

JHS

Revija za zdravstvene vede
Journal of Health Sciences

Vol. 5 • No. 1 • 2018



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*

Barbara Davis, ZDA
Božena Gorzkowicz, Poljska
Goran Kozina, Hrvaška
Nevenka Kregar Velikonja, Slovenija
Oscar R. de Miranda, Nizozemska
Jasmina Starc, Slovenija

Tehnični urednik *Technical Editor*

Bojan Nose

Tajniška dela *Secretary*

Brigita Jugovič

Jezikovni pregled *Slovene-Language Editor*

Melanija Frankovič

Jezikovni pregled angleških besedil *English-Language Editor*

Katja Krope

Naslov uredništva *Address of the Editorial Office*

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

Spletna stran revije *Website of the Journal*

<http://www.jhs.si>

Elektronski naslov *E-mail*

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

Naklada *Circulation*

200

Tisk *Printed by*

Tiskarna Cicero Begunje, d.o.o.

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).

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).

ISSN 2350-3610

VSEBINA CONTENTS

<i>Jasmina Cvikelj, dr. Mateja Lorber, dr. Klavdija Čuček Trifkovič</i> Primerjava asertivnosti med študenti zdravstvene nege in strojništva Comparing Assertiveness among Students of Nursing and Mechanical Engineering	3
<i>Manca Mikec, Ines Peternelj, mag. Cecilija Lebar</i> Primerjava življenjskega sloga med študenti zdravstvenih in nezdravstvenih študijskih smeri Comparison of Lifestyles between Students of Healthcare and Non-Healthcare Study Fields	18
<i>Dr. Erna Žgur, Barbara Lemut, dr. Janez Jerman</i> Stališča strokovnih delavcev do prepoznavnosti učinkov hipoterapije Professional Workers' Views on Recognisable Effects of Hippotherapy	30
<i>Dr. Bojan Macuh</i> Pomen zdravja pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje v domovih za starejše The Importance of Health in Integrating Older People into Lifelong Learning in Nursing Homes	43
<i>Anita Bandelj, dr. Boris Miha Kaučič, dr. Bojana Filej</i> Timski pristop v paliativni oskrbi – pregled literature Team Approach in Palliative Care – A Literature Review	61
<i>Dr. Danijela Furlan</i> Kakovostna laboratorijska diagnostika kot pomemben člen v celostni obravnavi pacienta Quality Laboratory Diagnostics as an Important Link in the Comprehensive Patient Treatment	74
<i>Dr. Milena Kramar Zupan, Duška Vukšinič</i> Vpliv ISO standardov na delovanje zdravstvenih zavodov na Dolenjskem The Impact of ISO Standards on the Performance of Healthcare Institutions in Dolenjska	84

Primerjava asertivnosti med študenti zdravstvene nege in strojništva

Prejeto 20. 11. 2017 / Sprejeto 18. 3. 2018

Znanstveni članek

UDK 316.772.4-057.875

KLJUČNE BESEDE: asertivnost, komunikacija, študenti, zdravstvena nega, strojništvo

POVZETEK - Asertivnost je način medosebne komunikacije, kjer posameznik jasno izrazi svoje mnenje in svoje pravice, hkrati pa upošteva tudi drugo osebo in njene pravice. Namen raziskave je bil ugotoviti stopnjo asertivnosti med študenti zdravstvene fakultete in študenti strojne fakultete - dveh članic ene izmed univerz v Sloveniji. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela in kvantitativna metodologija raziskovanja s pomočjo anketnega vprašalnika. Vprašalnik ima zadovoljivo stopnjo zanesljivosti ($r = 0,886$). Za preverjanje hipotez je bil uporabljen neparametričen Mann-Whitneyev test za dva neodvisna vzorca v programu IBM SPSS Statistics 22. Ugotovitve so pokazale, da so študenti zdravstvene nege in strojništva večinoma bolj asertivni kot neasertivni. Stopnja asertivnosti ni bistveno odstopala glede na spol, niti na smer študija. Vidna je bila višja stopnja asertivnosti pri študentih strojništva ($r = 16,3$) v primerjavi s študenti zdravstvene nege ($r = 9,75$) in pri moških ($r = 16,8$) v primerjavi z ženskami ($r = 10,5$), vendar so bile te razlike minimalne in statistično nepomembne (obe p -vrednosti $> 0,05$). Smiselno bi bilo spodbujati študente k asertivnem vedenju.

Received 20. 11. 2017 / Accepted 18. 3. 2018

Scientific article

UDC 316.772.4-057.875

KEY WORDS: assertiveness, communication, students, nursing, mechanical engineering

ABSTRACT - Assertiveness is a way of interpersonal communication, where the individuals express themselves and their rights, but also take into account the other person and their rights. The purpose of the study is to determine the level of assertiveness among nursing students and mechanical engineering students, from two members of one university in Slovenia. The descriptive method of work and quantitative research methodology with a questionnaire were used. The questionnaire had satisfactory reliability level ($r = 0,886$). A non-parametric Mann-Whitney test in programme IBM SPSS Statistics 22 was used to verify hypotheses for two independent samples. The results showed that students of nursing and mechanical engineering are mostly more assertive than non-assertive. The degree of assertiveness did not diverge significantly, by either gender, or the study field. There was a higher value of assertiveness with the students of mechanical engineering ($r = 16.3$) compared to the students of nursing ($r = 9.75$), as well as with male ($r = 16.8$) compared to female students ($r = 10.5$). However, those differences were minimum and statistically insignificant (both p -values > 0.05).

1 Uvod

Komuniciranje ima v našem življenju bistveno vlogo in je edini način, da spoznamo sebe in to pokažemo tudi drugim (Ule, 2009, str. 12). Asertivnost je način medosebne komunikacije, kjer posameznik jasno izrazi svoje mnenje in svoje pravice, hkrati pa upošteva tudi drugo osebo in njene pravice (Železnik in Herc, 2014, str. 298). Asertivnost je stališče, vedenjski slog, pri katerem oseba išče ravnovesje med agresivnostjo in pasivnostjo (Bourne, 2014, str. 287). Med osnovne stile komuniciranja uvrščamo pasivni, asertivni in agresivni stil komuniciranja (Lazaris, 2009, str. 5). Bourne (2014, str. 287–289) k tem dodaja pasivno-agresivno vedenje in manipulacijo. Prednosti asertivnega vedenja so boljše zavedanje lastnih občutkov, izboljšanje samo-

zavesti in občutka lastne vrednosti, večje zaupanje vase in v svoje sposobnosti, spoštovanje samega sebe, čustev in na splošno večje zadovoljstvo z življenjem (Račnik, 2010, str. 102).

Asertivno sporazumevanje v medosebne odnose prinaša enakopravnost in ustvarjalnost (Ščuka, 2006, str. 13). Način vzgoje vpliva na stopnjo asertivnosti odrasle osebe, saj lahko osebe, ki so jih v otroštvu spodbujali k pasivnem vedenju, kasneje v življenju zaradi tega težje razvijejo asertivnost (Bishop, 2013, str. 3–4). Krnetić (2004–2016) meni, da se je kljub temu asertivnosti mogoče priučiti tudi v obdobju odraslosti, in sicer z asertivnim treningom. To je najboljši in najučinkovitejši način, kako izboljšati medosebne odnose v domačem in profesionalnem okolju. Kim (2016, str. 490) navaja, da asertivni treningi tudi nižajo stres v kliničnem okolju in izboljšujejo usposobljenost študentov zdravstvene nege. Eslami idr. (2016) poudarjajo pomen asertivnega treninga med dijaki v srednjih šolah, saj zmanjšuje anksioznost, depresijo in stres. Young Powell (2013) ugotavlja, da je najbolj primerno obdobje za učenje asertivnih tehnik komuniciranja ravno študentsko obdobje. Asertivnost pomaga študentom pri komuniciranju z vrstniki, v celotnem procesu študija, tudi diplomiranja, pri pripravi na službo in kasneje pri iskanju službe, intervjujih in na delovnem mestu. Eslami idr. (2016) predstavljajo srednješolsko obdobje kot eno najbolj občutljivih za posameznikov razvoj, zato zaradi učinkovitosti in stroškovne ugodnosti močno priporočajo uvedbo vsebin s področja asertivnosti za srednješolce. Zelo smiselna bi bilo uvesti asertivne treninge predvsem za dijake in študente zdravstvene nege. Deltsiodou (2009, str. 329) poudarja pomembnost asertivne oblike vedenja za bodoče izvajalce zdravstvene nege, ki jim bo na delovnem mestu koristila, saj bodo tako bolje delovali kot učinkoviti in zanesljivi izvajalci v multiprofesionalnem timu. Arslan, Kılıç Akça in Başer (2013) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je večji delež študentov zdravstvene nege asertivnih, višja pa je stopnja asertivnosti med študenti v primerjavi s študentkami. Ličen in Plazar (2013, str. 148–150) v primerjavi s študenti nekaterih drugih fakultet niso ugotovili nižje stopnje asertivnosti pri študentih zdravstvene nege. Asertivnost predstavlja izvajalcem zdravstvene nege osnovo za kakovostne medsebojne odnose s pacientom, njegovimi svojci in sodelavci (Rezayat in Nayeri, 2014, str. 179). Tudi Roncelli Vaupot in Železnik (2011, str. 96–97) navajata, da asertivno vedenje bistveno pomaga pri vse prej kot enostavnih medosebnih odnosih s pacienti in sodelavci. Deltsiodou (2009, str. 322) poudarja pomembnost visoke stopnje asertivnosti za obvladovanje mobinga in stresa pri medicinskih sestrah in babicah, ki se s tem soočajo.

1.1 Namen in cilj

Namen raziskave je bil ugotoviti stopnjo asertivnosti med študenti zdravstvene nege in študenti strojništva na dveh članicah ene izmed univerz v Sloveniji.

V ta namen smo si postavili eno raziskovalno vprašanje in preverili dve hipotezi:

- *RV*: Kakšna je stopnja asertivnosti med študenti dveh članic ene izmed univerz v Sloveniji?
- *HI*: V demografski primerjavi med spoloma izražajo študenti višjo stopnjo asertivnosti kot študentke.

- *H2*: Študenti zdravstvene nege izražajo višjo stopnjo asertivnosti kot študenti strojništva.

2 Metode

Uporabili smo deskriptivno metodo dela in kvantitativno metodologijo raziskovanja.

2.1 Opis instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili spletni vprašalnik avtorja Rolanda B. Phillipa (n. d.), ki je prosto dostopen na spletni strani. Vprašalnik je prirejen po The Rathus Assertiveness Schedule [RAS] avtorja Rathusa (1973). Razlika je v tem, da ima vprašalnik RAS nekatere trditve v nikalni obliki (usmerjene k neasertivnemu vedenju), medtem ko v tej raziskavi uporabljen vprašalnik vsebuje izključno trditve, ki kažejo na asertivno vedenje. Uporabljen vprašalnik v raziskavi ima zadovoljivo stopnjo zanesljivosti ($r = 0,886$), medtem ko ima vprašalnik RAS srednje do visoko stopnjo zanesljivosti ($r = 0,78$; $p < 0,01$) (Rathus, 1973, p. 398). Bland in Altman (1997) navajata, da so vprašalniki z vrednostjo Cronbach alpha nad 0,7 oz. 0,8 zanesljivi. Vprašalnik, ki smo ga uporabili, je najprej zajemal osnovna demografska vprašanja glede spola, starosti in vrste študija. Pred vprašalnikom za samooceno asertivnosti je bilo zastavljeno tudi vprašanje glede poznavanja izraza asertivnosti. Vprašalnik za samooceno asertivnosti je obsegal 30 vprašanj v obliki trditev, ki so se nanašale na določeno obliko vedenja. Študenti so imeli na voljo 6 možnih odgovorov, s katerimi so označili, koliko je določena trditev zanje značilna oz. neznačilna. Vsak odgovor je imel določeno točkovanje, ki je variiralo med -3 in +3. Skupni seštevek točk je predstavljal stopnjo asertivnosti posameznika (možne dosežene vrednosti od -90 do +90), zato so študentje s pomočjo anketnega vprašalnika lahko tudi sami preverili lastno stopnjo asertivnosti takoj po izpolnjeni anketi. V tabeli 1 je prikazana kategorizacija vrednosti rezultatov vprašalnika za samoocenjevanje asertivnosti.

Tabela 1: Kategorizacija vrednosti rezultatov vprašalnika za samoocenjevanje asertivnosti

<i>Rezultat vprašalnika</i>	<i>Stopnja asertivnosti</i>
-90 do -20	zelo neasertivni
-21 do 0	oportunistično asertivni
1 do +20	nekoliko asertivni
+21 do +40	asertivni
+41 do +90	najverjetneje agresivni

Vir: Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, št. 3, str. 398–406.

2.2 Opis vzorca

Raziskava je zajemala študente programa zdravstvene nege, 1. stopnje in študente programa strojništva, 1. stopnje. Anketni vprašalnik smo posredovali vsem rednim in izrednim študentom ter pridobili podatke 124 študentov. V raziskavi je sodelovalo 48 (38,7 %) moških in 76 (61,3 %) žensk. Med anketiranimi je bilo 64 (51,6 %) študentov zdravstvene nege in 60 (48,4 %) študentov strojništva. Demografski podatki anketirancev so prikazani v tabeli 2. Od skupno 479 študentov v študijskem letu 2015/2016, vpisanih v študijski program zdravstvena nega, 1. stopnje, je sodelovalo 13,3 % študentov. Od skupno 805 študentov v študijskem letu 2015/2016, vpisanih v študijski program strojništva, 1. stopnje, je sodelovalo 7,5 % študentov strojništva. Od skupnega raziskovalnega vzorca študentov obeh fakultet, torej 1284 študentov, smo zajeli 9,7 % le-teh. Raziskava je potekala maja in junija 2016.

Tabela 2: Demografski podatki

Smer študija	Zdravstvena nega [%]				Strojništvo [%]			
	51,6				48,4			
Spol anketirancev	M 12,5		Ž 87,5		M 66,7		Ž 33,7	
Starost anketirancev	Pod 18 let 0	Od 18-20 let 20,3	Od 21-24 let 67,2	Nad 24 let 12,5	Pod 18 let 0	Od 18-20 let 28,3	Od 21-24 let 55	Nad 24 let 16,7

Vir: Lastni vir.

2.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pri izvedbi raziskave smo upoštevali etična načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, Helsinške deklaracije in Oviedske konvencije. Varovale so se pravice oseb, ki so sodelovale v raziskovalnem delu naloge. Udeležba v raziskavi je bila prostovoljna, študenti so lahko odklonili sodelovanje, vsem anketirancem je bila zagotovljena anonimnost.

Podatke, ki se nanašajo na teoretični del, smo zbrali z iskanjem domače in tuje literature, pregledom knjig, člankov, revij, zapisnikov konferenc ipd. Za iskanje literature smo uporabljali podatkovne baze COBISS, DKUM, PUBMED in druge. Ko smo prejeli pisno odobritev obeh vodstev fakultet, smo pričeli z empiričnim delom raziskave. Anketni vprašalnik smo oblikovali na spletni strani <https://www.1ka.si> ter ga preko spletnih naslovov posredovali študentom. Rezultate smo računalniško obdelali in jih grafično prikazali s pomočjo programov Microsoft Office Word 2013, Microsoft Office Excell 2013 in IBM SPSS Statistics 24. Uporabili smo deskriptivno statistiko ter neparametrični Mann-Whitneyev test za ugotavljanje razlik v aritmetičnih sredinah za dva neodvisna vzorca.

3 Rezultati

Tabela 3 prikazuje poznavanje izraza asertivnost med študenti zdravstvene nege in strojništva. Razvidno je boljše poznavanje izraza pri študentih zdravstvene nege, saj jih je četrtnina zelo dobro seznanjena z izrazom, medtem ko jih je skoraj polovica seznanjenih. Med študenti strojništva jih je več kot polovica popolnoma neseznanjenih z izrazom in dobra tretjina seznanjenih.

Tabela 3: Poznavanje izraza asertivnost

Poznavanje izraza asertivnost	Zdravstvena nega [%]				Strojništvo [%]			
	ZDP	SEZ	NER	PN	ZDP	SEZ	NER	PN
	25	45,3	18,8	10,9	3,3	33,4	8,3	55

Vir: Lastni vir.

Legenda: ZDP - zelo dobro poznavanje izraza, SEZ - seznanjenost, NER - nerazumevanje, PN - popolno nepoznavanje izraza

V tabeli 4 so prikazani rezultati samoocenjevanja asertivnosti, razdeljeni na študente zdravstvene nege in strojništva.

Tabela 4: Vprašalnik samoocenjevanja asertivnosti

Trditve	Zdravstvena nega [%]						Strojništvo [%]					
	-3	-2	-1	+1	+2	+3	-3	-2	-1	+1	+2	+3
Subjektivna asertivnost	2	5	5	48	31	9	2	7	13	45	25	8
Sproščenost pri »spogledovanju«	8	17	22	28	17	8	7	17	18	33	18	7
Pritoževanje v restavraciji	21	16	33	19	6	5	13	20	30	18	12	7
Nezanimanje za prizadetost drugih	33	12	28	17	8	2	28	28	15	17	10	2
Zavrnitev izdelka	6	8	11	22	22	31	4	0	12	22	20	42
Vztrajanje pri razlagi ob prošnji za uslugo	5	9	22	30	12	22	1	7	7	27	45	13
Iskanje dobrih in prepričljivih argumentov	0	5	15	33	25	22	1	0	2	32	38	27
Konstantna usmerjenost k napredovanju	0	2	3	25	28	42	0	2	2	25	38	33
Izkoriščanje s strani drugih	9	16	23	30	11	11	12	7	25	30	23	3
Sproščenost pri pogovoru z neznanci in spoznavanju novih ljudi	6	10	17	23	30	14	10	8	25	24	13	20

Sproščenost pri pogovoru s privlačnimi osebami nasprotnega spola	5	14	17	30	22	12	10	8	18	29	15	20
Izogibanje odlašanju s telefonskim klicem v razne ustanove in institucije	10	11	13	31	20	15	11	16	24	16	22	11
Izbira osebnega razgovora ob prijavi za službo namesto pošiljanja pisne prošnje	12	11	25	25	14	13	1	5	25	19	25	25
Vračanje nedelujočega izdelka brez občutka slabe vesti	8	3	20	16	20	33	0	7	5	18	25	45
Izražanje lastnih občutkov pri »spravljanju ob živce« s strani bližnjega sorodnika	5	12	25	16	25	17	3	13	15	37	19	13
Postavljanje vprašanj brez občutka sramote	6	6	13	41	25	9	2	8	25	25	27	13
Otežena samokontrola med preprirom	14	16	28	16	12	14	10	13	25	28	17	7
Predstavitev lastnega vidika razmišljanja ob nestrinjanju s predavateljem	17	19	14	28	14	8	11	12	17	33	15	12
Konstantno pogajanje s prodajalci glede cene	30	17	41	8	3	1	7	20	30	32	10	1
Obveščanje drugih o lastnem uspehu	8	12	23	30	13	14	10	10	19	33	23	5
Odprtost in direktnost pri lastnih občutkih	3	5	11	34	31	16	2	14	10	33	28	13
Pojasnjevanje ob širjenju laži	5	5	15	19	26	30	3	7	17	20	25	28
Uporaba besede NE	8	9	30	20	13	20	3	10	15	22	27	23

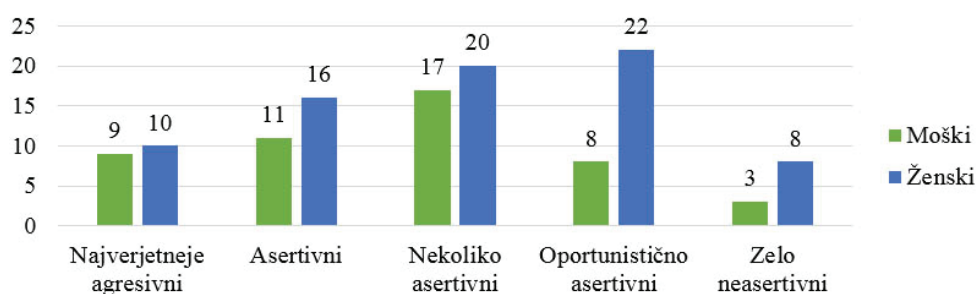
Burna reakcija, namesto potlačitve lastnih občutkov	25	14	34	9	9	9	20	20	32	12	10	6
Pritoževanje glede postržbe v restavracijah in drugje	25	19	34	13	6	3	23	25	25	17	5	5
Primerna reakcija ob prejemu komplimentu	5	10	17	31	28	9	7	8	18	37	27	3
Ukrepanje v primeru motečega pogovora na predavanju ali ogledu predstave	12	13	30	25	11	9	5	11	27	28	17	12
Težak izziv pri poskusu premagati me	11	6	28	28	22	5	3	3	20	35	22	17
Hitro izražanje lastnega mnenja	6	6	13	39	22	14	2	9	8	43	20	18
Redko ostajanje brez besed	5	8	189	28	25	15	3	13	15	37	17	15

Vir: Lastni vir.

Legenda: -3 popolnoma neznačilno, -2 neznačilno, -1 delno neznačilno, +1 delno značilno, +2 značilno, +3 popolnoma značilno.

Iz grafa 1 je razvidno, da je največ moških ($n = 17$) nekoliko asertivnih in največ žensk ($n = 22$) oportunistično asertivnih. Najmanj študentov je bilo glede na rezultate vprašalnika za samoocenjevanje asertivnosti med obema spoloma zelo neasertivnih. Povprečna stopnja asertivnosti je bila pri moških 16,8, kar sodi v kategorijo nekoliko asertivnih. Povprečna vrednost pri ženskah je bila 10,5, kar sodi v isto kategorijo nekoliko asertivnih, čeprav je vrednost nižja kot pri moških.

Graf 1: Stopnja asertivnosti glede na spol (število anketirancev v posamezni kategoriji)



Vir: Lastni vir.

Nadalje je bil izveden statistični test za preverjanje hipoteze. Tabela 5 prikazuje rezultate Mann-Whitneyevega testa, kjer se je preverjala razlika v aritmetičnih sre-

dinah stopnje asertivnosti med spoloma. Kot je razvidno iz tabele 5 je p-statistična značilnost 0,148, torej višja od 0,05, kar ovrže statistično pomembnost razlik v stopnji asertivnosti med spoloma.

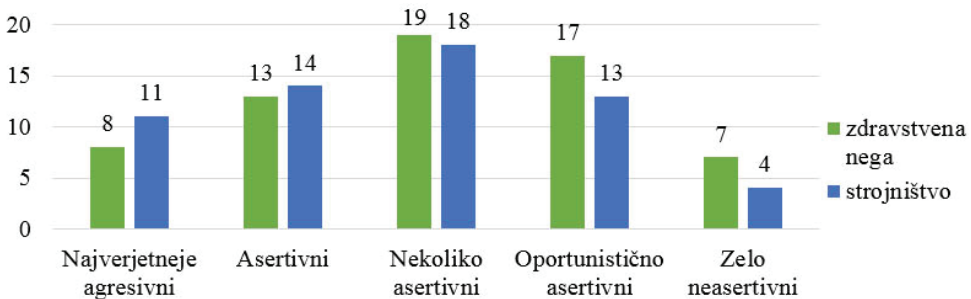
Tabela 5: Rezultati Mann-Whitneyevega testa stopnje asertivnosti glede na spol

Mann-Whitneyev U-test	1542,000
Wilcoxonov test	4468,000
Z-vrednost	-1,447
p-statistična značilnost	0,148

Vir: Lastni vir.

Iz grafa 2 lahko opazimo, da je bilo glede na rezultate vprašalnika za samoocenjevanje asertivnosti največ študentov zdravstvene nege ($n = 19$) in strojništva ($n = 18$) nekoliko asertivnih. Najmanj študentov zdravstvene nege je bilo zelo neasertivnih ($n = 7$) in prav tako najmanj zelo neasertivnih študentov strojništva ($n = 4$). Povprečna stopnja asertivnosti pri študentih zdravstvene nege je bila 9,75 in pri študentih strojništva 16,3. Iz tega ugotavljamo, da je povprečna vrednost pri študentih strojništva višja, vendar kljub temu sodi v isto kategorijo nekoliko asertivnih.

Graf 2: Stopnja asertivnosti glede na smer študija (število anketirancev v posamezni kategoriji)



Vir: Lastni vir.

Nadalje je bil izveden statistični test za preverjanje hipoteze. Tabela 6 prikazuje rezultate Mann - Whitneyevega testa, kjer se je preverjala razlika v aritmetičnih sredinah stopnje asertivnosti glede na smer študija. Kot je razvidno iz tabele 6 je p-statistična značilnost 0,158, torej višja od 0,05, kar ovrže statistično pomembnost razlik v stopnji asertivnosti med smerema študija.

Tabela 6: Rezultati Mann - Whitneyevega testa stopnje asertivnosti glede na smer študija

Mann-Whitneyjev U-test	1637,500
Wilcoxonov test	3717,500
Z-vrednost	-1,413
p-statistična značilnost	0,158

Vir: Lastni vir.

4 Diskusija

Podatki raziskave so pokazali, da so študenti bolj nagnjeni k asertivnosti kot neasertivnosti. Od skupnega vzorca 124 študentov sta se dve tretjini (66,9 %) študentov izrazili kot asertivni in tretjina (33,1 %) kot neasertivni. Med asertivnimi študenti je bila slaba četrtnina (22,9 %) v kategoriji najverjetneje agresivnih, dobra tretjina (32,5 %) v kategoriji večinoma asertivnih in slaba polovica (44,6 %) v skupini nekoliko asertivnih. Med neasertivnimi študenti je bila večina (73,2 %) oportunistično asertivnih in preostalih 26,8 % zelo neasertivnih. Raziskava o študentih Fakultete za zdravstvene vede v Iranu ugotavlja, da obstajajo močne povezave med stopnjo asertivnosti in pojavom depresije. Več kot polovica njihovih študentov izraža povprečno stopnjo asertivnosti, dobra desetina nizko stopnjo asertivnosti in dobra tretjina depresijo (Rezayat and Nayeri, 2014). Njihove ugotovitve se povezujejo z našimi, saj smo tudi mi ugotovili asertivnost pri več kot polovici študentov.

Stopnja asertivnosti je bila med študenti zdravstvene nege in strojništva v povprečju 12,9. Ker se vrednost nahaja v kategoriji +1 do +20, lahko povzamemo, da so študenti v povprečju nekoliko asertivni. Ibrahim (2011, str. 356) v svoji raziskavi navaja, da so študenti zdravstvene nege bolj nagnjeni k asertivnem vedenju, saj je bilo 60,4 % anketirancev asertivnih. Naše ugotovitve so podobne, saj smo ugotovili, da je 62,5 % študentov asertivnih in preostalih 37,5 % neasertivnih.

Prva hipoteza se je nanašala na trditev, da so študenti bolj asertivni, kot študentke. Avtorji Rezayat in Nayeri (2014) ter Miller (2015) v svojih raziskavah ugotavljajo višjo stopnjo asertivnosti pri študentih zdravstvene nege v primerjavi s študentkami zdravstvene nege. Medtem pa Roncelli Vaupot in Železnik (2011, str. 96) navajata obratno situacijo iz raziskave v Sloveniji. V tej raziskavi so se ženske v povprečju izrazile za bolj asertivne kot moški, vendar so bile te razlike minimalne. Med anketiranci moškega spola so bile dobre tri četrtnine (77,1 %) asertivnih in slaba četrtnina (22,9 %) neasertivnih. Od tega jih je bilo med asertivnimi največ (46 %) nekoliko asertivnih in med neasertivnimi največ (72,7 %) oportunistično asertivnih. Med anketiranci ženskega spola je bila večja polovica (60,5 %) asertivnih in manjša polovica (39,5 %) neasertivnih. Od tega jih je bilo med asertivnimi največ (43,5 %) nekoliko asertivnih in med neasertivnimi večina (73,3 %) oportunistično asertivnih. Povprečna vrednost stopnje asertivnosti pri moških je bila 16,8 in pri ženskah 10,5, kar oboje sodi v kategorijo nekoliko asertivnih.

Hipoteza, ki trdi, da v demografski primerjavi med spoloma izražajo študenti višjo stopnjo asertivnosti kot študentke, je bila s pomočjo neparometričnega Mann - Whitneyevega testa ovržena. Pridobljena p-vrednost je namreč preseгла vrednost 0,05.

Druga hipoteza se je nanašala na trditev, da študenti zdravstvene nege izražajo višjo stopnjo asertivnosti kot študenti strojništva. Med študenti zdravstvene nege sta bili slabi dve tretjini (62,5 %) asertivnih in dobra tretjina (37,5 %) neasertivnih. Gleđano samo na asertivne študente zdravstvene nege je bila petina (20 %) študentov najverjetneje agresivnih, tretjina (32,5 %) večinoma asertivnih in skoraj polovica

(47,5 %) nekoliko asertivnih. Med neasertivnimi študenti zdravstvene nege je bila večina (70,8 %) oportunistično asertivnih in preostalih 29,2 % zelo neasertivnih. Miller (2015) ugotavlja rahlo višjo stopnjo asertivnosti pri starejših študentih. Deltsiodou (2009, str. 322) v raziskavi ugotavlja višjo stopnjo asertivnosti pri študentih zdravstvene nege v nadaljevalnem semestru v primerjavi s prvim semestrom. V drugi raziskavi opisujejo večino študentov zdravstvene nege kot asertivne, vendar je zanimivo, da opazijo tudi nižje vrednosti stopnje asertivnosti v zadnjem letniku izobraževanja v primerjavi s prejšnjimi letniki, saj so spremljali študente skozi vsa štiri leta izobraževanja (Ilhan idr., 2016, str. 77).

Pri študentih strojništva so bile slabe tri četrtine asertivnih (71,7 %) in dobra četrtina neasertivnih (28,3 %). Med asertivnimi študenti strojništva je bila dobra četrtina študentov (25,6 %) najverjetneje agresivnih, slaba tretjina (32,5 %) večinoma asertivnih in slaba polovica (41,9 %) nekoliko asertivnih. Med neasertivnimi študenti strojništva je bila večina (76,5 %) oportunistično asertivnih in preostalih 23,5 % zelo neasertivnih. Povprečna vrednost stopnje asertivnosti študentov je bila tudi v tem primeru v obeh skupinah kategorizirana med nekoliko asertivne. Pri študentih zdravstvene nege je bila le-ta 9,75 in pri študentih strojništva 16,3. Čeprav je povprečna vrednost stopnje asertivnosti med študenti strojništva višja, statistično pomembne razlike ni bilo možno dokazati, saj je dobljena p-vrednost pri neparametričnem Mann - Whitneyevem testu presegala vrednost 0,05.

Omejitve v raziskavi predstavlja relativno majhen vzorec anketiranih, kar omejuje posploševanje ugotovitev. Prav tako so prisotne neenakomerne porazdelitve moškega in ženskega spola med študenti zdravstvene nege in strojništva. Med študenti zdravstvene nege je bilo namreč večje število žensk, med študenti strojništva pa večje število moških. Obstaja tudi možnost, da so študenti odgovarjali na vprašanja impulzivno, brez natančnega branja, kar bi tudi lahko privedlo do nenatančnosti rezultatov.

5 Zaključek

Raziskava prikazuje, da so študenti zdravstvene nege in strojništva asertivno naravnani. V povprečju so najpogosteje nekoliko asertivni. Gledano na spremenljivko spola in smer izobraževanja so vidne razlike v povprečnih vrednostih, vendar niso statistično pomembne. Zanimivo je dejstvo, da se študenti zdravstvene nege v študijskem programu pogosto srečujejo s pojmom asertivnosti in komunikacije, študenti strojništva pa se s tem pojmom ne srečujejo in ga pogosto niti ne razumejo, vendar kljub temu študenti zdravstvene nege niso bolj asertivni kot študenti strojništva. Sklepamo, da je tako predvsem zaradi večjega števila moških med študenti strojništva in večjega števila žensk med študenti zdravstvene nege. Kot stereotip namreč velja, da so moški bolj asertivni, celo agresivni, in se pri njih takšno vedenje celo spodbuja, medtem ko se pri ženskah pričakuje bolj ponižno vedenje. Tako naj bi tudi v poklicu zdravstvene nege medicinska sestra predstavljala ustrežljivo, ponižno osebo. Poudariti pa moramo, da se situacija spreminja. Ženske in medicinske sestre so vedno bolj

asertivne, čeprav menimo, da bi takšno obliko vedenja morali še dodatno spodbujati s seminarji in promocijami ter zaposlene v zdravstveni negi poučiti o asertivnosti. Prav poklic medicinske sestre je tesno povezan z dobro komunikacijo in ob tem ima asertivnost veliko vlogo. Prav tako je obdobje mladostništva čas, ko se oseba pripravlja na samostojno življenje, zato bi bilo treba pri študentih bolj spodbujati razvoj asertivnega vedenja. Svetujemo tudi organiziranje delavnic in informiranje o asertivnosti na javnih forumih, skladno z »modernim svetom« pa razvoj računalniških iger, s pomočjo katerih bi mladi lahko spoznali asertivno vedenje.

