats parentals per a famílies, angl. Parenting Skills Program)	<ul style="list-style-type: none"> – pozitivne starševske strategije 	<ul style="list-style-type: none"> – obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otroštvo (0–5 let) – srednje otroštvo (5–9 let) – do začetka pubertete (10–12 let) 	Izvajanje za skupine staršev, ki se za določen čas združujejo.	Ni podatka	Španija
Program izobraževanja staršev v skupnosti (angl. Community Parent Education Programme – COPE)	<ul style="list-style-type: none"> – odpravljanje otrokovih vedenjskih težav – pozitivne starševske strategije 	<ul style="list-style-type: none"> – obdobje dojenčka in malčka ter zgodnje otroštvo (0–5 let) – srednje otroštvo (5–9 let) – do začetka pubertete (10–12 let) – puberteta oz. adolescenca (13–18 let) 	Izvajanje za skupine staršev, ki se za določen čas združujejo.	Licenca za izvajanje programa	Švedska
Stik (angl. Connect)	<ul style="list-style-type: none"> – spodbujanje strategij pozitivnega starševstva – odpravljanje otrokovih in mladostnikovih vedenjskih težav – obravnava mladostnikov s težavami v duševnem zdravju – zmanjšanje oz. preprečevanje mladostniškega prestopništva 	<ul style="list-style-type: none"> – do začetka pubertete (10–12 let) – puberteta oz. adolescenca (13–18 let) 	Izvajanje za skupine staršev, ki se določen čas združujejo.	Licenca za izvajanje programa.	Italija, Švedska

Preventivni program za starše Örebro (angl. Örebro Prevention Program)	– zmanjšanje oziroma preprečevanje zlorab substanc pri mladostnikih	– puberteta oz. adolescenca (13–18 let).	Izvajanje za skupine staršev, ki se za določen čas združujejo.	Ni podatka	Švedska in Nizozemska
------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	------------	-----------------------

Vir: Davies idr., 2019.

Večina programov kaže, da se po vključitvi v program pomembno zmanjša stres pri starših in izboljša odnos z otrokom (Tiwari idr., 2017; Lönnberga idr., 2019; Pratas Martins dos Santos idr., 2020; Ponguta idr., 2020).

2.2 Programi, namenjeni staršem, ki se izvajajo v Veliki Britaniji in so integrirani v javnozdravstveni sistem

V tabeli 2 predstavljamo primere programov, ki se izvajajo v različnih oblikah v Veliki Britaniji in so financirani s strani zavarovalnice. Programe navajamo kot primere različnih oblik, ki jih izvajajo različni strokovnjaki in so uspešno integrirani v javnozdravstveni sistem.

Tabela 2

Programi, namenjeni staršem, ki se izvajajo v Veliki Britaniji in so integrirani v javnozdravstveni sistem/Programs Intended for Parents that Are Implemented in Great Britain and Integrated into the Public Health System

Ime programa	Osnovne značilnosti programa	Starostna kategorija	Dokazi učinkovitosti programa
Neverjetna leta (angl. Incredible Years)	<p>Stopnja podpore: prilagojena potrebam staršev.</p> <p>Število srečanj: 12–20 tedenskih srečanj.</p> <p>Lokacija srečanj: na prizoriščih skupnosti ali na domu.</p> <p>Oblika srečanj: skupinska ali individualna.</p> <p>Srečanja se osredotočajo na: krepitev interakcij med starši in otroki, negovanje odnosov, zmanjševanje ostre discipline in negovanje, sposobnost staršev, da spodbujajo otrokov socialni, čustveni in jezikovni razvoj.</p> <p>V predšolskem programu se cilja na spodbujanje veščin pripravljenosti na šolo in spodbujanje veščin komunikacije staršev z učitelji, spodbujanje otrokovih akademskih/socialnih veščin in čustvene pismenosti.</p>	<p>Programi za starše dojenčkov: 0–12 mesecev.</p> <p>Programi za starše malčkov: 1–3 let.</p> <p>Programi za starše predšolskih otrok: 3–6 let.</p>	<p>Učinkovitost programa: najbolj pri starosti otrok nad 3 leti.</p> <p>Rezultati programa pri starših: opaženi pozitivni učinki na duševno počutje staršev.</p> <p>Rezultati programa pri otrocih: dosežene pozitivne spremembe v razvoju otroka kratkoročno.</p> <p>Tipi dokazov o učinkovitosti programa: metaanalize, opravljene pri starosti otrok med 3. in 9. letom starosti.</p>

Trojni P (angl. Triple P – Positive Parenting Programme)	<p>Stopnja podpore: prilagojena potrebam staršev.</p> <p>Baby TP: 4 skupinska srečanja po 2 uri, 4 tedenske telefonske konzultacije po 20 minut.</p> <p>Ostali programi TP: /</p> <p>Število srečanj: različno, prilagojeno potrebam staršev.</p> <p>Lokacija srečanj: preko spleta, na prizoriščih skupnosti ali na domu.</p> <p>Oblika srečanj: skupinska ali individualna.</p> <p>Srečanja se osredotočajo na: krepitev pozitivnih interakcij med starši in otroki, negovanje odnosov, zmanjševanje ostre discipline in negovanje, sposobnost staršev, da spodbujajo otrokov socialni, čustveni in jezikovni razvoj.</p>	<p>Programi za starše dojenčkov (angl. Baby Triple): 0–12 mesecev.</p> <p>Programi za starše predšolskih otrok, šolskih otrok in mladine (angl. Triple P): 0–16 let.</p>	<p>Učinkovitost programa: najbolj pri starosti otrok nad 1 letom.</p> <p>1. Baby Triple</p> <p>Rezultati programa pri starših: ni dokazov, da bi program izboljšal odnos med otrokom in skrbnikom, sploh do prvega leta starosti.</p> <p>Rezultati programa pri otrocih: ni še rezultatov, študije so v nastajanju.</p> <p>2. Triple P</p> <p>Rezultati programa pri starših: opaženi pozitivni učinki.</p> <p>Rezultati programa pri otrocih: dosežene pozitivne spremembe pri razvoju otroka in odnosu starš-otrok.</p> <p>Tipi dokazov o učinkovitosti programa: metaanalize.</p>
Patronažno partnerstvo (angl. The Family Nurse Partnership – Building Blocks Trial)	<p>Stopnja podpore: ciljana na nosečnice pred 19 letom starosti.</p> <p>Število srečanj: do 64 (14 v nosečnosti, 28 od rojstva do prvega rojstnega dneva, 22 med 1. in 2. letom).</p> <p>Oblika srečanj: obiski patronažne medicinske sestre na domu s specialnimi izobraževanji, ki trajajo 1 uro in 15 minut.</p> <p>Srečanja se osredotočajo na: vzpostavljanje pozitivnega odnosa med starši in dojenčkom, podporo staršem pri sprejemanju ustreznih in zdravih odločitev o ustreznem življenjskem slogu.</p>	<p>Program je namenjen nosečnicam, starim 19 let in manj.</p>	<p>Rezultati programa pri starših: ni zaznanih pozitivnih sprememb pri nezdravih navadah pred in po nosečnosti.</p> <p>So pa zaznane pozitivne spremembe v tvorjenju odnosa otrok – starš, v partnerskem odnosu in širjenju socialne podpore.</p> <p>Rezultati programa pri otrocih: ni zaznanih sprememb pri porastu teže dojenčka, ni več ali manj hospitalizacij. So pa zaznane dolgoročne pozitivne spremembe na čustvenem in kognitivnem področju otroka, ki so bile merjene s standardiziranimi psihološkimi vprašalniki.</p> <p>Tipi dokazov o učinkovitosti programa: obsežne raziskave, ki so bile večinoma narejene v ZDA.</p>

<p>Psihoterapija (angl. Parent Infant psychotherapy)</p>	<p>Stopnja podpore: ciljana glede na izziv, ki ga imajo starši. Število srečanj: okvirno 49, ki trajajo različno dolgo. Oblika srečanj: obiski na domu ali v klinikah. Srečanja se osredotočajo na: vzpostavljanje varne navezanosti, večanje senzibilnosti matere do dojenčka, ozaveščanje in odpravljanje nezdravih vzorcev iz materine primarne družine.</p>	<p>Program je namenjen materam ali nosečnicam, ki imajo otroka do 2. leta starosti.</p>	<p>Rezultati programa pri starših: ni merjenih dokazov, da program vpliva na večanje starševske senzitivnosti ali zmanjšanje depresije. Rezultati programa pri otrocih: opaženo in dokazano tvorjenje varne navezanosti. Tipi dokazov o učinkovitosti programa: sistematični pregledi literature.</p>
<p>Vodenje staršev preko posnetih videoposnetkov</p>	<p>Stopnja podpore: ciljana glede na izziv, ki ga imajo starši. Število srečanj: okvirno 3, ki trajajo 2 uri. Oblika srečanj: obiski na domu. Srečanja se osredotočajo na: interakcijo med staršem in otrokom, predvsem takrat, ko se eden izmed staršev neustrezno odzove na otroka. Posneti so primeri neustrezne interakcije in ustrezne interakcije.</p>	<p>Program je namenjen staršem, ki imajo otroke, ki so stari 0–8 let.</p>	<p>Rezultati programa pri starših: večanje senzitivnega odzivanja mater. Več ustreznega odziva pri očetih. Ni pa zaznano, da bi to vplivalo na zmanjšanje stresa pri starših. Rezultati programa pri otrocih: ni merjeno. Tipi dokazov o učinkovitosti programa: danski RCT.</p>
<p>»Video feedback« program, ki promovira večšine pozitivnega starševstva</p>	<p>Stopnja podpore: ciljana glede na izziv, ki ga imajo starši. Število srečanj: okvirno 4–6, ki trajajo 1 uro. Oblika srečanj: obiski na domu. Srečanja se osredotočajo na: interakcijo med staršem in otrokom. Spodbujanje pozitivnih interakcij in večje senzitivnosti pri odzivanju. Fokus na vzpostavljanju varne navezanosti, zmanjševanje ostre discipline in negovanje sposobnosti staršev, da spodbujajo otrokov socialni, čustveni in jezikovni razvoj.</p>	<p>Program je namenjen staršem, ki imajo otroke, ki so stari 0–8 let.</p>	<p>Rezultati programa pri starših: močni dokazi o večanju senzitivnega odzivanja mater. Rezultati programa pri otrocih: pozitivni dokazi o navezanosti otroka na starša in zmanjšanju problematičnega vedenja. Tipi dokazov o učinkovitosti programa: metaanalize.</p>

Vir: Ryan idr., 2017.

2.3 Povzetek najbolj poznanih programov, namenjenih staršem, in dokazi o njihovi učinkovitosti v svetu

2.3.1 Program Neverjetna leta (angl. Incredible Years)

Program Neverjetna leta na preprost, razumljiv in prijazen način staršem predstavlja večšine pozitivnega starševstva, kar spodbuja otrokov kognitivni, socialni in čustveni razvoj, boljše učne dosežke ter omogoča bolj varno in zdravo odraščanje (Webster - Strattion, 2016). »Avtorica programa je dr. Carolyn Webster-Strattion, ki je medicinska sestra, doktorica znanosti s področja klinične psihologije, profesorica in direktorica Klinike za starševstvo Univerze v Washingtonu. Avtorica je prejemnica prestižne nagrade za znanstvene dosežke, ki jih podeljuje ameriški Nacionalni inštitut

za duševno zdravje. Pozitivno starševstvo krepi vez med otrokom in starši, deluje zaščitno in izboljša že nastalo težavno vedenje otrok.« (Webster - Stratton, 2016, str. 3).

Program *Neverjetna leta* je serija samostojnih programov za starše, otroke in učitelje, ki se med seboj dopolnjujejo. Osnovni program predstavljajo treningi starševstva, namenjeni staršem predšolskih otrok, ki se srečujejo s težavnim vedenjem svojih otrok. Obsega 16–18 vodenih srečanj staršev, ki trajajo dve uri in pol in kjer si starši izmenjajo izkušnje in stališča. Starši tako usvajajo in izboljšujejo svoje starševske veščine (Webster - Stratton, 2016).

Bistvo programa je krepitev pozitivnega odnosa z otrokom, pri čemer starše spodbujajo, da pozornost usmerjajo na otrokova pozitivna vedenja, spodbujajo jih k vsakodnevnim igri z otrokom, pohvalam in dnevni rutini. Program se je v več kot 50 kontroliranih raziskavah pokazal kot kratkoročno in dolgoročno klinično in stroškovno učinkovit. V mednarodnem prostoru je prepoznan kot program z največ dokazi o učinkovitosti v zmanjševanju vedenjskih težav otrok ter spodbujanju njihovega čustvenega in socialnega razvoja. Izvaja se v več kot 30 državah po svetu (Webster - Stratton, 2016). V Sloveniji je koordinatorica projekta dr. Marija Anderluh, dr. med., sicer predstojnica Službe za otroško psihiatrijo v UKC Ljubljana.

Program *Neverjetna leta* je ugledna zbirka programov, namenjena staršem otrok, starih 0–12 let. Program je najbolj priporočljiv za otroke, ki kažejo izzive pri motnjah vedenja. Temelji na teoriji socialnega učenja. Posegi se razlikujejo v petih stopnjah intenzivnosti, odvisno od potrebe. Program uporablja video posnetke in igranje vlog, preko katerih udeleženci razpravljajo o uporabi igre, pohval, nagrad, postavljanju omejitev in iskanju strategij za obvladovanje neprimerne vedenja (Webster - Stratton, 2016).

Metaanaliza 50 študij, ki je proučevala učinkovitost programa pri otrocih, katerih povprečna starost je bila med 3 in 9 let, je pokazala majhen učinek programa pri velikih vedenjskih izzivih (Menting idr., 2013; Karjalainen idr., 2018; Leijten idr., 2020). Študije so pokazale učinkovitost programa pri malčkih med 1. in 2. letom starosti (Hutchings idr., 2017). Zanimivo pa je, da so študije pokazale, da ni bilo izboljšanja vedenja med starejšimi malčki med 2. in 3. letom (Gross idr., 1995; Tucker idr., 1998). Program deluje kratkoročno na izboljšanje vedenjskih izzivov pri otrocih in izboljšuje družinsko blaginjo, dolgoročno pa ni bilo zaznanih učinkov na duševno zdravje. Program *Neverjetna leta* kot preventivni poseg ne kaže obetov za širše duševno zdravje otrok (Overbeek idr., 2020a), ima pa njegova implementacija na primarno raven zdravstvenega varstva veliko koristi kot podporno zdravljenje pri otrocih, ki imajo vedenjske težave (Carson idr., 2019). Program izboljšuje vidike družinske blaginje in je v prvi vrsti namenjen izboljšanju starševstva in odpravljanju vedenjskih izzivov pri otrocih, izboljša tudi simptome ADHD (Murray idr., 2017). So pa širše koristi programa omejene, saj program ne izboljša čustvenih težav otrok ali duševnega zdravja staršev (Leijten idr., 2017a; Leijten idr., 2017b; Karjalainen idr., 2018; Leijten idr., 2019a; Leijten idr., 2019b; Leijten idr., 2020).