Jasmina Cvikelj, Mateja Lorber, PhD, Klavdija Čuček Trifkovič, PhD

Comparing Assertiveness among Students of Nursing and Mechanical Engineering

Communication has a key role in our life and it is the only way to truly get to know yourself and show yourself to others. The concept of assertiveness is a way of interpersonal communication, where a person clearly expresses themselves and their rights, while taking into account the other person and their rights. Assertiveness is a standpoint, a style of behaviour, where a person seeks for balance between aggressiveness and passiveness. Among the basic styles of communication are passive, assertive, and aggressive styles of communication. More specific styles of communication are also passive-aggressive behaviour and manipulation. Advantages of assertive behaviour are better awareness of your own feelings, improving of self-confidence, better trust and belief in yourself and higher self-respect. Assertive communication brings equality and creativity into interpersonal relationships. Although a person who was encouraged towards passive behaviour during their childhood has more difficulties to develop assertive techniques of behaviour, assertiveness is still possible to learn later in life, by assertive training. Also in nursing, assertiveness has an important role. Assertive training is the best and most effective way of improving interpersonal relationships in home and professional environment. Assertive training also decreases levels of stress, anxiety, and depression in clinical environment. Assertive behaviour improves communication among student peers, helps through college experience and later on in job search, interviews and in the workplace. The purpose of the study was to determine the level of assertiveness among nursing students and students of mechanical engineering from two members of one university in Slovenia. The descriptive method of work and quantitative research methodology with a questionnaire were used. The questionnaire had satisfactory reliability level ($r = 0.886$). It first included basic demographic questions about gender, age, and field of study. Demographic questions were followed by knowing the term assertiveness. Questionnaire for self-assessed assertiveness included 30 questions in form of claims, referring to certain form of behaviour. Students had six possible answers to mark how certain form of behaviour is typical or atypical for them. Each answer had variety from -3 to +3. The total sum

of answers was from -90 to +90. The sample included 124 students, which presented 9.7% of the targeted group. From 124 students, 38.7% were male and 61.3% were female students. Nursing students presented 51.6% and students of mechanical engineering another 48.4%. Participation in the study was voluntary and all ethical principles were taken into account. The study was anonymous. A non-parametric Mann-Whitney test in programme IBM SPSS Statistics 22 was used to verify hypotheses for two independent samples. The results were processed and graphically presented by Microsoft Office Word 2013, Microsoft Office Excel 2013, and IBM SPSS Statistics 24. The research data suggest that students are more prone to assertiveness than non-assertiveness. Of the total sample of 124 students, two-thirds (66.9%) of students were expressed as assertive and a third (33.1%) as non-assertive. Among the assertive students, less than a quarter (22.9%) in the category were most likely aggressive, a good one-third (32.5%) in the category of mostly assertive and less than a half (44.6%) in the assertive group. Among non-assertive students, the majority (73.2%) were opportunistically assertive and 26.8% were very non-assertive. A study of students at the Faculty of Health Sciences in Iran notes that there are strong links between the degree of assertiveness and the onset of depression. More than half of their students express the average degree of assertiveness, a good one-tenth low level of assertiveness and a good third of depression. Their findings relate to our own, since we also found assertiveness in more than half of the students. The rate of assertiveness was 12.9 on average among our students. Since the value varies from +1 to +20, we can sum up that students are on average a little assertive. The first hypothesis was referring to the state that male students are more assertive than female students. Another research found a higher degree of assertiveness among male students of nursing compared to female nursing students, while a similar study presented the opposite situation from the research in Slovenia. In this study, women were more likely to be more assertive than men, but these differences were minimal. Among the male respondents, good three-quarters (77.1%) were assertive and about a quarter (22.9%) non-assertive. Among the assertive participants, most of them (46%) were slightly assertive, and among the non-assertive most of them (72.7%) were opportunistically assertive. Among the female respondents, more than a half (60.5%) was assertive, and less than a half (39.5%) was non-assertive. Among the assertive participants, most of them (43.5%) were somewhat assertive, and among the non-assertive participants, the majority (73.3%) was opportunistically assertive. The average value of male assertiveness was 16.8, and of female assertiveness 10.5, both belonging to the category of slightly assertive. The hypothesis, which claims that in a demographic comparison between the genders, male students express a higher degree of assertiveness than female students, was discarded by the non-parametric Mann-Whitney test. The obtained *p*-value exceeded the value of 0.05. Another hypothesis related to the claim that nursing students express a higher degree of assertiveness than engineering students. Among the nursing students, two thirds of students (62.5%) were assertive, and a third (37.5%) were non-assertive. Considering only the assertive nursing students, a fifth (20%) of them were most likely aggressive, while a third (32.5%) were mostly assertive, and almost a half (47.5%) was slightly assertive. Among the non-assertive nursing

students, the majority (70.8%) was opportunistically assertive and 29.2% were very non-assertive. Another study found a higher degree of assertiveness in nursing students in the follow-up semester compared to the first semester. A similar study describes the majority of nursing students as assertive, but interestingly, they also note lower values of assertiveness in the last year of education compared to previous years, as they followed the students throughout their four years of education. Focused only on engineering students, almost three quarters (71.7%) were assertive and a good quarter (28.3%) was non-assertive. Among the assertive engineering students a good quarter (25.6%) was most likely aggressive, about a third (32.5%) was mostly assertive, and almost a half (41.9%) was slightly assertive. Among the non-assertive engineering students, the majority (76.5%) was opportunistically assertive, and almost a quarter (23.5%) was very non-assertive. In this case, the average value of students' assertiveness was also categorised as somewhat assertive in both groups. Among the nursing students, the average level of assertiveness was 9.75, and among the engineering students 16.3. Despite the fact that the average value of assertiveness among the latter was higher, the statistically significant difference could not be demonstrated, since the *p* value obtained in the nonparametric Mann-Whitney test exceeded 0.05. The limitations of the survey represent a relatively small sample of respondents, which limits the generalisation of findings in general. There are also uneven distributions of gender among students. Namely, among the nursing students there were more women, while among the engineering students there were more men. There was also an opportunity for students to answer questions impulsively, without precise reading, which could lead to inaccuracy of results. The survey shows that nursing students and students of mechanical engineering are assertively oriented. On average, they are usually somewhat assertive. Looking at the gender variable and the field of education, there are differences in mean values, but they are not statistically significant. It is interesting to note that nursing students in the study programme often encounter the notion of assertiveness and communication, unlike the students of mechanical engineering who do not meet this concept and often do not understand it; however, nursing students are less assertive as students of mechanical engineering. We conclude that this is mainly due to the higher number of men among engineering students and more women among the nursing students. As a stereotype, men are more assertive, even aggressive, and are even encouraged to do so, while more humble behaviour is expected for women. Thus, in the profession of nursing, the nurse is also expected to be a helpful, humble person. It is necessary to emphasise that the situation is changing. Women and nurses are increasing their levels of assertiveness; however, we believe that such behaviour should be further promoted through various seminars, promotions and educators in nursing about assertiveness. The job of a nurse is closely linked to good communication and assertiveness plays a major role. Similarly, the period of adolescence is the time when a person prepares for an independent life and it would therefore be necessary to encourage the development of assertive behaviour during this period. It would be sensible to encourage students to assertive behaviour. We also advise organising workshops and informing about assertiveness in public fo-

rums, as well as in accordance with the »modern world«, the development of various computer games through which young people could learn about assertive behaviour.

LITERATURA

1. Arslan, E., Kılıç Akça, N. and Başer, M. (2013). Levels of assertiveness and peer pressure of nursing students. *International Journal of Caring Sciences*, 6, No. 1, pp. 78–86.
2. Bishop, S. (2013). Develop your assertiveness. Velika Britanija: Kogan Page, pp. 3–4.
3. Bourne, E. (2014). Anksioznost in fobije. Ljubljana: Modrijan, str. 287–289.
4. Bland, M. J. and Altman, G. D. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, pp. 314–315.
5. Deltsiodou, A. (2009). Undergraduate nursing students' level of assertiveness in Greece: a questionnaire survey. *Nurse Education in Practice*, 9, No. 5, pp. 322–330.
6. Eslami A. A., Rabiei L., Afzali S. M., Hamidzadeh S. and Masoudi R. (2016). The Effectiveness of Assertiveness Training on the Levels of Stress, Anxiety, and Depression of High School Students. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 18, No. 1, pp. 1–10.
7. Ibrahim S. A. E. A. (2011). Factors affecting assertiveness among student nurses. *Nurse Education Today*, 31, No. 4, pp. 356–360.
8. İlhan, E., Sukut O., Akhan L. U. and Batmaz M. (2016). The effect of nurse education on the self esteem and assertiveness of nursing students: a four-year longitudinal study. *Nurse Education Today*, 39, pp. 72–78.
9. Kim, M. (2016). Development and effects of assertiveness training applying dongsasub training for nursing students in clinical practice. *Journal of Korean Academy of nursing*, 46, No. 4, pp. 490–500.
10. Krnetić, I. (2004-2016). Aserktivnost. Pridobljeno dne 25. 1. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.krnetic.com/asertivnost.html>.
11. Lazaris, N. (2009). Assertiveness skills for success: keys to open, honest and direct communication. North Charleston: Create Space, p. 9.
12. Ličen, S. in Plazar, N. (2013). Razlike v asertivnem vedenju med študentkami zdravstvene nege in študentkami drugih fakultet-primerjalna študija. *Obzornik zdravstvene nege*, 47, str. 148–150.
13. Miller, R. (2015). Assertiveness in Nursing Students. *Honors Research Projects*, pp. 1–30.
14. Račnik, M. (2010). Postani najboljši vodja. Štore: Marjan Račnik, str. 102.
15. Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, No. 3, pp. 398–406.
16. Rezayat, F. and Nayeri, N. D. (2014). The level of depression and assertiveness among nursing students. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2, No. 3, pp. 177–184.
17. Roland B., P. (n. d.). Rathus assertiveness schedule. Pridobljeno dne 13. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.sheepfold-ministries.org/HTML%20PAGES/ASSERTIVENESS.html>.
18. Roncelli Vaupt, S. in Železnik, D. (2011). Pomen asertivnosti v zdravstvu. V: Železnik, D. in Kavčič B. M. (ur.). *Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved - 1. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, str. 96–105.
19. Ščuka, V. (2006). Aserktivnost v komunikaciji. 3. strokovno srečanje socialnih delavcev domov za stare Slovenije. Zreče: Aktiv socialnih delavcev domov za stare pri skupnosti socialnih zavodov Slovenije, str. 13.
20. Ule, M. (2009). Psihologija komuniciranja in medsebojnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, str. 12.
21. Young Powell, A. (2013). Do students need to be more assertive. Pridobljeno dne 20. 1. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.theguardian.com/education/2013/nov/19/students-assertive-enough>.

22. Železnik, D. in Herc, M. (2014). Samoocenjevanje ravni asertivnosti fizioterapevtov mentorjev iz učnih okolij. V: Železnik, D., Železnik, U. in Gmajner, S. (ur.). Pomen kompetentne obravnave uporabnikov zdravstvenih in socialnih storitev v času krize. Slovenj Gradec: Visoka zdravstvena šola za zdravstvene vede, str. 298.

Jasmina Cvikelj, študentka Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru.

E-naslov: jasmina.cvikelj@student.um.si

Dr. Mateja Lorber, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru.

E-naslov: mateja.lorber@um.si

Dr. Klavdija Čuček Trifkovič, višja predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru.

E-naslov: klavdija.cucek@um.si

Primerjava življenjskega sloga med študenti zdravstvenih in nezdravstvenih študijskih smeri

Prejeto 17. 7. 2017 / Sprejeto 18. 3. 2018

Znanstveni članek

UDK 378.091.8:613

KLJUČNE BESEDE: študenti, zdrav življenjski slog, promocija zdravja, delovna terapija

POVZETEK - Mladi v študentskem obdobju začnejo živeti svoj življenjski slog, saj se jih v tem času veliko odseli od doma, po drugi strani pa je ta odraz obveznosti na fakulteti, študentskega dela in drugih dejavnikov. Zdrav življenjski slog vključuje uravnoteženo prehranjevanje, fizične aktivnosti, učinkovito spopadanje s stresom in odgovornost za svoje zdravje. Z raziskavo smo želeli ugotoviti razlike v življenjskem slogu med študenti zdravstvenih in nezdravstvenih smeri. V vzorec je bilo vključenih 562 študentov različnih fakultet, starih povprečno 22 ($\pm 2,2$) let. Uporabljen je bil vprašalnik »Health-Promoting Lifestyle Profile II«, ki smo ga prevedli v slovenščino. Vsebuje 52 vprašanj, ki se nanašajo na duhovnost, odgovornost za zdravje, fizične aktivnosti, prehranjevanje, medsebojne odnose in spopadanje s stresom. Ugotavljamo, da imajo študentje zdravstvenih smeri bolj zdrav življenjski slog od ostalih. Zdravstveni delavci lahko z lastnim zgledom in strokovnim znanjem, pridobljenim med študijem, promovirajo zdrav življenjski slog med ostalo populacijo.

Received 17. 7. 2017 / Accepted 18. 3. 2018

Scientific article

UDC 378.091.8:613

KEY WORDS: students, healthy lifestyle, health promotion, occupational therapy

ABSTRACT - During study period, many young people begin to live their own lifestyle, and move away from their homes. However, their lifestyle starts to mirror their obligations at the faculty, students work, and other factors. Healthy lifestyle includes balanced nutrition, physical activities, health responsibility and stress management. The purpose of our research was to determine the differences in lifestyles of students of both healthcare and non-healthcare study fields. The sample included 562 students of different Slovenian faculties, with the average age of 22 (± 2.2) years. We used the »Health-Promoting Lifestyle Profile II« questionnaire, translated into Slovene. The HPLP II contains 52 questions about spiritual growth, health responsibility, physical activity, nutrition, interpersonal relations and stress management. We found out that students of healthcare study fields have a healthier lifestyle than others. Healthcare professionals can promote a healthy lifestyle to the rest of the population through their own example and expertise gained during their studies.

1 Uvod

S programom promocije zdravja vplivamo na človekov način življenja, s čimer dosežemo pri njem boljši življenjski slog in posredno višjo stopnjo zdravja (Hoyer, 2005). Poleg nalezljivih bolezni in bolezni dihal se je med mladostniki v Sloveniji pojavila 'nova patologija', ki je posledica življenjskega sloga, družbenih in ekonomskih sprememb, revščine in socialne izključenosti ter trpinčenja in zlorab. Mednje sodijo motnje duševnega zdravja in dobrega počutja, nezdravo prehranjevanje, motnje prehranjevanja, zloraba alkohola in prepovedanih drog, tvegano spolno vedenje, nasilje, telesna nedejavnost, stresni način življenja (Truden - Dobrin, 2009; Stanojević, 2009). Med večino mladih je razširjeno nezdravo preživljanje prostega časa z nezadostno telesno aktivnostjo in s preživljanjem večine časa pred televizorjem ali računalnikom.

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (v nadaljevanju SURS) iz leta 2015 se 48 % mladih v starostnem obdobju 19–24 let izobražuje na terciarnem nivoju, čeprav se v zadnjih letih zmanjšujejo tako generacije kot tudi delež populacije, ki se izobražuje. Izobraževanje je pomembno za družbo, saj je kapital za njen razvoj in trg delovne sile (SURS, 2015). Na pričetek študija je pogosto vezana tudi selitev v kraj študija, ki je bila v študijskem letu 2014/15 med visokošolskimi študenti 60-odstotna, med višješolskimi pa 35-odstotna. V letu 2015 je bilo v Sloveniji na socialne in zdravstvene študije vpisano 13 % študentk in 6 % študentov celotne študentske populacije (SURS, 2015).

Večina mladih se torej v času študija preseli v kraj, kjer deluje fakulteta, kar pri marsikaterem študentu lahko pomeni vsaj delno spremembo življenjskega sloga. Sicer pa si mladostniki pridobijo osnove za zdrav življenjski slog že v družini (Brenčič, 2011), saj so v otroštvu odvisni predvsem od staršev in njihovih navad (Žabkar in Dobrinja, 2009). Informacije o zdravem življenjskem slogu si mladi lahko pridobijo tudi iz medijev in v okviru formalnega izobraževanja. Samo informacije o zdravem življenjskem slogu ne vodijo avtomatično do zdravega življenjskega sloga, saj so zdrave izbire velikokrat težje dosegljive od nezdravih in je zato pomembno, da se pridobljene informacije o zdravem življenjskem slogu zrealizirajo v dejanju in obnašanju mladih (Kuhar, 2015). Naloga države pa je, da za odraščanje mladih poskrbi z okoljem, ki jim bo pomagalo razviti potencialne za zdrav življenjski slog in jim omogočilo informiranje o skrbi za zdravje. Čeprav v mladostniških letih posamezniki še ne čutijo posledic nezdravega življenjskega sloga, je pomembno, da več napora vlagamo v promocijo zdravja že v tem obdobju (Modic idr., 2011).

S promocijo zdravega življenjskega sloga se ukvarja marsikatera zdravstvena stroka, modeli, pristopi in mediji, preko katerih različni strokovnjaki delujejo, pa so lahko različni. Delovna terapija je zdravstvena stroka, ki promovira zdrav življenjski slog in za to največkrat uporabi model človekovega delovanja (v nadaljevanju MOHO - model of human occupation), v okviru katerega deluje na vzorce posameznikovega delovanja, med katere se uvršča tudi življenjski slog (Kielhofner, 2008). Terapevtski oziroma v tem primeru promocijski medij pa delovnim terapevtom predstavlja okupacija, ki pomeni za posameznika smiselno in namensko aktivnost. Delovni terapevti v Ameriki za promocijo zdravega življenjskega sloga uporabljajo strategije, kot so: uravnavanje strukture dneva, učenje ravnanja s stresom in s časom, spopadanja s socialno anksioznostjo in podobno (USC, 2016).

Mladi spremenijo svoj življenjski slog v bolj zdravega na podlagi svojih vrednot in ciljev ter zunanjih spodbud (družba) (Scott, 1999). Zdravstvena vzgoja, ki so je deležni posredno in neposredno v srednji šoli in med študijem zdravstvenih smeri, si prizadeva, da bi tako posameznik kot tudi družba sprejeli zdravje za največjo vrednoto, izoblikovali pozitivna stališča do njega in jih v življenju tudi uresničili. Posameznik mora poznati dejavnike, ki pozitivno vplivajo na njegovo zdravje, kot so zdrava prehrana, telesna dejavnost, duševno ravnovesje in ravnotežje med delom, sprostitvijo in počitkom (Hoyer, 2005). Obstaja kar nekaj raziskav, ki so ugotovljale razlike med spoloma glede zdravega življenjskega sloga in večina teh je ugotovila, da so mladi

fantje bolj fizično aktivni kot dekleta (Caspercen idr., 2000; Lebar in Marušič, 2016), kar se nadaljuje tudi v odrasli dobi, kjer se kaže večja fizična neaktivnosti pri ženskah (Caspercen idr., 2000). Brenčič (2011) navaja, da vključevanje v športne oziroma športno-rekreativne dejavnosti igra pomembno vlogo pri preprečevanju prekomernega opijanja.

Domnevamo, da zdravstvenovzgojne vsebine v zdravstvenih šolah in na fakultetah prispevajo k bolj zdravemu načinu življenja mladostnikov. Lebar in Marušič (2016) sta namreč že ugotovili razlike glede zdravega življenjskega sloga med dijaki srednjih zdravstvenih šol in dijaki gimnazij, ki so bile v prid zdravstvenih šol. Ker predvidevamo, da se s selitvijo v kraj študija in spremembami strukture dneva ter dodatno usmeritvijo v neko področje pri večini študentov nekoliko spremeni tudi življenjski slog, smo se odločili za izvedbo raziskave med študenti. Izoblikovali smo naslednje hipoteze:

- Življenjski slog študentov zdravstvenih smeri se statistično pomembno razlikuje od življenjskega sloga študentov nezdravstvenih smeri.
- Med študenti zdravstvenih smeri in ostalimi nezdravstvenimi smermi obstajajo statistično pomembne razlike glede kajenja, uživanja alkohola in psihoaktivnih snovi.
- Med spoloma obstajajo statistično pomembne razlike v življenjskem slogu.

2 Metode

Za preučevanje populacije slovenskih študentov glede življenjskega sloga smo uporabili spletno anketo. Ta vsebuje prevod standardiziranega vprašalnika o zdravem življenjskem slogu, ki so mu so bila na koncu dodana še tri vprašanja glede zdravje ogrožujočega vedenja.

Raziskava je bila opravljena v sklopu diplomskega projekta na Oddelku za delovno terapijo Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Študenti so bili k anketi povabljeni preko različnih spletnih medijev: spletnih poštnih seznamov letnikov različnih fakultet in facebooka. Anketiranje je potekalo v avgustu 2016, in sicer je bila anketa na spletnem mestu www.1ka.si dostopna en mesec. Od 1810 povabljenih k izpolnjevanju ankete, se jih je odzvalo 562, kar predstavlja 21,6 %.

Za analizo podatkov je bil uporabljen Statistični paket za socialne študije, verzija 20 (SPSS 20). Za ugotavljanje razlik med skupinami smo uporabili neodvisni t-test s sprejetim tveganjem $p \leq 0,05$.

2.1 Vzorec

V raziskavo je bilo vključenih 562 slovenskih študentov povprečne starosti 22 ($\pm 2,2$) let, od katerih je bilo 324 študentov zdravstvenih smeri in 238 študentov nezdravstvenih smeri. V vzorcu je bilo 427 žensk in 135 moških.

Tabela 1: Socio-demografske značilnosti vzorca

	Spol		Smer študija	
	moški	ženske	zdravstvena	nezdravstvena
f	135	427	324	238
%	24	76	59	41

2.2 Instrument

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen vprašalnik o zdravem življenjskem slogu - Health-Promoting Lifestyle Profile II (v nadaljevanju HPLP II) (Walker idr., 1995); za njegovo uporabo smo dobili soglasje avtorjev in ga prevedli v slovenščino. HPLP II vsebuje 52 vprašanj s področij skrbi za zdravje, fizičnih aktivnosti, prehranjevalnih navad, duhovnosti, medsebojnih odnosov in spopadanja s stresom. Za merjenje uporablja 4-stopenjsko skalo: 1 - nikoli, 2 - včasih, 3 - pogosto in 4 - vedno. Višje povprečje rezultata pomeni bolj zdrav življenjski slog. Vprašalniku HPLPII smo dodali še tri vprašanja o izogibanju zdravje ogrožujočemu vedenju. Za merjenje le-teh smo uporabili enako skalo kot pri vprašanjih o zdravem življenjskem slogu. HPLP II je bil uporabljen v različnih študijah in je pokazal visoko zanesljivost - Cronbach alfa 0,922 (Walker idr., 1995). V naši raziskavi znaša Cronbach alfa 0,909.

3 Rezultati

Hipoteza 1: Življenjski slog študentov zdravstvenih smeri se statistično pomembno razlikuje od življenjskega sloga študentov nezdravstvenih smeri.

V anketi so sodelovali študentje različnih študijskih smeri, ki so za statistično obdelavo razvrščeni v dve skupini, in sicer v skupino zdravstvene in nezdravstvene smeri. Rezultati, ki se vežejo na področja HPLP II in ocenjujejo zdrav življenjski slog, so predstavljeni v tabeli 2. Neodvisni t-test je pokazal, da se doseženi povprečji celotnega vprašalnika statistično pomembno razlikujeta ($p \leq 0,01$), in to v prid zdravstvenih smeri. Skupina študentov zdravstvenih smeri je dosegla statistično boljše rezultate tudi na vseh drugih področjih ($p \leq 0,05$).

Največje povprečje je bilo doseženo pri medsebojnih odnosih, in sicer $3,17 \pm 0,45$ (zdravstvene smeri) oziroma $3,10 \pm 0,50$ (nezdravstvene smeri). Najnižje povprečje pa na področju skrbi za zdravje, zdravstvene smeri so dosegle $2,37 \pm 0,47$, ne-zdravstvene pa $2,16 \pm 0,47$.

Tabela 2: Primerjava življenjskega sloga študentov glede na smer študija po področjih HPLP II

	Zdravstvene smeri		Nezdravstvene smeri		t-test	
	povprečje	str. odklon	povprečje	str. odklon	t- vrednost	p
HPLP II (celota)	2,68	± 0,35	2,54	± 0,36	4,59	p ≤ 0,01
Skrb za zdravje	2,37	± 0,47	2,16	± 0,47	5,07	p ≤ 0,01
Fizične aktivnosti	2,48	± 0,63	2,27	± 0,59	3,93	p ≤ 0,01
Prehranjevalne navade	2,68	± 0,44	2,44	± 0,49	5,99	p ≤ 0,01
Duhovnost	2,94	± 0,49	2,85	± 0,55	2,02	p ≤ 0,05
Medsebojni odnosi	3,17	± 0,45	3,10	± 0,50	1,55	p ≤ 0,05
Spopadanje s stresom	2,42	± 0,44	2,32	± 0,45	2,54	p ≤ 0,01

Hipoteza 2: Med skupino študentov zdravstvenih smeri in skupino nezdravstvenih smeri obstaja statistično pomembna razlika glede kajenja, uživanja alkohola in psihoaktivnih snovi.

V tabeli 3 so predstavljeni rezultati, ki se vežejo na dodana tri vprašanja glede zdravje ogrožujočega vedenja, tj. uživanja alkohola, tobačnih izdelkov in psihoaktivnih snovi. Tudi glede zdravje ogrožujočega vedenja je neodvisni t-test pokazal, da se dosežena povprečja med skupinama statistično pomembno razlikujejo za vse vrste vedenja ($p \leq 0,01$). Iz tabele 3 razberemo, da imajo študenti zdravstvenih smeri glede uživanja alkohola, tobačnih izdelkov in psihoaktivnih snovi višje povprečje (izogibajo se uporabi teh snovi) od ostalih. Skupno povprečje študentov zdravstvenih smeri je $3,51 \pm 0,48$, ostalih pa $3,21 \pm 0,67$. Najmanj se izogibajo uporabi alkohola.

Tabela 3: Uživanje alkohola, tobaka in psihoaktivnih snovi glede na smer študija

	Zdravstvene smeri		Nezdravstvene smeri		t-test	
	povprečje	str. odklon	povprečje	str. odklon	t-vrednost	p
Alk., tobak, psihoaktivne snovi	3,51	± 0,48	3,21	± 0,67	6,12	p ≤ 0,01
Alkohol	3,11	± 0,58	2,83	± 0,72	4,99	p ≤ 0,01
Tobačni izd.	3,64	± 0,77	3,26	± 1,01	4,84	p ≤ 0,01
Psihoaktivne snovi	3,79	± 0,55	3,55	± 0,77	4,30	p ≤ 0,01

Hipoteza 3: Obstajajo statistično pomembne razlike v življenjskem slogu med spoloma.

Tabela 4 kaže, da so pri celotnem vprašalniku HPLP II ženske dosegle višje povprečje kot moški. Na posameznih področjih imajo moški višje povprečje le pri fizičnih aktivnostih ($p \leq 0,01$), na vseh ostalih področjih pa so ženske dosegle višje povprečje. Razlika na področju duhovnosti in spopadanja s stresom med moškimi in ženskami ni statistično pomembna ($p > 0,05$).

Tabela 4: Primerjava življenjskega sloga glede na spol

	Ženske		Moški		t- test	
	povprečje	str. odklon	povprečje	str. odklon	t-vrednost	p
HPLP II	2,64	± 0,35	2,56	± 0,39	-2,31	p ≤ 0,01
Skrb za zdravje	2,32	± 0,46	2,16	± 0,52	-3,52	p ≤ 0,01
Fizične aktivnosti	2,35	± 0,60	2,52	± 0,66	2,82	p ≤ 0,01
Prehranjevalne navade	2,63	± 0,46	2,41	± 0,49	-4,62	p ≤ 0,01
Duhovnost	2,92	± 0,50	2,87	± 0,56	-0,83	p ≥ 0,05
Medsebojni odnosi	3,19	± 0,44	2,99	± 0,54	-4,37	p ≤ 0,01
Spopadanje s stresom	2,38	± 0,45	2,36	± 0,44	-0,52	p ≥ 0,05

4 Razprava

Namen raziskave je bil primerjati življenjski slog med študenti zdravstvenih in študenti nezdravstvenih smeri ter ugotoviti morebitne razlike med skupinama glede zdravje ogrožajučega vedenja. Izhajali smo iz prepričanja, da z zdravstvenovzgojnimi vsebinami v zdravstvenih šolah in na fakultetah pripomoremo k bolj zdravemu načinu življenja mladostnikov. Ugotavljamo, da študentje zdravstvenih smeri res dosegajo višja povprečja na celotnem področju in tudi na vseh posameznih področjih, ki jih zajema vprašalnik HPLP II, kar nam pove, da je njihov življenjski slog bolj zdrav od življenjskega sloga študentov nezdravstvenih študijskih smeri. Sklepamo, da je to posledica boljše ozaveščenosti študentov o pomembnosti zdravega načina življenja, saj študijski programi zdravstvenih smeri poudarjajo promocijo zdravja in izvajajo ukrepe za bolj zdrav in kakovosten življenjski slog. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Can s sodelavci (2008) in Nacar s sodelavci (2014) ter Nassar in Shaheen (2014), ki to razliko v prid študentov zdravstvenih smeri pripisujejo boljšemu znanju o zdravju ter upoštevanju smernic za zdrav življenjski slog.

Zdravstvene in tudi nezdravstvene smeri so najvišje povprečne rezultate dosegle na področju medosebnih odnosov, sledi jim duhovno področje, na zadnjem mestu pa je odgovornost za zdravje. Rezultate smo primerjali z raziskavo (Lebar in Marušič, 2016), izvedeno med dijaki srednjih zdravstvenih šol in gimnazijci, ki pa so področje duhovnosti postavili na zadnje mesto. To razliko pripisujemo generacijski razliki ter večji zrelosti študentov, saj je povprečna starost anketirancev v naši raziskavi 22 let, srednješolcev pa 17 let. Študenti se lahko srečujejo že z nekaterimi življenjskimi vprašanji, kot so; smisel življenja, smisel študija in kasnejšega poklica. V turški raziskavi (Can idr., 2008) pa so anketirani področje duhovnosti postavili na prvo mesto, kar lahko razumemo kot posledico kulturnih razlik in vrednot. Podobne rezultate in razloge navajajo tudi avtorji grške raziskave (Tirodimos idr., 2009), ki dodajajo, da si študentje zdravstvenih smeri prizadevajo, da bi bili v svojem bodočem poklicu primeren zgled svojim uporabnikom, saj manj konzumirajo alkohol in tobačne izdelke glede

na nezdravstvene študente ter imajo statistično pomembno boljše znanje o zdravem prehranjevanju od ostalih nezdravstvenih študentov.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2013) opozarja, da sta tobak in alkohol v Evropi glavna dejavnika visoke smrtnosti in obolevnosti. Stopnja razširjenosti uporabe le-teh je precej visoka, saj kadi približno 25 % evropskega prebivalstva, starejšega od 15 let, alkohol pa je povzročitelj 6,5 % smrti evropskega prebivalstva. Ker je vsaka bolezen in smrt povzročena z vdajanjem nezdravemu načinu življenja problem, je pomembno, da se preprečevanju takšnega vedenja posveča posebna pozornost. Tukaj lahko dosti naredimo prav zdravstveni delavci, kamor spadamo tudi delovni terapevti. Naša raziskava je pokazala, da so študenti zdravstvenih smeri na dobri poti, da postanejo zgled ostalim nezdravstveno izobraženim ljudem, saj se je izkazalo, da študentje zdravstvenih smeri dosegajo višje povprečje ($3,51 \pm 0,48$) glede izogibanja alkoholu, tobačnim izdelkom in psihoaktivnim snovem kot študentje nezdravstvenih smeri ($3,21 \pm 0,67$). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v raziskavah, izvedenih v Španiji (Varela idr., 2012) in Turčiji (Can idr., 2008).

Avtorji kitajske raziskave (Wang idr., 2013) trdijo, da so ženske bolj skrbne in zavzete za ohranjanje in krepitev zdravega življenjskega sloga. To lahko potrdimo tudi z rezultati naše raziskave, saj študentke dosegajo višje rezultate kot študentje na skoraj vseh področjih HPLP II. Avtorji raziskav, izvedenih v Grčiji (Tirodimos idr., 2009), Španiji (Varela idr., 2012) in na Švedskem (Schmidt, 2012) ravno tako ugotavljajo v povprečju boljše rezultate pri ženskah kot pri moških. Študentke dosegajo najvišje rezultate na področju medosebnih odnosov ($3,19 \pm 0,44$), sledi jim duhovnost ($2,92 \pm 0,50$) ter prehranjevanje ($2,63 \pm 0,46$). Študentje imajo prav tako najvišje rezultate na področju medosebnih odnosov ($2,99 \pm 0,54$), sledi jim duhovno področje ($2,87 \pm 0,56$) in področje fizične aktivnosti ($2,52 \pm 0,66$). Moški dosegajo višje rezultate od žensk le na področju fizične aktivnosti ($M = 2,52 \pm 0,66$; $\bar{Z} = 2,35 \pm 0,60$). Tudi raziskave (Wei idr., 2012; Lebar in Marušič, 2016; Mehri idr., 2016) so pokazale, da moški dosegajo višje rezultate kot ženske le na področju fizične aktivnosti. V raziskavah (Wei idr., 2012; Mehri idr., 2016) so kot možen razlog za te razlike izpostavili ustaljen življenjski slog študentk ter tamkajšnje kulturne bariere, ki ženskam onemogočajo izvajanje vseh zelenih aktivnosti. Čeprav so študentke manj fizično aktivne, je pri študentih pogostejša prekomerna telesna teža, vzrok katere je lahko neustrezna prehrana. Študentke naj bi primerno telesno težo ohranjale prav z zdravimi prehranjevalnimi navadami (Tirodimos idr., 2009; Varela idr., 2012; Schmidt, 2012). Edina raziskava, v kateri so ugotovili na področju fizične aktivnosti višje povprečje pri ženskah kot pri moških, je bila južnoafriška. V tej starosti naj bi se študentke bolj zavedale pomembnosti njihovega videza in posledično pogosteje izvajale fizične aktivnosti (Janse van Rensburg in Surujlal, 2013).

Da bi pripomogli k razvoju in ohranjanju boljšega življenjskega sloga študentov, bi morali vzpostaviti smernice za izboljšanje promocije zdravega življenjskega sloga te skupine. Potrebno je vedeti in razumeti, da so študijska leta edinstvena priložnost za razvoj zdravega življenjskega sloga in navad (Janse van Rensburg in Surujlal, 2013). Delovni terapevti lahko na področju promocije zdravja in preventive izvajamo

tudi ukrepe za izboljšanje življenjskega sloga vseh študentov. V Ameriki in nekaterih skandinavskih državah delovni terapevti že izvajajo programe za razvoj zdravega življenjskega sloga odraslih, poznane pod imenom »Lifestyle Redesign«. Tu gre za inovativen pristop k uporabniku, za katerega je bilo dokazano, da izboljšuje zdravje in dobro počutje, preprečuje in obvladuje kronične bolezni ter uspešno usmerja uporabnika pri izgradnji zdravega načina življenja (USC, 2016). Kot primer dobre prakse bi lahko vzeli tudi različne programe za promocijo zdravega življenjskega sloga v ZDA in na Japonskem, kot so »Healthy People 2010« (HHS, 2000), »Healthy Japan 21« (Sakurai, 2003) in »Healthy Campus 2010« (Mack idr., 2009), ki se kažejo kot uspešne intervencije pri oblikovanju življenjskega sloga celotnega prebivalstva.

5 Zaključek

V raziskavi smo primerjali življenjski slog študentov zdravstvenih in nezdravstvenih študijskih smeri in ugotovili, da je življenjski slog študentov in študentk zdravstvenih smeri statistično pomembno bolj zdrav od življenjskega sloga študentov nezdravstvenih smeri. Največja razlika se je pokazala na področjih skrbi za zdravje, fizičnih aktivnostih in prehranjevalnih navad, ki so bila pri študentih zdravstvenih smeri boljša od študentov ne zdravstvenih smeri. To je pomembno, saj naj bi zdravstveni delavci delovali na področju preventive z ozaveščanjem ljudi in predvsem z lastnim pozitivnim zgledom.

Ugotovili smo, da imajo ženske oziroma študentke statistično pomembno bolj zdrav življenjski slog od študentov. Samo na področju fizične aktivnosti imajo študentje boljše rezultate od študentk, kar so pokazale tudi številne tuje raziskave. Tudi zdravje ogrožujočega vedenja je manj med študenti zdravstvenih kot med študenti nezdravstvenih smeri.

Pomanjkljivost pričujoče raziskave pa je številčno premajhna zastopanost študentov nezdravstvenih smeri, kar se je verjetno odrazilo tudi na manjšem številu moških študentov, saj jih je v zdravstvenih poklicih manj kot žensk.

Študentje in študentke zdravstvenih smeri se že med študijskim procesom srečujejo z vsebinami, ki vključujejo skrb za zdravje in posledice nezdravega življenjskega sloga. Da te informacije tudi ponotranjijo, se odraža v bolj zdravem življenjskem slogu glede na ostale študijske smeri. Študentje zdravstvenih smeri, kamor spadajo tudi študenti delovne terapije, delujejo in bodo tudi kasneje v poklicu delovali na področju promocije zdravja in preventive. Delovni terapevti pa se nasploh osredotočajo na posameznikovo vključevanje v zanj smiselne aktivnosti, kar pozitivno prispeva k boljšemu življenjskemu slogu in kvaliteti življenja. S tem ko se sami vključujejo v aktivnosti, ki imajo za njih nek smisel in namen, prevzemajo tudi okupacijske vzorce, ki vodijo v zdrav življenjski slog.