Torej, če je to v svetu najbolj znan program, ki se ga integrira tudi v slovenski prostor, bi veljalo izkoristiti rezultate raziskav in jih prilagoditi ali nadgraditi, saj ima

program zelo malo dokazov o vplivu na vedenje pri mlajših otrocih (Pontoppidan, 2015; Leijten in Gardner, 2017a; Weeland idr., 2017).

Williams idr. (2020) so proučevali učinkovitost programa Neverjetna leta pri otrocih, starih 3–8 let, z motnjami avtističnega spektra in izzivi zaradi zapoznelega govora. Rezultati raziskave so pokazali, da so starši dobro sprejeli program, vključitev je pozitivno vplivala na družinsko harmonijo, na zmanjšanje stresa pri starših, na izboljšanje odnosa z otrokom in na zmanjšanje nezaželenega vedenja pri otrocih. Podobne rezultate so pridobili v kar nekaj študijah, ki so proučevale učinkovitost programa pri starših, ki imajo otroka z motnjo avtističnega spektra (Webster - Stratton idr., 2018; Dababnaha idr., 2019).

Med podatkovnimi bazami nismo zaznali raziskav, ki bi proučevale izvedbo programa Neverjetna leta preko spleta.

2.3.2 Usposabljanje za vodenje staršev Oregon (angl. Parent-management training Oregon)

Usposabljanje za vodenje staršev Oregon (v nadaljevanju PMTO) je intervencija, namenjena staršem, ki temelji na vedenjski teoriji (vedenjskem pogojevanju) in teoriji socialnega učenja (Patterson, 2005). PMTO je na dokazih temelječa psihosocialna intervencija za odpravljanje vedenjskih izzivov otrok in cilja na posebne starševske prakse za zmanjšanje negativnih interakcij med starši in njihovimi otroki. PMTO se osredotoča na poučevanje staršev, da uporabljajo proaktivne, nekažnovalne metode za obravnavanje, preprečevanje in zmanjšanje nezaželenega vedenja pri svojem otroku. PMTO ima dolgoletno in močno zgodovino intervencijskega pristopa, ki sega v šestdeseta leta prejšnjega stoletja (Baumann idr., 2014). Od takrat so različne študije, ki so bile opravljene predvsem v ZDA, pokazale učinkovitost programa med otroki in mladostniki v starosti 2–12 let, vključevale pa so predvsem izzive zaradi vedenjskih motenj in asocialnega vedenja (npr. zlorabe različnih snovi, vpletenost policije) (Patterson idr., 2010; Dishion idr., 2016).

Sistematični pregled in metaanaliza (Gardener idr., 2016), ki je proučevala 17 študij, ki so bile izvedene v desetih državah, sta pokazala, da program deluje učinkovito pri zmanjševanju vedenjskih izzivov pri otrocih.

Študije (Sigmarðóttir idr., 2013; Sigmarðóttir idr., 2015), ki so bile opravljene na Islandiji in so proučevale učinkovitost programa PMTO, so bile opravljene s 102 anketirancema, v starosti med 5 in 12 let, z vedenjskimi težavami in njihovimi družinami. Ugotovile so, da je program učinkovit pri odpravljanju ali zmanjševanju nezaželenega vedenja, ni pa zaznanega izboljšanja na področju duševnega zdravja staršev.

Na Danskem so Scavenius idr. (2020) uporabili randomizirano kontrolno preskušanje uporabe PMTO pri otrocih z vedenjskimi izzivi, starimi od 3,5 do 13 let. Proučevali so model PMTO v primerjavi z običajnimi starševskimi posegi in rezultati raziskave kažejo, da ni bilo razlik med skupinami. Iz tega lahko sklepamo, da so si programi zelo podobni med seboj v vsebini delovanja in da ne potrebujemo specifič-

nih programov, ki bi učinkovali na določeno ciljno skupino pri izboljšanju javnega zdravja.

Maaskant idr. (2016) so proučevali učinkovitost programa PMTO pri 86 rejniških družinah, ki imajo velike izzive z eksternalizacijskim oz. agresivnim vedenjem pri otrocih. Raziskava je vključevala kontrolno skupino, ki je bila vključena v običajni program, namenjen staršem. V obeh skupinah so raziskovalci zaznali zmanjšan stres in manj vedenjskih izzivov pri otrocih.

2.3.3 Trojni P (angl. Triple P – Positive Parenting Program)

Program pozitivnega starševstva Triple P (Sandres, 1999), razvit leta 2007 v Avstraliji, temelji na teoriji socialnega učenja. Cilj programa je delovanje na preventivi za preprečitev vedenjskih in čustvenih izzivov pri otrocih, starih od 0 do 6 let. Starši se udeležijo skupinskih seminarjev. Tiste starše, ki jih ocenjujejo za bolj ogrožene in ranljive, usmerijo v bolj individualno podporo z večjo intenzivnostjo.

Dve metaanalizi in sistematični pregled s ciljem preverjanja učinkovitosti programa so pokazali različne rezultate o učinkovitosti (Wilson idr., 2012; Sanders idr., 2014). Izziv se je pokazal pri tem, da program deluje pozitivno kratkoročno, dolgoročno pa pri udeležencih programa niso opazili učinkov. Raziskava Maryat idr. (2017), ki je proučevala dolgoročni vpliv programa Trojni P na duševno zdravje otrok, ni pokazala pomembnejših razlik. Zaključeno je bilo, da program Trojni P ne označujejo kot pomemben vpliv na javno zdravje prebivalcev. Iz ugotovitev raziskav bi lahko izpeljali, da bi veljalo starše na dolgi rok spremljati pri izzivih, ki jih imajo s svojimi otroki. Poleg tega raziskave, ki so proučevale učinkovitost programa Dojenček Trojni P (angl. Baby Triple P) na starše prezgodaj rojenih otrok in mater s poporodno depresijo, niso pokazale nekih spodbudnih rezultatov (Tsivos idr., 2014; Colditz idr., 2015). Po drugi strani se je program Trojni P izkazal za zelo učinkovitega kot dodatna intervencija pri starših otrok z motnjami avtističnega spektra, ki se pogosto soočajo z izzivi težkih starševskih razmer. Po intervenciji se je znatno zmanjšalo preveč reaktivno vedenje staršev in samoregulacija staršev ob težkih izzivih, ki so jih doživljali ob otroku. Pri nadaljnjem spremljanju so učinki ostali stabilni, poleg tega so raziskovalci zaznali manj stresa pri starših ob in po vključitvi v program (Schrott idr., 2018; Kasperzack idr., 2019). Zelo podobni rezultati so se pokazali pri starših najstnikov z motnjo avtističnega spektra (Mazzucchelli idr., 2018). Do zelo podobnih ugotovitev je prišla raziskava Rezeai idr. (2017), ki je bila opravljena s starši predšolskih otrok z vedenjskimi in čustvenimi izzivi, s starši, ki imajo otroka z motnjo v duševnem razvoju (Ashori idr., 2019), in s starši otroka s presnovno boleznijo (Mechelen idr., 2018).

Sampaio idr. (2017) so raziskovali stroškovno učinkovitost programa starševstva Trojni P za zdravljenje vedenjske motnje. Glavne ugotovitve raziskave so bile, da je program Trojni P pri zdravljenju vedenjskih izzivov predšolskih in šolskih otrok stroškovno bolj učinkovit model kot zdravljenje otrok na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvenega varstva.

Baugh idr. (2019) pa so raziskovali zanimanje staršev, ki so označeni kot tvegani v primeru, da ima eden od staršev diagnosticirano duševno motnjo ali prisotno nasilje

v družini itd. Rezultati raziskave so pokazali, da se zanimanje staršev po vključitvi v program povečuje in da vedno bolj raste potreba in želja omenjenih staršev, da bi ravnali drugače v odnosu z otrokom.

Raziskava, ki so jo izvedli Borcu idr. (2020), je podala ugotovitve, da je sodelovanje v skupini Najstnik Trojni P (angl. Teen Triple P) povzročilo izboljšanje duševnega zdravja staršev, zmanjšalo problematično vedenje mladostnikov in manj je bilo težav med mladostniki in njihovimi starši.

Različne študije (Baker idr., 2017; Daj in Sanders, 2018; Baumel in Faber, 2018), ki so proučevale uporabo programa Trojni P preko spleta, so pokazale, da ni opaznih večjih razlik, če so se starši udeležili programa preko spleta ali osebno v skupini. Vseeno je opaziti, da rezultati posegov preko spleta kažejo nižji stres pri starših, manj nekonstruktivnega izražanja jeze do otrok in zmanjšanje nezaželenega vedenja pri otrocih.

2.3.4 Krog zaupanja (angl. Circle of Security)

Teoretična osnova programa Krog zaupanja (v nadaljevanju COS; angl. Circle of Security) je zagotoviti varno navezanost z uglašeno starša in omiliti stisko otroka. Osrednja teoretična podlaga COS je teorija navezanosti in Bowlbyjeva (1969) trditev, da bodo otroci najverjetneje razvili varno navezanost, ko zaupajo in vedo, na koga se lahko v stiski obrnejo. Gre za varno zatočišče, ki ga nato uporabijo kot varno podlago za raziskovanje. COS se osredotoča na vzpostavitev varne uglašenosti med staršem in otrokom in vodi k intervencijskemu poudarku na občutljivo odzivanje staršev na otrokove stiske.

Otrokove prve izkušnje koregulacije ob stiski s primarnim skrbnikom oblikujejo prilagodljive psiho-biološke odzive na stres (vključno z delovanjem osi hipotalamus-nadledvična žleza-hipofiza (Blair idr., 2008)). Ti fiziološki, kasneje »nezavedni regulatorji« in miselne predstave prispevajo k oblikovanju varne navezanosti (Schore, 2017).

COS temelji na 20-tedenskem protokolu Kroga zaupanja (Hoffman idr., 2006), ki vključuje video povratne informacije, ki jih podajo ustrezno usposobljeni strokovnjaki.

Več študij (Kamal idr., 2016; Jude idr., 2017; McMahan idr., 2017; Maupin idr., 2017; Mothander idr., 2017; Kohlhoff idr., 2020; Maxwell idr., 2021) je proučevalo učinkovitost programa pri vzpostavljanju varne navezanosti pri otrocih in njihovih starših. Nekatere študije so pokazale pozitivne učinke programa (Kamal idr., 2016; McMahan idr., 2017; Mothander idr., 2017; Kohlhoff idr., 2020; Maxwell idr., 2021) pri vzpostavljanju varne navezanosti in večje uglašenosti starša z otrokom, ena študija (Jude idr., 2017) ni pokazala pozitivnih učinkov programa. Študije kažejo učinkovitost programa pri zmanjšanju stresa in depresije pri starših (Maupin idr., 2017). Program se kaže kot velik potencial za preprečevanje pojavljanja depresivnih motenj, ker številne študije kažejo, da so posamezniki z nevarno obliko navezanosti bolj nagnjeni k razvoju duševnih motenj (McGuire idr., 2018).

Med podatkovnimi bazami nismo zaznali raziskav, ki bi proučevale izvedbo programa preko spleta.

2.3.5 Patronažno partnerstvo (angl. The Family Nurse Partnership - Building Blocks Trial)

Program Patronažno partnerstvo (v nadaljevanju FNP; angl. The Family Nurse Partnership - Building Blocks Trial) (Robling idr., 2016) vključuje bolj intenzivne posege, ki so namenjeni mladim staršem. Program je usmerjen na mlade matere (mlajše od 19 let), ki jim v okviru programa nudijo podporo od zgodnje nosečnosti do otrokovega 2. leta starosti. Program izhaja iz zelo razvitega in na dokazih podprtega modela iz ZDA (Olds idr., 1986). Družine so deležne 64 obiskov na domu ustrezno usposobljene družinske medicinske sestre.

Obiski so usmerjeni na zdravje pred porodom, usmerjanje tveganega vedenja mater, kot je kajenje, večanje občutljivega in kompetentnega starševstva. Družinske medicinske sestre si prizadevajo vplivati na spremembo vedenja mater s krepitvijo materine samoučinkovitosti. Družinske medicinske sestre izobražujejo matere s ciljem večanja uglašenosti matere z dojenčkom in zmanjševanja tveganih vedenj, kot so zloraba različnih substanc (Nicole idr., 2016). Večstranska ocena FNP v Veliki Britaniji je ugotovila visoko stopnjo materine zavzetosti, vendar brez koristi pri vnaprej določenih rezultatih za otroke in mater, vključno z opustitvijo kajenja, zmanjšanjem porodne teže, se pa ugotavlja večjo uglašenost in senzitivnost matere z dojenčkom po vključitvi v program (Robling idr., 2016).

Svetovalni programi, namenjeni staršem, se v tujini izvajajo na različne načine in so si v svojem bistvu delovanja zelo podobni. Integrirani so tudi v zdravstveni sistem in jih izvajajo zdravstveni delavci, od patronažnih medicinskih sester, ki obiskujejo starše na domu in jim nudijo podporo, do usposobljenih strokovnjakov, ki vodijo redna srečanja v bližnjih zdravstvenih domovih. V tujini obstajajo strokovnjaki, ki se specializirajo kot perinatalni svetovalci za duševno zdravje in pomagajo mami in dojenčku pri vzpostavitvi odnosa. Ti strokovnjaki zagotavljajo dodatno starševsko podporo družinam, ki delujejo v zapletenih razmerjih in jih označujejo kot bolj ranljive. Večina programov kaže, da se po vključitvi v program pomembno zmanjša stres pri starših in izboljša odnos z otrokom (Tiwari idr., 2017; Lönnberga idr., 2019; Pratas Martins dos Santos idr., 2020; Ponguta idr., 2020).

Še posebej pozdravljamo in spodbujamo odločevalce zdravstvene politike, da bi bili tovrstni programi omogočeni staršem in skupinam otrok z visokim tveganjem za vedenjske težave, kot so ADHD, motnje avtističnega spektra itd. Tovrstne programe bi lahko izvajali v okviru Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ki se trenutno množično ustanovljajo po Sloveniji.

3 Zaključek

Zdravje v času nosečnosti, poroda in zgodnjega otroštva ključno vpliva na zdravje v odrasli dobi, zato predstavlja temelj zdravja prebivalstva.

V prispevku smo predstavili pomen in učinkovitost različnih programov, namenjenih staršem, kot potencial za promocijo in krepitev javnega zdravja v Republiki Sloveniji. Spoznanja, ki smo jih predstavili v prispevku, so nam lahko v pomoč pri načrtovanju politike na področju podpore družinam in preventivnih dejavnostih, namenjenih promociji zdravja.