Manca Mikec, Ines Peternelj, Cecilija Lebar, MSc

Comparison of Lifestyles between Students of Healthcare and Non-Healthcare Study Fields

Healthy lifestyle and health are strongly connected, and to reach the highest level of health, we have to influence unhealthy habits with the health promotion programmes (Hoyer, 2005). In Slovenia, besides well-known diseases like infections and breathing diseases, a “new pathology” in adolescents has been found, which can be a consequence of unhealthy lifestyle, society changes, economic changes, poverty and social execution. Adolescents increasingly spend more free time watching TV and using computers, and do not have enough body activity. Mental health disorders, unhealthy food, eating disorders, alcohol and drug abuse, risky sexual activity, unhealthy lifestyle, valiance, and maltreatment are now real problems of adolescents in Slovenia. Adolescents learn about healthy lifestyle in their family (Brenčič, 2011), because their childhood lifestyle is the reflection of their parents’ lifestyle, habits and routine (Žabkar and Dobrinja, 2009). Parents’ habits play a very important role in preventing alcohol abuse by including sports activities (Brenčič, 2011). In Slovenia, 48% of young people in the age of 19-24 study at the university level. Just 13% of female and 6% of male students are studying social and health studies. Education is very important for society and workforce (SURs, 2015). The knowledge and facts about healthy lifestyle are given to adolescents by formal education, media, family, and friends. Being informed about a lifestyle is not enough for the healthy lifestyle, because the healthy way is often the hardest way to maintain; therefore, it is important for young people to reflect this information in their healthy lifestyle (Kuhar, 2015). The government should enable for adolescents to live in an environment that helps them to develop the potential for taking care of healthy lifestyle and enable them information about it (Modic et al., 2011.) Health promotion is also carried out by occupational therapists who use the MOHO model (Model of Human Occupation), which influences a lifestyle as an occupational performance pattern (Kielhofner, 2008). Young people change their lifestyle to a healthier one through their values, goals and extern stimulation (society) (Scott, 1999). The individual has to be aware of the positive impacts on health, i.e. healthy food, physical activity, mental balance, and the balance between work, free time and sleeping (Hoyer, 2005). Lifestyle redesign is a role of the occupational therapist in American and Scandinavian countries, achieved through weight balance with healthy nutrition, physical activities, time and stress management, etc. (USC, 2016).

Since Lebar and Marušič (2016) explore the lifestyle of Slovenian high school students, we decided to explore the lifestyle of faculty students. In August 2016, we conducted an online survey among students from different fields of study.

A sample represents 562 students, of which 324 are healthcare students, and 238 are students of other disciplines. 24% of students are men and 76% are women. The average age of the survey participants is 22 (± 2.2) years.

The results show that lifestyle of healthcare students is significantly different from non-healthcare students; it has been confirmed, by the risk $p \leq 0.01$. The average for the complete questionnaire of healthcare students is 2.68 (± 0.35) and of other students is 2.54 (± 0.36).

Alcohol, drugs and tobacco consumption is significantly different between the two student groups, which has also been confirmed by the risk $p \leq 0.01$. The average for the complete questionnaire of healthcare students is 3.51 (± 0.48) and others 3.21 (± 0.67). There are statistically significant differences between male and female students in the lifestyle profile, confirmed by the risk $p \leq 0.01$. For the complete questionnaire, female students have a higher average 2.64 (± 0.35) than male students, who have 2.56 (± 0.39). Male students achieved a higher average only in the field of physical activity.

According to HPLPII scores, the results of our study show that healthcare students live a healthier lifestyle than the students of other disciplines. This could be the result of a higher awareness on the importance of healthy lifestyle habits among healthcare students, as healthcare study programmes have to promote health and implement activities designed to enhance the quality of life. Other studies (Can et al., 2008; Nacar et al., 2014; Nassar and Shaheen, 2014) made the same conclusions. They suggest that this is due to a greater knowledge on health and the consideration of guidelines for a healthy lifestyle. Furthermore, students of healthcare programmes are supposed to try to be a good example for their users (Tirodimos et al., 2009).

Tobacco and alcohol consumption are two of the major factors contributing to a high death and disease rate in Europe. Approximately 25% of Europeans, older than 15 years, smoke. Furthermore, alcohol accounts for 6.5% of deaths in Europe (WHO, 2013). We also analyse the use of psychoactive substances. The results show that healthcare students consume less drugs, alcohol and psychoactive substances than students of non-healthcare programmes. Some studies (Varela et al., 2012; Can et al., 2008) came to similar conclusions. Healthcare students used psychoactive substances less frequently than students of other programmes. It is seen as the result of better knowledge about healthy lifestyle habits.

In our research, women tend to have healthier lifestyle habits than men. Male students have a higher average score only on the subscale of physical activity (2.52 ± 0.66 ; 2.35 ± 0.60). The Iranian research came to the same conclusion, where men had substantially higher average scores on the subscale of physical activity. As reasons they highlight the stable lifestyle of women and Iranian cultural boundaries that prevent Iranian women to do all the desired activities (Mehri et al., 2016). Authors of other studies (Tirodimos et al., 2009; Varela et al., 2012; Schmidt, 2012) report similar results. Even if women are less physically active, obesity is more frequent with men, which the authors attribute to malnutrition. It is assumed that women maintain a normal body weight through healthy eating habits.

To change bad lifestyle habits, occupational therapists can present and implement interventions to improve the lifestyle of all students. In more developed countries, occupational therapists have already implemented interventions that help adults to adopt a healthier lifestyle, known as Lifestyle Redesign, which is an innovative approach.

ach towards the user (USC, 2016). Other examples of good practice are also different American and Japanese programmes that promote healthy lifestyle habits like: *Healthy People 2010* (HSS, 2000), *Healthy Japan 21* (Sakurai, 2003) and *Healthy Campus 2010* (Mack et al., 2009) which have resulted as successful interventions in designing a lifestyle of the entire population (Chang et al., 2011).

In this research, we compared the lifestyle of healthcare and non-healthcare students. Healthcare students have statistically healthier lifestyle than others. The biggest difference between the groups is responsibility for health, physical activities and nutrition habits, which are better by the healthcare students. It is important that they act as a positive example for others. Female students have statistically healthier lifestyle than male students, but the difference is not substantial. The research pointed out that healthcare students consume less alcohol, tobacco and drugs, as well as acquire more information about health care, risk behaviour for health during their studies, and can transform this to improve their own lifestyle. There are more and more diseases caused by unhealthy lifestyle, thus it is important to see the problems and participate in the form of health promotion, as well as develop new study programmes and rehabilitation field in occupational therapy.

LITERATURA

1. Brenčič, H. (2011). Mladi naj se odžejajo s športom ne alkoholom. V: Zbornik 24. Posveta športnih pedagogov Slovenije. Zveza športnih pedagogov Slovenije, str. 5–7.
2. Can, G., Ozdilli, K., Erol, O. idr. (2008). Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nursing & Health Sciences*, 10, No. 4, pp. 273–280.
3. Caspercen, C. J., Pereira M. A. in Curran K. M., (2000). *Medicine & Science in sports & exercisc*. American College of Sports Medicine. Pridobljeno dne 27. 12. 2016 s svetovnega spleta: https://www.researchgate.net/profile/Mark_Pereira2/publication/12328111_Changes_in_Physical_Activity_Patterns_in_the_United_States_by_Sex_and_Cross-Sectional_Age/links/546639d40cf25b85d17f5cee.pdf.
4. Hoyer, S. (2005). *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
5. Janse Van Rensburg, C. and Surujlal, J. (2013). Gender differences related to the health and lifestyle patterns of university students. *Health SA Gesondheid*, 18, No. 1. Pridobljeno dne 12. 1. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.hsag.co.za/index.php/HSAG/article/view/735>.
6. Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: theory and application*. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams: Wolters Kluwer Health.
7. Kuhar, M. (2015). *Mladinsko delo in promocija zdravega sloga*. Služba Vlade Republike Slovenije za razvoj in evropsko kohezijsko politiko, str. 4–5.
8. Lebar, C. in Marušič, V. (2016). *Primerjava zdravega življenjskega sloga dijakov splošne gimnazije in srednje zdravstvene šole*. 4. mednarodna znanstvena konferenca Za človeka gre: družba in znanost v celostni skrbi za človeka. Maribor, 11.–12. marec, 2016. Maribor: Alma Mater Europea – ECM, str. 66–74.
9. Mack, E. D., Wilson, P. M., Lightheart, V., Oster, K. and Gunnell, K. E. (2009). *Healthy Campus 2010: Physical activity trends and the role information provision*. *Journal of Physical Activity and Health*, 6, No. 4, pp. 1–10.
10. Mehri, A., Solhi, M., Garmaroudi, G., Nadrian, H. and Sighaldehy, S. S. (2016). *Health promoting lifestyle and its determinants among university students in Sabzevar, Iran*. *International Journal of Preventive Medicine*, 7, No. 1, pp. 6–8.

11. Modic, J., Berglez, S. in Beočanin, T. (2011). Zdravje mladih. Mladinski svet Slovenije: Ljubljana Pridobljeno dne 7. 12. 2016 s svetovnega spleta: http://www.mladi-in-obcina.si/wp-content/uploads/Knjiznica/programski-dokumenti-MSS/zdravje_mladih_web.pdf.
12. Nassar, O. S. and Shaheen, A. M. (2014). Health-Promoting Behaviours of University Nursing Students in Jordan. *Health*, 6, No. 19, pp. 2756–2763.
13. Sakurai, H. (2003). Healthy Japan 21. *Japan Medical Association Journal*, 46, No. 2, pp. 47–49.
14. Schmidt, M. (2012). Predictors of Self-Rated Health and Lifestyle Behaviours in Swedish University Students. *Global Journal of Health Science*, 4, No. 4, pp. 2–10.
15. Scott, A. H. (1999). Wellness works: Community Service Health Promotion Grups Led by Occupational Therapy Students. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, No. 6, pp. 566–574.
16. Stanojević, S. M. (2009). Zdrav Življenjski slog: gradivo za 2. Letnik. Ljubljana: Zavod IRC.
17. SURS (2015). Mednarodni dan študentov. Pridobljeno 2. 2. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.stat.si/statweb/prikazi-novico?id=5590&idp=17&headerbar=15>.
18. Tirodimos, I., Georgouvia, I., Savvala, T. N., Karanika, E. and Noukari, D. (2009). Healthy lifestyle habits among Greek university students: differences by sex and faculty of study. *East Mediterr Health Journal*, 15, No. 3, pp. 725–727.
19. Truden - Dobrin, P. (2009). Kazalniki zdravja mladostnic in mladostnikov. *Farmacevtski vestnik*, 60, št. 4, str. 223–225.
20. USC Mrs. T. H. Chan Division of Occupational Science and Occupational Therapy (2016). Pridobljeno s svetovnega spleta dne 12. 12. 2016: <http://chan.usc.edu/patient-care/faculty-practice/about>.
21. HSS- U. S. Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
22. Varela, M. V., Cancela, J. M., Ayan, C., Martin, V. and Molina, A. (2012). Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline. *Public Health*, 9, No. 8, pp. 2729–2738.
23. Walker, S. N., Sechrist, K. R. and Pender, N. J. (1995). Health-Promoting Lifestyle Profile II. Pridobljeno dne 21. 11. 2016 iz svetovnega spleta: http://www.brandeis.edu/roybal/docs/Health-Promoting%20Lifestyle%20Profile%20II%20_website_PDF.pdf.
24. Wang, D., Xing, X. H. and Wu, X. B. (2013). Healthy Lifestyles of University Students in China and Influential Factors. *The Scientific World Journal*, 2013, No. 6, pp. 7–8.
25. Wei, C. N., Harada, K., Ueda, K., Fukumoto, K., Minamoto, K. and Ueda, A. (2012). Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Prev Med*, 17, No. 3, pp. 222–227.
26. WHO (2013). *The European health report 2012: Charting the way to well-being*, pp. 5–6.
27. Žabkar, B. in Dobrinja, D. (2009). Zdrav življenjski slog mladih družin. Posebnosti pediatrične zdravstvene nege socialno ogroženega otroka in mladostnika. Pridobljeno 3. 12. 2016 iz svetovnega spleta: https://www.zbornica.zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/123B.pdf.

Manca Mikec, delovna terapevtka v Thermana Laško.

E-naslov: dolenka.m@gmail.com

Ines Peternelj, diplomirana delovna terapevtka.

E-naslov: ines.suz@gmail.com

Mag. Cecilija Lebar, višja predavateljica na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.

E-naslov: cecilija.lebar@zf.uni-lj.si

Stališča strokovnih delavcev do prepoznavnosti učinkov hipoterapije

Prejeto 14. 11. 2017 / Sprejeto 19. 5. 2018

Znanstveni članek

UDK 615.825:798.2

KLJUČNE BESEDE: hipoterapija, izobraževanje, stališča, terapevti, učitelji

POVZETEK – Vseživljenjsko izobraževanje oseb z motnjami v duševnem razvoju in z motoričnimi primanjkljaji vsebuje tudi številne (re)habilitacijske programe. Ti vključujejo različne nevrotérapevtske metode in postopke. Raziskava ugotavlja mnenja različnih strokovnih delavcev glede učinkov hipoterapije na otrokov kognitivni in motorični razvoj. Anketni vprašalnik je reševalo 21 terapevtov in učiteljev (vsi iz iste ustanove) na začetku intenzivnega trimesečnega programa hipoterapije in ob njegovem zaključku. T-test je potrdil razlike med strokovnimi delavci glede prepoznavanja učinkov te terapije na celostni razvoj učencev. Vsi strokovni delavci so že na začetku imeli visoka pričakovanja glede njenih učinkov. Ob koncu raziskave so učitelji (specialni in rehabilitacijski pedagogi) zaznali še večje ($p = 0.003$) učinke hipoterapije na kognitivne in motorične vidike razvoja. Mnenje terapevtov ($p = 0.331$) je ostalo enako kot na začetku. Menimo, da so učitelji, ki so vsak dan spremljali učence v različnih socialno-učnih situacijah, te učinke neposredno po končani hipoterapiji bolje zaznali.

Received 14. 11. 2017 / Accepted 19. 5. 2018

Scientific article

UDC 615.825:798.2

KEY WORDS: hippotherapy, education, views, therapists, teachers

ABSTRACT - Lifelong learning of persons with severe intellectual and motor disabilities involve many rehabilitation programmes. They also incorporate diverse neurotherapeutical methods and procedures. This research deals with the views of various professional workers on hippotherapy and its impact on a child's cognitive and motor development components. A questionnaire was completed by 21 therapists and teachers from the same institution at the beginning of the three-month hippotherapy, and again at its end. The t-test confirmed the differences between the professional workers' views on the recognition of the hippotherapy effects on the integral development of students. All professional workers expressed affirmative and favourable views on the effects of hippotherapy already at the beginning. At the end, the special and rehabilitation teachers' positive opinion of the effects on cognitive and motor aspects of development grew significantly ($p = 0.003$), but the consideration of the therapists ($p = 0.331$) remained more or less the same as at the beginning. We assume that the teachers in daily social and curricular contacts with the students better recognised these effects directly after the completed hippotherapy.

1 Uvod

V zadnjih 25 letih se je izobraževanje in usposabljanje oseb s posebnimi potrebami (OPP), zlasti tistih z več primanjkljaji, zelo obogatilo z dodatnimi rehabilitacijskimi vsebinami. V Sloveniji ne srečamo več vzgojno-izobraževalnega zavoda, ki v svojo celostno oskrbo ne bi vključeval tudi prostočasnih ali usmerjenih dejavnosti (tj. interesnih ali dela specialnopedagoških dejavnosti) (npr. terapije z živalmi, aktivnosti s konji, usmerjene vadbe ...), kar dodatno izboljša rehabilitacijo in usposabljanje OPP. Večina javnih zavodov, ki izvajajo poleg izobraževanja tudi rehabilitacijo OPP, omogoča hipoterapijo kot del osnovne in dopolnilne rehabilitacijske dejavnosti.

V prispevku predstavljamo izsledke raziskave, ki je bila narejena v vzgojno-izobraževalni ustanovi (Cirius Vipava) za gibalno ovirane učence z motnjami v duševnem razvoju (MDR). Tam je hipoterapija del terapevtskega programa, ki pomembno obogati osnovno terapevtsko dejavnost (fizioterapijo, delovno terapijo in logopedijo). Ustanova je v svojem okolju in tudi širše dobro znana, saj deluje že od leta 1965, izvaja pa več osnovnošolskih programov za OPP. V skladu z Zakonom o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (2011) izvaja: prilagojeni program vzgoje in izobraževanja z nižjim izobrazbenim standardom, v katerega se vključujejo učenci z lažjimi MDR, in posebni program vzgoje in izobraževanja, v katerega se vključujejo učenci z zmernimi, težjimi in težkimi MDR. Ustanova izvaja poleg osnovnošolskih tudi predšolske prilagojene programe, kamor se vključujejo OPP z izrazitejšimi razvojnimi primanjkljaji.

Z raziskavo smo želeli preveriti stališča različnih strokovnih delavcev do prepoznavanja učinkov hipoterapije na celostno (šolsko, motorično) napredovanje OPP. Na delo strokovnjakov vplivajo tudi stališča, ki predstavljajo posameznikov odnos do presoje in so pomemben psihološki pojem. Zajemajo kompleksno soodvisnost človekove duševnosti ter njegovo socialno rezoniranje. Na oblikovanje stališča vplivajo čustva in posameznikova aktivnostna komponenta. Stališča lahko pomembno vplivajo na človekovo mentalno pripravljenost za določen način reagiranja (Pretnar, 2012), saj posredno vplivajo na to, kako nekaj zaznavamo, mislimo, ter delujejo na selektivnost zaznavanja. Prav slednje smo želeli preveriti z raziskavo pri učiteljih in terapevtilih.

Osebe z MDR imajo pogosto manj razvito tudi področje senzomotorike. Motorika je del kognitivne komponente otrokovega razvoja, ki vpliva na razvitost širših motoričnih sposobnosti in spretnosti, pomembno pa določa tudi razvitost sposobnosti usvajanja šolskega znanja. Cilj raziskave je bil usmerjen v prepoznavanje učinkov hipoterapije s strani terapevtov in učiteljev (specialnih in rehabilitacijskih pedagogov). Oboji se s hipoterapijo redno srečujejo, terapevti večinoma kot sodelujoči pri njej, učitelji pa bolj posredno, z zaznavo učenčeve aktivnosti neposredno po hipoterapiji.

1.1 Kognitivni in drugi spremljajoči primanjkljaji učencev

Prilagojeni program vzgoje in izobraževanja z nižjim izobrazbenim standardom in Posebni program vzgoje in izobraževanja sta namenjena OPP, ki imajo različne intelektualne in motorično-senzorične primanjkljaje. Intelektualni primanjkljaji so pomembne omejitve v posameznikovem intelektualnem delovanju in njegovih prilagoditvenih spretnostih (Carr idr., 2017). Slednje zajemajo področje komunikacije in socialnih spretnosti, večine vključevanja v širše okolje, organizacijo dela, prostega časa in samostojnega življenja (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2015).

Motnja v duševnem razvoju se pojavi pred 18. letom starosti, vpliva na posameznikovo intelektualno delovanje in na njegove prilagoditvene spretnosti. Intelektualni primanjkljaji se pri posamezniku kažejo na področjih razmišljanja, reševanja problemov, načrtovanja, abstraktnega mišljenja, presoje, usvajanja šolskega znanja in fleksibilnega prenosa znanja v nove situacije. Primanjkljaji na področju prilagodit-

venih spretnosti se odražajo predvsem na spektru posameznikovega celostnega delovanja (Kodrič, 2010) kot nezadostno zadovoljevanje in izvrševanje osnovnih razvojnih in širših socialno-kulturnih pričakovanj glede na posameznikovo samostojnost. Z ustreznimi šolskimi in drugimi podpornimi procesi (socialno vključevanje, sistemska pomoč, opolnomočenje ...) postopno razvijejo zmožnost večjega prevzemanja družbene odgovornosti (Hebel, 2014). Izobraževanje in usposabljanje sta usmerjena v kvaliteto socialnih stikov, kar se odraža v njihovem zrelejšem odnosu do drugih oseb, v odnosu do skupnosti, v kateri živijo, se šolajo ali delajo (Rutar idr., 2015; Žgur, 2017a).

Zaradi primanjkljajev na področju adaptivnih spretnosti te osebe, brez kontinuirane strokovne pomoči in podpore širše družbe, le težko uresničijo svoja ali družbena pričakovanja (Vovk Ornik, 2015). Primanjkljaji prilagoditvenih spretnosti se pogosto odražajo na njihovi manj zreli komunikaciji in starosti primernem socialnem vključevanju (povezovanje z vrstniki, sodelavci, prijatelji). Zmožnosti uspešne komunikacije in socialnega navezovanja stikov z okoljem lahko določajo njihovo aktivno participacijo v skupnosti ter oblike zaposlovanja (Žgur, 2017a). Težave imajo tudi pri iskanju poklicnega ali interesnega (samo)uresničevanja, delne ali občasne zaposlitve. Omejitve na področju prilagoditvenega vedenja definiramo z vidika konceptualnih, socialnih in praktičnih vsebin (Vovk Ornik, 2015). Konceptualne spretnosti vsebujejo govorno sporazumevanje in izražanje, sposobnost branja, pisanja, številske, časovne in denarne koncepte ter sposobnost načrtovanja lastnega vedenja. Socialne spretnosti vsebujejo številne medosebne odnose (vzpostavljanje in vzdrževanje primernih in spoštljivih medosebnih odnosov), ki so odraz posameznikove starosti oz. zrelosti (McEvoy, 2017). Pomembno vlogo ima tudi posameznikova samopodoba in njegova socialna spretnost (občutenje socialne odgovornosti do drugih, do skupnosti) ter zmožnost razumevanja in sledenja formalnim/neformalnim pravilom vedenja v različnih socialnih interakcijah. Praktične življenjske spretnosti pa vključujejo zmožnost posameznika za vsakodnevne dejavnosti (Linehan, 2017) in različna opravila (hranjenje, oblačenje, gibanje, higienske navade, skrb za zdravje, dobro počutje, skrb za lastno gospodinjstvo, uporaba telefona, upravljanje z denarjem, zmožnost potovanja ...). Vsebine se fleksibilno prepletajo na vseh stopnjah posebnega programa vzgoje in izobraževanja. Izobraževanje v tem programu poteka na šestih stopnjah, obvezne so prve tri (Posebni program VIZ, 2017). Program razvija njihovo zmožnost bolj aktivnega, samostojnega in vse manj »nadzorovanega« življenja. Pomembna je vloga učenja različnih, tudi v terapijah spodbujenih, praktičnoživljenjskih sposobnosti in spretnosti. Prav »učenje za življenje« je pri osebah z MDR pomembno v vseh življenjskih obdobjih in okoljih, saj jih tako primerno pripravlja in opolnomoči za zeleno ali pričakovano (delno)samostojnost.

1.2 Povezovalna vloga specialnopedagoških in terapevtskih aktivnosti

Pri izobraževanju in usposabljanju oseb z več primanjkljaji (MDR, senzorično-motorični primanjkljaji ...) moramo upoštevati, da so pričakovane razvojne funkcije posledica skladnega delovanja centralnoživčnega sistema (Doherty in Bailey, 2003). To vedenje lahko vključujeta tako specialni in rehabilitacijski pedagog kot terapevt

(fizioterapevt, delovni terapevt, logoped) v specialnopedagoške in terapevtske oblike dela. Znani so pozitivni učinki skupnih obravnav, ki delujejo na bazi seštevanja senzoričnih informacij po refleksnih nevronskih poteh. Spoznanja nevroedukacije potrjujejo, da so nevroni, ki so skupaj aktivirani, med seboj tudi bolj povezani (Tancig, 2014). Medsebojne asociacijske povezave nevronov omogočajo večjo transformacijo informacij, ki se prenašajo preko senzorično-motoričnega sistema. Učinki skupne specialno-pedagoške in terapevtske obravnave so lahko večji, saj gre za koherentno delovanje medsebojno podprtih tehnik. Takšne obravnave so lahko bolj intenzivne in prinašajo boljše rezultate. Skupna, v posameznih elementih dopolnjujoča se ter vodena specialnopedagoška in terapevtska obravnava učinkuje na pojav ali preoblikovanje razvojnih funkcij (Žgur, 2014). Takšen način dela zahteva tudi dobro timsko povezovanje različnih strokovnjakov. Ena izmed takšnih timskih oblik dela je lahko tudi hipoterapija ali različne aktivnosti s konjem. Ustrezno vodena specialnopedagoška obravnava, podprta z različnimi terapevtskimi dejavnostmi, zagotavlja celostno napredovanje oseb z MDR. V obravnavi se izvedejo (pedagoško in terapevtsko) spodbujeni razvojni procesi, ki stimulatивно delujejo na otrokov motorični razvoj. Izboljšajo se številne razvojne naloge s področja kognitivnega rezoniranja: zmožnosti opazovanja, sledenja, posnemanja, pomnjenja, koncentracije, ponavljanja ..., vse do govorno-jezikovnih zmožnosti (Žgur, 2017b). Hipoterapija in druge aktivnosti s konjem so tudi pomembno motivacijsko sredstvo. Pri motivaciji oseb z MDR imajo pomembno vlogo učitelji in terapevti, ki jih usmerjajo in spodbujajo k zrelejším oblikam učenja, prevzemanja aktivnejše vloge ... Hipoterapija tako predstavlja zanje motivacijsko učinkovito terapevtsko in učno sredstvo za razvijanje raznih učno-socialnih interakcij.

1.3 Hipoterapija

Terapevtsko jahanje zajema širok pojem terapevtskih učinkov, ki jih ni mogoče doseči samo z jahanjem na konju, ampak pomeni tudi delo s konjem, ob konju in na njem (Gomes Moraes, 2016). Izbira oblike terapevtskega jahanja je odvisna od namena in razloga osebe za vključitev v terapevtsko jahanje, strokovne usposobljenosti izvajalca terapevtskega jahanja in šolanja konja (Bordjan, 2010). Hipoterapija je oblika fizioterapije, ki temelji na neurofiziološki osnovi in poteka s konjem in na njem (Zadnikar, 2010; Tulay Koca in Ataseven, 2015). Predpiše jo zdravnik specialist, običajno fiziater. Izvaja jo fizioterapevt z dodatno strokovno usposobljenostjo. Gibanje konja se preko hrpta prenese na medenico jahača, vzpostavi se dinamična stabilnost trupa in s tem primerne vzravnalne, ravnotežne in prestrezne reakcije (Zadnikar, 2010). Hipoterapija (Rugelj, 2007) omogoča vadbo številnih gibalnih funkcij (vzravnave trupa, stabilnosti, rotacije), ki so potrebne v življenju. Raziskave več avtorjev potrjujejo pozitivno delovanje hipoterapije na kognitivne in konativne vidike razvoja (Lechner idr., 2007; Lee idr., 2014; Gomes Moraes idr., 2016). Hipoterapija omogoča, da s pomočjo konja vadimo v pretežno naravnem okolju ter urimo številne učne in tudi gibalne funkcije (Corral Granados in Fernández Agis, 2011; Park idr., 2014), ki jih uporabljamo v življenju. Pomembni so tudi psihološki učinki (boljša motivacija, izboljšanje koncentracije in pozornosti, izboljšanje telesne in prostorske predstavljenosti, pridobitev občutka ugodja, večja samozavest in samospoštovanje (Zadnikar in

Kastrin, 2011; Ajzenman idr., 2013). Med pomembne sociološke učinke uvrščamo izboljšave v sodelovanju z vrstniki (upoštevanje navodil, sledenje skupini, navezovanje stikov z vrstniki, okoljem) (Corral Granados in Fernández Agís, 2011).

2 Namen in cilj raziskovanja ter raziskovalna hipoteza

Z raziskavo smo želeli ugotoviti stališča izbranih strokovnih delavcev v Cirius-u v Vipavi do prepoznavanja in zaznave učinkovanja hipoterapije. Ta je v ustanovi znana terapevtska dejavnost, ki se izvaja že vrsto let. Zanimalo nas je, ali obstaja razlika v stališčih različnih strokovnih delavcev (učiteljev in terapevtov) do učinkovanja hipoterapije. V raziskavi smo postavili osnovno hipotezo:

H1: Obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih strokovnih delavcev do učinkovanja hipoterapije na otrokovo kognitivno in motorično napredovanje.

3 Metode

Raziskovalni pristop je bil kvantitativen. Uporabili smo deskriptivno in kavzalno neeksperimentalno metodo raziskovanja.

3.1 Vzorec

Način vzorčenja je bil namenski, v raziskavo je bilo vključenih 21 strokovnih delavcev, ki se aktivno in neposredno srečujejo s hipoterapijo (izvajanje hipoterapije ali pripravljalne aktivnosti), ter posredno (preko vzgojno-izobraževalnih in prostočasnih vsebin). Anketni vprašalnik Likertovega tipa je reševalo 14 terapevtov (sedem diplomiranih fizioterapevtov, štiri diplomirani delovni terapevti, tri logopedinje, od tega ena specialistka programa Pomoč z umetnostjo) in sedem učiteljic, razredničark (profesorice specialne in rehabilitacijske pedagogike ter ena magistrica profesorica specialne in rehabilitacijske pedagogike). Vzorec je vključeval vse terapevte iz ustanove ter četrtino učiteljev. Izmed učiteljev so bile vključene le specialne in rehabilitacijske pedagoginje, ki že več let poučujejo OPP in so imele v razredu učenca, ki je bil vključen v program hipoterapije. Sestava vzorca anketiranih je bila naslednja: 95 % je bilo žensk, 5 % moških; 5 % oseb, starih do 30 let, 29 % oseb, starih do 40 let, 52 % oseb, starih do 50 let, in 14 % oseb, starih nad 50 let; 52 % oseb z visokošolsko strokovno izobrazbo (večina terapevtov), 38 % z univerzitetno, 5 % s specializacijo in 5 % z magisterijem.

3.2 Opis merskega inštrumentarija in obdelava podatkov

Stališča do hipoterapije smo preverjali z Likertovo lestvico, sestavljeno iz 19 trditev o učinkih hipoterapije. Zanesljivost lestvice smo ugotovili s Cronbachovim koeficientom, ki je visoka ($\alpha = 0,824$). Vsebinsko veljavnost lestvice so ocenili trije neodvisni eksperti. Rezultati so bili statistično obdelani s pomočjo računalniškega

programa IBM SPSS Statistics. Opravljena je bila opisna statistika (procenti, aritmetična sredina, standardni odklon) in inferenčna statistika (t-test za odvisne vzorce).

Strokovni delavci so Likertovo lestvico reševali na začetku in po zaključku intenzivne trimesečne hipoterapije. V raziskavi so sodelovali vsi terapevti, med učitelji pa le tisti, katerih učenci (12) so bili vključeni v raziskavo. Anketiranci so se pri odgovorih odločali med štirimi trditvami: se strinjam (4 točke), delno se strinjam (3 točke), ne vem (2 točki), ne strinjam se (1 točka). Vprašalnik je vseboval trditve o hipoterapiji, ki vpliva: na razvoj, na senzorno-perceptualno zaznavanje, senzorno integracijo, pozornost, motorične sposobnosti in spretnosti, gibanje, govor, komunikacijo, komunikacijo z odraslimi in z vrstniki, čustvovanje in samopodobo, sprejemljivejše oblike vedenja, odpravljanje neželenih oblik vedenja, izboljšanje učenja, sproščanje, na vzpostavljanje socialnih stikov, spoznavanje neposrednega okolja, na pozitivno zaznavanje in dojetje sebe ter drugih.

4 Rezultati

Raziskovalno hipotezo, da obstaja pomembna razlika v stališčih strokovnih delavcev do učinkov hipoterapije na otrokovo kognitivno in motorično napredovanje, smo dokazali. Enosmerni t-test (tabela 1) je pokazal, da so strokovni delavci zaznali pomembno višje učinke ob koncu trimesečne hipoterapije kot na njenem začetku ($t(20) = -2,428$, $p = 0,013$).

Tabela 1: Opisna statistika in t-test za ugotavljanje pomembnosti razlik med začetnim in končnim stanjem

Stanje	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Začetno	3,56	0,46	-2,428	20	0,013
Končno	3,81	0,21			

Rezultati potrjujejo statistično pomembno razliko med odgovori strokovnih delavcev o učinkovanju hipoterapije v začetnem in končnem stanju. Vsi strokovni delavci so že na začetku raziskave imeli pozitivna stališča do učinkov hipoterapije na otrokov celostni razvoj. Po zaključku hipoterapije so zaznali še pomembno zvišane učinke, vendar ne vsi. V nadaljevanju smo podrobno raziskali razlike med odgovori učiteljev (specialnih in rehabilitacijskih pedagogov) in terapevtov glede na začetno in končno stanje. Ugotovili smo, da so učitelji ob zaključku raziskave zaznali še več pozitivnih učinkov hipoterapije. Enosmerni t-test (tabela 2) je pokazal pomembno višje vrednosti ob zaključku hipoterapije v primerjavi z vrednostmi ob začetku hipoterapije ($t(6) = -4,175$, $p = 0,003$). Učitelji so ob zaključku trimesečne hipoterapije še višje ocenili njene učinke na otrokovo kognitivno in motorično napredovanje.

Terapevti so na začetku izvajanja hipoterapije imeli višja pričakovanja glede vpliva na kognitivni in motorični razvoj otroka od učiteljev, ob koncu pa se njihova stališča niso bistveno spremenila. Enosmerni t-test (tabela 2) ni pokazal statistično

pomembnih razlik v stališčih terapevtov ob zaključku hipoterapije glede na začetno stanje $t(13) = -0,447$, $p = 0,331$.

Tabela 2: Opisna statistika in t-test za ugotavljanje pomembnosti razlik med začetnim in končnim stanjem za učitelje in za terapevte

Strokovni delavci	Stanje	M	SD	t	df	p
Učitelji	začetno	3,23	0,54	-4,175	6	0,003
	končno	3,89	0,20			
Terapevti	začetno	3,72	0,31	-0,447	13	0,331
	končno	3,76	0,20			

Rezultati t-testov (tabela 1 in tabela 2) potrjujejo pomembno razliko med stališči strokovnih delavcev v začetnem in končnem stanju. Vsi strokovni delavci so že v začetnem stanju imeli pozitivna stališča do učinkov hipoterapije, ob zaključku pa so zaznali povišanje vpliva le učitelji. Stališča terapevtov do učinkov hipoterapije so se manj spreminjala.

5 Razprava

Raziskava je preverjala stališča strokovnih delavcev glede učinkov hipoterapije na kognitivno in motorično napredovanje učencev. Vključevala je strokovne delavce, katerih učenci so vključeni v sistematično izobraževalno in (ha)bilitacijsko obravnavo. Stališča učiteljev do učinkov hipoterapije na motorično in kognitivno napredovanje učencev so bila statistično pomembno različna. Strokovni delavci so že v začetku imeli visoka pozitivna pričakovanja glede učinkov hipoterapije na otrokov motorični in kognitivni razvoj. Ob njenem zaključku pa so stališča terapevtov ostala skoraj enaka (četudi visoka) ($p = 0.331$), učitelji pa so zaznali večji učinek ($p = 0.003$). Zaključujemo, da so učitelji bolje prepoznali napredovanje učencev, saj so ob zaključku raziskave ugotovili, da so učinki hipoterapije še večji. Menili so, da hipoterapija pomembno deluje na izboljšanje učenčevega motoričnega in kognitivnega funkcioniranja, kar se je odražalo pri neposrednem šolskem in obšolskem delu. Tudi druge raziskave omenjajo učinke hipoterapije na kognitivne in tudi motorične vidike napredovanja (Corral Granados in Fernández Agís, 2011; Krejčí, Janura in Svoboda, 2015; Park idr., 2014). Učitelji so aktivno in motivirano sodelovanje učencev pri različnem vzgojno-izobraževalnem delu (neposredno po hipoterapiji) bolj pripisovali učinkom hipoterapije. Izsledke potrjuje tudi raziskava avtoric Žgur in Batista (2017), ki je potrdila vpliv hipoterapije na izbrane vidike šolske uspešnosti (bralne in motorične sposobnosti učencev).