Svetovalne programe, namenjene staršem, lahko opredelimo kot programe vzgoje za zdravje, ki so opredeljeni kot proces učenja posameznika, skupine ali populacije z oblikovanjem pozitivnih stališč. Z različnimi programi vzgoje za zdravje omogočamo posamezniku pridobivanje znanja, oblikovanje stališč in vedenj za zdrav slog življenja.

Želimo si, da bi politiki, odločevalci in različni sektorji prepoznali globlji pomen starševstva v zgodnjem obdobju otroka in njegov vpliv na telesno in duševno zdravje in to upoštevali pri snovanju izobraževalne, zdravstvene in socialne politike.

Programe, namenjene starševstvu, vidimo kot dopolnjevanje preventive na področju duševnega zdravja in zdravljenja s pristopi promocije pozitivnega duševnega zdravja. S pomočjo svetovalnih programov, namenjenih staršem, ki morajo postati dostopni vsem staršem – še posebej staršem iz ranljivih skupin –, bi lahko izboljšali javno zdravje, hkrati bi jih lahko integrirali v novonastale centre za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ki se množično ustanavljajo po Sloveniji.

Integracijo svetovalnih programov, namenjenih staršem, lahko razumemo kot učinkovit javnozdravstveni prispevek k udejanjanju koncepta vzgoje za zdravje v širšem družbenem okolju.

Helena Grmek, Nikolaj Lipič, PhD

Improving Mental Health through Parenting Programs

The World Health Organization defines mental health as: "A state of well-being in which the individual realizes his or her abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and can make a contribution to his or her community."

Data shows that mental health disorders affect more than a third of the population each year; about 20% of children and adolescents have mental health challenges that require assessment and intervention, and up to 50% of all adult mental disorders manifest as early as adolescence (Belfer, 2008).

The family is a major source of protection and risk factors for the mental health of young people. Key protection factors include stable family dynamics, strong family values and family support (Wille et al., 2008). For mothers and fathers, higher levels of support are directly associated with positive self-esteem and overall self-efficacy. When children subconsciously internalize the messages they receive from their parents, they develop a reliable foundation (Plunkett and Otten, 2010). Positive parenting is seen as an important factor that protects mental health even within families with mental health issues (Collishaw et al., 2016). This is supported by the fact that studies (Tabak and Zawadzka, 2016; Joussemet et al., 2018) identify the potential to support and promote positive parenting as a protective factor against various mental health problems of young people and later adults.

Counseling programs for parents have received broad professional and social support as preventive interventions that can have a positive impact on the well-being of children and thus on their health and a greater absence of risky behaviors that lead to deteriorating health. Interventions of various counseling programs for parents refer to any program that includes education or counseling for parents or families, which aims to influence the child's emotional, cognitive, behavioral, and health outcomes by improving parenting skills and the parent-child relationship (Gardner and Leijten, 2017).

The support provided by the parents' interventions is mainly practical and psychological. The goal is to prevent or reduce the child's problem behaviors and mental health problems, and provide parents with appropriate support during this very vulnerable period (Gardner and Leijten, 2017).

The purpose of the paper is to present the importance and effectiveness of various programs for parents as a potential for the promotion of mental health and the strengthening of public health in the Republic of Slovenia. Many programs exist around the world. However, they all have the same common goal, which is to improve the health of the population, improve the well-being of the population, and help parents with children's problematic behavior. We researched several databases: Medline PubMed, BioMed Central, ProQuest, COBISS, Google Scholar. In the article we present an overview and summary of parent counseling programs in the EU from 2016 to 2018. The European Platform for Investing in Children provides evidence-based parenting interventions which are implemented in the EU, and provides information on their key characteristics and evaluations of the evidence to support their effectiveness. In the article, we have described 17 programs conducted between 2016 and 2018. Under the criteria for the review of EPIC practice, the programs are ranked in order of the scope and evidence of their effectiveness, sustainability of impact, and transferability of impact to different groups.

Table 2 gives examples of programs implemented in a variety of forms in the United Kingdom. We cited the programs as examples of various formats offered by various professionals that are successfully integrated into the public health system.

Systematic reviews (Lijeten et al., 2017, 2018) of the various programs have demonstrated that these programs have a lasting impact on various behavioral disorders

in children. Economists' analyses show that prevention programs are much more cost-effective than corrective programs (Gardner et al., 2017). The findings suggest that early intervention by parents can improve the brain regions that support the child's social cognitive development.

We have summarized the best-known programs for parents in the world and the evidence of their effectiveness:

- Incredible Years

"The Incredible Years program presents positive parenting skills to parents in an easy, understandable, and friendly way, which encourages children's cognitive, social and emotional development, better learning outcomes, and enables safer and healthier growing up (Webster-Stratton, 2016)." The program's author is Dr. Carolyn Webster-Stratton, a professor at the University of Washington. She is a registered clinical psychologist and nurse practitioner. During her time at the University of Washington, Dr. Webster-Stratton was the director of the UW Parental Clinic. The author received the prestigious Science Achievement Award from the American National Institute of Mental Health.

- Parent Management Training Oregon

Parent Management Training Oregon is an intervention for parents that uses behavioral theory and social learning theory (Patterson, 2005). The PMTO is an evidence-based psychosocial intervention to address children's behavioral challenges by targeting specific parenting practices to reduce negative interactions between parents and their children. The PMTO focuses on teaching parents to use proactive, punishment-free methods to treat, prevent, and reduce demanding behaviors in their children. The PMTO has a long and robust history of interventionist approaches dating back to the 1960s (Baumann et al., 2014). Since then, various studies, conducted primarily in the United States, have shown the effectiveness of the program among two- to eighteen-year-olds and adolescents, targeting behavior and antisocial behavioral challenges (e.g., substance abuse, police involvement) (Patterson et al., 2010; Dishion et al., 2016).

- Triple P Positive Parenting Program

The Triple P Positive Parenting Program (Sandres, 1999) was established in 2007. The program is designed to prevent behavioral and emotional problems in children aged 0 to 6 years. Two meta-analyses and a systematic review to assess the effectiveness of the program showed mixed evidence of effectiveness (Wilson et al., 2012; Sanders et al., 2014). According to the research, the challenge was that the program functioned positively in the short term, but no effects were observed among long-term program participants. A study conducted by Maryat et al. (2017) that examined the long-term impact of Triple P on children's mental health found no significant differences. The Triple P program was therefore labelled as not having any significant impact on the public health of the population. From the research findings, it could be inferred that parents should be followed for the long term to address the challenges they face with their children.

- *Circle of Security*

The theory behind the Circle of Security program is Bowlby's 1988 attachment theory. The COS focuses on establishing a safe parent-child alignment and leads to an interventionist focus on parents' sensitive response to the distress of children.

- *The Family Nurse Partnership – Building Blocks Trial*

The Family Nurse Partnership (Robling et al., 2016) consists of more intensive interventions for young parents. The program targets young mothers (under the age of 19) to offer support from early pregnancy to the child's second birthday. The program is based on a highly developed and evidence-based model from the US (Olds et al., 1986). Families receive 64 home visits from educated family nurses. The visits focus on pre-natal health, the guidance of maternal risk behavior such as smoking, increased sensitivity, and parenting skills.