Sklepamo, da do razlik pri ocenjevanju učinkovitosti hipoterapije med strokovnimi delavci prihaja zaradi več dejavnikov, pri čemer gre predvsem za posredno dokazovanje napredovanja učencev. Morda so formalni izobraževalni programi za pedagoške delavce bolj usmerjeni v postopke ocenjevanja in merjenja znanja (posredno tudi napredovanja) in so pri tem bolj izkušeni. Postopke ocenjevanja učencev (opisno, številčno) tudi pogosteje uporabljajo, saj so del predpisanega šolskega kurikula. Navajenost na postopke in

kriterije ocenjevanja lahko predstavlja večjo občutljivost za vrednotenje učinkov hipoterapije. Skupina učiteljev je bila tudi bolj homogena (vse ženskega spola, z univerzitetno izobrazbo in magisterijem, stare med 40 in 50 let). Zaradi narave pedagoškega procesa so učitelji tudi bolj navajeni postopkov ocenjevanja in upoštevanja izbranih kriterijev opazovanja (zaznanih v postopkih učnega procesa). Menimo, da je na rezultat znatno vplivalo tudi dejstvo, da so v raziskavi sodelovali samo učitelji, katerih učenci so bili aktivno vključeni v raziskavo o hipoterapiji. Učence so lahko opazovali vsakokrat po opravljeni hipoterapiji. Četudi je šlo morda le za trenutne pozitivne učinke, so jih bolje prepoznali in povezali z izbrano terapevtsko dejavnostjo.

V skupini terapevtov so sodelovali vsi terapevti iz ustanove, ne glede na to, ali so bili njihovi učenci vključeni v hipoterapijo ali ne. Sestava vzorca terapevtov je bila manj homogena (več mlajših oseb do 40 let in več starejših nad 50 let). Morda je na odločitev terapevtov vplivalo tudi dejstvo, da so učinke otrokovega napredovanja bolj povezovali z drugimi terapevtskimi metodami, ki jih uporabljajo pri delu.

Vsekakor moramo izpostaviti tudi omejitve raziskave, saj je vsebovala manjše število učiteljev (čprav jih je v ustanovi več kot 40). V času raziskave so bili učenci v ustanovi deležni še drugih individualnih in skupinskih terapevtskih (fizioterapevtskih, delovnoterapevtskih, logopedskih) in specialnopedagoških (integracije refleksov, taktilne integracije ...) in športno-rekreativnih obravnav (program Specialne olimpiade), zaradi česar ne moremo trditi, da je učenčevo napredovanje izključno rezultat hipoterapije. Želimo pa izpostaviti, da je bilo opazovanje učencev specialnih in rehabilitacijskih pedagogov vezano prav na aktivnosti učencev neposredno po izvedeni hipoterapiji. Moramo upoštevati, da pričakovanja posredno vplivajo na to, kako nekaj zaznavamo, doživljamo, kako o njih mislimo in nanje emocionalno reagiramo. Ta usmerjajo našo pozornost in delujejo na selektivnost zaznavanja (Ule, 2004). V prihodnje bi morali preveriti stališča vseh strokovnih delavcev v ustanovi. V raziskavo je bila zajeta le dobra četrtina specialnih in rehabilitacijskih pedagogov. Menimo, da so dobljeni rezultati spodbudni, saj izpostavljajo zaznavanje učinkov hipoterapije, čprav subjektivno.

Tudi druge raziskave (Zurc idr., 2013) dokazujejo pozitivne učinke konjev na mladostnike, na njihove osebnostne lastnosti, telesne spretnosti, čustva, znanje in povečano socialno mrežo; ter učinke hipoterapije pri obravnavi raznih razvojnih primanjkljajev (Thompson, Ketcham in Hall, 2014).

Izsledki pričujoče raziskave so podlaga enoletnega raziskovalnega projekta Pedagoške fakultete Univerze v Ljubljani (Aktivnosti s konjem – podporna terapevtska oblika pomoči osebam s posebnimi potrebami), ki se odvija v Círius-u v Vipavi in se usmerja v prepoznavo terapevtskih, specialno-pedagoških in socialnih vidikov napredovanja vključenih učencev, ki imajo več primanjkljajev.

Erna Žgur, PhD, Barbara Lemut, Janez Jerman, PhD

Professional Workers' Views on Recognisable Effects of Hippotherapy

In the last 25 years, education and training of persons with special needs (especially those with multiple disabilities) have been enriched with additional rehabilitation contents. In Slovenia, there are practically no educational institutes not including the activities such as pet therapy or hippotherapy, which further improve the rehabilitation of persons with special needs. Most public institutes which, in addition to the education, implement rehabilitation of persons with special needs, provide hippotherapy as a part of the primary or complementary health care activities. Health professionals distinguish between the activities performed with a horse, on a horse, etc. from the professionally guided and medically indicated hippotherapy. This paper presents the results of the research conducted by Cirius Vipava, where hippotherapy is a part of the therapeutic programme, significantly enriching the primary therapeutic activity (physiotherapy, occupational therapy, and speech and language therapy). The institute has been operating since 1965, implementing different primary school programmes for persons with special needs (Žgur, 2012). In accordance with the Placement of Children with Special Needs Act (2011), it implements: the adapted education programme with lower educational standards (includes students with mild intellectual disabilities/ID); special education programme (includes students with moderate, severe and profound ID). Both education programmes are intended for students with special needs, having different intellectual, motor and sensory disabilities. Intellectual disabilities are defined as significant limitations in individual's intellectual functioning and their adaptive skills (Carr et al., 2017). The latter includes: communication and social skills, ability of integration, organisation of work, leisure time and independent life (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities 2015). Deficits in adaptive skills are mainly reflected in individual's overall functioning (Kodrič, 2010): as insufficiency to meet the basic developmental and wider socio-cultural expectations (generally accepted social norms); in relation to individual's autonomy (ability to provide for themselves and their vital needs). With suitable educational and other supportive processes (social integration, cooperation with non-governmental organisations, etc.) people with ID gradually develop the skills of major social responsibility (Hebel, 2014). The processes of education and training are also focused on the quality of social contacts, which reflects in their more mature attitude towards other persons, the community in which they live, study or work (Rutar et al., 2015; Žgur, 2017a). Due to the deficits in adaptive skills, these persons encounter enormous difficulties to fulfil their own and social expectations without continuous professional help and support from the wider society (Vovk Ornik, 2015). Limitations in adaptive behaviour can be defined in terms of conceptual, social and practical content. Conceptual skills include speech communication and vocal expression; reading and writing ability; numerical, time and money concept; regulation of one's own behaviour. Among them we list all those skills we use for everyday social communication. This includes the ability to act independently, of self-advocacy, of empowerment.

Social skills are vital in interpersonal communication (establishing and maintaining appropriate and respectful interpersonal relationships) and reflect one's age or maturity (McEvoy, 2017). Practical life skills include one's ability to perform everyday activities (Linehan, 2017) such as feeding, dressing, moving, personal hygiene, caring for one's health and well-being, maintaining one's household, using telephone, money management, etc. In educating and training people with multiple disabilities, it is important to consider the fact that the expected developmental functions are the result of harmonious functioning of the central nervous system (Doherty and Bailey, 2003). This awareness should be taken into account by teachers and therapists during the implementation of special education and therapeutic work forms. Positive effects of combination of treatments are generally recognised, and they work on the basis of summing the sensory information along the reflex neural pathways. Findings of neuroeducation show that the neurons, when activated simultaneously, are also interrelated (Tancig, 2014). Such treatments may be more intensive and provide better results. Joint and complementary (in individual elements) guided special educational and therapeutic treatment effectively affect the transformation of developmental functions (Žgur, 2014). This way of work requires a good collaboration among diverse experts. Hippotherapy is a form of physiotherapy, based on neurophysiological basis, and performed with and on a horse (Zadnikar, 2010; Tulay Koca and Ataseven, 2015). It is prescribed by a physician and conducted by a physiotherapist with additional knowledge. Hippotherapy is an example of such teamwork. Hippotherapy represents a motivationally effective therapeutic and learning tool for the development of diverse social interactions. Hippotherapy has been introduced in various educational, social and other institutions for the people with special needs. Therapeutic riding provides numerous therapeutic effects which cannot be achieved only by riding on horseback, but rather working with the horse and beside the horse. There are different subgroups of therapeutic riding: hippotherapy, horse-assisted ergotherapy, (special) pedagogical riding, equestrian vaulting and sport riding for people with special needs (Predan and Demšar, 2007). Some important sociological effects include improved social interaction: following the instructions, following the group, interaction with peers and environment (Corral Granados and Fernández Agís, 2011). The belief is based on individual's intellectual functioning, while in forming one's view, an important role is played by one's emotions and active component. Our views can have a significant impact on our mental readiness to react in a certain way. They can have an indirect impact on how we perceive things, how we experience certain situations and events, the way we think about them and react to them emotionally. Our views focus our attention, and thus they influence the selectivity of perception. Our aim was to determine whether there is a significant difference between different professional workers (teachers and therapists), in their views on the effects of hippotherapy.

Sampling manner was purposive; 21 professional workers, actively involved in hippotherapy, and 7 teachers, all of them special and rehabilitation pedagogues. Professional workers completed the Likert-type scale, composed of 19 statements about the effects of hippotherapy, at the beginning of the academic year, and after an intensive 3-month hippotherapy. The reliability of the scale was determined by the use of Cronbach's alpha coefficient. Research hypothesis, whether there is a significant difference

between professional workers, related to their views on the effects of hippotherapy on child's cognitive and motor improvement was adopted. A paired-samples t-test indicated that scores were significantly higher at the end of the therapy than at the beginning of the therapy $t(20) = -2,428, p = 0,013$. Results confirmed the statistically significant difference between the professional workers' answers in the initial and final state. All of them had positive views on the effects of hippotherapy on the child's development from the beginning. Those views were further enhanced at the end of the hippotherapy, but not in both groups. We determined that at the end of the 3-month hippotherapy, teachers ($p = 0,003$) intensified their views on the positive effects of hippotherapy on the child's cognitive and motor improvement. At the beginning of the research, therapists' positive views on the effects of hippotherapy were higher than those expressed by the teachers. At the end of the hippotherapy, the therapists' views remained more or less unchanged ($p = 0,331$), however high, while the teachers further enhanced their positive views on hippotherapy. They all had positive views on the effects of the hippotherapy, but only the teachers' positive consideration of the effects grew significantly at the end of the hippotherapy. The teachers believe that hippotherapy significantly affects the improvement of the student's motor and cognitive functioning, which was reflected at direct curricular and extracurricular activities. Active and motivated collaboration of students in school work directly after the hippotherapy was attributed to a greater extent to the effects of the hippotherapy by the teachers. The research by Žgur and Batista (2017) also confirms the effect of hippotherapy on reading and motor skills of students with special needs. We can conclude that teachers managed to better recognise specific areas of progress in their students. In their view, hippotherapy has an important effect on improving students' motor and cognitive functioning, as reflected in their curricular and extracurricular work. They largely attributed students' active and motivated participation in different educational activities immediately after the hippotherapy to the effects of the therapy itself. We can assume that during their studies and professional experience, teachers acquired more knowledge regarding the procedures of evaluation. They regularly use the descriptive and numerical procedures for evaluating students, since they are a part of the prescribed school curriculum. Their familiarity with the procedures and the criteria of evaluation may pose a greater subtlety to the evaluation of the effects of hippotherapy. In addition, the group of teachers was homogeneous (all female, with Bachelor's and Master's degree, aged between 40 and 50 years). The group of therapists was composed of professionals from diverse fields: physiotherapists, occupational therapists, speech therapists. Their position regarding the effects of hippotherapy might be the result of their belief that the students' progress is to be associated with other therapeutic methods, used by them during their work. It is necessary to recognise the limitations of the research, since it included only a small number of professional workers in a short period of a 3-month intensive hippotherapy in a selected population. There are also limitations to this research, above all in the small number of the involved teachers. In the research period the students also received other individual and group therapeutic and special-pedagogical treatments, therefore we cannot assert that the recognised progress of students was the result of hippotherapy only. The results of the research are a basis of the one-year research Ljubljana Faculty of Education's project "Activities with Horse –

a Supportive Form of Assistance for Persons with Special Needs”, which takes place in Cirius Vipava and focuses on therapeutic, special-pedagogical and social effects of the included students’ development.

LITERATURA

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2015). Definition of intellectual disability. Pridobljeno dne 5. 1. 2017 s svetovnega spleta: <http://aaidd.org>.
2. Ajzenman, H., Standeven, J. and Shurtleff, T. L. (2013). American Journal of Occupational Therapy, Effect of Hippotherapy on Motor Control, Adaptive Behaviors, and Participation in Children With Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study. Pridobljeno dne 21. 4. 2017 s svetovnega spleta: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.008383>.
3. Bordjan, A. (2010). Pozitivni učinki terapije s pomočjo konja na samopodobo otrok s posebnimi potrebami. V: Zadnikar, M. (ur.). II. kongres terapevtskega jahanja v Slovenji: Konj – sprejemanje drugačnosti. Kamnik: Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje - CIRIUS, str. 69–79.
4. Carr, A. and Reilly, G. (2017). Lifespan development and the family lifecycle. In: Carr, A., Linehan, C., O Reilly, G., Walsh Noonan, P. and McEvoy, J. (Eds.). The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice. New York, pp. 81–82.
5. Corral Granados, A. and Fernández Agís, I. (2011). Why Children With Special Needs Feel Better with Hippotherapy Sessions: A Conceptual Review: The Journal of Alternative and Complementary Medicine. Pridobljeno dne 19. 4. 2017 s svetovnega spleta :<http://online.liebertpub.com/>.
6. Doherty, J. and Bailey, R. (2003). Supporting Physical development and Physical Education in the Early Years. Philadelphia: Open University Press Buckingham.
7. Gomes Moraes, A., Fernando Copetti, F., Angelo, V. R. and Leonardo Chiavoloni, L. (2016). The effects of hippotherapy on postural balance and functional ability in children with cerebral palsy. Pridobljeno dne 15. 4. 2017 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5011565/>.
8. Hebel, O. (2014). Parental involvement in the individual educational program for Israeli students with disabilities. Orly Hebel Levinsky College of Education, 29, No. 3, pp. 46–49.
9. Krejčí, E., Janura, M. and Svoboda, Z. (2015). The benefit of hippotherapy for improvement of attention and memory in children with cerebral palsy: A pilot study. Acta Gymnica, 45, No. 1, pp. 27–32
10. Kodrič, J. (2010). Psihološko ocenjevanje otrok z motnjo v duševnem razvoju. Strokovno gradivo/3. posvet na temo Usmerjanje otrok z Downovim sindromom in drugih otrok z motnjo v duševnem razvoju. Ljubljana: Sožitje, Sekcija za Downov sindrom, str. 7–20.
11. Lee, N., Park, S. and Kim, J. (2014). Effects of hippotherapy on brain function, BDNF level, and physical fitness in children with ADHD. Pridobljeno dne 5. 5. 2017 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4523801/>.
12. Lechner, H. E., Kakebeke, T. H., Hegemann, D. and Baumberger, M. (2007). The Effect of Hippotherapy on Spasticity and on Mental Well-Being of Persons With Spinal Cord Injury. Pridobljeno dne 15. 5. 2017 s svetovnega spleta: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(07\)01284](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(07)01284).
13. Linehan, C. and Noonan Walsh, P. (2017). Living and working in the community. In: Carr, A., Linehan, C., O Reilly, G., Walsh Noonan, P. and McEvoy, J. (Eds.). The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice. New York, pp. 660–661.
14. McEvoy, J. (2017). Risk assessment. In: Carr, A., Linehan, C., O Reilly, G., Walsh Noonan, P. and McEvoy, J. (Eds.). The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice. New York, pp. 827–830.
15. Park, E. S., Rha, D. W., Shin, J. S., Kim, S. and Jung, S. (2014). Effects of Hippotherapy on Gross Motor Function and Functional Performance of Children with Cerebral Palsy. Pridobljeno dne 7. 6. 2017 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205717/>.

16. Posebni program VIZ. (2017). Pridobljeno dne 12. 6. 2017 s svetovnega spleta: http://www.mizs.gov.si/...posebnimi.../programi/posebni_program_vzgoje_in_izobrazevanj.
17. Pretnar, T. (2012). Medkulturna analiza stališč učiteljev do inkluzije otrok s posebnimi potrebami (Doktorska disertacija). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
18. Rugelj, D. (2007). Ravnotežje in hipoterapija. V: Zadnikar, M. (ur.). Zbornik predavanj 1. kongres terapevtskega jahanja v Sloveniji: Konj kot terapevt – danes za jutri. Kamnik: Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje - CIRIUS, str. 11–22.
19. Rutar, D., Kralj, R. in Praznik, I. (2015). Hendikep, delo in družba. Kamnik, Medvode: Cirius.
20. Tancig, S. (2014). Nevroedukacija-nova znanost o učenju in poučevanju: kakšne spremembe prinaša v vzgojno-izobraževano prakso, raziskave in edukacijske politike. V: Metljak, M. (ur.). Posvet 2014: Partnerstvo Pedagoške fakultete Univerze v Ljubljani in vzgojno-izobraževalnih institucij. Ljubljana: Pedagoška fakulteta v Ljubljani, str. 23.
21. Thompson, F., Ketcham, C. J. and Hall, E. E. (2014). Hippotherapy in Children with Developmental Delays: Physical Function and Psychological Benefits. *Advances in Physical Education*, 4, pp. 60–69.
22. Tulay Koca, T. and Ataseven, H. (2015). What is hippotherapy? The indications and effectiveness of hippotherapy. *North Clin. Istanbul*; Pridobljeno dne 15. 6. 2017 s svetovnega spleta: <https://www.kuzeyklinikleri.com/en/jvi.aspx?pdirenci&plng=eng&un=NCI-71601>.
23. Ule, M. (2004). Socialna psihologija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
24. Vovk - Ornik, N. (2015). Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo. Pridobljeno dne 12. 5. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.zrss.si/pdf/Kriteriji>.
25. Zadnikar, M. (2010). Učinek hipoterapije in terapevtskega jahanja na kontrolo drže in ravnotežje pri otrocih s cerebralno paralizo. V: Zadnikar, M. (ur.). II. Kongres terapevtskega jahanja: konj – sprejemanje drugačnosti. Kamnik: Center za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje - CIRIUS, str. 33–43.
26. Zadnikar, M. and Kastrin, A. (2011). Effect of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control or balance in children with cerebral palsy: a meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, No. 53, pp. 684–91.
27. Zakonu o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (2011). Uradni list Republike Slovenije št. 58.
28. Zorc, J., Dovžan, A., Ahčin, A. in Gašparič, M. (2013). Vpliv konja na mladostnike. V: Maček, M. A. idr. (ur.). Znanje in izkušnje za nove podjetniške priložnosti. Naklo, Strahinj: Biotehniški center, str. 219–227.
29. Žgur, E. (2014). Early childhood intervention for children with multiple deficits. V: Devjak, T. (ur.). Sodobni pedagoški izzivi v teoriji in praksi. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 467–478.
30. Žgur, E. (2017a). Guided employment - rights and opportunities for people with intellectual disabilities. *Defektološka teorija i praksa*, 18, št. 1/2, str. 74–91.
31. Žgur, E. (2017b). Vloga razvoja motorike pri otroku in njena vpetost v predšolski kurikulum - pomen zgodnje obravnave. V: Vrbovšek, B., Belak, D. in Žnidar, S. (ur.). Različni otroci - enake možnosti. Ljubljana: Supra, str. 35.
32. Žgur, E. in Batista, D. (2017). Vpliv hipoterapije na bralne in motorične sposobnosti. *Pedagoška obzorja*, 32, št. 3/4, str. 77–91.

Dr. Erna Žgur, docentka na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani, oddelek za specialno in rehabilitacijsko pedagogiko.

E-naslov: erna.zgur@pef.uni-lj.si

Barbara Lemut, diplomirana fizioterapevtka, zaposlena v Zdravstvenem domu Nova Gorica.

E-naslov: lemut.barbara@gmail.com

Dr. Janez Jerman, izredni profesor na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani.

E-naslov: janez.jerman@pef.uni-lj.si

Pomen zdravja pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje v domovih za starejše

Prejeto 2. 4. 2018 / Sprejeto 24. 5. 2018

UDK 364-54-053.9:613

KLJUČNE BESEDE: domovi za starejše, vseživljenjsko učenje, staranje, zdravje, starostniki

POVZETEK - Sodobna družba se vse bolj stara. S podobnim izzivom se v preteklosti nismo tako ukvarjali. Vse več je mlajših starostnikov, polnih energije, ki so si za cilj postavili v času upokojitve druge prioritete: potujejo po svetu, aktivno se ukvarjajo s športom (joga, fitnes, kolesarjenje idr.), imajo veliko hobijev, ukvarjajo se s kulturnimi dejavnostmi, učijo se tujih jezikov itd. Za raziskavo smo uporabili deskriptivno analizo in kavzalno-neeksperimentalno metodo empiričnega pedagoškega raziskovanja. Vključili smo starostnike vseh domov starejših v Pomurju, ki so starejši od 65 let. Raziskovalni vzorec je zajel 390 starostnikov (od skupaj 906). Osredotočali smo se predvsem na njihovo zdravstveno stanje kot ključno dispozicijsko oviro pri vključevanju v vseživljenjsko učenje. Rezultati raziskave so pokazali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja in drugih dejavnikov vključevanja starostnikov v vseživljenjsko učenje v domovih za starejše, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja anketiranih starostnikov glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje, da je razvidna statistično značilna korelacija med slabim zdravjem in vključevanjem v vseživljenjsko učenje, iz česar lahko povzamemo, da se s slabšanjem zdravja starostnikov povečuje njihova odvisnost od okolice in da zdravje pomembno vpliva na njihovo vključevanje v aktivnosti (vseživljenjsko učenje), ki jih organizirajo v domovih za starejše.

Received 2. 4. 2018 / Accepted 24. 5. 2018

UDC 364-54-053.9:613

KEY WORDS: nursing home for older people, lifelong learning, old age, ageing, health, older people

ABSTRACT - Modern society is getting older. We have not yet dealt with such a challenge in the past. There are more and more young-old people, full of energy who have set other priorities as their goal in the time of retirement: they travel around the world, actively engage in sports (yoga, fitness, cycling, etc.), have many hobbies, engage in cultural activities, learn foreign languages, etc. For the research, we used a descriptive analysis and a causal-non-experimental method of empirical pedagogical research. The survey included older people in all nursing homes in Pomurje, aged over 65 years. The research sample included 390 older people residing in nursing homes, whereby the entire population was 906. In the research, we focused primarily on the state of health as a key dispositional barrier to the engagement of older people in lifelong learning. The results of the research showed that there are statistically significant differences in the assessment of health and other factors of involvement of older people in lifelong learning in nursing homes, as well as in the assessment of health of the surveyed older people given the frequency of their involvement in lifelong learning. Additionally, there is a significant correlation between poor health and involvement in lifelong learning, from which it can be summarised that with the deterioration of health, older people's dependence from the environment increases and that health importantly influences their involvement in activities (lifelong learning) organised in nursing homes for older people.

1 Teoretična izhodišča

Prebivalstvo se v sodobni globalni družbi vse bolj stara. S tem problemom se v preteklosti nismo tako ukvarjali. Vse več je mlajših starostnikov po 65. letu, ki so polni energije in so si za cilj v času upokojitve postavili druge prioritete: potovanja po svetu, aktivno ukvarjanje s športom (planinski izleti, joga, fitnes, kolesarjenje idr.), s kulturnimi dejavnostmi (folklor, pevski zbori, gledališke skupine), imajo veliko

hobijev (slikarstvo, pletenje), učijo se tujih jezikov itd. Res morda izgubljajo lastno vsakodnevno aktivno poklicno in delovno vlogo, vlogo v razširjeni družini, a vedno pogosteje (p)ostajajo samostojni v svojem starem (doma) ali novem (dom za starejše) bivalnem okolju.

Medicina vse bolj napreduje, zato se starostniki v tretjem in četrtem življenjskem obdobju uspešno soočajo s starostnimi težavami in ovirami, predvsem situacijskimi ovirami, ki izvirajo iz njihovega trenutnega položaja. Najprej pa morajo premagati družinske, finančne in seveda zdravstvene težave. V prispevku se bomo osredotočili predvsem na zdravstvene ovire.

Družba bo zato morala najti rešitve (nova zdravstvena in pokojninska reforma) za prednostno reševanje izzivov, ki jih prinašajo vedno boljše življenjske razmere in dolgoživost zdrave družbe starejših v tretjem in četrtem življenjskem obdobju.

1.1 Zdravo staranje

Dokler je bilo pomembno samo delovanje telesa, smo ga pogosto opazili šele tedaj, ko je bilo kaj narobe, ko smo zboleli, ugotavljata Goriup in Šoba (2018, str. 75–76) in v nadaljevanju navajata kar nekaj avtorjev, ki so obravnavali področje zdravja starostnikov v tretjem in četrtem življenjskem obdobju.

V sodobnem času, ko telo postaja vse bolj naš oglasni pano, je zavedanje telesa mnogo bolj prisotno. Pred dvema desetletjema so raziskovalci (npr. Canguilhem, 1989) opozarjali na neslišnost telesa oz. organov, kar je mogoče razumeti vsaj v dveh pomenih:

- po eni strani je mogoče telo (dokler deluje) neopazno, ga ne opazimo,
- po drugi strani pa je mogoče razumeti, da v objektivnem smislu ni nič narobe, da deluje, da nima bolezenskih znakov.

Bolezen danes ni več razumljena kot nevtralen, naraven, temveč kot kontekstualno umeščen (v določen čas in družbeni prostor), družbeno interpretiran pojav (definicija bolezni), ki vključuje pomembne etične dimenzije (družbena vključenost/izključenost, načini dokazovanja bolezni, izbira zdravljenja). Telo je v tem kontekstu kot govor/jezik, s katerim se izražamo; telo namreč abstraktne pomene prevaja v materialna znamenja in simbole (dokazljive?!). Telo je v odnosu do bolezni kot medij za njeno izražanje (kar se najbolj vidno npr. pri psihosomatskih boleznih), še dodajata Goriup in Šoba (2018, str. 75–76). Poredoš (2004, str. 754) poudarja, da je le malo bolezni, ki bi se pojavljale zgolj v starosti. Tako se večina bolezni, ki jih srečujemo pri starostnikih, lahko pojavi tudi pri mlajših osebah. Za starost je značilno, da se takrat pogosteje pojavljajo in kopičijo kronične bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, bolezni dihal, gibal, rakave bolezni, poleg tega se pojavljajo določeni gerontološki sindromi ali pa bolezni, ki so skorajda izključno povezane s kasnejšimi življenjskimi obdobji, kot so: inkontinenca urina in blata, preležanine, spominske motnje, demenca, osteoporoza in druge.

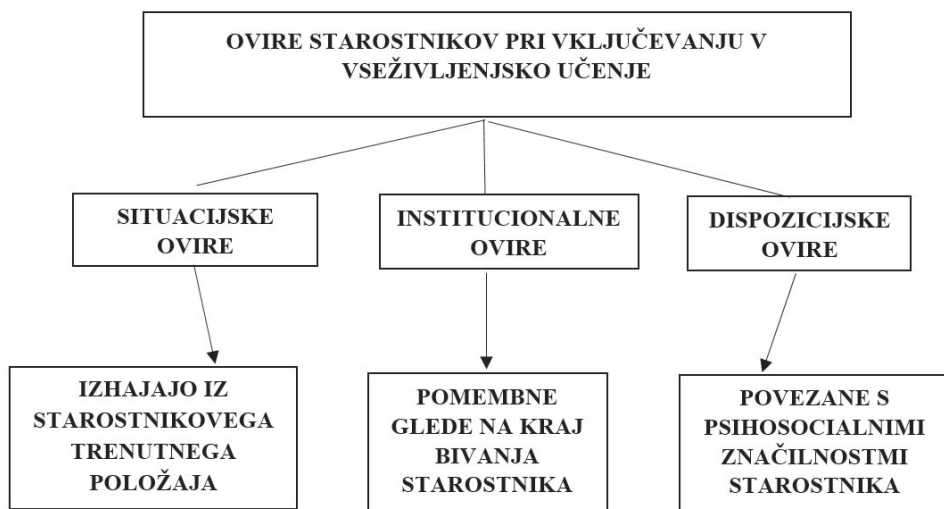
Pri staranju je treba upoštevati tudi kriterije za njegovo presojanje oziroma ugotavljanje le-tega. Osredotočili se bomo prav na to in odgovorili na vprašanje, kaj je značilno za zdravstveni, socialni, ekonomski in demografski vidik staranja. Seveda pa se staro-

stniki ob vključevanju v vseživljenjsko učenje soočajo z različnimi ovirami, ki pogosto nastanejo že pri odločitvi o (morebitnem) vključevanju v ta proces. Te so lahko:

- subjektivne (osebno zavračanje vseživljenjskega učenja zaradi ekonomskih, zdravstvenih in psihosocialnih težav) ali
- objektivne narave (težko dostopna mesta in pripomočki za vseživljenjsko učenje).

Ovire, ki so prikazane na sliki 3, in se postavljajo na pot starostnikom v tretjem in četrtem življenjskem obdobju, so zelo pomembne pri odločitvi, ali se bodo vključevali v vseživljenjsko učenje ali ne.

Slika 1: Ovire starostnikov pri vključevanju v vseživljenjsko učenje



Vir: Macuh, B. (2017). *Življenjski slog starostnikov v domovih za starejše*. Maribor: Kulturni center, Frontier, str. 72.

V nadaljevanju nas zanimajo vidiki staranja.

1.2 Socialni vidik staranja

V postmoderne družbi se tudi na področju socialnega vidika staranja pri starostnikih v tretjem in četrtem življenjskem obdobju dogajajo določene specifične spremembe. O teh spremembah piše tudi Pečjak (2007, str. 74): »V starosti se zelo spremeni starostnikova samopodoba, spremeni pa se tudi družbeni položaj starejših. Le-ti postajajo osamljeni, ker jih, po njihovem mnenju, družba izolira, diskriminira, izključuje in poriva na obrobje družbenega življenja. Nekateri starostniki se sami, zaradi družbene nemoči, razočaranja in resignacije umikajo iz aktivnega družbenega življenja. Ob tem se, predvsem ob prehodu v tretje življenjsko obdobje, soočajo z zanje številnimi konfliktnimi in bolečimi izkušnjami (npr. upokožitev, odhod zadnjega otroka iz družine, starostne zdravstvene težave, latentna realnost smrti enega od zakoncev, pridružijo pa se tudi finančne težave, spremembe bivališča (odhod v dom za starejše) in osamljenost.«

Vidne pa so tudi drugačne, pozitivne spremembe – današnja generacija ljudi, starih 65 let in več, je zagotovo najbolj dejavna in pustolovska generacija (Adlam, 2013). Delajo, opravljajo prostovoljne dejavnosti, potujejo, pišejo bloge, tečejo na maratonih, učijo se padalstva in tujih jezikov. Svoje prihranke (morda celo) namenijo novemu poslu, jadrajo okoli sveta ali zgradijo nov dom, o kakršnem so vedno sanjali. Uživajo, ker imajo čas, da obnavljajo prijateljstva in si širijo obzorja. Večina jih ima boljše družabno življenje in imajo več konjičkov in zanima jih več stvari. O zadnjem bomo na podlagi raziskave podrobneje pisali v empiričnem delu naloge.

1.3 Ekonomski vidik staranja

Starostniki se v tretjem življenjskem obdobju soočajo tudi z ekonomskimi posledicami oziroma težavami. Po mnenju Milavec Kapun (2011, str. 31) so le-te »očitne, saj se zvišuje delež neaktivnega prebivalstva na račun starih, ki so ekonomsko zahtevni (zaradi pokojnin, večjih izdatkov iz zdravstvene blagajne, pritiska na druge socialne sisteme idr.). Glede na to je nujno potrebno oblikovati načrtovan prehod iz zgodnjega upokojevanja k aktivnemu staranju (starejši so danes bolj pri močeh, kot so bili njihovi vrstniki v prejšnjih generacijah), kar pa seveda posledično pomeni, da se »zahteva« podaljšano delovno dobo aktivnega prebivalstva«. Penger in Dimovski (2007, str. 42) se strinjata, da »si družba, ki se stara, ne more in ne sme privoščiti, da bi velik del njenega prebivalstva, ki ga bodo v prihodnosti predstavljali stari ljudje, bil le pasiven spremljevalec dogajanja ali da bo ta obravnavan kot skupina, ki dela stroške in je v breme aktivnemu prebivalstvu.«

Ob dvigovanju starostne dobe se pričakuje tudi dvigovanje starostne dobe upokojevanja, navaja Macuh (2017, str. 33). V prihodnje se bomo morali bolj posvečati izkušnjam starejših, ki bi lahko mladim ob vključevanju na njihova (nova) delovna mesta bili izvrstni mentorji, s tem pa bi hkrati vsaj neko obdobje še lahko starejšim v tem okviru zagotavljali boljše ekonomske pogoje za življenje ob prehodu v tretje življenjsko obdobje.

1.4 Demografski vidik staranja

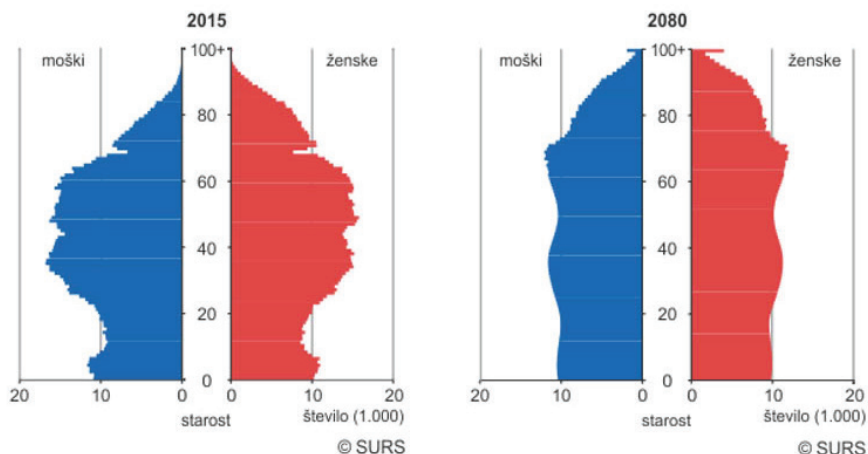
Na staranje je treba pripraviti tako posameznike kot tudi družbo. Današnje demografsko stanje v Sloveniji, kot navaja Ramovš (2013, str. 538), je prikazano kot »niz demografskih problemov, nalog ali izzivov, med njimi tudi prenapetost srednje generacije v upokojitev, večanje potreb po oskrbi onemoglih ljudi, premajhno medsebojno poznavanje med mlado, srednjo in upokojsko generacijo, preobremenjenost družine pri oskrbi onemoglih družinskih članov ter prešibko doživljanje vrednosti in smisla starosti v današnji kulturi.«

V zvezi z navedenim se tako Evropa kot tudi naša država soočata z demografskimi spremembami (Strategija varstva starejših, 2005). Te napovedujejo naraščanje števila starejših prebivalcev (zlasti najstarejših), razpadanje medgeneracijske povezanosti in nevarnost, da zakrni medgeneracijska solidarnost in začnejo upadati običajne družinske vloge, kakor tudi poklici, ki bi skrbeli za starostnike.

Demografske posledice staranja prebivalstva izvirajo (Malačič, 2008, str. 795) iz prepletenosti demografskih procesov in struktur. Slednje so posledica dolgotrajnega tudi večstoletnega delovanja rodnosti, smrtnosti in migracij. Hkrati pa bodo sedanje strukture prebivalstva, in med njimi starostna še prav posebej, zelo dolgo v prihodnosti določale mnoge značilnosti demografskih procesov. Starostna struktura prebivalstva v veliki meri določa starostno strukturo umrlih. V starih prebivalstvih se povečuje starost ob dedovanju. Zaradi manjše mobilnosti starejših je velik neposreden vpliv starostne strukture na migracije. Starejši ljudje se manj odločajo zanje. To pa ne pomeni nujno, da je zato migracij manj, saj lahko pride do posrednega vpliva staranja prebivalstva na migracije. Pomanjkanje mladih ljudi v takih primerih preprosto privlači mlade priseljence od drugod. Pomembna demografska posledica staranja je sprememba razmerij med starostnimi kontingenti prebivalstva. Razmerja med otroki in mladino, zrelim in starim prebivalstvom se morajo ohranjati v širše sprejemljivih okvirih. Če se ta razmerja porušijo, se družba znajde v resni demografski krizi (prav tam, ista stran).

V naslednjih 65 letih naj bi se zelo spremenila starostna sestava prebivalstva Slovenije. Leta 2015 so starejši (tj. osebe, stare 65 ali več let) predstavljali 17,9 % prebivalstva, leta 2057 naj bi bilo v tej starostni skupini skoraj 31 % prebivalcev Slovenije, leta 2080 pa nekaj manj kot 29 % (<http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6584>).

Graf 1: Prebivalci po starosti in spolu, Projekcije prebivalstva za Slovenijo 2015



Vir: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6584>.

Demografska podoba prebivalstva v Sloveniji kaže, da bo potrebno starostnikom v prihodnje posvetiti veliko več pozornosti, kot so je bili deležni doslej, ne zgolj na področju institucionalne, temveč tudi izveninstitucionalne oskrbe. Starostnikov v tretjem in četrtem življenjskem obdobju je in bo vedno več, zato bo tudi odnos do njih in sobivanje z njimi pomemben sestavni del družbenega dogajanja. V tem okviru bo vse pomembnejše medgeneracijsko sodelovanje in prostovoljstvo. Še pomembnejšo vlogo kot doslej pa bodo morali odigrati predvsem svojci (družina).

1.5 Zdravstveni vidik staranja

Milavec Kapun (2011, str. 28) v povezavi z zdravstvenim vidikom staranja navaja, podobno kot mi, da »je staranje fiziološki proces, ki ga ne moremo preprečiti, lahko pa ga upočasnimo, predvsem z odstranjevanjem dejavnikov, ki povzročajo bolezensko staranje oziroma dejavnikov, ki vplivajo na pospešeno staranje.« Strinjamo se z avtorico, da »cilj prizadevanj za upočasnitev staranja ne sme biti zgolj podaljševanje življenja, temveč mora biti poudarek na njegovi kakovosti, saj je ta še kako odvisna od duševnih in telesnih funkcij, ki jih poslabšujejo kronične bolezni in s tem onemogočajo kakovostno staranje. Z upadanjem teh funkcij se povečuje odvisnost starostnika od okolice, ob tem pa je pomembno njegovo socialno delovanje in stanje. Starostniki potrebujejo več zdravstvene preventivne in kurativne obravnave. Zaradi bioloških, psiholoških in socialnih značilnosti starejši niso vedno aktivni, samostojni pacienti, temveč potrebujejo več angažiranja in podpore celotnega zdravstvenega tima: večkratne ponovitve navodil, več usmerjanja in motivacije, več časa za obravnavo zaradi počasnosti, pogoste obiske, multimorbidnost, nadomeščanje socialnih stikov z obiski zdravstvenih institucij, intenzivno se je treba povezovati s svojci in socialno mrežo, ki zagotavlja terapevtski program in obvladovanje kroničnih bolezni.« (Milavec Kapun, 2011, str. 28–29)

Zdravje je najpomembnejša človekova vrednota, ki ima toliko bolj pomembno vlogo, ko človek ostari. Ker staranja ne moremo preprečiti, lahko upočasnimo nekatere dejavnike, ki vplivajo na zdravstveno stanje starostnikov. Ob preventivi, sprotnih zdravstvenih pregledih in odpravljanju zdravstvenih težav (z vidom, s sluhom, hojo, z motnjami prehranjevanja, spanja) imajo starostniki veliko manj težav, z boljšim počutjem pa je tudi njihov osebni pogled na življenje, navkljub letom, v tretjem in četrtem življenjskem obdobju, bolj optimističen.

Za Pomurje in tudi nasploh za Slovenijo je značilno, da starejši v svojem domačem okolju lahko funkcionirajo s pomočjo pomembnih deležnikov (v skrbi za njihovo zdravje) pri urejanju stanovanj (čiščenje, košnja, občasna opravila pri hiši), pripravi oziroma prinašanju hrane, pri nakupih v trgovini, občasnih prevozih po opravkih (k zdravniku, v banko, na občino itd.), občasno pri osebni negi, negi in pri oskrbi na domu itd.

Priprava in razvoz hrane je storitev, ki se je med starejšimi v zadnjih letih že kar uveljavila. Za to dejavnost, ki vsekakor pripomore tudi k izboljšanju osebnega zdravja starostnikov (kakovostna prehrana, dostava na dom, pomoč pri postrežbi) skrbita EHO Podpornica in Škofijska Karitas Murska Sobota. Hkrati pa za starostnike poskrbijo z dostavo življenjskih potrebščin na dom, za prevoze (zdravniški pregledi, obisk bolnišnice), pomembna pa je tudi dejavnost humanitarnih in stanovskih društev za pomoč ljudem na terenu. Izvajajo pomoč na domu in druge oblike pomoči (skupine za samopomoč, Slovensko društvo Hospic), vzpostavljena pa je tudi mreža medgeneracijskih programov (http://www.zdus-zveza.si/docs/NAZDRAVJE/Ponudba_storitev_za_oskrbo_starejsih_v_Pomurju.pdf).

V nadaljevanju predstavljamo raziskavo, ki smo jo opravili zgolj med starostniki v tretjem in četrtem življenjskem obdobju v domovih za starejše v Pomurju.

Za raziskavo, ki sledi, smo si zadali naslednje hipoteze:

H1: Zdravstveno stanje je ključna dispozicijska ovira pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje.

Iz te hipoteze smo izpeljali naslednji podhipotezi:

H1.1, s katero smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v zdravju in drugih dejavnikih, ki vplivajo na vključevanje anketiranih starostnikov v vseživljenjsko učenje in

H1.2, s katero smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v zdravju anketiranih glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje.

2 Metode

Uporabili smo deskriptivno analizo in kavzalno-eksperimentalno metodo empiričnega pedagoškega raziskovanja.

V raziskavo, kjer smo ugotavljali, ali je zdravstveno stanje ena od ključnih ovir oskrbovancev, smo vključili starejše od 65 let v pomurskih domovih za starejše. Raziskovani vzorec je zajel 390 izmed 906 starejših. V nadaljevanju navajamo domove za starejše, kjer smo izvedli raziskavo in število anketiranih starejših po posameznih domovih glede na število bivaajočih v domovih za starejše:

- Dom starejših Rakičan (94 anketiranih od 255 bivaajočih (v nadaljevanju zgolj številčni prikaz)),
- Dom starejših Rakičan – Enota Sv. Elizabeta Rogašovci (15 od 35),
- Dom starejših Rakičan – enota Murska Sobota (35 od 66),
- Dom starejših Lendava (63 od 165),
- Zavod Sv. Cirila in Metoda Beltinci (30 od 60),
- Dom starejših Občanov Gornja Radgona (75 od 122),
- DOSOR – Dom starejših Radenci (59 od 142) in
- Dom Danijela Halasa Velika Polana (19 od 61).

Podatke za potrebe raziskave smo zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je vseboval 13 vprašanj, od tega 5 vprašanj zaprtega tipa, ki vključujejo vprašanja o objektivnih dejstvih (spol, starost, status, čas bivanja v domu za starejše, financiranje bivanja v domu za starejše). Vprašalnik je vseboval 6 ocenjevalnih lestvic, pri čemer so anketiranci na številčni skali od 1 do 5 ocenjevali pogostost pojava (ena pomeni najnižjo, 5 pa najvišjo). Pri šestem vprašanju nas je zanimalo, koliko jih predvsem zdravje ovira pri vključevanju v različne aktivnosti vseživljenjskega učenja v domovih za starejše.

3 Rezultati in razprava

S *H1.1* smo najprej predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike med zdravjem in drugimi dejavniki, ki ovirajo vključevanje anketiranih starostnikov v vse-

življenjsko učenje. Pri preverjanju te hipoteze smo uporabili t-preizkus za odvisne vzorce. Pri tem smo zajeli naslednje pare spremenljivk:

- slabo zdravje in
- ostale ovire pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje.

Spremenljivko »ostale ovire pri vključevanju starostnikov« smo pripravili tako, da smo združili spremenljivke: finančno stanje, otroci mi ne dovolijo, slaba organizacija vseživljenjskega učenja, premalo predznanja, infrastruktura, cena vseživljenjskega učenja in plačljivost.

Tabela 1: T-preizkus za odvisne vzorce med paroma spremenljivk slabo zdravje in ostale ovire pri vključevanju anketiranih starostnikov v vseživljenjsko učenje v domu za starejše

		Deskriptivne statistike			Korelacije		T-preizkus za odvisne vzorce			
		M	n	s	Korelacija		Razlika M	t	g	2P
Par 1	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,333	0,001	1,066	19,257	388	0,001
	Druge ovire pri vključevanju v vseživljenjsko učenje	2,77	389	0,752						

M = aritmetična sredina oz. povprečna vrednost

N = velikost vzorca

s = standardni odklon (signifikanca)

t = t-statistika

g = pogostostna stopnja

2P = signifikanca oz. statistična značilnost

Iz tabele 1 izhaja, da je razlika med paroma znašala 1,066 enot. Vrednost odklona znaša 0,000 ($p < 0,05$), kar pomeni, da je razlika v ocenah statistično značilna. Korelacija 0,333 prikazuje, da gre za nizko pozitivno povezanost, ki pa je, kot kaže $p < 0,05$, statistično pomembna. Kaže torej na to, da sta spremenljivki povezani. Tisti starostniki, ki ocenjujejo slabo zdravje kot oviro pri vseživljenjskem učenju, tako ocenjujejo tudi druge ovire.

Rezultati kažejo, da so anketirani slabo zdravje kot oviro ocenili povprečno s 3,84. To pomeni, da jim predstavlja to višjo oviro kot ostali dejavniki, kjer je povprečna ocena znašala 2,77. V domu za starejše se veliko starostnikov sooča z zdravstvenimi težavami. Te jim najpogosteje onemogočajo sodelovanje v aktivnostih vseživljenjskega učenja. Ostale ovire so se jim zdele premostljive oziroma sprejemljive.

Razvidna je statistično značilna korelacija med slabim zdravjem in vključevanjem v vseživljenjsko učenje, iz česar lahko povzamemo, da se s slabšanjem zdravja starostnikov povečuje njihova odvisnost od okolice. Čim starejši je starostnik, več je zdravstvenih ovir (pešajo mu čutila, telesna moč, ima osteoporozo, razne kronične bolezni, akutna obolenja idr.), ki mu onemogočajo aktivno vključevanje v vseživljenjsko učenje. Peša mu tudi spomin, pada mu interes in motivacija za učenje, zelo pogosto se pojavlja demenca, beg v osamo itd. S tem se zmanjšuje tudi zmožnost za aktivno vključevanje v vseživljenjsko učenje. V povezavi z zdravstvenim vidikom staranja Milavec Kapun (2011) ugotavlja, podobno kot mi, da lahko staranje sicer upočasnimo, predvsem z odstranjevanjem dejavnikov, ki povzročajo bolezensko staranje, oziroma

dejavnikov, ki vplivajo na pospešeno staranje. Poudarek mora biti na kakovostnem staranju, ki je odvisno od duševnih in telesnih funkcij, te pa še poslabšujejo kronične bolezni. Z upadanjem teh funkcij se povečuje odvisnost starostnika od okolice, potrebuje več zdravstvene preventive in kurative.

Izvedli smo tudi t-preizkus, pri čemer smo primerjali vsako izmed ovir pri vključevanju anketiranih v vseživljenjsko učenje s slabim zdravjem kot oviro pri vključevanju v vseživljenjsko učenje. Pri tem smo uporabili naslednje pare spremenljivk: slabo zdravje, finančno stanje (V10. 2); slabo zdravje, otroci mi ne dovolijo (V10. 3); slabo zdravje, slaba organizacija izobraževanja (V10. 4); slabo zdravje, premalo predznanja (V10. 5); slabo zdravje, infrastruktura (V10. 6); slabo zdravje, cena izobraževanja (V10. 7); slabo zdravje, plačljivost (V10. 8).

V tabeli 2 predstavljamo deskriptivno statistiko parov spremenljivk med »slabim zdravjem« in ostalimi zgoraj navedenimi spremenljivkami.

Tabela 2: Preizkus parnih vzorcev

		Deskriptivna statistika			Korelacije		T-preizkus za odvisne vzorce			
		M	N	s	Korelacija	Statistična značilnost	Razlika M	t	g	2P
Par 1	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,441	0,001	0,378	6,12	388	0,001
	Finančno stanje (10.2)	3,46	389	1,213						
Par 2	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,025	0,626	2,28	34,11	388	0,001
	10.3 Otroci mi ne dovolijo	1,56	389	0,783						
Par 3	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	-0,001	0,980	1,481	20,689	388	0,001
	10.4 Slaba organizacija izobraževanja	2,36	389	0,907						
Par 4	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,192	0,001	0,704	9,804	388	0,001
	10.5 Premalo predznanja	3,13	389	1,148						
Par 5	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,204	0,001	1,221	17,892	388	0,001
	10.6 Infrastruktura	2,62	389	1,053						
Par 6	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,301	0,001	0,792	11,353	388	0,001
	Cena izobraževanja (10.7)	3,05	389	1,236						
Par 7	Slabo zdravje	3,84	389	1,08	0,312	0,001	0,607	8,683	388	0,001
	Plačljivost (10.8)	3,23	389	1,257						

M = aritmetična sredina oz. povprečna vrednost

N = velikost vzorca

s = standardni odklon (signifikanca)

t = t- statistika

g = pogostostna stopnja

2P = signifikanca oz. statistična značilnost

Iz rezultatov (tabela 2) izhaja, da lahko za vseh sedem parov ugotovimo, da so se anketirani starostniki strinjali s tem, da je slabo zdravje največja ovira pri vključeva-

nju v vseživljenjsko učenje, saj lahko vidimo, da so povprečne ocene te spremenljivke v vseh parih višje. Rezultati kažejo, da je slabo zdravje višja ovira, kot so naslednje ovire: finančno stanje, otroci starostnikom ne dovolijo vključevanja v vseživljenjsko učenje, slaba organizacija izobraževanja, premalo predznanja, infrastruktura, cena izobraževanja in plačljivost.

Iz rezultatov je razvidno, da obstaja najmočnejša korelacija med »slabim zdravjem« in »finančnim stanjem« ($r = 0,441$) anketiranih. To je pričakovan rezultat. Kljub dobremu finančnemu stanju se starostniki zaradi slabega zdravja ne morejo vključevati v vseživljenjsko učenje. Zanimiva je tudi korelacija med spremenljivko »slabo zdravje« in »plačljivost« ($r = 0,312$), ki pokaže, da bi se starostniki vključevali v aktivnosti vseživljenjskega učenja, čeprav bi jih morali plačati, če bi jim to zdravje dopuščalo. Tudi »slabo zdravje« v odnosu do »cene izobraževanja« ($r = 0,301$) je zelo blizu prvima dvema primeroma korelacij. Ugotavljamo, da korelacija z vsem, kar je povezano z ekonomskim stanjem starostnikov, pokaže, da je za starostnike v tretjem, predvsem pa v četrtem življenjskem obdobju najpomembnejše zdravje. Če bi bili zdravi, bi (se) najverjetneje vključevali v vseživljenjsko učenje v domu za starejše. Najnižja korelacija pa je med spremenljivkama »slabo zdravje« in »slaba organizacija izobraževanja« ($r = -0,001$). Izraža, da tukaj ni nikakršne korelacije, kar pomeni, da starostnikov s slabim zdravjem ne zanima, kako poteka vseživljenjsko učenje in s tem posledično organizacija le-tega. Pri šestih parih, od skupno sedmih, so korelacije pozitivne. Korelacija je negativna edino med parom spremenljivk »slabo zdravje« in »slaba organizacija izobraževanja«. Korelacije pri vseh sedmih parih spremenljivk so bile statistično značilne ($p < 0,05$).

Najvišja razlika med paroma spremenljivk je pri paru 2 (slabo zdravje in otroci mi ne dovolijo), ki znaša 2,280, pri čemer je za to vrednost ocena višja pri dejavniku slabo zdravje. Najnižja razlika med paroma spremenljivk je pri paru 1 (slabo zdravje in finančno stanje), kjer je razlika znašala 0,378 enot, pri čemer je ocena višja pri strinjanju s slabim zdravjem. Za zdravo in aktivno življenje je psihofizična kondicija nepogrešljiva (DSO Kočevje, 2016). Verjetno si zaradi tega želi vsak posameznik dobro telesno in duševno zdravje tudi v pozni starosti. Ohranjanje zdravja prispeva k pozitivni samopodobi starostnika, zato je fizioterapija pomemben del v celostni obravnavi starostnika v domu za starejše. Zdravje je nepogrešljiv dejavnik udeležbe pri vseživljenjskem učenju, zato starostniki ne navajajo, da jim otroci ne bi dovoljevali vseživljenjskega učenja. Slednji se najverjetneje zavedajo, da njihova dolžnost preživljanja staršev izhaja iz Zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (2004), ki v prvem odstavku 124. člena določa, da je polnoletni otrok dolžan po svojih zmognostih preživljati svoje starše, če ti nimajo dovolj sredstev za življenje in si jih ne morejo pridobiti. To velja tudi za bivanje v domu za starejše in posledično za plačljive aktivnosti. Dolžnost preživljanja staršev in plačila oskrbe v domu za starejše torej tako pade (tudi) na ramena odraslih otrok.

Vrednost statistične značilnosti znaša pri vseh parih 0,001 ($p < 0,05$), iz česar izhaja, da so razlike v oceni zdravja in drugih dejavnikov kot ovir pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje pri vseh parih spremenljivk statistično značilne.

Na podlagi dobljenih rezultatov ugotavljamo, da je H1.1, s katero smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja in drugih dejavnikov vključevanja anketiranih starostnikov v vseživljenjsko učenje, potrjena. To pomeni, da je zdravje največja ovira starostnikov pri vključevanju v vseživljenjsko učenje, zato je še toliko bolj pomemben Koncept okoljsko podprtega življenja (Reissner, 2012), ki med drugim vsebuje podporo pri ohranjanju zdravja in funkcionalnih sposobnosti starejših ljudi.

Razlike med parnimi vzorci v povprečnih ocenah med dejavniki so statistično značilne pri vseh parih spremenljivk.

Na podlagi tega smo preverili H1.1, s katero smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja anketiranih glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje.

Pri preverjanju hipoteze H1.2 smo izvedli t-preizkus neodvisnih spremenljivk, pri čemer smo uporabili spremenljivki (V9): ocena zdravja, pogostost vključevanja v vseživljenjsko učenje v domu.

Pri tem smo spremenljivko »pogostost vključevanja v vseživljenjsko učenje« preoblikovali tako, da smo namesto prvotnih štirih razredov pripravili dva razreda, in sicer: nikoli in nekajkrat letno, mesečno in pogosteje.

Najprej prikazujemo tabelo s stopnjami.

Tabela 3: Povprečne stopnje pri oceni zdravja anketiranih starostnikov glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje v domu za starejše

	<i>Pogostost vključevanja v vseživljenjsko učenje v domu za starejše</i>	<i>N</i>	<i>Povprečna stopnja</i>	<i>Statistična značilnost</i>
Slabo zdravje	Nikoli in nekajkrat letno	212	212,35	0,000
	Mesečno in pogosteje	177	174,22	
	Skupaj	389		

N = velikost vzorca

Rezultati kažejo, da so anketirani, ki so navedli, da se nikoli in nekajkrat letno vključujejo v vseživljenjsko učenje v domu, povprečno višje ocenili oviro zaradi slabega zdravja. Tisti anektirani, ki pa se mesečno in pogosteje vključujejo v vseživljenjsko učenje v domu za starejše, pa so stopnje povprečno nižje ocenili. Iz tega izhaja, da se starostniki, ki so slabšega zdravja, manj pogosto vključujejo v vseživljenjsko učenje v domu.

Na podlagi dobljenih rezultatov ugotavljamo, da je H1.2, s katero smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja glede na pogostost vključevanja anketiranih v vseživljenjsko učenje – potrjena.

Rezultati niso presenetljivi, saj je razumljivo, da zdravstveno stanje starostnikov v tretjem in četrtem življenjskem obdobju vpliva na pogostost vključevanja v vse-

življenjsko učenje, kar potrjuje tudi Cross (1981), ko piše, da morajo starostniki za vključevanje v vseživljenjsko učenje premagati različne situacijske ovire, kamor sodijo tudi zdravstvene težave.

Enako kot mi meni tudi Radovan (2012, str. 77), ki ugotavlja, da predvsem »raziskovanje ovir veliko prispeva k razumevanju tega, zakaj se odrasli (v našem primeru starostniki) ne vključujejo v izobraževanje (v našem primeru v vseživljenjsko učenje). Obstajajo določene omejitve, ki jih je treba omeniti. Najprej je treba opozoriti na to, da vse raziskovanje ovir temelji na percepcijah posameznika, kaj ga ovira. Zelo verjetno je, da ga ovirajo tudi nekateri dejavniki, ki se jih niti ne zaveda – ker se jih ne zaveda, pa zanj ne obstajajo. Prav tako je zelo verjetno, da so ljudje pri naštevanju ovir nekoliko pristranski in navajajo tiste dejavnike za izobraževalno neaktivnost, ki so družbeno sprejemljivi. Najpogostejše ovire, kot so stroški ali čas, je zato treba jemati z določeno mero skepticizma. Gre torej za premik od proučevanja bolj zunanjih (barriers) k proučevanju notranjih ovir (deterrents). Čeprav sta v angleščini ta dva pojma v bistvu sopomenki, so med njima določene subtilne razlike. Pri proučevanju s poudarkom na »zunanjih ovirah« se išče dejavnike, ki ovirajo sicer že motivirane odrasle – take, ki bi se izobraževanja radi udeležili. Drugi koncept pa zajema odrasle, ki se izobraževanja niti ne želijo udeležiti, in vključuje tudi notranje – motivacijske dejavnike. V tem smislu lahko torej nekoga ovirajo tudi negativna stališča do izobraževanja, učiteljev ali sebe in se ta odnos odraža tudi pri interpretaciji zunanjih okoliščin in možnosti vključevanja v izobraževanje (npr. čas kot osebna prioriteta, nepomembnost in nekoristnost izobraževanja).«

Med starostniki, ki smo jih obravnavali, je veliko takšnih, ki se srečujejo z ovirami tudi in predvsem v domu za starejše. V teh pa je, vsaj kar se tiče situacijskih ovir, dobro poskrbljeno.

Če sklenemo, lahko ugotovimo naslednje:

H1, s katero smo ugotavljali, ali je zdravstveno stanje ključna dispozicijska ovira pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje, je delno potrjena. H1.1, v kateri smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja in drugih dejavnikov vključevanja starostnikov v vseživljenjsko učenje, je potrjena. H1.2, kjer smo predvidevali, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja anketiranih starostnikov glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje, je prav tako potrjena.

V raziskavi smo se osredotočali predvsem na zdravstveno stanje kot ključno dispozicijsko oviro pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje. Ugotovili smo, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja in drugih dejavnikov kot ovir pri vključevanju starostnikov v vseživljenjsko učenje v domovih za starejše. Potrdili smo tudi, da obstajajo statistično značilne razlike v oceni zdravja anketiranih starostnikov glede na pogostost njihovega vključevanja v vseživljenjsko učenje.

Iz rezultatov je razvidna statistično značilna korelacija med slabim zdravjem in vključevanjem v vseživljenjsko učenje, iz česar lahko povzamemo, da se s slabšanjem zdravja starostnika povečuje njegova odvisnost od okolice. Čim starejši je, več

je zdravstvenih ovir (pešajo mu čutila, telesna moč, ima osteoporozo, razne kronične bolezni, akutna obolenja idr.), ki mu onemogočajo aktivno vključevanje v vseživljenjsko učenje. Peša mu tudi spomin, upada mu interes in motivacija za učenje, zelo pogosto se pojavlja demenca, beg v osamo itd. S tem se zmanjšuje zmožnost za aktivno vključevanje v vseživljenjsko učenje.

Anketirani starostniki so ocenili, da je slabo zdravje največja ovira pri vključevanju v vseživljenjsko učenje, da je slabo zdravje višja ovira, kot so: finančno stanje, otroci starostnikom ne dovolijo vključevanja v vseživljenjsko učenje, slaba organizacija izobraževanja, premalo predznanja, infrastruktura, cena izobraževanja in plačljivost, in navedli, da se nikoli ali samo nekajkrat letno vključujejo v vseživljenjsko učenje v domu, pogosteje so navajali slabo zdravje kot razlog za to.

Podobno celovito gerontološko-medgeneracijsko raziskavo v Sloveniji je opravil tudi Inštitut Antona Trstenjaka leta 2008 z naslovom Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji, starih 50 let in več, na področju zdravja in socialnega funkcioniranja.

Populacija raziskave so bili prebivalci Slovenije, ki so bili 1. maja 2009 stari 50 let in več, torej rojeni pred letom 1960. Njihov načrtovani reprezentativni vzorec po starosti, spolu in statističnih pokrajinah, ki ga je pripravil Statistični urad RS, je štel 1800 ljudi, in predstavlja skoraj 750.000 prebivalcev Slovenije te starosti. Pri izvedbi raziskave so pridobili 1047 veljavno izpolnjenih anket (Ramovš, 2011). Raziskava je bila pripravljena tako, da so rezultati raziskave primerljivi z velikimi mednarodnimi raziskavami na tem področju.

Izhodišče za izbiro raziskovalne vsebine so bile potrebe, zmožnosti in možnosti ljudi, kakor jih doživljajo sami v današnjih življenjskih razmerah, ter njihova stališča do zdravstva, socialne oskrbe v onemoglosti, sožitja, njihovih socialnih mrež in drugih stvari, ki so pomembne za kakovostno staranje in krepitev medgeneracijske solidarnosti.

Na osnovi teh izhodišč je imela raziskava naslednje cilje (Ramovš, 2011):

1. ugotoviti socialne in zdravstvene potrebe, ki jih čutijo prebivalci Slovenije, stari 50 let in več;
2. ugotoviti njihove zmožnosti na področju krepitev vseh razsežnosti osebnega zdravja in socialne blaginje, še posebej medgeneracijskega sožitja z mlajšima generacijama;
3. ugotoviti njihova stališča in pričakovanja do zdravstvenih in socialnih storitev ter javnih služb na tem področju (Ramovš, 2011).

Čeprav raziskava ni bila opravljena med starostniki v domovih za starejše in tudi ne zgolj med starostniki v tretjem in četrtem življenjskem obdobju, je vseeno prikazala socialne in zdravstvene potrebe starostnikov (potencialnih uporabnikov institucionalne oskrbe v prihodnjem tretjem in četrtem življenjskem obdobju), njihove možnosti na področju krepitev osebnega zdravja in pričakovanja glede zdravstvenih storitev. Mi pa smo z odgovori anketiranih starostnikov prišli do ugotovitve, kako zdravje pomembno vpliva na njihovo vključevanje v aktivnosti (vseživljenjsko učenje), ki jih organizirajo

v domovih za starejše. Odgovori so tako dober napotek strokovnim službam, izvajalcem aktivnosti in tudi svojcem starostnikov, ki lahko na osnovi rezultatov razmislijo o tem, kako pripraviti (še) bolj kakovostne dejavnosti, primerne starostnikom glede na njihovo zdravstveno stanje ter jim s tem (še) bolj približali kakovosten način življenja, ki je zelo pomemben za to starostno obdobje.

Ugotavljamo, da imajo domovi za izboljšanje stanja na tem področju vključevanja starostnikov v vseživljenjsko učenje, navkljub različnim zmožnostim glede na zdravstveno stanje posameznikov, še veliko možnosti za izboljšanje pogojev na področju krepitve zdravlja starostnikov.

Bojan Macuh, PhD

The Importance of Health in Integrating Older People into Lifelong Learning in Nursing Homes

Old age is an integral part of the process of aging and depends on how an individual accepts it. This is further dependent on one's way of life; care for a healthy lifestyle and for quality perception of oneself in the process of aging. It is thus not surprising that authors share common definitions of the concept of old age, nor that authors regard the perception of old age and care for one's health in the old age identically or similarly. Life expectancy is rising. Societies, including the Slovenian society, will have to accept the fact that older people in their third and fourth life periods are still vital, full of energy and have a lot of knowledge, competences and skills.

Contemporary society is aging at an increasing rate. This problem has not been dealt with in the past, however, the present situation calls for provisions for the aging societies in the future. We live in times in which the old age is prolonged. Older people increasingly spend their third and fourth life periods in nursing homes, sheltered housing complexes and other care facilities for older people. Their daily cycles and habits thus have to adapt to the institutions in which they are accommodated. Their relatives see them only at visits and occasional socialising events organised by the institutions. For a more high-quality aging, not only in the material and organisational sense, there is a need to provide for the inclusion of older people particularly in the scope of lifelong learning, which is increasingly becoming a feature of every individual, including adults in their third and fourth life periods. We were interested in how aspects of health affect the inclusion of older people within activities organised in the framework of their institutional care in nursing homes.

Society will have to find solutions (a new health and pension reform) for priority solving of problems brought about by increasingly higher standards of living and higher life expectancy as well as better health of older people. Despite the fact that pension reforms continuously prolong the employment period and shorten the period

of retirement, the retired individuals remain a societal burden with which Slovenia and other European nations have to deal with.

For a high-quality life of older people their health condition is crucial regardless of whether they live at home with their families or in nursing homes. Nothing is possible if the most important factor, i.e. health requirements for their active participation in lifelong learning programs are not met. Physical (functional) and psychological health as well as personal psychical well-being should be pointed out in this regard. For a successful treatment of deficits related to these conditions (impaired hearing and sight problems and motoric disability) personal satisfaction, well-being, good relations with relatives, co-residents and care staff are very important, however, particularly important is maintaining high-quality life in the old age. Individuals think about and prepare for the old age even before retirement as life after reaching the age of 65 or in the third and fourth life period presents novel challenges for coping with entirely different lifestyle than before.

The data for the present research were collected through the use of a survey questionnaire which included questions of the closed-end type with questions of objective facts about the respondents (gender, age, status, duration of residency in the nursing home, financing of residency in the nursing home). The sixth question asked the respondents to what degree do certain (particularly health) conditions affect their inclusion in different activities in the nursing home. The research with which we intended to determine whether the health condition is one of the key obstacles for the residents in nursing homes was carried out in nursing homes in the Pomurje region with residents older than 65 years. The research sample included 390 residents from the population of 906 residents.

Research was carried out in different (public and private) nursing homes in the Pomurje region. In the case of two nursing homes, our research request was not granted. We argue that the research results are still relevant, as according to their health condition (motoric, hearing and sight disability, different forms of dementia etc.) a sufficient number of respondents were acquired. Research was carried out in the following nursing homes: Rakičan (94 respondents of 255 residents), Rakičan – St. Elizabeth Rogašovci unit (15 respondents of 35 residents), Rakičan – Murska Sobota unit (35 respondents of 66 residents), Lendava (63 respondents of 165 residents), St. Cyril and Methodius institute in Beltinci (30 respondents of 60 residents), Gornja Radgona (73 respondents of 122 residents), DOSOR – nursing home Radenci (59 respondents of 142 residents) and in Danijel Halas nursing home in Velika Polana (19 respondents of 61 residents).

The results of our research show that respondents who never or only a few times a year participate in lifelong learning programs in their nursing homes reported higher average grades of bad health conditions. However, respondents who participate in the lifelong learning programs on a monthly basis or more often, reported lower average grades of bad health conditions. This shows that older people with worse health conditions less often participate in lifelong learning programs in the nursing homes.

In the research we focused on the health condition as a key dispositional obstacle for integration of older people within lifelong learning programs. We determined that statistically significant differences exist in the estimation of health condition and other factors for the respondents. We could not confirm the existence of statistically significant differences in the estimation of health condition of respondents according to the frequency of their participation in lifelong learning programs, which we had studied. The health condition of older people is crucial for their high-quality life regardless of whether they live at home with their families or in nursing homes. Nothing is possible if the most important – health requirements for the active participation of seniors in lifelong learning programs are not met.

The society as a whole, as well as individual communities which deal with care programs for older people, care for them and their age-appropriate lifestyle. Comprehensive care programs for older people are: all-day care homes, caretaker families, day care and home communities. Of no less importance are self-help groups, intergenerational meeting groups as well as pensioner societies, which with their activities in respective communities help facilitate a pleasant and active lifestyle of older people.

Due to population aging, every developed society needs to consider how to prepare people for life after reaching the age of 65, or how to enable a high-quality lifestyle for them after reaching the end of their employment period. Due to the fact that many people after this age decide to live in nursing homes, we intended to determine what are the characteristics of lifestyle in institutional care. For many, residing in nursing homes represents a possibility for high-quality life as they provide all necessary services and activities, which cannot be received in their primary family environment. A high-quality lifestyle of residents in nursing homes is, however, not only dependent on the home's services supply but is also dependent on many factors, in our case particularly the factors related to health condition, but socio-economic, cultural, physical and personal factors are also worth mentioning here.

After reaching the age of 65 (at retirement or later) people meet new challenges which influence their lifestyle to a large degree. Besides health, which significantly affects their lifestyle in the third and fourth life periods, the primary (family) and possibly secondary environment (nursing home) is also important.

The number of the so-called young-old people just after reaching the age of 65 is increasing; they are full of energy and set different priorities for their retirement age: traveling around the world, active preoccupation with sport (hiking, yoga, fitness, biking, etc.), hobbies (painting, weaving), cultural activities (folklore, choirs, theatrical groups), language learning, etc. They may gradually lose their personal everyday employment, working roles, and roles in their expanded families, but increasingly become independent in their old (at home) and new (nursing home) living environments.

With the development of medicine, people in their third and fourth life periods are increasingly coping with problems and obstacles, particularly situational obstacles, which originate from their current condition. The first priority of older people is to

overcome family, financial, and of course, health problems. In the paper we focus particularly on the obstacles related to their health condition.

Health is the most important human value, which is increasing with aging of an individual. The aging process cannot be prevented, but we can decelerate some factors, which affect the health condition. In regard to preventive measures, regular health check-ups and treatment of health problems (related to hearing, sight, walking, eating and sleeping disorders), older individuals can have much less problems; furthermore, given their secured well-being, they can achieve a more optimistic personal outlook on life in their third and fourth life period, despite their age.

The presented aspects of aging are very important for the life of older people after retirement, as they directly relate to and complement each other. If they are not healthy, they also have problems with integration into society and this may often be due to obstacles in terms of their economic possibilities.

We can conclude that health (health condition) and well-being, as well as interpersonal relations, home (family) and neighbourhood, overall active lifestyle, pre-occupation with different free-time activities, and persona independency all importantly influence the lives of people in their third and fourth life periods.