Family nurses strive to change and influence maternal behavior through improvements in maternal self-efficacy. Family nurses work to educate mothers with the goal of increasing the mother's attention to the infant and reducing risky behaviors such as substance abuse (Nicole et al., 2016). Most programs show that parental stress significantly reduces and that the programs improve the relationship with the child (Tiwari et al., 2017; Lönnberg et al., 2019; Pratas Martins Dos Santos et al., 2020; Ponguta et al., 2020). Parenting counseling programs can be defined as health education programs. Health education is defined as the process of learning through the formation of positive attitudes, habits or behaviors of an individual, a group or a population. Through various health education programs, we build knowledge, attitudes and behaviors for healthy living. We want politicians, decision-makers, and various sectors to recognize the deeper importance of early childhood parenting and its impact on physical and mental health, and to take this into account when designing education, health, and social policies.

Parenting programs are seen as complementing mental health prevention and treatment with approaches to promoting positive mental health through counseling programs for parents, which should be accessible to all parents – especially those from vulnerable groups. Such programs could be integrated into centers for the mental health of children and adolescents, which are currently being established throughout Slovenia. The integration of counseling programs for parents can be understood as an effective public health contribution to the implementation of the concept of health education in the wider social environment.

LITERATURA

1. Ashori, M., Seyyedeh, S. in Jall, A. (2019). The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) on General Health of Mothers of Pre-School Children with Intellectual Disability. *Iranian Journal of Public Health*, 48(11), 2100–2102. <https://doi.org/10.18502/ijph.v48i11.3536>
2. Baker, S., Sanders, M. R., Turner, K. M. T. idr. (2017). A Randomized Controlled Trial Evaluating a Low-Intensity Interactive Online Parenting Intervention, Triple P Online Brief, with Parents of Children With Early Onset Conduct Problems. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 78–90. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.016>

3. Baugh, E. J., Ballard, S. M., Carter, L. idr. (2019). The County-Wide Dissemination of Triple P Parenting Program: An Implementation Study. *Progress in Community Health Partnerships. Research, Education, and Action*, 13(1), 73–81. <https://doi.org/10.1353/cpr.2019.0010>
4. Baumann, A. A., Domenech, M. M., Rodríguez, N. G. idr. (2014). Parent Management Training-Oregon Model (PMTO) in Mexico City: Integrating Cultural Adaptation Activities in an Implementation Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(1), 32–47. <https://doi.org/10.1037/h0101724>
5. Baumel, A. in Faber, K. (2018). Evaluating Triple P Online: A Digital Parent Training Program for Child Behavior Problems. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(4), 538–543. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.10.001>
6. Belfer, M. L. (2008). Child and Adolescent Mental Disorders: The Magnitude of the Problem Across the Globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226–236. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>
7. Blair, C., Granger, D. A., Kivlighan, K. T. idr. (2008). Maternal and Child Contributions to Cortisol Response to Emotional Arousal and Young Children from Low-Income, Rural Communities. *Developmental Psychology*, 44(4), 1095–1109. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.4.1095>
8. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. New York: Basic Books.
9. Burcu, A., Güvenir, T., Ralph, T. idr. (2020). The Efficacy and Acceptability of the Triple P: Positive Parenting Program with Turkish Parents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 33(3), 148–156. <https://doi.org/10.1111/jcap.12283>
10. Carson, M. C., Zorash Kelman, M., Coffey, A. R. idr. (2019). Promoting Behavioral Health Equity through Implementation of the Incredible Years within Primary Care. *Translational Issues in Psychological Science*, 5(4), 390–401. <https://doi.org/10.1037/tps0000212>
11. Colditz, P., Sanders, M. R., Roslyn, B. idr. (2015). Prem Baby Triple P: a Randomised Controlled Trial of Enhanced Parenting Capacity to Improve Developmental Outcomes in Preterm Infants. *BMC Pediatrics*, 15(4), 15. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0331-x>
12. Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L. idr. (2016). Mental Health Resilience in the Adolescent Offspring of Parents with Depression: A Prospective Longitudinal Study. *Lancet Psychiatry*, 3(1), 49–57. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00358-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00358-2)
13. Dababnaha, S., Olson, E. M. in Nicholsa, H. M. (2019). Feasibility of The Incredible Years Parent Program for Preschool Children on The Autism Spectrum in two U.S. sites. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 57, 120–131. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.10.010>
14. Davies, L. M., Janta, B. in Gardner, F. (2019). *Produced for the European Platform for Investing in Children (EPIC)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
15. Day, J. J. in Sanders, M. R. (2018). Do Parents Benefit From Help When Completing a Self-Guided Parenting Program Online? A Randomized Controlled Trial Comparing Triple P Online With and Without Telephone Support. *Behavior Therapy*, 49(6), 1020–1038. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.002>
16. Dishion, T., Forgatch, M., Chamberlain, P. idr. (2016). The Oregon Model of Behavior Family Therapy: From Intervention Design to Promoting Large-Scale System Change Behavior Therapy, 47(6), 812–837. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.002>
17. Gardner, F. in Leijten, P. (2017). 'Incredible Years Parenting Interventions: Current Effectiveness Research and Future Directions'. *Current Opinion in Psychology*, 15, 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.023>
18. Gardner, F., Leijten, P., Mann, J. idr. (2017). Could Scale-up of Parenting Programmes Improve Child Disruptive Behaviour and Reduce Social Inequalities? Using Individual Participant Data Meta-analysis to Establish for Whom Programmes are Effective and Cost-effective in Southampton (UK). *NIHR Journals Library. Public Health Research*, 5(10). <https://doi.org/10.3310/phr05100>
19. Gardner, F., Montgomery, P. in Knerr, W. (2016). Transporting Evidence-Based Parenting Programs for Child Problem Behavior (Age 3–10) between Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Children Adolescent Psychology*, 45, 749–762. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1015134>

20. Gross, D., Fogg, L. in Tucker, S. (1995). The Efficacy of Parent Training for Promoting Positive Parent-Toddler Relationships. *Research in Nursing Health*, 18(6), 489–499. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180605>
21. Hoffman, K., Marvin, R. S., Cooper, G. idr. (2006). Changing Toddlers' and Preschoolers' Attachment Classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1017–1026. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1017>
22. Hutchings, J., Griffith, N. in Bywater, T. (2017). Evaluating the Incredible Years Toddler Parenting Programme with Parents of Toddlers in Disadvantaged (Flying Start) Areas of Wales. *Child Care Health and Development*, 43(1), 104–113. <https://doi.org/10.1111/cch.12415>
23. Joussemet, M., Mageau, G. A., Larose, M. P. idr. (2018). How to Talk so Kids will Listen & Listen so Kids will Talk: a Randomized Controlled Trial Evaluating the Efficacy of the How-to Parenting Program on Children's Mental Health Compared to a Wait-List Control Group. *BMC Pediatrics*, 18(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1227-3>
24. Jude, C., Brett, B. E., Gross, J. T. idr. (2017). Circle of Security-Parenting: A randomized controlled trial in Head Start. *Development and Psychopathology*, 29(2), 651–673. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000244>
25. Kamal, L., Strand, J., Jutengren, G. idr. (2016). Perceptions and Experiences of an Attachment-Based Intervention for Parents Troubled by Intimate Partner Violence. *Clinical Social Work Journal*, 45(4), 311–319. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0606-1>
26. Karjalainen, P., Kiviriusua, O., Aronen, E. T. idr. (2018). Group-Based Parenting Program to Improve Parenting and Children's Behavioral Problems in Families Using Special Services: A Randomized Controlled Trial in a Real-Life Setting. *Children and Youth Services Review*, 96, 420–429. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.12.004>
27. Kasperzack, D., Schrott, B., Mingebach, T. idr. (2019). Effectiveness of the Stepping Stones Triple P Group Parenting Program in Reducing Comorbid Behavioral Problems in Children with Autism. *Autism*, 6, 1–4. <https://doi.org/10.1177/1362361319866063>
28. Kohlhoff, J., Cibralic, S., Wallace, N. idr. (2020). A Randomized Controlled Trial Comparing Parent Child Interaction Therapy - Toddler, Circle of Security- Parenting™ and Waitlist Controls in the Treatment of Disruptive Behaviors for Children Aged 14–24 months: study protocol. *BMC Psychology*, 8(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00457-7>
29. Leijten, P. in Gardner, F. (2017a.). Incredible Years Parenting Interventions: Current Effectiveness Research and Future Directions. *Current Opinion in Psychology*, 15, 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.023>
30. Leijten, P., Gardner, F., Landau, S. idr. (2017b). Research Review: Harnessing the Power of Individual Participant Data in a Meta-Analysis of the Benefits and Harms of the Incredible Years Parenting Program. *Research Review: Harnessing the Power of Individual Participant Data in a Meta-Analysis of the Benefits and Harms of the Incredible Years Parenting Program*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(2), 99–109. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12781>
31. Leijten, P., Gardner, F., Melendez - Torres, G. J. idr. (2019b). Co-Occurring Change in Children's Conduct Problems and Maternal Depression: Latent Class Individual Participant Data Meta-Analysis of the Incredible Years Parenting Program. *Development and Psychopathology*, (5), 1–12. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001068>
32. Leijten, P., Gardner, F. and Melendez - Torres, G. J. (2019a). 'What to Teach Parents to Reduce Disruptive Child Behavior: Two Meta-analyses of Parenting Program Components'. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* in press, 58(2), 180–190. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.900>
33. Leijten, P., Scott, S., Landau, S. idr. (2020). Individual Participant Data Meta-Analysis: Impact of Conduct Problem Severity, Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Emotional Problems, and Maternal Depression on Parenting Program Effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(8), 933–943. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.01.023>