LITERATURA

1. Adlam, E., Feinmann, J., Garton, J., Hams, M. in Meredith, S. (2013). Tako mladi, kot se počutite: vodnik za aktivno življenje v zrelih letih. Ljubljana: Mladinska knjiga.
2. Bertalaníč, V. (2016). Ponudba storitev za oskrbo starejših v Pomurju. Pridobljeno s svetovnega spleta: http://www.zdus-zveza.si/docs/NAZDRAVJE/Ponudba_storitev_za_oskrbo_starejsih_v_Pomurju.pdf.
3. Canguilhem, G. (1989). The normal and the pathological, second edition. New York: Zone.
4. Cross, K. P. (1981). Adults as learners: increasing participation and facilitating learning. San Francisco: Jossey-Bass.
5. Goriup, J. in Lahe, D. (2018). Poglavlja iz socialne gerontologije. Maribor: AMEU-ECM, Alma Mater Press.
6. Macuh, B. (2017). Življenjski slog starostnikov v domovih za starejše. Maribor: Kulturni center, Frontier.
7. Malačič, J. (2008). Socialnoekonomske posledice staranja prebivalstva. XII. Kongres in 144. Skupščina slovenskega zdravniškega društva. Staranje slovenskega prebivalstva – gerontološki in geriatrični izzivi. Zdravniški vestnik, 77, str. 793–798.
8. Milavec Kapun, M. (2011). Starost in staranje. Ljubljana: Zavod IRC.
9. Pečjak, V. (2007). Psihologija staranja. Bled: Samozaložba.
10. Penger, S. in Dimovski, V. (2007). Strategija aktivnega staranja prebivalstva Slovenije s poudarkom na kakovostnem staranju in medgeneracijskem sožitju. Ljubljana: UMAR, IB revija, 1.
11. Poredoš, P. (2004). Zdravstveni problemi starostnikov. Zdravniški vestnik, 73, str. 753–756.
12. Projekcije 2015: v 2080 naj bil bilo prebivalcev Slovenije manj kot danes, delež starejših višji. Pridobljeno dne 15. 5. 2018 s svetovnega spleta: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6584>.
13. Radovan, M. (2012). Razumevanje izobraževalnih ovir z vidika modela omejenega delovanja. Sodobna pedagogika, 2, str. 70–88.
14. Ramovš, J. (2011). Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji. Predstavitev raziskave prebivalstva Slovenije, starega 50 let in več. Kakovost na starost, 14, št. 2, 3–21.

15. Ramovš, J. (2013). Staranje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
16. Reissner, A. Nove tehnologije kot pomoč starejšim. Pridobljeno dne 15. 8. 2016 s svetovnega spleta: http://www.zdus-zveza.si/docs/VSEBINE-INFORMATIKA/Nove_tehnologije_kot_pomoc_starejsim.pdf.
17. Starc, V. (1999). Novejši pogledi na biologijo staranja. Zdravniški vestnik, 68, str. 65–72.
18. Strategija varstva starejših do 2010. (2006). Pridobljeno dne 20. 5. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.mddsz.gov.si>.
19. ZZZDR. Uradni list RS. (2004). Pridobljeno dne 20. 5. 2017 s svetovnega spleta: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/49906>.
20. Žnidaršič, J. in Dimovski, V. (2006). Od koncepta zgodnjega upokojevanja k strategiji aktivnega staranja. Kakovostna starost, 9, str. 2–14.
21. Walker, A. and Hagan Henessy C. (2004). Growing older - quality of old age. Maidenhead (Berkshire, UK): McGraw-Hill Education.

Timski pristop v paliativni oskrbi – pregled literature

Prejeto 7. 4. 2018 / Sprejeto 12. 5. 2018

Znanstveni članek

UDK 616-036.8-083

KLJUČNE BESEDE: medpoklicno sodelovanje, paliativna oskrba, timski pristop

POVZETEK - Timski pristop v paliativni oskrbi je zelo pomemben. Potrebe po timski obravnavi so specifične, zato morajo biti zdravstveni delavci izjemno izkušeni in opolnomočeni s strokovnim znanjem. Namen prispevka je predstaviti znanstvene dokaze s tega področja in potrebe po izobraževanju ter prikazati najpogostejše ovire za uspešno obravnavo pacientov v paliativni oskrbi. Uporabljena je bila deskriptivna metoda zbiranja podatkov, ki temelji na pregledu znanstvenih virov. Vključitveni kriteriji pri izboru člankov so bili: starost literature, dostopnost v polnem besedilu, tipologija člankov, vsebinska ustreznost in aktualnost. Z vsebinsko analizo smo pridobili temeljna izhodišča za razumevanje pomena in potreb timskega pristopa v paliativni oskrbi s poudarkom na potrebnem izobraževanju zdravstvenih delavcev ter se soočili z ovirami, ki vplivajo na njihovo delovno uspešnost, da ne morejo zadovoljiti vseh potreb neozdravljivo bolnih in umirajočih.

Received 7. 4. 2018 / Accepted 12. 5. 2018

Scientific article

UDC 616-036.8-083

KEY WORDS: interprofessional collaboration, palliative care, team approach

ABSTRACT – Team approach in palliative care is of the utmost importance. The needs for a team treatment are specific, therefore healthcare workers need to be extremely experienced and empowered with professional knowledge in this field. The purpose of this article is to present scientific evidence from the field of team approach and education needs, and to point out the most common obstacles to the successful treatment of patients in palliative care. A review of scientific literature was based on the descriptive method. The selection of articles was made according to the following criteria: date of publication, full text accessibility, typology, contextual relevance, and topicality. The content analysis gave us fundamental starting points for understanding the meaning and needs for team approach in palliative care with an emphasis on the necessary education. We also determined the obstacles that impact the effectiveness of palliative patient care. In the implementation of palliative care, healthcare workers need to collaborate in an interprofessional manner, using the palliative approach when treating terminally ill and dying patients. Since they encounter numerous obstacles in their work, they are unable to satisfy all the needs of the terminally ill.

1 Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija definira paliativno oskrbo kot oskrbo pacientov z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih. Njen namen je izboljšati njihovo kakovost življenja s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da omogoči zgodnje odkrivanje, oceno in ustrezno obravnavo bolečine ter drugih telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih težav (World Health Organization, 2017).

Paliativna oskrba si v slovenskem prostoru na področju celostne oskrbe neozdravljivo bolnih in umirajočih počasi, a trdno utira svojo pot (Hударin Kovačič, 2017) in poudarja kakovost življenja in lajšanje fizičnega, psihosocialnega in duhovnega

trpljenja (Fink, 2016; Namara, Same, Rosenwax in Kelly, 2018). Ne vključuje samo pacienta, temveč tudi družinske člane (Best idr., 2015), ki se skupaj z neozdravljivo bolnim soočajo s številnimi problemi, stiskami in dilemami, ki so v večini primerov nepredvidljivi (Hudarin Kovačič, 2017; Zavratnik in Trontelj, 2011). Za reševanje le-teh je potreben prenos specifičnega znanja z različnih strokovnih področij, saj se le z ustreznim strokovnim timom lahko zagotovi kakovostna obravnava neozdravljivo bolnih in umirajočih (Goršak Lovšin, 2012).

Paliativni pristop je tako v laični kot strokovni javnosti dobro uveljavljen pri pacientih z diagnosticirano rakasto boleznijo. Za paciente z diagnosticirano neozdravljivo - nemaligno boleznijo pa se je izkazalo, da jih je manj kot 20 % deležnih paliativnega pristopa (Lopuh, 2014; Zheng idr., 2013). Provinciali s sodelavci (2016) ugotavlja, da narašča zavedanje o potrebi po paliativnem pristopu ne le pri onkoloških boleznih, temveč tudi pri številnih drugih, zlasti pri najpogostejših nevroloških boleznih, ki so kronične, neozdravljive in avtonomne. Namara idr. (2018) pa dodajajo, da velik izziv predstavljajo pacienti s shizofrenijo, saj so izpostavljeni tveganju, da ob koncu življenja nimajo paliativne oskrbe.

Osnovno izhodišče za razvoj paliativne zdravstvene nege je interdisciplinarni timski pristop, ki označuje sodelovanje pri odločanju in fleksibilno vodenje (Fink, 2016). Gre za sodelovanje dveh ali več poklicev pri doseganju skupnih ciljev, reševanju različnih problemov in zapletenih vprašanj. Prednosti sodelovanja so, da skupaj dosežejo več, kot lahko posamično, služijo večjim skupinam ljudi in rastejo na individualni in organizacijski ravni (Green in Johnson, 2015). S timskim pristopom in sodelovanjem različnih strokovnjakov, ki prinašajo specifično znanje in veščine, se lahko bolj učinkovito in celostno pokrijejo potrebe pacientov in njihovih družin, s tem pa se zagotavlja tudi večja kakovost njihovega življenja (Bandelj, 2013; Goršak Lovšin, 2012).

Struktura delujočega tima in obseg pomoči članov tima sta odvisna od potreb posameznega pacienta in njegovih bližnjih ter se glede na trenutno situacijo spreminjata od začetka bolezni do smrti. Sočasno se lahko spreminja tudi stopnja vpletenosti pacienta in njegovih bližnjih v funkcioniranje paliativnega tima (Ministrstvo za zdravje, 2010). Učinkovitost in uspešnost tima je močno odvisna od jasnih opredelitev odgovornosti posameznih članov, ki naj bi bili aktivni in enakopravni (Bandelj, 2013; Potisek, Poljančič, Jagodic, Čugura in Pintarić, 2011).

V interdisciplinarnem paliativnem timu sodelujejo zdravnik specialist, osebni izbrani zdravnik in trenutni zdravnik, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, magister farmacije, socialni delavec, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik, izvajalec duhovne oskrbe in prostovoljci (Ministrstvo za zdravje, 2010). Medicinska sestra ima v timu specifično vlogo, da vzpostavlja komunikacijo med pacientom in družino, čeprav se posebej ne usposablja za komunikacijo v paliativni oskrbi (Wittenberg - Lyles, Goldsmith in Ragan, 2011).

Uspešno interdisciplinarno sodelovanje je predpogoj za dobro celostno oskrbo neozdravljivo bolnih (Fink, 2016). Vsi sodelujoči morajo obvladati osnovne veščine sporazumevanja s pacienti, svojci in sodelavci. Morajo prepoznati, oceniti in obravnavati simptome neozdravljive bolezni, prepoznati tako psihične kot tudi fizične potrebe

pacienta, upoštevati etična načela in predpise, poznati klinične poti, znake in ukrepe za preprečevanje izgorelosti pri zaposlenih ter imeti dodatno specifično znanje s področja paliativne oskrbe (Bandelj, 2013; Hudarín Kovačič, 2017; Špiler, 2012).

S tem ne oskrbujemo človeka, kot bi bil le hudo obolelo fizično telo (Fink, 2016), temveč ga vključimo v celotno kontinuirano obravnavo za zadovoljitev njegovih kompleksnih potreb (De Miglio in Williams, 2012; Hudarín Kovačič, 2017; Johansen in Ervik, 2018). Žal so takšni timi in timski pristopi v našem prostoru redki (Goršak Lovšin, 2012) zaradi posebnih nalog, ki zahtevajo veliko časa in energije (Pype idr., 2013), vendar pa tako sodelovanje vodi do boljše kontinuitete zdravstvene nege, kar zaznavajo tudi uporabniki storitev (Plas idr., 2014).

Zaradi pomanjkanja časa in nedostopnosti zdravnikov, pomanjkanja zdravstvenih delavcev, vdora trga in tekmovalnosti v zdravstvu, se v njem ustvarja stresno okolje. Zaradi zahtev po višji kakovosti oskrbe, nižjih stroških ter naglih in obsežnih administrativnih spremembah je timski pristop onemogočen (De Miglio in Williams, 2012; Potisek idr., 2011), medsebojni odnosi slabi, čeprav so prav odnosi osnova za izvajanje kakovostne paliativne obravnave pacientov in njihovih svojcev (Patru, 2017).

Namen pregleda znanstvenih člankov je ugotoviti pomen timskega pristopa v paliativni oskrbi in primerjati ugotovitve o njem ter prikazati najpogostejše ovire za uspešno obravnavo pacientov. Na podlagi omenjenega raziskovalnega problema smo oblikovali dve raziskovalni vprašanji: Kakšen pristop uporabljajo zdravstveni delavci v paliativni oskrbi? ter S kakšnimi ovirami se srečujejo zdravstveni delavci pri obravnavi pacientov v paliativni oskrbi?

2 Metode

V raziskavi je bil uporabljen pregled znanstvene literature s področja timskega pristopa v paliativni oskrbi.

2.1 Metode pregleda

Pri iskanju literature je bil uporabljen jezikovni kriterij, omejili smo se na članke, objavljene v slovenščini in angleščini. Vključeni so bili le tisti, ki so bili dostopni v celotnem obsegu. V sintezo so bili uvrščeni znanstveni članki, v katerih avtorji poročajo o raziskavah s področja timskega pristopa v paliativni oskrbi ter raziskava, izvedena v sklopu magistrskega dela. Uporabljene ključne besede, povezane z Boolovim operatorjem (AND), v angleščini so bile: *interprofessional collaborative, palliative care, team approach*. Slovenska literatura je bila iskana z naslednjimi ključnimi besedami: *medpoklicno sodelovanje, paliativna oskrba, timski pristop*. Časovno obdobje objav je bilo omejeno na leta od 2010 do 2018. Iskanje literature je bilo opravljeno preko slovenske vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI in tuje podatkovne baze MEDLINE in ProQuest. Nekateri članki so bili prosto dostopni v knjižnici. Iskanje literature je potekalo od 11. do 25. marca 2018. Pri iskanju literature

smo bili časovno omejeni. Vključitveni in izključitveni kriteriji za uvrstitev člankov v pregled so prikazani v tabeli 1.

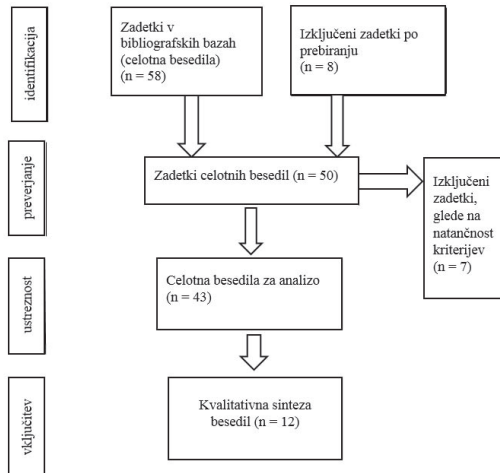
Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Kriterij	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
tim	timsko delo, timski pristop	individualni pristop
paliativna oskrba	vklučenost v obravnavo	izključenost obravnave
kraj obravnave	institucionalno varstvo, domače okolje	bolnišnično okolje
vrsta publikacij	objavljeni članki po tipologiji COBISS (izvirni in pregledni znanstveni članki)	učbeniki, nerecenzirani in poljubni članki
časovno obdobje	2010-2018	2009 in starejši
jezik	slovenski in angleški	drugi jeziki
dostop	celotna besedila	kratka poročila, opisi, povzetki

2.2 Rezultati pregleda

S specifikacijo iskalnih pojmov in različnimi kombinacijami ključnih besed z Bo-olovim operatorjem smo dobili širši nabor relevantne literature, prosto dostopne v celih besedilih, in sicer 58 v slovenščini in angleščini. Prebiranje vseh člankov je število pregledane literature omejilo na 50 enot, od tega smo jih v vsebinsko analizo in sintezo vključili 12. Potek pridobivanja relevantnih publiciranih člankov na temo pomena timskega pristopa v paliativni oskrbi je razviden na shemi 1.

Shema 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA



Vir: Sak - Dankosky idr., 2014, v Kobentar, 2014

2.3 Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Uporabljeni pristop je ponudil kakovostne izvirne in pregledne znanstvene članke z visokim številom navedenih referenc. Izborni kriteriji so temeljili na dostopnosti,

znanstvenosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti članka. Natančen pregled v vsebinsko analizo in sintezo vključenih zadetkov je prikazan v tabeli 2. Relevantni članki, ki opisujejo pomen timskega pristopa kot pomembnega dejavnika v paliativni oskrbi, so analizirani s kvalitativno metodo.

3 Rezultati

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

Tabela 2: Seznam v končno analizo vključenih raziskav

<i>Avtorji</i>	<i>Metodologija</i>	<i>Namen</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ugotovitve</i>
Davies idr. (2014)	kvalitativna raziskava	raziskati znane ovire za kakovostno paliativno oskrbo ljudi z demenco	18 izvajalcev, od tega 5 zdravnikov, 7 medicinskih sester ter 6 vodilnih direktorjev	ovire za kakovostno paliativno oskrbo ljudi z demenco
DeMiglio in Williams (2012)	kvalitativna raziskava	raziskati stališča in izkušnje članov paliativnega tima in predstaviti ovire, s katerimi se srečujejo	33 zdravnikov	Študijski programi ne omogočajo priprave zdravnikov na skrb za umirajoče paciente.
Gibbins, McCoubrie in Forbes (2011)	kvalitativna raziskava	ugotoviti vzroke novo usposobljenih zdravnikov za nepripravljenost izvajanja oskrbe ob koncu življenja	21 novo usposobljenih zdravnikov	Študijski programi ne omogočajo priprave zdravnikov na skrb za umirajoče paciente.
Grymonpre idr. (2016)	kvantitativna raziskava	ugotoviti koristi okrepitve pod mentorstvom medpoklicnega izobraževanja	29 študentov; od tega s področij: delovne terapije - 3, fizioterapije - 5, farmacije - 3, dietetike - 2, socialnega dela - 2, 1 klinični asistent in 13 s področja medicine.	zavedanje o pomenu medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja za izboljšanje zdravstvenega sistema, s pomočjo klinične prakse
Keane, Bellamy in Gott(2017)	kvalitativna raziskava	raziskati povezanost med splošno prakso in člani tima za paliativno oskrbo	35 udeležencev; od tega 11 zdravnikov, 13 medicinskih sester, 2 pedagoga, 6 menedžerjev, 3 drugi.	Razumevanje in delovanje timskega pristopa na podlagi treh ključnih tem: občutka identitete, pravil sodelovanja in vzdrževanja partnerstva

Kennedy Sheldon, Dahlin, Maingi in Sanchez (2017)	kvalitativna raziskava	preučiti timski pristop k izboljšanju paliativne oskrbe v Hondurasu	pregled literature	razvoj prilagojenega učnega programa, ki temelji na potrebah pacientov
Kobentar (2014)	kvalitativna raziskava	predstavitve znanstvenih dokazov s področja ocene bolečine pri obolelih za demenco	sistematičen pregled literature	Priporoča se, da se bolečina obravnava celostno, v kontekstu vedenjskih motenj, funkcioniranja in življenjskih pogojev.
Lamahewa idr. (2017)	kvalitativna raziskava	raziskati težave pri odločanju za strokovnjake in družinske skrbnike ob at the end of life for people with dementia.koncu življenja ljudi z demenco	10 družinskih oskrbovalcev in 24 strokovnih delavcev z znanjem in izkušnjami s področja demence.	Odločanje ob koncu življenja za ljudi z Potrebnega je več predhodnega načrtovanja, s stalnim pristopom in pogovorom se lahko poveča pripravljenost in pričakovanja družinskih oskrbovalcev.
Namara idr. (2018)	kvalitativna raziskava	obravnavati izkušnje, ki vplivajo na paliativno oskrbo ljudi s shizofrenijo	16 izkušenih zdravstvenih delavcev, ki skrbijo za ljudi s shizofrenijo: 8 medicinskih sester, 3 socialni delavci, 3 poklicni terapevti, svetovalec in psihiater.	neizpolnjene potrebe v sklopu socialnih dejavnikov, kot so stigma, izolacija in odsotnost oskrbovalca; dejavniki zdravstvenega varstva, kot so pozna diagnoza, zapoznili dostop do oskrbe
Patru (2017)	kvantitativna raziskava	preučiti pripravljenost sodelovanja zaposlenih v paliativnem timu in v njem delovati po načelih paliativne oskrbe	99 anketirancev, od tega 38 glavnih medicinskih sester, 24 diplomiranih medicinskih sester, 24 zdravstvenih tehnikov, 8 bolničarjev in 2 strežnici.	Zaposleni v socialno varstvenih zavodih izvajajo paliativno oskrbo pri tistih, ki trpijo za bolečino, pa čeprav nimajo vzpostavljenih paliativnih timov.

Peterka Novak (2016)	kvantitativna raziskava	ugotoviti mnenje udeležencev štirih strokovnih seminarjev zdravstvene nege na področju psihiatrije, s ciljem izboljšati strokovne vsebine in organizacijo	242, od tega 121 zdravstvenih tehnikov, 69 diplomiranih medicinskih sester 52 udeležencev z drugo izobrazbo (socialni delavci, delovni terapevti, pedagogi).	Pozornost je treba nameniti izobraževanju v zdravstveni negi in s tem sledenju spremembam v aktualnem okolju, ki zahtevajo vedno več raznovrstnega in interdisciplinarnega strokovnega znanja.
Pype idr. (2013)	Kvalitativna raziskava	ugotoviti dojemanje paliativne oskrbe v domačem okolju	29, od tega 12 zdravnikov, 17 strokovnih delavcev	Dejavniki, ki vplivajo na kakovost obravnave, zlasti kompetence in komunikacija, so izredno pomembni.

4 Razprava

Po pregledu literature ugotavljamo, da je v večini primerov znanje zdravstvenih delavcev, ki delajo v paliativni oskrbi, pomanjkljivo, čeprav se bomo v prihodnje zaradi vedno večjih potreb po kompleksnih obravnavah neozdravljivo bolnih in umirajočih vse pogosteje osredotočali na zagotavljanje paliativne oskrbe (Keane idr., 2017).

Pype in sodelavci (2013) poudarjajo, da je paliativna oskrba zadovoljiva, vendar zahtevna in čustveno naporna. Odnos zdravnikov in njihova stališča do paliativne oskrbe bistveno vplivajo na njeno kakovost. Zdravniki priznavajo, da specifičnost paliativne oskrbe zahteva pridobivanje znanja in izkušenj, kar potrjujejo tudi Gibbins in sodelavci (2011), ki ugotavljajo, da tega znanja ni na voljo v času študija in kliničnega usposabljanja. Bodoči zdravniki namreč opozarjajo, da ne glede na pridobljeno teoretično razumevanje, ne morejo sodelovati pri takšni oskrbi.

Raziskave (Keane idr., 2017; Lamahewa idr., 2017; Patru, 2017) potrjujejo, da je na področju paliativne oskrbe potrebnega več strokovnega usposabljanja in timskega pristopa, vendar pa samo usposabljanje ni dovolj. Lamahewa s sodelavci (2017) poudarja, da so za timski pristop v paliativni oskrbi potrebne smernice, s čimer se strinja tudi Kobentar (2014), ki dodaja, da so nacionalne smernice, enotni standardi in protokoli z dokazano najboljšimi izidi nujno potrebni, saj bodo slehernemu prizadetemu omogočili kakovostno življenje, zato Lamahewa s sodelavci (2017) apelira na uporabo enotnih in standardiziranih orodij, ki bi se lahko uporabljala kot sredstvo za vključevanje ljudi v paliativno oskrbo. Slednja bodo nudila pomoč v težkih pogovorih, ki se jim zaradi neznanja in neenotnega mišljenja zdravstveni delavci pogosto izogibajo.

Tudi De Miglio in Williams (2012) ugotavljata, da je zaradi neznanja in nepripravljenosti za takšno delo paliativna oskrba pomanjkljiva. Keane s sodelavci (2017) navaja, da do danes natančna narava timskega pristopa ni bila dobro definirana, kljub temu pa ugotovitve raziskav (Keane idr., 2017; Kennedy Sheldon idr., 2017; Patru,

2017; Pype idr., 2013) kažejo potrebo po usposabljanju za timsko delo, potrebo po sodelovanju in medsebojnemu razumevanju, komunikaciji, zaupanju in spoštovanju kot ključnih elementih uspešnega timskega pristopa. Kennedy Sheldon idr. (2017) in Namara s sodelavci (2018) navajajo, da ima timski pristop pomembno vrednost za medsebojno spoštovanje in zaupanje, za ustvarjanje globalnih partnerstev pri izboljševanju paliativne oskrbe pacientov s kompleksnimi neozdravljivimi boleznimi, ki omejujejo življenje, ter za razvijanje odnosov med izvajalci paliativne oskrbe pacientov in njihovimi družinami.

Peterka Novak (2016) navaja, da se z znanjem in poklicnim razvojem večajo sposobnosti in zmogljivosti za delo s pacientom. Izobraževanja prispevajo k strokovnemu znanju, vplivajo na produktivnost in prožnost zaposlenih, na izide zdravstvene oskrbe, kakovost obravnave, zadovoljstvo pacientov, svojcev in zaposlenih.

Pype s sodelavci (2013) in Namara idr. (2018) predstavljajo dejavnike, ki vplivajo na kakovost profesionalnega sodelovanja. V študiji ugotovljajo, da na kakovost medpoklicnega sodelovanja in kakovost skrbi za pacienta vplivajo usposobljenost članov tima in njegova sestava ter komunikacija med njimi. Poudarjajo, da mora vsak strokovni delavec imeti trdno izobraževalno podlago s področja paliativne oskrbe, s katero lahko zagotavlja visoko kakovostno delo. Grymonpre in sodelavci (2016) ugotovljajo zavedanje o pomenu medpoklicnega izobraževanja kot pogoju dobrega sodelovanja v timskem pristopu, ki obravnava izzive zdravstvene delovne sile ter optimizira zdravje in dobro počutje posameznikov in njihovih družin.

Ne glede na ovire, strah in negotovost je za večjo kakovost paliativne oskrbe potreben timski pristop (Davies idr., 2014; Pype idr., 2013). Tudi delovno okolje je treba oblikovati tako, da bo čim bolj sprejemalo novosti. Pri tem so vodje ključni dejavniki, ker oblikujejo možnosti za širjenje in uvajanje novega znanja, ki ga je treba uporabiti za ustrezno opravljanje dela in doseganje ciljev v zdravstveni negi (Peterka Novak, 2016). S dobrimi medsebojnimi odnosi, specializiranim izobraževanjem o paliativni zdravstveni negi in oskrbi, uveljavljeno politiko in postopki v zvezi z bistvenimi storitvami paliativne oskrbe medicinske sestre spodbujajo ne le svetovno kulturo (Kennedy Sheldon idr., 2017), temveč tudi pacientovo pravico, ki je zapisana v Zakonu o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah (2017).

5 Zaključek

Zdravstvo se tako pri nas kot po svetu spopada s hitrimi družbenimi spremembami, ki so posledica velikega napredka v medicini, razvoja tehnologij ter enostavnega in širokega dostopa do znanja. S strani vedno bolj zdravstveno pismenih pacientov se zato od zdravstvenih delavcev pričakuje vedno več strokovnega znanja, medsebojnega razumevanja, sodelovanja in povezovanja. Le strokovno podkrepljeni in zaupanja vredni zdravstveni delavci bodo lahko zadovoljevali potrebe in pričakovanja uporabnikov zdravstvenih storitev.

Te spremembe močno vplivajo na vse zdravstvene poklice, ki pri svojem vsakdanjem delu pridejo v stik s pacienti, zato je njihovo sodelovanje in timski pristop s porazdelitvijo vlog med različnimi poklici izrednega pomena. Ne glede na stopnjo izobrazbe je vsak posameznik strokovnjak na svojem področju. Je pomemben in enakopraven del v procesu obravnave pacienta, je del sestavljanke, ki zagotavlja zadovoljevanje in obvladovanje pacientovih potreb, še zlasti potreb neozdravljivo bolnih in umirajočih.

Zdravstveni delavci, še zlasti študentje magistrskega študijskega programa paliativne oskrbe, so pred velikim izzivom. Če bodo združili moči, prisluhnili drug drugemu, izkazali pomoč in jo tudi v pravem trenutku ponudili, bodo na uspešni poti. Znotraj zdravstvenih institucij se bodo oblikovali uspešni paliativni timi, ki bodo glede na starajočo se populacijo vedno bolj potrebni.

Ugotovitve po pregledu literature so osnova za nadaljnje raziskovanje, pri čemer pa je treba razširiti nabor ključnih besed in iskati literaturo še v drugih elektronskih virih podatkov.

Anita Bandelj, Boris Miha Kaučič, PhD, Bojana Filej, PhD

Team Approach in Palliative Care – A Literature Review

The World Health Organisation (2017) defined palliative care as the care of patients who are terminally ill as well as their family members. Palliative care is therefore intended not only for patients with diagnosed malignant diseases, but also for patients with incurable non-malignant diseases. The purpose of palliative care is to improve the quality of patients' lives, treat their pain and help them in meeting their physical, psychological, social and spiritual needs. During the time of caring for the patient and when the patient is coping with the disease, family members of the patient are also confronted with a number of problems and distress. This is accompanied by dilemmas that could not be foreseen in advance. In order to deal with all of the mentioned difficulties, several professionals who possess specific knowledge about palliative care are needed cooperating in an interprofessional manner.

The composition of the interprofessional team differs according to the needs of the respective patients and their family members. It is about the collaboration of two or more professions, i.e. the interdisciplinary team approach, which enables the holistic treatment of the patient. Accordingly, team members, who possess specific knowledge, can treat the patient and his family members more efficiently. From the beginning of the disease until death, the condition of patients in palliative care constantly changes. The effectiveness and efficiency of palliative team depends on clearly defined roles of the individual team members and their interpersonal relationships, which need to comply with all the principles of teamwork. The composition of the interdisciplinary team varies from case to case, and includes a specialist doctor, personal physician, treating physician, nurse, community nurse, pharmacist, social worker, psychologist,

physiotherapist, occupational therapist, dietician, a priest and volunteers (Ministrstvo za zdravje, 2010). Each team member has their own specific role, whereas the team leader coordinates their work. Nurses also have their own role; they establish the communication between the patient and the family and implement the activities of nursing care, whereby following the plan of holistic palliative care that the palliative team outlined in collaboration with the patient and the patient's family members.

All participants in the patient's treatment have to be proficient in a number of communication skills which they use in their communication with the patients, the patients' family members, and their fellow team members. They have to meet the patients' needs and solve the emerging problems, however, they must identify the signs of the burnout syndrome that they might be facing.

Palliative care in Slovenia is underdeveloped, organised only in certain health and social care institutions. It is difficult to talk about the existence of proper interdisciplinary teams, as such teams in Slovenia most often consist only of the community nurse who treats the patient in their home and the patient's treating physician, or the nurse who works in the institution. The establishment of palliative care as well as the establishment of the team approach in Slovenia will require a lot of time and energy, if we wish to achieve a continuous holistic patient treatment, meeting the complex needs of patients. On the basis of the established problem we formed the following research questions: What kind of approach do healthcare workers use in palliative care when treating palliative care patients? and What kind of obstacles do the healthcare workers encounter?

In our research we made a review of scientific literature from the field of teamwork in palliative care. We searched for scientific articles with the help of Slovene mutual bibliography and catalogue database COBIB.SI and foreign databases Medline and ProQuest. In order to search for suitable articles, we set the inclusion criteria in advance, namely: key words (in Slovene language: medpoklicno sodelovanje, paliativna nega, timski pristop; in the English language: interprofessional collaboration, palliative care, team approach), language in which the article is written (English and Slovene language), typology of the article (original and review scientific articles), availability of the article's full text, and the article's publication year (2010 to 2018). Using a combination of key words and bool operator we found 58 articles in English and Slovene language which we subsequently started to eliminate according to PRISMA methodology (Sak - Dankosky et al., in: Kobentar, 2014). We included the remaining 12 articles into the final qualitative analysis.

The articles were analysed according to the following criteria: author(s), the year of publication, methodology, the purpose of the research, the sample of research participants, and findings. The majority of the researches (10) were based on the qualitative research approach. Their purpose followed our research questions – barriers to quality palliative care, the standpoints and the experience of palliative team members with palliative care, interprofessional collaboration, team approach, experience of healthcare professionals, and qualifications of team members for team collaboration. The researches included a varying number of research participants (from 16 to 242), of various professions (medical doctors, nurses, health technicians, nursing support

workers, students of occupational therapy, physiotherapy, pharmacy, dietetics, social work and medicine, educators, directors or managers, and family carers).

With the analysis of scientific literature (Davies et al., 2014; DeMiglio and Williams, 2012; Gibbins et al., 2011; Grymonpre et al., 2016; Keane et al., 2017; Kennedy Sheldon et al., 2017; Kobentar, 2014; Lamahewa et al., 2017; Namara et al., 2018; Patru, 2017; Peterka Novak, 2016; Pype et al., 2013) we have established, that the needs for palliative care are recognised and necessary, if we wish to provide a holistic treatment of terminally ill and dying patients. Palliative care is challenging and emotionally demanding, whereas differing attitudes towards palliative care significantly affect the quality of the care itself. High-quality implementation of palliative care requires knowledge and experience. The necessary knowledge, however, cannot be obtained while studying, nor at the time of clinical training, therefore, the participation in palliative care is limited. For the implementation of palliative care, skills and training are not enough; for the quality treatment of patients professional as well as organisational guidelines are required. Guidelines should define the criteria for the inclusion of patients in palliative care, and provide guidance for palliative care providers in cases of difficult conversations, which healthcare workers tend to avoid mostly due to ignorance. Guidelines should be helpful when making difficult decisions concerning palliative care, for achieving higher quality of life of palliative patients.

In order to ensure the team treatment, training of healthcare workers is necessary- workers, who will be able to cooperate with each other, establish a good rapport, communicate in an undisturbed way, trust each other and respect each other; workers, who will know how to establish cooperative partnerships not only with their patients, but also with the patients' family members. The authors (Grymonpre et al., 2016; Keane et al., 2017; Kennedy Sheldon et al., 2017; Peterka Novak, 2016; Pype et al., 2013) also present the factors that influence the quality of professional relationship, such as qualifications of team members, composition of the team, and the manner of communication among team members. Successful team collaboration also depends on the team leader, who needs to ensure an undisturbed operation of the team to achieve the desired goals. The quality treatment, also in palliative care, is namely a legally defined patient's right.

Health care needs to adapt to the rapid changes in the society, especially to the rapid progress in medical science and health technology, and to the easy and broad access to information, which enables the patients to get acquainted with their disease, as well as with their rights. Therefore, healthcare workers need a lot of professional knowledge and skills to provide a high-quality palliative care. Palliative teams are becoming more and more necessary due to ageing of the population, and their composition needs to be adapted to the needs of palliative patients.

The findings of the literature review serve as a basis for further research, however, it is necessary to expand the set of keywords and also to search for the literature in other electronic databases.