34. Lönnberga, G., Wibke, E. J., Unternaehrer, R. idr. (2019). Effects of a Mindfulness Based Childbirth and Parenting Program on Pregnant Women's Perceived Stress and Risk of Perinatal Depression-Results from a Randomized Controlled Trial. *Journal of Affective Disorders*, 262, 133–142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.048>
35. Maaskant, A. M., van Rooij, F. B., Overbeek, G. J. idr. (2016). Effects of PMTO in Foster Families with Children with Behavior Problems: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 523–539. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0579-2>
36. Marryat, L., Thompson, L. in Wilson, P. (2017). No Evidence of Whole Population Mental Health Impact of the Triple P Parenting Programme: Findings from a Routine Dataset. *BMC Pediatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0800-5>
37. Maupin, A. N., Samuel, E. E., Nappi, S. M. idr. (2017). Disseminating a Parenting Intervention in the Community: Experiences from a Multi-Site Evaluation. *Journal of Child and Family Studies*, 26(11), 3079–3092. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0804-7>
38. Maxwell, A. M., McMahon, C., Huber, A. idr. (2021). Examining the Effectiveness of Circle of Security Parenting (COS-P): A Multi-Site Non-Randomized Study with Waitlist Control. *Journal of Child and Family Studies*, 77. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01932-4>
39. Mazzucchelli, T. G., Jenkis, M. in Sofronoff, K. (2018). Building Bridges Triple P: Pilot Study of a Behavioural Family Intervention for Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 76, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.02.018>
40. McGuire, A., Gillath, O., Jackson, Y. idr. (2018). Attachment Security Priming as a Potential Intervention for Depressive Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 37(1), 44–68. <https://doi.org/10.1521/jscp.2018.37.1.44>
41. McLaughlin, K., Gadermann, A-M., Hwang, I. idr. (2012). Parent Psychopathology and Offspring Mental Disorders: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 290–299. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101253>
42. McMahon, C., Huber, A., Kohlhoff, J. idr. (2017). Does Training in The Circle of Security Framework Increase Relational Understanding in Infant/Child and Family Workers? *Infant Mental Health Journal*, 38(5), 658–668. <https://doi.org/10.1002/imhj.21661>
43. McMahon, R. J., Forehand, R. in Griest, D. L. (1981). Effects of Knowledge of Social Learning Principles on Enhancing Treatment outcome and Generalization in a Parent Training Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(4), 526–532. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.4.526>
44. Mechelen, K. V., Kessels, I., Simons, A. idr. (2018). Do Parents of Children with Metabolic Diseases Benefit from the Triple P - Positive Parenting Program? A Pilot Study. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 31(12), 1335–1342. <https://doi.org/10.1515/jpem-2018-0219>
45. Menting Ankie, T. A., Orbio de Castro, B. in Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years Parent Training to Modify Disruptive and Prosocial Child Behavior: a Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 901–913. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>
46. Mothander, P. R., Furmark, C. in Neander, K. (2017). Adding »Circle of Security - Parenting« to Treatment as Usual in Three Swedish Infant Mental Health Clinics. Effects on Parents' Internal Representations and Quality of Parent-Infant Interaction. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(3), 262–272. <https://doi.org/10.1111/sjop.12419>
47. Murray, D. W., Lawrence, J. R. in LaForett, D. R. (2017). The Incredible Years® Programs for ADHD in Young Children: A Critical Review of the Evidence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 26(4), 1–14. <https://doi.org/10.1177/1063426617717740>
48. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2015). Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/kaj-je-dusevno-zdravje> (pridobljeno 20. 5. 2021).
49. Nicole, L. A. C., Gonzalez, A., Boyle, M. idr. (2016). Improving Children's Health and Development in British Columbia through Nurse Home Visiting: a Randomized Controlled Trial Protocol. *BMC Health Service Research*, 4(16), 349. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1594-0>
50. Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R. idr. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77(1), 16–28. <https://doi.org/10.1542/peds.77.1.16>

51. Overbeek, G., Van Aar, J., Orobio, B. C. idr. (2020a). Longer-Term Outcomes of the Incredible Years Parenting Intervention. *Prevention Science*, 16(1), 38–46.
52. Patterson, G. R. (2005). The Next Generation of PMTO Models. *Behavioral Therapist*, 35, 27–33. Dostopno na: <http://www.pmtto.nl/documenten/nextgeneration.pdf> (pridobljeno 12. 9. 2020).
53. Patterson, G. R., Forgatch, M. S. in Degarmo, D. S. (2010). Cascading effects following intervention. *Development and Psychopathology*, 22, 949–970. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000568>
54. Plunkett, S. W. in Otten, M. P. (2010). Perceived Parenting, Self-Esteem, and General Self-efficacy of Iranian American Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 19(6), 738–746. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9363-x>
55. Ponguta, L. A., Ghassan, L. in Aoudeh, L. (2020). Effects of the Mother-Child Education Program on Parenting Stress and Disciplinary Practices Among Refugee and Other Marginalized Communities in Lebanon: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(6), 727–738. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.12.010>
56. Pontoppidan, M. (2015). The Effectiveness of the Incredible Years. Parents and Babies Program as a Universal Prevention Intervention for Parents of Infants in Denmark: Study Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. *Trials*, 16(1), 386. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0859-y>
57. Pratas, M. S, Isabel, A., da Conceição, E. idr. (2020). Effects of a Parenting Education Program on Parenting Skills, Parenting Stress, and Mindfulness Skills. *Acta Paulista de Enfermagem* 33. Dostopno na: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002020000100480&script=sci_arttext&tlng=en (pridobljeno 2. 8. 2020).
58. Rezaei, F., GHazanfari, F. in Rezaeean, M. (2017). The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) in Parental Stress and Self Efficacy of Mothers and Behavioral Problems of Students with Educable Mental Retardation. *Journal of Torbat Heydaiyeh University of Medical Sciences*, 5(1), 7–16.
59. Robling, M., Bekkers, M. J., Bell, K. idr. (2016). Effectiveness of a Nurse-Led Intensive Home-Visitation Programme for Firsttime Teenage Mothers (Building Blocks): a Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Lancet*, 387, 146–155. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00392-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00392-X)
60. Ryan, R., O'Farrelly, C. and Ramchandani, P. (2017). Parenting and Child Mental Health. *London Journal of Primary Care*, 9(6), 86–94. <https://doi.org/10.1080/17571472.2017.1361630>
61. Sampaio, F., Barendregt, J. J., Feldman, I. idr. (2017). Population Cost-Effectiveness of the Triple P Parenting Programme for the Treatment of Conduct Disorder: an Economic Modelling Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(7), 933–944. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1100-1>
62. Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71–90. <https://doi.org/10.1023/A:1021843613840>
63. Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L. idr. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Multi-Level System of Parenting Support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337–357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
64. Scavenius, C., Chacko, A., Lindberg, M. R. idr. (2020). Parent Management Training Oregon Model and Family-Based Services as Usual for Behavioral Problems in Youth: A National Randomized Controlled Trial in Denmark. *Child Psychiatry & Human Development*, 51, 839–852. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01028-y>
65. Schore, A. N. (2017). All Our Sons: The Developmental Neurobiology and Neuroendocrinology of Boys at Risk. *Infant Mental Health Journal*, 38(1), 15–52. <https://doi.org/10.1002/imhj.21616>
66. Schrott, B., Kasperzack, D. Weber, L. idr. (2018). Effectiveness of the Stepping Stones Triple P Group Parenting Program as an Additional Intervention in the Treatment of Autism Spectrum Disorders: Effects on Parenting Variables. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 913–923. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3764-x>

67. Sigmarsdóttir, M., DeGarmo, D. S., Forgatch, M. S. idr. (2013). Treatment Effectiveness of PMTO for Children's Behavior Problems in Iceland: Assessing Parenting Practices in a Randomized Controlled Trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(6), 468–476. <https://doi.org/10.1111/sjop.12078>
68. Sigmarsdóttir, M., Thorlacius, Ö., Guðmundsdóttir, E. V. idr. (2015). Treatment Effectiveness of PMTO for Children's Behavior Problems in Iceland: Child Outcomes in a Nationwide Randomized Controlled Trial. *Family Process*, 54, 498–517. <https://doi.org/10.1111/famp.12109>
69. Tabak, I. in Zawadzka, D. (2016). The Importance of Positive Parenting in Predicting Adolescent Mental Health. *Journal of Family Studies*, 23(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/13229400.2016.1240098>
70. Tiwari, A., Self - Brown, S., Lai, B. S. idr. (2017). Effects of an Evidence-Based Parenting Program on Biobehavioral Stress Among at-Risk Mothers for Child Maltreatment: A Pilot Study. *Social Work in Health Care*, 57(3), 137–163. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1371096>
71. Tsvivos, Z. L., Calam, R., Sanders, M. R. idr. (2014). A Pilot Randomised Controlled Trial to Evaluate the Feasibility and Acceptability of the Baby Triple P Positive Parenting Programme in Mothers with Postnatal Depression. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(4), 532–554. <https://doi.org/10.1177/1359104514531589>
72. Tucker, S., Gross, D., Fogg, L. idr. (1998). The Long-Term Efficacy of a Behavioral Parent Training Intervention for Families With 2-Year-Olds. *Research in Nursing Health*, 21(3), 199–210. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199806\)21:3<199::AID-NUR3>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199806)21:3<199::AID-NUR3>3.0.CO;2-C)
73. Valadez, E. A., Tottenham, N., Tabachnick, A. R. idr. (2020). Early Parenting Intervention Effects on Brain Responses to Maternal Cues Among High-Risk Children. *American Journal of Psychiatry*, 177(9), 818–826. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010011>
74. Webster - Stratton, C. (2016). Neverjetna leta. Priročnik za reševanje težav, namenjen staršem otrok, starih od 2 do 8 let. Ljubljana: Umco.
75. Webster - Stratton, C., Dababnah, S. in Olson, E. (2018). The Incredible Years® Group-Based Parenting Program for Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Autism and Child Psychopathology Series* (str. 261–282). https://doi.org/10.1007/978-3-319-90994-3_17
76. Weeland, Y., Chhangur, R. R., der Giessen, D. idr. (2017). Intervention Effectiveness of The Incredible Years: New Insights Into Sociodemographic and Intervention-Based Moderators. *Behavior Therapy*, 48(1), 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.002>
77. Wille, N., Bettge, S. in Ravens - Sieberer, U. (2008). Risk and Protective Factors for Children's and Adolescents' Mental Health: Results of the BELLA Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
78. Williams, M. E., Hastings, R. P. in Hutchings, J. (2020). The Incredible Years Autism Spectrum and Language Delays Parent Program: A Pragmatic, Feasibility Randomized Controlled Trial. *Autism Research*, 13(6), 1011–1022. <https://doi.org/10.1002/aur.2265>
79. Wilson, P., Rush, R., Hussey, S. idr. (2012). How Evidence-Based is an »Evidence-Based Parenting Program«? A PRISMA Systematic Review and Meta-Analysis of Triple P. *BMC Medicine*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-130>

Helena Grmek, magistrica zdravstvenih ved v Mladinskem klimatskem zdravilišču Rakitna
E-naslov: grmek.helena@gmail.com

Dr. Nikolaj Lipič, docent na Alma Mater Europaea – ECM
E-naslov: nikolaj.lipic@almamater.si

NAVODILA AVTORJEM

Revija za zdravstvene vede objavlja znanstvene, strokovne in druge prispevke. Kategorijo prispevka predlaga avtor, končno presojo pa na osnovi strokovnih recenzij opravi uredništvo oziroma odgovorni urednik. Članki, ki so objavljeni, so recenzirani z dvema zunanjima anonimnima recenzijama.

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

1. Prispevke z vašimi podatki pošljite na elektronski naslov uredništva: urednistvo@jhs.si. Prispevek priložite v prilozki sporočila v MS Word in 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. Prvi avtor, ki je publikacijo v večji meri napisal, je med avtorji naveden na prvem mestu; vodilni avtor, ki je raziskavo zasnoval in vodil, je napisan na zadnjem 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(4), 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* (str. 7–16). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
 - za spletne reference je obvezno navajanje spletne strani z imenom dokumenta ter datumom povzema informacije. Primer: Brcar, P. (2003). Kako poskrbeti za zdravje šolarjev. Inštitut za varovanje zdravja RS. Dostopno na: <http://www.sigov.si/ivz/vsebine/zdravje.pdf> (pridobljeno 20. 8. 2012).
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 articles are peer-reviewed by two external anonymous reviews.

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

1. Papers with your information and abstracts should be sent to e-mail address: editorial.office@jhs.si. The article should be attached to the e-mail in MS word and 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 author that wrote most of the publication is listed among the authors in the first place; the lead author who designed and led the research is written in last 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(4), 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* (pp. 7–16). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
 - 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: Brcar, P. (2003). *How do the health of schoolchildren*. Institute of Public Health. Available at: <http://www.sigov.si/ivz/vsebine/zdravje.pdf> (retrieved 20. 8. 2008).
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.