LITERATURA

1. Bandelj, A. (2013). Strokovno organizacijski model paliativne oskrbe v socialno varstvenem zavodu (Diplomsko delo). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec.
2. Best, M., Aldridge, L., Butow, P., Olver, I., Price, M. and Webster, F. (2015). Treatment of holistic suffering in cancer: a systematic literature review. *Palliative Medicine*, 29, No. 10, pp. 885–898.
3. Davies, N., Maio, L., Vedavanam, K., Manthorpe, J., Vernooij - Dassen, M. and Iliffe, S. (2014). Barriers to the provision of high-quality palliative care for people with dementia in England: a qualitative study of professionals' experiences. *Health and Social Care in the Community*, 22, 386–394. Pridobljeno dne 22. 3. 2018 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1111/hsc.12094>.
4. Fink, T. (2016). Timski pristop kot način sodelovanja v hospicju. *Kultura umiranja. Vzgoja*, 71, str. 8–10.
5. Gibbins, J., McCoubrie, R. and Forbes, K. (2011). Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Medical Education*, 45, 389–399. Pridobljeno 21. 3. 2018 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03873.x>.
6. Goršak Lovšin, V. (2012). Paliativna oskrba starih ljudi. V: Železnik, D., Kaučič, B. M., Železnik, U. idr. (ur.). *Zbornik predavanj z recenzijo 2. znanstvene konference z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved*. Laško. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec, str. 360.
7. Green, B. and Johnson, D. (2015). Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *The journal of Chiropractic Education*, 29, No. 1, pp. 1–10.
8. Hudarin Kovačič, D. (2017). Vloga medicinske sestre v patronažni dejavnosti v paliativni obravnavi. V: Majcen Dvoršak, S. idr. (ur.). *Medicinske sestre in babice - ključne za zdravstveni sistem*, Zbornik predavanj z recenzijo. 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Brdo pri Kranju. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, str. 273–279.
9. Johansen, M. L. and Ervik, B. (2018). Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies. *Health Services Research*, 18, No. 159, pp. 2–8.
10. Keane, B., Bellamy, G. and Gott, M. (2017). General practice and specialist palliative care teams: an exploration of their working relationship from the perspective of clinical staff working in New Zealand. *Health and Social Care in the Community*, 25, 215–223. Pridobljeno dne 22. 3. 2018 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26499879>.
11. Kennedy Sheldon, L., Dahlin, C., Maingi, S. and Sanchez, J. A. (2017). A Multiorganization Approach to Improving Palliative Care in Honduras. *Oncology nursing forum*, 44, 11–14. Pridobljeno dne 22. 3. 2018 s svetovnega spleta: <https://onf.ons.org/onf/44/1>.
12. Kobentar, R. (2014). Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. *Obzornik zdravstvene nege*, 48, 227–237. Pridobljeno dne 23. 3. 2018 s svetovnega spleta: <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.29>.
13. Lamahewa, K., Mathew, R., Iliffe, S., Wilcock, J., Manthorpe, J., Sampson, E. L. and Davies, N. (2017). A qualitative study exploring the difficulties influencing decision making at the end of life for people with dementia. *Health Expect*, 21, 118–127. Pridobljeno dne 22. 3. 2018 s svetovnega spleta: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fhex.12593>.
14. Lopuh, M. (2014). Kaj je paliativna oskrba bolnika? V: Zelko, E. idr. (ur.). *Hišni obisk, urgencia in paliativna oskrba bolnika v ambulanti družinske medicine*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Zavod za razvoj družinske medicine, str. 43–44.
15. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2010). *Državni program paliativne oskrbe*. Pridobljeno dne 23. 3. 2018 s svetovnega spleta: https://www.google.si/?gws_rd=cr,ssl&ei=xq1JWLOZ14XgaN6YgYgL#q=dr%C5%BEavni+program+paliativne+oskrbe.

16. Namara, B., Same, A., Rosenwax, L. and Kelly, B. (2018). Palliative care for people with schizophrenia: a qualitative study of an under-serviced group in need. *BMC Palliative Care*, 17, 1–11. Pridobljeno dne 22. 3. 2018 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0309-1>.
17. Patru, S. (2017). Paliativna oskrba v domovih za starejše v Sloveniji (Magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
18. Peterka Novak, J. (2016). Gradnja strokovnih zmogljivosti zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 50, št. 1, str. 65–75.
19. Plas, A., Hagens, M., Pasman, R., Schweitzer, B., Duijsters, M. and Onwuteaka - Philipsen, B. (2014). PaTz groups for primary palliative care: reinventing cooperation between general practitioners and district nurses in palliative care: an evaluation study combining data from focus groups and a questionnaire. *Bio medical center Family Practice*, 15, No. 14, pp. 1–13.
20. Potisek, M., Poljančič, L., Jagodic, S., Čugura, T. in Pintarič, K. (2011). Zdravnik in medpoklicno sodelovanje. *Medpoklicno sodelovanje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, str. 6–9.
21. Provinciali, L., Carlini, G., Tarquini, D., Defanti, C. A., Veronese, S. A. and Pucci, E. (2016). Need for palliative care for neurological diseases. *Neurological Science*, 37, 1581–1587. Pridobljeno dne 22. 3. 2018 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27299428#>.
22. Pype, P., Symons, L., Wens, L., Eynden, B., Stess, A., Cherr, G. and Deveugele, M. (2013). Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: A view from Belgium. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 313–319. Pridobljeno dne 22. 3. 2018 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.745488>.
23. Špiler, R. (2012). Terapevtska komunikacija medicinske sestre v paliativni negi (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
24. Wittenberg - Lyles, E., Goldsmith, J. in Ragan, S. (2011). The Shift to Early Palliative Care: A Typology of Illness Journeys and the Role of Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15, No. 3, pp. 304–310.
25. World Health Organization (2017). 10 facts on palliative care. Pridobljeno dne 22. 3. 2018 s svetovnega spleta: <http://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en/>.
26. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah (ZpacP-A). (2017). Uradni list RS, št. 55. Pridobljeno dne 23. 3. 2018 s svetovnega spleta: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2017-01-2526/zakon-o-spremembah-in-dopolnitvah-zakona-o-pacientovih-pravicah-zpacp-a?h=pacientovih%20pravicah>.
27. Zavrtnik, B. in Trontelj, M. (2011). Komunikacija ob koncu življenja. V: Matković, M. in Petrijevcčanin, B. (ur.). *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom*. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 78.
28. Zheng, L., Finucane, A. M., Oxenham, D., Loughlin, P., Hazel Cutcheon, H. and Murray, S. (2013). How good is primary care at identifying patients who need palliative care? A mixed methods study. *European Journal of Palliat Care*, 20, No. 5, pp. 216–222.

Anita Bandelj, diplomirana medicinska sestra, koordinatorica paliativne oskrbe v DEOS Center starejših Zimzelen.

E-naslov: bandelj.anita@gmail.com

Dr. Boris Miha Kaučič, višji predavatelj za zdravstveno nego in prodekan za izobraževalno dejavnost na Visoki zdravstveni šoli v Celju.

E-naslov: miha.kaucic@vzsce.si

Dr. Bojana Filej, docentka na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede in Visoki zdravstveni šoli v Celju.

E-naslov: bojana.filej@gmail.com

Kakovostna laboratorijska diagnostika kot pomemben člen v celostni obravnavi pacienta

Prejeto 7. 11. 2017 / Sprejeto 15. 1. 2018

Strokovni članek

UDK 616-074-052

KLJUČNE BESEDE: laboratorijska medicina, kakovost, laboratorijski izvidi, celostna obravnava, pacienti

POVZETEK - Laboratorijska diagnostika je medicinska disciplina, ki ima pomembno vlogo pri zagotavljanju celostne obravnave pacienta. Razvoj laboratorijske dejavnosti je usmerjen v dvigovanje kakovosti, saj tako zdravnik kot pacient pričakujeta visoko kakovost laboratorijskih storitev. V celostno obravnavo pacienta so vključeni zdravnik, medicinsko (negovalno) osebje in laboratorijsko osebje. Krog obravnave se začne in konča s pacientom, ki mu je treba postaviti diagnozo ali ga začeti zdraviti. Vsak deležnik v tem krogu vpliva na kakovost laboratorijskih izvidov. Poslanstvo vsakega medicinskega laboratorija je pravi izvid za pravega pacienta ob pravem času. Laboratorijske preiskave so sestavni del vrednotenja zdravja in pomoč pri oceni tveganja za nastanek bolezni. Zato je pomembna visoka stopnja zaupanja zdravnikov v laboratorijske rezultate. Pacientu prilagojena laboratorijska medicina predstavlja nov pristop k obravnavi pacienta. Srečujemo se z vedno večjimi finančnimi omejitvami, zato je nujno dobro načrtovanje organizacijskih sprememb v zdravstvenem sistemu. Ko bo vsak naredil vse na svojem področju, ki ga obvlada, bo zagotovljena kakovostna celostna obravnava in s tem zadovoljstvo pacienta.

Received 7. 11. 2017 / Accepted 15. 1. 2018

Professional article

UDC 616-074-052

KEY WORDS: laboratory medicine, quality, laboratory results, comprehensive treatment, patients

ABSTRACT - Laboratory diagnostics is a medical discipline with an important role in providing the comprehensive treatment of patients. Through the last ten years, the development of laboratory services has been directed towards the enhancement of quality, because both the doctor and the patient expect a high level of service. Doctors, medical (nursing) personnel, and laboratory personnel are all included into a comprehensive treatment of patients. The treatment circle starts and ends with the patient who needs a diagnosis and the appropriate health treatment. Each participant in this circle has their own impact on the quality of laboratory results. The mission of any medical laboratory is the right results for the right patient at the right time. Laboratory tests are taking part in defining the health treatment, and support the risk evaluation for the development of a certain disease. Therefore, a high level of trust by doctors in laboratory results is important. The laboratory medicine adapted to the patient represents a new approach in treating patients. We are facing more and more financial constraints. Therefore, well-planned organisational changes of the healthcare system are urgent. When everyone does everything in their specific area of expertise, the quality comprehensive treatment and satisfaction of patients shall be secured.

1 Uvod

Laboratorijska diagnostika je medicinska disciplina, ki ima pomembno vlogo pri zagotavljanju celostne obravnave pacienta. Temelji na kakovosti, ki je ključna za točnost, pravilnost in pravočasnost posredovanja rezultatov laboratorijskih preiskav. Predstavlja orodje za diagnosticiranje, zdravljenje in spremljanje poteka bolezni (Alonso - Cezaro idr., 2009, Müller, 2010). Pri zagotavljanju verodostojnosti laboratorijske informacije ima medicinski laboratorij dvojno odgovornost: (1) skrbi za kakovost dela znotraj laboratorija (analitska faza), (2) skrbi za aktivnosti zunaj labora-

torija, ki bi lahko vplivale na pravilnost laboratorijskih rezultatov (predanalitska faza), vse z namenom kakovostne in varne obravnave pacienta, saj je varnost zdravstvene obravnave temeljna človekova pravica in mora biti dostopna vsakomur, ki uporablja zdravstvene storitve (Jankovič, 2013).

Namen prispevka je potrditi vlogo in odgovornost zaposlenih v laboratoriju pri celostni obravnavi pacienta s pomočjo izsledkov raziskav drugih avtorjev ter podatkov iz naše prakse.

2 Celostna obravnava pacienta in vloga zaposlenih v laboratoriju

2.1 Interdisciplinarnost obravnave pacienta

V celostno obravnavo pacienta so vključeni zdravnik, medicinsko (negovalno) osebje, strokovnjaki laboratorijske medicine, farmacevti, fizioterapevti idr. Krog obravnave se začne in konča s pacientom, ki mu je treba postaviti diagnozo ali ga začeti zdraviti. Vsak deležnik v tem krogu lahko vpliva na kakovost laboratorijskih izvidov (Holmes, 2002). Pomembno je, da celoten proces obravnave razumemo kot zaporedje postopkov, od katerih je vsak lahko potencialni vir napake (Guder, 1996; Westgard, 1994).

Odgovornost za točnost in pravočasnost posredovanja rezultatov laboratorijskih preiskav je na splošno v domeni delavcev v laboratoriju (analitska faza). Dejavniki, ki povečujejo negotovost rezultatov in zmanjšujejo točnost posredovane informacije, so različni viri variabilnosti. Na rezultate pomembno vpliva biološka variabilnost (spol, starost, prehrana, fizična aktivnost, stres), ki je pacientu lastna in jo je treba upoštevati pri interpretaciji laboratorijskih rezultatov (poanalitska faza) (Furlan, 2006). Viri variabilnosti so tudi številni faktorji, ki se ne nanašajo na bolezen, npr. določena zdravila, ki imajo vpliv na fiziološke funkcije posameznih organov ali pa lahko interferirajo z analitičnimi metodami določanja vrednosti (Guder, 1996; Furlan, 2006). Pravilno interpretacijo rezultatov določajo kriteriji zanesljivosti za posamezno metodo (natančnost, točnost, občutljivost in specifičnost). Analitska faza je obvladovana z izbiro standardiziranih in znanstveno preizkušenih metod, zato je vse napore treba usmeriti v obvladovanje predanalitske faze in minimalizirati napake, ki izvirajo iz te faze (Furlan, 2006).

2.2 Ključni cilji uresničevanja poslanstva zaposlenih v medicinskem laboratoriju

Poslanstvo strokovnjakov v medicinskem laboratoriju je zagotoviti pravi izvid za pravega pacienta ob pravem času. Zato je treba doseči vsaj pet ključnih ciljev (Furlan, 2005):

- kakovost opravljenih storitev,
- obvladovanje sistema kakovosti,
- uporaba informacijske tehnologije,
- upoštevanje etičnih načel v praksi ter
- stalni razvoj in prilagajanje.

Kakovost opravljenih storitev: V medicini velja načelo, da mora pacient za svoje plačilo dobiti najboljše (in največ). Laboratorijske preiskave so sestavni del vrednotenja zdravja in pomoč pri oceni tveganja za nastanek bolezni. Zato je visoka stopnja zaupanja zdravnikov v laboratorijske rezultate tako pomembna. Zaupanje je do neke mere posledica izkušenj in ni dano samo od sebe (Kiauta, 2013).

Obvladovanje kakovosti: Za obvladovanje kakovosti je potrebna jasna vizija vodenja. Le prepletenost strokovnega in poslovnega dela vodi v celovito obvladovanje sistema kakovosti. Razvoj laboratorijske dejavnosti je bil v zadnjih desetih letih usmerjen v dvig kakovosti, saj tako zdravnik kot pacient pričakujeta visoko kakovost laboratorijskih storitev. Zato so za načrtovanje kakovostnega izvajanja procesov v medicinskih laboratorijih uvedeni kazalniki kakovosti, ki omogočajo skrbno preučevanje vseh procesov z merljivimi indikatorji kakovosti, s katerimi lahko spremljamo postopke, ukrepamo ob negativnih odklonih in uvajamo izboljšave v laboratorijsko prakso (Gobec, 2013). Pripomorejo k odkrivanju šibkih členov v delovnem procesu in posledično k nenehnemu izboljševanju kakovosti.

Uporaba informacijske tehnologije: Informacijski sistem je osnovna in nepogrešljiva vez med vsemi segmenti integriranih medicinskih sistemov. Je orodje za pretvorbo podatkov v koristne informacije in temelj kakovostne zdravstvene oskrbe. Nujno pa je, da tak način komunikacije daje jasno, pravočasno, uporabno in popolno informacijo. Informacijska tehnologija danes že omogoča sporazumevanje na daljavo z e-napotnico, e-receptom, e-naročanjem, e-laboratorijskim izvidom ipd. Seveda pa je varstvo osebnih podatkov ključnega pomena in kritična točka. Pri uporabi informacijske tehnologije moramo spoštovati Zakon o varstvu osebnih podatkov in Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št.15/08).

Etika v praksi: Etika je sestavni del kakovostnih laboratorijskih in tudi ostalih medicinskih storitev. Njen osnovni namen je doseči zaupanje pacienta v medicinsko stroko (Kodeks deontologije v laboratorijski medicini (Uradni list RS, št. 62/98)).

Razvoj in prilagajanje: Pacientu prilagojena laboratorijska medicina, ki sloni na molekulskem prepoznavanju posameznikovega stanja, predstavlja nov pristop k obravnavi pacienta. Z razvojem občutljivih in visokospecifičnih metod v laboratorijski medicini in prepletanje teh področij z drugimi področji moderne znanosti, kot je nanotehnologija, je/bo omogočeno ciljano zdravljenje le obolenih celic in s tem zmanjšanje neželenih učinkov. Uvedba naprednih metod v rutinsko delo laboratorija je ključna za kakovostno podporo javnega zdravstva v prihodnosti.

2.3 Sistem kakovosti laboratorijske diagnostike

Laboratorijska dejavnost v Sloveniji je organizirana v okviru javnega zdravstva na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Področje laboratorijske medicine urejata Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (UL RS 64/2004), in Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine (UL RS 1/2016). Laboratorijska medicina zajema šest specializacij s področja zdravstva: patologijo, klinično mikrobiologijo,

medicinsko biokemijo, transfuzijsko medicino, laboratorijsko medicinsko genetiko in sodno medicino. Laboratoriji, ki izpolnjujejo vse zahteve omenjenih pravilnikov, si pridobijo 5-letno dovoljenje za delo, brez katerega ne smejo opravljati svoje laboratorijske dejavnosti. Dve zahtevi iz Pravilnika sta še posebej obvezujoči, in sicer (1) vodja laboratorija mora biti specialist s področja, s katerega analize laboratorij izvaja, in (2) sistem kakovosti mora biti obvladovan v vseh segmentih laboratorijskega dela.

Dokazila, da so procesi in postopki nadzirani, so mednarodni certifikati, ki si jih laboratorij pridobi s sodelovanjem v zunanji oceni kakovosti (ZOK). ZOK izvajajo v Evropi samo izbrani certificirani referenčni laboratoriji. V kontrolnih shemah lahko sodeluje vsak slovenski laboratorij, ki si želi pridobiti dovoljenje za delo.

Za razvoj celostnega obvladovanja kakovosti in sledljivosti medicinskih laboratorijev skrbijo različne institucije (Avberšek-Lužnik, 2010), med katerimi sta v Evropi pomembni (1) Evropski sklad za upravljanje kakovosti (EFQM), ki razvija model poslovne odličnosti in med prioritete umešča poslovno-upravljaljske elemente in (2) Evropska konferenca za klinično kemijo (EC4), ki ima pripravljen obvezujoč standard za akreditacijo laboratorijev v evropskih državah. To je ISO 15189, ki zajema vse faze laboratorijskega procesa. V Sloveniji se upoštevajo mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti. Ta so: uspešnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta (Kiauta, 2010).

3 Metode dela

Za ponazoritev vloge laboratorijske diagnostike v praksi smo uporabili primer Splošne bolnišnice Novo mesto (SBNM). Podatki so bili pridobljeni s programom L@b-IS – Stat, ki je sestavni del Laboratorijskega informacijskega sistema (LIS). Za njihovo nadaljnjo statistično obdelavo smo uporabili računalniški program Excel.

4 Rezultati in razprava

Da je laboratorijska medicina pomemben člen celovite obravnave pacientov in deli skupaj z drugimi deležniki v zdravstveni obravnavi odgovornost za njihovo varnost, dokazujejo izsledki številnih raziskav, saj je do 70 % laboratorijskih informacij vključenih v klinične odločitve pri obravnavi pacientov (Report of the review, 2012, O'Kaine, 2009). V SBNM je bilo leta 2015 obravnavanih 206.256 pacientov (20.383 (9,9 %) hospitaliziranih in 185.873 (90,1 %) ambulantnih) in za njih opravljenih 883.785 preiskav, leta 2016 pa za 217.930 obravnavanih pacientov (20.948 (9,6 %) hospitaliziranih in 196.982 (90,4 %) ambulantnih) 908.101 preiskava (vir: letna poročila SBNM – interni dokumenti). V povprečju to predstavlja 4 preiskave na pacienta. Podrobnejša analiza pokaže, da je bilo v obeh letih za hospitalizirane paciente opravljenih skoraj polovica od vseh laboratorijskih analiz: leta 2015 49 % (430.491) in leta 2016 47 % (427.932) preiskav, kar predstavlja približno 21 preiskav na pacienta. To

potrjuje, da so rezultati laboratorijskih analiz res vključeni v spremljanje zdravljenja, zato mora biti strokovnost in kakovost dela na prvem mestu.

Medicinski laboratoriji igrajo tudi pomembno vlogo v promoviranju pacientove varnosti s pravočasnimi laboratorijskimi izvidi in sporočanjem kritičnih vrednosti laboratorijskih izvidov zdravniku, ki obravnava pacienta, in tako pomagajo pri klinični odločitvi oziroma nadaljevanju zdravljenja. H kakovostni oskrbi pacientov pripomore tudi izvedba preiskave ob pacientu (Point-of-care-testing - POCT). Rezultati takega testiranja lahko močno vplivajo na potek zdravljenja. Zahteve po vzdrževanju kakovosti so enake, ne glede na to, da takega testiranja večinoma ne izvaja laboratorijsko osebje. Cilj vsakega analiznega postopka je, da je rezultat analize pravi in zanesljiv, zato je pri testiranju POCT treba upoštevati enaka pravila za kakovost delovnega procesa, kot veljajo v medicinskih laboratorijih, saj je le tako rezultat primerljiv z rezultatom, določenim z referenčno oziroma standardizirano metodo.

V laboratoriju se udejanja skrb za varnost pacientov z upoštevanjem zakonov in standardov ter doslednim izvajanjem predpisanih postopkov. Poleg tega spremlja proces dela, ki se odvija zunaj laboratorija. V zadnjih desetletjih se namreč povečuje število napak v predanalitski fazi, ki naj bi jih bilo kar 70 % (Plebani, 2012). Primeri iz prakse: v Diagnostičnem laboratoriju SBNM se je leta 2006 in 2014 izvajal monitoring beleženja vrste in pogostosti predanalitskih napak. Rezultati so pokazali, da je bila leta 2014 najpogostejša napaka hemoliziran vzorec, ki je iz 6,6 % (leta 2006) porasla na 33,8 %. Druga najpogostejša napaka je bila dvojno naročilo (24 % leta 2014), leta 2006 je bilo teh napak 10,9 %. Na tretjem mestu pa se je v 20,8 % izkazalo, da biološki vzorci niso bili odvzeti, čeprav je bilo laboratorijsko naročilo kreirano. Delež te napake je skoraj trikrat večji kot leta 2006 (8,1 %). Tudi v drugih laboratorijih slovenskih bolnišnic je po pogostosti napak na prvem mestu hemoliziran vzorec in lahko obsega 54 % (Možina, 2008), 40,7 % (Mazreku, 2017) ali 65,6 % od vseh monitoriranih predanalitskih napak (Jelen, 2011).

Predanalitske napake se lahko nanašajo na odvzem in/ali rokovanje z biološkimi vzorci in v večini primerov kot korektivni ukrep zahtevajo ponovni odvzem, lahko pa so »administrativne«, kot je napaka pri kreiranju naročila. Dvojno naročilo npr. sodi med tovrstne predanalitske napake. Naslednja napaka te vrste so zavrnjena naročila. Iz statističnih podatkov Diagnostičnega laboratorija SBNM je razvidno, da je bilo leta 2015 in 2016 zavrjenih 2,2 % laboratorijskih naročil. Leta 2015 je bilo od 163.927 naročil 3.456 zavrjenih, v letu 2016 pa je bilo od 167.259 naročil zavrjenih 3.643. Razlogov za zavrnitev je več, npr. napačno naročilo, naročila ni treba izvesti, staro naročilo, ni vzorca, lahko pa je tudi posledica nedoslednosti in slabe komunikacije med naročniki laboratorijskih storitev in laboratorijem (brisanje že kreiranega naročila).

Iz opisanih primerov lahko zaključimo, da (1) ima medicinski laboratorij pomembno vlogo v procesu zdravljenja, saj je bilo za hospitalizirane paciente opravljenih skoraj polovica vseh preiskav letno, in da (2) s kazalniki kakovosti lahko odkrije šibke točke procesov izven laboratorija, ki jih je mogoče s korektivnimi ukrepi odpraviti ali v veliki meri obvladovati (izobraževanje, komunikacija in povratne informacije, dosledno izvajanje navodil, sodelovanje ...).

5 Sklep

Laboratorijska medicina je integralni del zdravstvene obravnave pacienta. Javni interes je usmerjen v zagotavljanje primerljivih, kakovostnih in dostopnejših laboratorijskih storitev. Vse to narekuje potrebo po dobrem načrtovanju organizacijskih in drugih sprememb v zdravstvenem sistemu.

Celostna obravnava pacienta je timsko delo. Le usklajeno delovanje in sodelovanje vseh akterjev v procesu zdravljenja lahko vzdržuje visoko kakovost uslug. Michael Porter je na primer leta 2013 objavil strategijo za preseganje problemov zdravstva (Porter, 2013). Govori o spremembi organiziranosti. Namesto da se organizira okoli stroke, naj bo zdravstvo organizirano okoli pacienta. Namesto da organizacije težijo k načelu vsi vse, naj vsaka skupina dela »vse« na svojem področju. Namesto da merimo koščke, merimo končne rezultate.

Temelj sodelovanja pa je zaupanje, in sicer dvosmerno zaupanje. Biti vreden zaupanja in biti sposoben zaupanja. Torej je treba procese in s tem odgovornost razširiti tudi na tiste dele aktivnosti, ki so za rezultate pomembni, a se ne dogajajo znotraj medicinskega laboratorija (Kiauta, 2013). Ko bo vsak naredil vse na svojem področju, ki ga obvlada, bo zagotovljena kakovostna celostna obravnava in zadovoljen pacient. Za svoje plačilo bo dobil največ in najboljše.

Danijela Furlan, PhD

Quality Laboratory Diagnostics as an Important Link in the Comprehensive Patient Treatment

Laboratory diagnostics is a medical discipline that has an important role in providing the comprehensive treatment of patients. It is based on quality which incorporates accuracy, correctness, and punctuality of results of laboratory tests. Providing for credible laboratory information, the medical laboratory holds a dual responsibility: (1) taking care for quality inside the laboratory (analytical phase), and (2) oversighting of activities outside the laboratory which can impact the quality of laboratory tests (pre-analytical phase). All laboratory activities are intended for the quality and safe treatment of patients, because the safety of health treatment is a basic human right, and should be available to each individual who uses the health services. In this article, following conclusions of different authors and using data from our practical experiences, we will confirm the role and responsibilities of the laboratory within the comprehensive treatment of patients.

Doctors, medical (nursing) personnel, and laboratory personnel are all included into a comprehensive treatment of patients. The treatment circle starts and ends with the patient who needs a diagnosis and the appropriate health treatment. Each partici-

pant in this circle has their own impact on the quality of laboratory results. Therefore, a good communication among them is essential.

A responsibility for accuracy and punctuality of the results obtained by laboratory tests is, in general, within the domain of the laboratory (analytical phase). Factors that enhance the unpredictability of results and reduce the accuracy of information provided are different sources of variability. Biological variability like gender, age, diet, and physical activity significantly influence the results. They are unique for each patient and should be taken into consideration during an interpretation of the laboratory results (post-analytical phase). The analytical phase is defined and controlled by standardised and scientifically proven methods; therefore, all efforts should be focused to pre-analytical phase in order to minimize errors which are produced in this phase.

The mission of any medical laboratory is the right results for the right patient at the right time. There are at least five key goals to be achieved for this purpose:

- *Quality of services. There is a principle in medicine that the patient should get the most and the best for the price they pay. Laboratory tests are taking part in defining the health treatment, and support the risk evaluation for the development of a certain disease. Therefore, a quality service has a top priority.*
- *Management of the quality system. The development of the laboratory medicine in the recent years has been focused on improving the quality because both, the doctor and the patient, expect a high quality of laboratory service. Introduction of quality indicators that enable detailed monitoring of all processes with measurable indicators provide for the planning of quality execution of processes in medical laboratories.*
- *Exploitation of information technology. Information system is a tool for transformation of data into useful information and a foundation for quality health care. The established communication network should provide clear, punctual, useful, and complete information. Today, information technology enables communication from the distance via e-orders, e-receipts, e-laboratory results, etc.*
- *Implementation of ethical principles in praxis. It is an integral part of quality of laboratory and other medical services. Its basic purpose is to gain the patient's trust into the medical profession.*
- *Constant development and adaptation. Personalised laboratory medicine, based on molecular identification of individual's conditions, represents a new approach in patient treatment. The development of sensitive and highly specialised methods in laboratory medicine, as well as overlapping areas of other modern science like the nanotechnology, is and shall enable targeted treatment of ill cells, and thus a reduction of negative impacts. Introduction of advanced methods into routine operations within the laboratory is a key for the quality public health care in the future.*

Laboratory service in Slovenia is organised within the public health care on primary, secondary and tertiary level. The laboratory medicine is regulated by the Statute on conditions required from laboratories to perform tests in the area of laboratory

medicine. Laboratories that fulfil all required standards in the Statute are granted a 5-year working license. It is not allowed to perform laboratory diagnostics without this license. Among others, there are two specific and obligatory conditions to acquire the license: (1) the head of the laboratory must be a specialist in the functional area in which the laboratory performs analytical tests, and (2) the quality management must cover all segments of the laboratory process. Processes and procedures are controlled by international certificates obtained through the participation in external quality evaluation. This evaluation is performed by selected and certified reference laboratories in Europe. All Slovenian laboratories which want to obtain a working license can participate in these evaluations.

The fact that the laboratory medicine is an important link within the comprehensive treatment of patients, and, together with other key actors within the healthcare system, shares a responsibility for the safety of patients, has been proven by many researches; up to 70% of information provided by the laboratory is included into clinical decision-making. For a practical demonstration of the laboratories' role, an example from the Novo mesto General Hospital can be used with statistical program *L@b-IS – Stat*. In 2015, they treated 206256 patients; 20383 or 9.9% were inpatients, and 185873 or 90.1% were outpatients. There were 883785 tests performed in total. In 2016, there were 908101 tests in total for 217930 patients; among them 20948 or 9.6% were inpatients, and 196982 or 90.4% were outpatients. Almost half of all laboratory tests were performed for the inpatients; in 2015, 49% (430491) and in 2016, 47% (427932). This represents approximately 21 tests per patient. These data confirm the conclusion that the laboratory analyses are truly incorporated into monitoring of health treatment. Therefore, an expertise and quality of work is in the first place.

Medical laboratories also play an important role in the promotion of patient safety with punctual laboratory results, and in reporting critical values to the doctor responsible for the treatment. Accordingly, laboratories support clinical decision-making and continuation of treatment. A performance of Point-of-Care-Testing (POCT) improves the quality of health care. Results obtained by POCT may have a high effect on the development of treatment.

The laboratory implements its responsibility for the safety of patients through strict execution of procedures derived from legislation and specific standards. Besides, it is monitoring the process performed outside the laboratory. There is evidence that the number of errors from the pre-analytical phase has enhanced in last ten years, and it is close to 70%. The monitoring performed in 2006 and 2014 by the Diagnostic laboratory of Novo mesto General Hospital can serve as a practical example. The results showed that in 2014, the most frequent error was a haemolysed sample, which has risen from 6.6% in 2004 to 33.8% in 2014. The second most frequent error was a double order; from 10.9% in 2016 to 24% in 2014. The third place holds the fact that in 20.8% the biological samples were not taken even if the laboratory order had been created. This event has almost tripled from 2006 (8.1%).

The reasons for pre-analytical errors are connected with improper taking of biological samples and in most cases require another blood sample collection. They can

be also a result of administrative errors during the creation of order (the double order is an example of such mistake).

Rejected orders are also administrative errors. Based on the statistical data obtained from the Diagnostic laboratory in Novo mesto one can find out that in 2015 and 2016 2,2% of orders were rejected (in 2015, from 163927 orders 3456 were rejected, and in 2016, from 167259 orders 3643 were rejected). There are many reasons for rejected orders, for example: a wrong order; there was no need, an old order; no sample, or a result of bad communication between those who referred the patients and the laboratory personnel.

Based on the above examples we can conclude that (1) the laboratory plays an important role in health treatment performing almost half of tests per year for hospitalised patients, and (2) quality indicators can show weak links in processes performed outside the laboratory, which can be mitigated through corrective measures (education, communication, feedback information, cooperation, standardized procedures, etc.)

In conclusion, the laboratory medicine is an integral part of the patient's health treatment. The public interest is focused on comparable, quality and available laboratory services. The need for prudent planning of organisational changes in healthcare system is required. The comprehensive treatment of patients is teamwork. Only a coordinated performance of all actors involved into the treatment can maintain a high value of service. The basis for cooperation is trust – a mutual trust. To be trusted, and to be capable of trusting. Therefore, the processes, including responsibilities, should also be extended to those activities which are important for the results but are not performed inside the laboratory. When everybody does everything in their specific area of expertise, a comprehensive treatment and patient's satisfaction will be secured. The patient will get the best and the most for the price they pay.

LITERATURA

1. Alonso - Cerezo, M. C., Martin, J. S., Garcia Montes, M. A. and de la Iglesia, V. M. (2009). Appropriate utilization of clinical laboratory tests. Pridobljeno dne 11. 9. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19863300>.
2. Avberšek - Lužnik, I. (2010). Varnost v laboratorijski medicini. V: Kramar, Z. in Kraigher, A. (ur.). Učimo se varnosti od najboljših, prikaz dobrih praks. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, str. 32–35.
3. Furlan, D. (2005). Ključne funkcije medicinskega laboratorija v javnem zdravstvu. V: Prvi dnevi javnega zdravja s slavnostnim uvodom in podelitvijo[priznanj] bratov Pirc. Ljubljana.
4. Furlan, D. (2006). Vzorci - od bolnika do laboratorija: vpliv predanalitskih dejavnikov na kakovost laboratorijskih rezultatov. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto.
5. Gobec, L. (2013). Spremljanje kakovosti v laboratorijih – problemi pri opredelitvi in uvajanju kazalnikov kakovosti. V: Bratož, S., Homšak, E., Kozmelj, M., Krhin, B. in Meško Brguljan, P. (ur.). 5. mednarodna konferenca o kakovosti medicinskih laboratorijev: konferenčni zbornik. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo, str. 32–33.
6. Guder, W. G., Narayanam, S., Wissler, H. and Zawata, B. (1996). Samples: from the patient to the laboratory. Darmstadt: GIT VERLAG.
7. Holmes, E. W. (2002). The interpretation of laboratory tests. In: McClatchey, K. D. (ed.). Clinical

- Laboratory medicine. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 97–121.
8. Jankovič, M. (2013). Spremljanje incidentov – pokazatelj kakovosti zdravstvene nege. V: Podhostnik, A. (ur.). 5. dnevi Marije Tomšič: napake v zdravstveni negi. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, str. 38–44.
 9. Jelen, D. (2011). Analiza vrste in prevalece predanalitičnih napak v medicinskem laboratoriju regijske bolnišnice (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.
 10. Kiauta, M. (2013). Integriteta posameznikov, skupin, organizacij – Temelj kakovosti tudi v zdravstvu. V: Bratož, S., Homšak, E., Kozmelj, M., Krhin, B. in Meško Brguljan, P. (ur.). 5. mednarodna konferenca o kakovosti medicinskih laboratorijev: konferenčni zbornik. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično kemijo, str. 7–9.
 11. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. in Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
 12. Mazreku, S. (2017). Nevarni dogodki pri odvzemu vzorcev za laboratorijske preiskave (Diplomsko delo). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
 13. Možina, B. (2008). Vpliv predanalitičnih dejavnikov na kakovost rezultatov klinično–kemijskih preiskav. Ljubljana: Onkologija, VIII.
 14. Müller, M. M. (2010). Quality and diagnostic perspectives in laboratory diagnostics. *Biochemia Medica*, 20, št. 2, str. 144–146. Pridobljeno dne 30. 8. 2017 s svetovnega spleta: <http://dx.doi.org/10.11613/BM.2010.016>.
 15. O’Kaine, M. (2009). The reporting, classification and grading of quality failures in the medical laboratory. *ClinChemActa*, No. 404, pp. 28–31.
 16. Plebani, M. (2012). Quality indicators to detect pre-analytical errors in laboratory testing. *Clinical Biochemist Reviews*, 33, No. 3, pp. 85–88.
 17. Porter, M. (2013). The Strategy that will fix Health Care. *Harvard Business Review*.
 18. Pridobljeno dne 21. 9. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>.
 19. Pridobljeno dne 21. 9. 2017 s svetovnega spleta: <http://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2007-01-4690?sop=2007-01-4690>.
 20. Report of the review of NHS pathology services in England. (2012). Pridobljeno dne 11. 9. 2017 s svetovnega spleta: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4137606.
 21. Westgard, J. O. and Klee, G. G. (1994). Quality management: control of preanalytical variables: dissecting the laboratory system into multiple discrete processes. In: Burtis, C. A. and Ashwood, E. R. (eds.). *Tietz Textbook of clinical chemistry*, 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, pp. 548–592.

Vpliv ISO standardov na delovanje zdravstvenih zavodov na Dolenjskem

Prejeto 5. 2. 2018 / Sprejeto 28. 5. 2018

Strokovni članek

UDK 614.2+005.336.3

KLJUČNE BESEDE: organizacija, kakovost, standardi, procesi, tveganje

POVZETEK - Kakovost je širok in vsestranski pojem, s katerim se posamezniki in organizacije srečujejo na vsakem koraku. Je nujni novodobni način razmišljanja, ki spodbuja k boljšim rezultatom, višji konkurenčnosti, boljšim odnosom, uvajanju sprememb in izboljšav ter k pravočasnemu prepoznavanju tveganj. Raven kakovosti med drugim opredeljujejo, usmerjajo in določajo različni modeli in standardi, med njimi so tudi ISO standardi. Javni zdravstveni zavodi sodijo v skupino storitvenih dejavnosti, ki so izredno specifične narave. Zdravstvene organizacije uvajajo različne standarde, da bi zadostile potrebam in zadovoljstvu uporabnikov, ki so velikokrat subjektivne. V raziskavi se osredotočamo na javne zdravstvene zavode na Dolenjskem ter na pomen in vlogo standarda ISO na njih. Ta standard je najbolj prepoznan in razširjen med uvedenimi standardi v raziskovanih zavodih. Njegova uvedba kaže na željo po napredku in inovativnem vodenju, v ospredje pa postavlja kakovost in varnost na vseh področjih delovanja. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da uvedeni standard pomembno vpliva na delovanje zavodov, s tem pa povečuje dodano vrednost organizacij.

Received 5. 2. 2018 / Accepted 28. 5. 2018

Professional article

UDC 614.2+005.336.3

KEY WORDS: organisation, quality, standard, process, risk

ABSTRACT - Quality is a broad and comprehensive concept that individuals and organisations come across all the time. It is an indispensable modern mindset promoting better results, enhanced competitiveness, improved relations, the introduction of changes and improvements, as well as timely identification of risks. Quality levels are, inter alia, defined, directed and determined by different models and standards, including ISO standards. Public healthcare institutions belong to a group of service activities which are extremely specific. Healthcare organisations have been introducing different standards to meet the users' needs and satisfaction, which are often subjective. The research focuses on public healthcare institutions in the Dolenjska region, as well as on the importance and role of the ISO standard in these institutions. The ISO standard is the most recognised and widespread among the standards introduced in the institutions studied. The introduction of the standard demonstrates the desire for progress and innovative leadership, and puts quality and safety in all areas of operation at the forefront. The research showed that the introduced standard significantly impacts the performance of the institutions and thus enhances their added value.

1 Uvod

»Kakovost je povezana s pojmovanjem nečesa dobrega, če ne celo odličnega« (Ivanko, 2007, str. 155). Definicij tega pojma je veliko. Vsak posameznik ali vsaka organizacija lahko določi svojo. Standardi ISO podrobno določajo zahteve, ki jih mora izpolnjevati in zagotavljati podjetje ali zavod, ki želi uvesti določen sistem, vendar pa uvedba standarda ne zadostuje, saj standardi zahtevajo nenehno vzdrževanje in izboljševanje. Kakovost je torej neprekinjen in nikoli zaključen proces.

Standard ISO 9001 je osredotočen na proizvod oziroma storitev v splošnem pomenu besede in ne vključuje zahtev za okolje, zdravje in varnost pri delu, informacijsko

varnost, finance in podobno. Ostale zahteve so specifične za druge standarde. Standard EN 15224 se podrobneje navezuje na storitve v zdravstvu in pokriva področja zdravstvene nege in kakovosti na tem področju, sicer pa se osredotoča na kakovostno izvedeno zdravstveno storitev. Pomembna standarda za zdravstvo sta tudi ISO 27001 in 27005, ki zajemata varovanje in upravljanje informacij.

Vsi novoizdani standardi ISO so posodobljeni na ta način, da zahtevajo od najvišjega vodstva v organizaciji razmišljanje, ki temelji na tveganju. Zato je nujno za vse procese in sredstva izdelati oceno tveganja, ki vsebuje popis morebitnih tveganj, predvidene posledice, pogostost pojava, določiti stopnjo tveganja in na podlagi določene stopnje tveganja sprejeti ukrepe za preprečevanje tveganja z odgovorno osebo in rokom za izvedbo. Na podlagi ocene tveganja se izdela register tveganja, ki je »živ« dokument in ima vlogo kazalca oziroma usmerjevalca v organizaciji.

V raziskavi smo se osredotočili na uvedbo, vlogo in pomen standardov ISO v javnih zdravstvenih zavodih na Dolenjskem, predvsem na učinkovitost in uspešnost procesov. Treba je zagotoviti primerno kakovost vodenja, dela in storitev, kar je odvisno od zaposlenih. Ti morajo imeti ustrezno izobrazbo, prave kompetence, in biti usposobljeni za svoje delo.

Pri uvajanju standardov v organizacijo predstavlja velik izziv prepričevanje ljudi, da je varnost in kakovost ključna tako zanje kot za paciente. »Sprememba povzroči razpadanje. Čim večja je sprememba, tem hitreje stvari razpadajo« (Kalderon Adizes, 2009, str. 23). Uvajanje standardov v prakso prinaša za organizacijo in zaposlene večje ali manjše spremembe, s katerimi se je velikokrat težko spopadati, saj v zavesti ljudi, ki se jih le-te dotaknejo, že primarno vzbudijo odpor pred novim, neznanim in jih vržejo iz varnega zavetja njihovega ugodja. »Najpogostejša oblika odpora je tehnični odpor. Do njega pride, ko se ljudje bojijo, da ne bodo imeli sposobnosti, potrebnih za delo, in kadar jim primanjkuje samozaupanja« (Hines idr., 2012, str. 79).

2 Razvoj kakovosti v zdravstvu

Strategija kakovosti in odličnosti do leta 2015 je bila v Sloveniji izdelana, vendar v poslovni praksi ni pravih učinkov niti ključnega preskoka v razumevanju pomembnosti in koristi modelov. Glavne ovire pri uvajanju standardov so nemotiviranost zaposlenih za uvajanje sprememb ter nezaupanje vodstva v nove modele in standarde (Peršič in Markič, 2012, str. 216–217).

Na področju zdravstvenih zavodov je bila uvedba standarda ISO 9001 zamišljena, vendar zamisel uradno ni zaživela, saj v finančnih načrtih za izvajanje zdravstvenih storitev nikoli ni bilo predvidenih sredstev za vzpostavitev sistema vodenja kakovosti. Zato so bili zavodi prepuščeni lastnim odločitvam in interesom za uvedbo standardov. Obvezo po uvedbi standarda oz. tako imenovane mednarodne akreditacije so imele le bolnišnice.

V Sloveniji je 26 bolnišnic in 65 zdravstvenih domov. V anketi za analizo podatkov o zavodih z aktivnim delovanjem na področju kakovosti, ki jo je za leto 2013 izvedlo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, je sodelovalo 26 bolnišnic in 43 zdravstvenih domov. V tabeli 1 so predstavljeni podatki iz te ankete.

Tabela 1: Sistem kakovosti v zdravstvenih ustanovah v letu 2013

<i>Zavod</i>	<i>Pridobljen certifikat</i>	<i>V postopku pridobitve certifikata</i>	<i>Brez aktivnosti</i>
ISO standard			
Bolnišnice	9	9	8
Zdravstveni domovi	17	9	18
Akreditacija			
Bolnišnice	11	14	1
Zdravstveni domovi	1	0	0

Vir: Anketa Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, 2013.

Iz tabele 1 je razvidno, da je imelo 26 zdravstvenih zavodov v letu 2013 pridobljen certifikat ISO 9001, 18 zavodov je bilo v postopku, 26 zavodov pa je bilo na tem področju brez aktivnosti. Bolnišnice so imele finančno obvezo akreditirati se, zato je pristop k pridobitvi akreditacije visok, pri zdravstvenih zavodih pa v letu 2013 ni vreden omembe.

Iz podatkov, ki so bili pridobljeni v anketi, lahko sklepamo, da je v letu 2015 s pridobljenim certifikatom standarda ISO 9001 vsaj 18 bolnišnic ter vsaj 26 zdravstvenih domov, kar pomeni 40 % vseh zdravstvenih domov in 70 % bolnišnic. Ravno tako lahko predvidevamo, da so certifikat akreditacije pridobile vse bolnišnice do leta 2015, saj je bilo od tega odvisno njihovo financiranje, medtem ko podatka o akreditiranih zdravstvenih domovih ni.

Smernice, ki jih v organizacijah zahtujejo standardi na podlagi zahtev, spremenjen način razmišljanja in dodana vrednost, ki jo prinašajo uvedeni sistemi in modeli, so bolnišnice morale sprejeti, odziv na uvedbo standardov v zdravstvene domove pa je slab, kar je najverjetneje posledica kadrovskega primanjkljaja, pomanjkanja finančnih virov in splošna nezainteresiranost za uvedbo sprememb, ki bi pomenile drugačno delovanje, obnašanje, organizacijo, poslovanje, dodatne kontrole na podlagi kazalnikov in tudi sprejem sprememb pri zaposlenih in odjemalcih.

2.1 Definicija kakovosti v zdravstvu

Krovni zdravstveni zakon, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, je že leta 1992 kot glavni cilj zdravstvenega varstva določil kakovost zdravstvenih storitev, vendar kakovost v zdravstvu ni sama sebi namen, bistvo je primeren odnos, občutek in zaupanje med zdravstvenim delavcem in pacientom (Leskošek in Pajntar, 2004, str. 42).

Ministrstvo za zdravje Slovenije je leta 2006 zapisalo nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu in za povezovanje kakovosti v zdravstvu. Največji izziv

na nacionalni ravni predstavlja zagotavljanje virov za to področje delovanja, saj ga trenutno financiranje zdravstvenega sistema ne predvideva.

Nacionalne usmeritve v celoti temeljijo na zahtevah standarda ISO 9001. Leta 2010 je Ministrstvo za zdravje Slovenije izdalo prenovljeno Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Dokument predstavi razvoj kakovosti ter odkriva, da so bili leta 2006 prvič vključeni v krovne dokumente kazalniki spremljanja kakovosti zdravstvene obravnave. Bilo jih je šest, njihovo bistvo pa med zavodi različno razumljeno.

2.2 Razvoj kakovosti v zdravstvu

Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015 (2010, str. 10–11) opisuje razvoj celovitega pristopa, ki je bil naslednji:

- uvajanje sistema samoocenjevanja in zunanje akreditacije,
- sistem celovitega vodenja kakovosti,
- sistem spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov,
- uvedba kliničnih poti,
- osredotočenost zdravstvenega sistema na pacienta in
- vključitev vsebine o kakovosti in varnosti v programe formalnega izobraževanja zdravstvenih delavcev.

Uspešnost in učinkovitost sprejete nacionalne strategije je sicer zajeta v vseh šestih točkah opisanega razvoja, vendar le v posameznih zavodih, kar je pokazala navedena raziskava Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije v letu 2013. Glavni namen strategije je bil učinkovito razvijanje sistematičnosti in strokovnosti ter nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave in varnosti pacientov.

Za razumevanje kakovosti v zdravstvu je treba uskladiti različne poglede vseh zainteresiranih strani, da bi bil sistem lahko učinkovit, uspešen in čim bolj prilagojen potrebam in pričakovanjem. Osnovno poslanstvo se nanaša na zadovoljstvo pacientov, ki naj bi jih organizacija obravnavala kot partnerje z vsemi njihovimi potrebami in željami, in čeprav nacionalni sistem zdravstva omejuje takšno razmišljanje s smernicami in pravili, organizaciji pušča proste roke za pristope izven finančnega kritja obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Na tej točki se lahko zdravstvena organizacija odloča o drugačnosti, primernosti, spremembah in dopolnitvah, saj ravno standardi ISO zahtevajo spremembe in izboljšave na vseh področjih organiziranosti, delovanja in poslovanja. Izboljšava je sprememba, ki pomeni večjo uspešnost delovanja po kateri koli metodi, ki bo privedla do izmerljive koristi glede na zastavljeni cilj (Robida, 2009, str. 89).

2.3 Načela kakovosti v zdravstvu

Nacionalne usmeritve in nacionalna strategija kakovosti v zdravstvu (2010) upoštevajo šest načel kakovosti. To so:

- varnost - varno obravnavati pacienta in mu ne škoditi s postopki in z delom;
- uspešnost - izboljševanje zdravstvenega stanja pacienta;
- pravočasnost - reguliranje čakalne dobe in vrste;

- učinkovitost - stroškovni vidik izvedenih zdravstvenih storitev;
- enakopravnost - odpravljanje razlik med pacienti z vidika spola, starosti in socialnega statusa, predvidena enaka dostopnost do zdravstvenih storitev;
- osredotočenost na pacienta - ponuditi mu najboljše možnosti zdravstvene oskrbe.

Sprejeta načela kakovosti v zdravstvu so osnova za izvajanje ustreznih zdravstvenih storitev ter temeljijo na vrednotah in različnih standardih. Razvoj načel se največkrat meri z anketami, ki jih izpolnjujejo uporabniki in izvajalci ter s strokovnimi raziskavami izvajalcev ali neodvisnih institucij. Napredek v pozitivno smer je na podlagi razpoložljivih podatkov sicer zaznan in evidentiran, vendar sistem kakovosti teži k nenehnemu izboljševanju in prepoznavanju morebitnih tveganj (Vukšinič, 2016, str. 53).

2.4 Cilji uvajanja kakovosti v zdravstvu

Spletna objava z naslovom Kakovost v zdravstvu – ISO 9001 in EN 15224 standard EN 15224 vključuje zahteve ISO 9001 in jih nadgrajuje z dodatnimi pojasnili, specifikacijami in zahtevami za področje zdravstvene oskrbe. Prednost daje kliničnim procesom in upravljanju tveganj skozi načrtovanje, delovanje in obvladovanje procesov. Standard definira najbolj temeljne zahteve za storitve v zdravstveni oskrbi in določa karakteristike, ki predstavljajo temeljne zahteve za kakovost zdravstvene oskrbe, te pa so (http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov_vodenja/storitve/kakovost_v_zdravstvu/index.html):

- primerna in pravilna oskrba,
- razpoložljivost,
- neprekinjena in nemotena oskrba,
- uspešnost,
- učinkovitost,
- enakost,
- upoštevanje razpoložljivih dokazov o najuspešnejših pristopih,
- na pacienta osredotočena oskrba, ki vključuje spoštovanje njegove integritete,
- vključenost pacienta,
- varnost ter
- pravočasnost in dosegljivost.

Standard EN 15224 in dokumenta, sprejeta na nacionalni ravni, predvidevajo v zdravstvu enaka načela za upravljanje in izboljševanje kakovosti. Nacionalne usmeritve in strategije so predvidele celovit pristop k razvoju, ciljem in obvladovanju kakovosti v zdravstvu, vendar je zaradi neopredeljenih virov in minimalne spodbude, odpora nekaterih interesnih skupin in pomanjkanja interesa za vodenje in povezovanje na najvišji ravni, projekt kakovosti v zdravstvu ostal prepuščen ambicioznim menedžerjem, ki so v uvedbi sistema vodenja in upravljanja, vzdrževanja in izboljševanja kakovosti videli dodano vrednost za posamezni zdravstveni zavod (Vukšinič, 2016, str. 54).

2.5 Stanje uvajanja sistema kakovosti v zdravstvu

Ministrstvo za zdravje Slovenije ne vodi evidence o stanju uvedenih standardov ISO v zdravstvene zavode. Čeprav je institucija določila, da se standard ISO 9001 uvede do leta 2015, je to ostalo le na papirju. Smernice so vseeno upoštevali nekateri zdravstveni zavodi in standard tudi uvedli. Obvezna uvedba mednarodnega standarda akreditacije je veljala le za bolnišnice, ki so zaradi nespoštovanja določil Splošnega dogovora lahko imele finančne posledice.

Z izjemo bolnišnic za druge zdravstvene zavode zahteva po akreditaciji na podlagi enega izmed mednarodnih standardov ni bila zavezujoča. Podatke o akreditiranih zdravstvenih ustanovah zbira Ministrstvo za zdravje. V tabeli 2 so predstavljeni podatki o akreditiranih zdravstvenih ustanovah v letu 2016.

Tabela 2: Akreditirane zdravstvene ustanove

<i>Dejavnost/standard</i>	<i>AACI</i>	<i>ACI</i>	<i>DIAS/DNV</i>
Primarni nivo	1	0	1
Specialistična ambulantna dejavnost	6	17	0
Sekundarni nivo	11	3	7
Terciarni nivo	0	0	5
Zdravilišča	4	1	0

Vir: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/kakovost_in_varnost/vodenje_kakovosti_in_akreditacije/.

Iz podatkov Ministrstva za zdravje je razvidno, da je bilo februarja 2016 mednarodno akreditiranih 56 zdravstvenih zavodov, od tega 2 zdravstvena doma, 23 specialističnih ambulantnih dejavnosti, 21 zavodov na sekundarni ravni, 5 zdravstvenih zavodov na terciarni ravni in 5 zdravilišč. Izmed zavodov, ki morajo sprejeti mednarodni akreditacijski standard, sta v postopku uvedbe 2 splošni bolnišnici in 1 terciarni zdravstveni zavod, medtem ko ena bolnišnica ni akreditirana in tudi ni v postopku akreditacije.

Podatki kažejo, da so zavodi, ki so morali sprejeti standarde zaradi nacionalnega predpisa, standarde uvedli. Iz tega lahko sklepamo, da bi tudi ostali zavodi sprejeli predpisane standarde, če bi bili v to prisiljeni s sistemsko ureditvijo.

3 Organiziranost javnih zdravstvenih zavodov v Sloveniji in na Dolenjskem

3.1 Opredelitev javnih zdravstvenih zavodov

Zdravstveni sistem v Sloveniji je urejen z dvema krovnama zakonoma, to sta Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakon o zdravstveni dejavnosti. Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005, 2. člen) deli zdravstvo v tri osnovne skupine:

- zdravstvena dejavnost na primarni ravni,
- zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni,

- zdravstveno dejavnost na terciarni ravni in
- druge zdravstvene dejavnosti.

Ustanovitelj zdravstvenih zavodov na primarni ravni so občine, zavodov na sekundarni ravni pa Ministrstvo za zdravje. Mreža zdravstvenih storitev je urejena na nacionalni ravni. Financiranje zdravstvenih zavodov poteka preko zdravstvene zavarovalnice in delno preko prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic. Zavodi lahko sredstva za delovanje pridobivajo še iz tržne dejavnosti zavoda, donacij, sredstev za investicije s strani lokalne ali državne uprave ter sredstev, pridobljenih na podlagi razpisov.

3.2 Javni zdravstveni zavodi na Dolenjskem

Spletna objava z naslovom Predstavitev regije Dolenjska z Belo krajino postavlja raziskovano regijo v jugovzhodno Slovenijo, ki pokriva 1.689,6 km² površine in konec leta 2014 beleži 109.196 prebivalcev. Regijo sestavlja 15 občin (<http://www.gzdbk.si/si/regija/>).

Na Dolenjskem storitve javnega zdravstvenega varstva opravlja pet javnih zdravstvenih zavodov, od katerih je ena bolnišnica, štirje pa so zdravstveni domovi. Zavodi so različni po velikosti, številu zaposlenih, velikosti območja, ki ga pokrivajo, in po dejavnostih, ki jih opravljajo na podlagi izdelane nacionalne mreže zdravstvenega varstva. V tabeli 3 so prikazani podatki o velikosti javnih zdravstvenih zavodov, ki delujejo na Dolenjskem.

Tabela 3: Javni zdravstveni zavodi na Dolenjskem

Zavod	Območje v km ²	Število prebivalcev	Število zaposlenih
Splošna bolnišnica Novo mesto	1.689,6	109.196	1.117
Zdravstveni dom Novo mesto	778,3	64.421	304
Zdravstveni dom Trebnje	316,0	20.531	102
Zdravstveni dom Črnomelj	486,9	18.392	82
Zdravstveni dom Metlika	108,9	8.406	41

Vir: Lastni vir, 2015.

4 Vloga in pomen standardov ISO v javnih zdravstvenih zavodih na Dolenjskem

4.1 Opredelitev in metode raziskave

Raziskava je bila izvedena februarja 2016 v petih javnih zdravstvenih zavodih na Dolenjskem (štirje zdravstveni domovi in ena bolnišnica) s pomočjo strukturiranega intervjuja z vprašalnikom, posredovanim vsem petim direktorjem, ki so odgovore tudi vrnil. Preverjali smo uvedbo standardov v sistem vodenja in ugotavljali njihovo dodano vrednost za zavode na podlagi opisovanja in predstavitev, povzetka in stališč,

deduktivne metode sklepanja in analize. V raziskavi smo ugotavljali vlogo in pomen standardov ISO v javnih zdravstvenih zavodih na Dolenjskem.

4.2 Analiza rezultatov

Skupni cilj vseh petih javnih zdravstvenih zavodov je zagotavljati najprimernejšo in najkakovostnejšo zdravstveno oskrbo za paciente in druge uporabnike na območju Dolenjske, za kar so bili tudi primarno ustanovljeni. Zaveze k uvajanju standardov, razen bolnišnice, ustanove nimajo. Uvajanje standardov je odvisno od zavzetosti vodstva in zaposlenih ter želje po izboljševanju v posameznem zavodu, hkrati pa moramo poudariti, da uvajanje in vzdrževanje katerega koli standarda za zdravstvene zavode pomeni finančno breme, saj sredstev za zagotavljanje kakovosti ni.

Na podlagi izvedene raziskave v vseh petih javnih zdravstvenih zavodih so v nadaljevanju predstavljeni rezultati ter vloga standarda ISO in njegov pomen za zdravstveni zavod.

Tabela 4: Zdravstveni zavodi in standard ISO

Zavod	Kateri standard	Področje uvedbe	Čas uvajanja	Od kdaj?	Dodatni standard	Od kdaj?	Želje
SB Novo mesto	ISO 9001:2008	celotno	3 leta	2006	/	/	/
ZD Črnomelj	/	/	/	/	/	/	9001
ZD Metlika	ISO 9001:2008	celotno	1 leto	2009	15224:2012	2015	27000
ZD Novo mesto	ISO 9001:2008	celotno	/	2006	/	/	15224
ZD Trebnje	ISO 9001:2008	celotno	3 leta	2011	/	/	

Vir: Vukšinič, D. (2016). Vloga in pomen standardov ISO v javnih zavodih na Dolenjskem (Magistrska naloga). Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede Novo mesto, str. 61.

Podatki v tabeli 4 kažejo, da so imeli v letu 2016 na Dolenjskem štiri javni zdravstveni zavodi od petih uveden standard ISO 9001:2008 za celotno področje vodenja in delovanja, en zavod pa ima dodatno uveden še standard 15224:2012. Iz podatkov je tako razvidno, da je vsaj standard ISO 9001 uveden v 80 % zdravstvenih zavodov in so bili vsi certificirani že pred letom 2013. To pomeni, da gre za uspešne in v napredno in kakovostno vodenje usmerjene zavode v primerjavi s slovenskim povprečjem. Zdravstveni dom, ki še ni sprejel standarda ISO 9001 se trudi pridobiti le-tega, medtem ko en zavod želi vpeljati še zdravstveni standard (15224), drugi pa informacijskega (27000).

Pobuda za uvedbo standarda je bila v treh zdravstvenih zavodih dana s strani najvišjega vodstva, kar predstavlja 60 odstotkov zavodov, v vseh pa so se odločili za uvedbo standarda ISO, da bi dvignili raven vodenja in spremljanja delovanja zavoda. Iz slednjega lahko zaključimo, da je vodstvo zavodov izredno naklonjeno usmeritvam in zahtevam standardov ISO, ki vsebujejo (za razliko od zastarelih smernic pristojnih institucij) konkretne zahteve za določitev, spremljanje, ukrepanje, delovanje, pre-

verjanje in analiziranje rezultatov na podlagi merljivih kazalnikov. Jasne opredelitve najvišje vodstvo kot tudi srednji menedžment in izvajalci v zdravstvenih zavodih pogrešajo in nanje že leta opozarjajo. Iz podatkov se lahko ugotovi, da so standardi vsaj delno zadovoljili potrebo po jasnih usmeritvah, po katerih se lahko zavodi ravnavajo in se tudi primerjajo.

Politika kakovosti je osnova pri uvedbi standarda ISO 9001. Določi jo najvišje vodstvo, ki hkrati zagotovi, da je primerna namenu organizacije, vključuje zavezanost k izpolnjevanju zahtev in nenehnemu izboljševanju, da je okvir za določanje in pregledovanje ciljev ter mora biti prepoznavna v organizaciji med vsemi zaposlenimi, predvsem pa dobro razumljena. Iz rezultatov raziskave izhaja, da imajo politiko kakovosti vsi štirje zdravstveni zavodi s standardom ISO. 75 odstotkov v zavodih s politiko kakovosti meni, da so cilji organizacije skladni s politiko kakovosti, merljivi in upoštevajo ustrezne zahteve. Ravno tako tri četrtine menedžerjev meni, da so cilji postavljeni na vseh nivojih delovanja in da so nadzorovani, ravno toliko pa jih meni, da se cilji ustrezno posodablja. Iz intervjujev z direktorji je bilo ugotovljeno zaskrbljujoče stanje glede seznanjenosti zaposlenih, njihovega razumevanja in sledenja, saj jih le polovica meni, da njihov zavod izpolnjuje to zahtevo.

Po rezultatih raziskave imajo kazalnike za merjenje kakovosti vzpostavljeni vsi štirje zavodi z uvedenim standardom ISO. Merljivi kazalniki so osnova za analiziranje in sprejemanje ukrepov ter izboljšav. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da imajo vsi zavodi z uvedenim standardom ISO kazalnike, ki so primerni in dajejo ustrezna izhodišča za spremljanje in primerjanje rezultatov. Le polovica vprašanih meni, da so kazalniki postavljeni realno. Standard ISO 9001 jih zahteva, vsaka organizacija pa jih postavi glede na svoje potrebe oziroma potrebe odjemalcev ali zainteresiranih strani.

Procese dela imajo določene vsi javni zdravstveni zavodi na Dolenjskem, torej tudi zdravstveni dom, ki nima sprejetega nobenega standarda. Standard ISO zahteva definicije procesov in njihove medsebojne povezanosti. Ta standard zato močno vpliva na urejenost procesov, čeprav je jasno, da so bili procesi določeni že pred uvedbo. Vsi direktorji zdravstvenih zavodov vpliv standarda ISO na urejenost procesov vidijo kot dejstvo, da so procesi v zavodu prepoznani, določeni in razumljeni, samo en direktor od štirih pa še, da so nadzorovani z vidika delovanja in uspešnosti. Raziskava je na podlagi odgovorov direktorjev pokazala, da sta nadzor in analiza delovanja procesov slabo zastopana.

Ugotavljanje zahtev odjemalcev in njihovo zadovoljstvo je ena od zahtev standarda ISO. Brez ugotavljanja zahtev odjemalcev in njihove povratne informacije o zadovoljstvu organizacija ne more napredovati v smislu uspešnega in učinkovitega servisa, lahko pa hitro nazaduje. Zdravstveni zavodi za svoje potrebe merijo končno zadovoljstvo uporabnikov, ki je velikokrat povezano z neprilagojeno zdravstveno mrežo, ter potrebe dodatno ugotavljajo v tržni dejavnosti. Vseh pet direktorjev zdravstvenih zavodov, vključno z zavodom, ki nima uvedenega nobenega standarda, je odgovorilo, da ugotavlja zahteve odjemalcev z anonimnim anketiranjem, pritožbenimi postopki ter knjigo pohval, pobud in pritožb. Da standard ISO vpliva na zadovoljstvo uporabnikov, je bilo glede na raziskave, ki jih izvajajo zdravstveni zavodi v okviru spremljanja

kakovosti, ugotovljeno le v enem zavodu. Ostali trije zavodi ne opažajo nikakršnih sprememb.

Za vsako organizacijo je pomembno zadovoljstvo zaposlenih, saj le zadovoljni zaposleni sledijo nalogam in obveznostim ter spremembam. Le eden od direktorjev ugotavlja vpliv ISO standarda na zadovoljstvo zaposlenih, medtem ko ostali trije ne beležijo sprememb niti v pozitivni niti v negativni smeri.

Prilagodljivost organizacije v vseh pogledih, predvsem pa v kritičnih trenutkih, je pomemben dejavnik uspešnosti in učinkovitosti poslovanja. Standard ISO naj bi ravno z zahtevami po opredelitvi in povezanosti procesov poskušal izboljšati preglednost in prilagodljivost organizacije. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da polovica javnih zdravstvenih zavodov ne opazi spremembe na tem področju, četrtnina je zaznala boljšo prilagodljivost, četrtnina pa se s tem ne strinja, torej se predvideva, da je bilo zaznano poslabšanje. Pozitivno dejstvo je, da 75 odstotkov javnih zdravstvenih zavodov vidi večjo fleksibilnost na področju izboljšane sistema informiranosti in komunikacije, 25 odstotkov pa v hitrejši odzivnosti na zaznane težave.

Standardi zahtevajo merjenje in poročanje o incidentih, zaznanih težavah in neskladjih, zahtevajo primerno oz. prilagojeno komunikacijo in informiranost ter dokumentirano informacijo in zapise. V naštetih zahtevah zavodi beležijo pozitivne učinke.

Standard ISO 9001 zahteva tudi obvladovanje dokumentov in zapisov. Vzpostavitev dokumentarnega postopka je nujna za obvladovanje dokumentov in zahteva odobritev primernosti, pregled in posodobitev, identifikacijo sprememb, posredovanje dokumentov uporabnikom, zagotavljanje čitljivosti in prepoznavnosti, obvladovanje zunanjih dokumentov in preprečitev nenamerne uporabe zastarelih dokumentov. Raziskava je pokazala, da je polovica zdravstvenih zavodov na Dolenjskem, ki so uvedli ISO 9001, na novo postavila sistem vodenja dokumentarnega sistema, polovica zavodov pa ga je le prilagodila, spremenila oz. izboljšala.

Zahteva standarda ISO je izvajanje notranjih presoj v planiranih intervalih, da bi organizacija lahko ugotovila skladnost svojega delovanja z mednarodnim standardom ter standard uspešno izvajala in vzdrževala. Vsi zavodi z uvedenim standardom ocenjujejo, da so notranje presoje učinkovito orodje za izboljševanje uspešnosti in učinkovitosti. Notranje presoje predstavljajo orodje, ki vodstvu na podlagi korektno in temeljito izvedenih preverjanj pokaže dejansko stanje, vključno s potrebnimi ukrepi in priporočili.

Ustrežno uvedene, vzdrževane in posodobljene zahteve standarda naj bi vplivale tudi na boljše rezultate dela v organizaciji, s tem pa naj bi organizacija pridobivala na dodani vrednosti. Urejeni procesi, postopki, jasna organizacijska struktura s pooblastili in navodili so temelj uspešnega in učinkovitega poslovanja, pri čemer standard organizaciji pomaga vzpostaviti okvir in postaviti pravila. Tri četrtine direktorjev zavodov ocenjuje pozitiven vpliv uvedenega standarda na rezultate dela v zavodu, medtem ko en zavod ostaja na enaki ravni. Na dobre rezultate poslovanja lahko vplivajo številni dejavniki, kljub temu je zdravstvo specifična dejavnost z vidika načrtovanja progra-

mov dela, zaposlovanja in financiranja, tako da uspešno uveden in vzdrževan standard ISO lahko prinese koristi, kar ugotavlja večina direktorjev zdravstvenih zavodov.

Nadzor nad delom naj bi se izvajal ves čas ali vsaj v primernih intervalih, saj organizacija le na ta način lahko zagotovi ustrezeni izhod, ki bo skladen z zastavljenim ciljem. Vsi javni zdravstveni zavodi na Dolenjskem, ne glede na uvedbo standarda, izvajajo redne nadzore nad delom. Le-ti se izvajajo z rednimi kontrolami po dejavnostih, z rednimi sestanki po dejavnostih in internimi strokovnimi nadzori. 80 % vseh zavodov delo nadzoruje še s spremljanjem kazalnikov na podlagi rezultatov in z notranjimi presojami. Pri spremljanju rezultatov na podlagi kazalnikov in notranjih presoj je izvzet le zavod, ki ni sprejel standarda ISO.

Komunikacija je zahteva standarda, ki jo mora najvišje vodstvo prilagoditi svoji organizaciji ter poskrbeti, da je primerna in se izvaja. Standard tako direktno vpliva na komunikacijo. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da dva zavoda z uvedenim standardom ISO ocenjujeta vpliv komunikacije pozitivno in da ta poteka po predpisanih kanalih ter je obvezujoča. Največji zavod je poleg nove postavitve delno ostal tudi na nivoju komunikacije pred uvedbo standarda, en direktor pa vpliv standarda na komunikacijo ocenjuje negativno, saj meni, da je razpršena in nekontrolirana.

Organizacija dela v zavodih je vnaprej dogovorjen postopek oz. tudi proces, ki ga morajo spoštovati in udeleževati vsi zaposleni. Standardi se v organizacijo ne spuščajo, saj je ta urejena na nivoju ustanoviteljev in internih predpisov. Na podlagi tega bi lahko sklepali, da standard ISO na organizacijo dela v zavodu nima vpliva, pa vendar je raziskava pokazala, da v 75 % zavodov z uvedenim standardom zaposleni aktivno sodelujejo v organizacijskih zadevah, kar je najverjetneje posledica uspešno postavljene komunikacijske mreže, najverjetneje pa vpliva tudi na zadovoljstvo zaposlenih. En direktor tega vpliva ne vidi, saj zagovarja svojo organizacijo dela, ima pa tudi razpršeno in nekontrolirano mrežo komunikacije. Iz raziskave lahko zaključimo, da sta organizacija dela in komunikacija močno povezani in nujni za uspešno delovanje, če sta določeni in pri tem pa aktivno sodelujejo tudi zaposleni.

Politika kakovosti na podlagi standarda ISO pozitivno vpliva na postavljene cilje v zavodih, saj so ti skladni s politiko delovanja zavoda, upoštevajo zahteve standarda in predpisov ter so merljivi na podlagi vzpostavljenih kazalnikov. Uvedba kakovosti je prispevala k postavitvi primernih ciljev, ki so nadzorovani, razumljivi in stremijo k izboljšanju delovanja zavoda.

Ugotovljeno je bilo, da vzpostavljeni realni in merljivi kazalniki dajejo primerna izhodišča za spremljanje, primerjanje in izboljševanje poslovanja. Rezultati raziskave kažejo, da se zadovoljstvo zaposlenih v zavodih zaradi uvedbe standarda ISO ni spremenilo, zato neposredna povezava s standardom ni možna. Prav tako je bilo v raziskavi ugotovljeno, da direktorji zavodov z uvedenim standardom ISO zaradi njega ne zaznavajo spremembe na področju fleksibilnosti oziroma prilagodljivosti zavoda na spremembe in ravno tako ni bil ugotovljen noben vpliv tega standarda na višje zadovoljstvo uporabnikov ter ni bila ugotovljena korelacija med uvedenim standardom ISO in višjo ravno usmerjenosti zaposlenih k uporabnikom. Vpliv standarda na urejenost dokumentarnega sistema zdravstvenih zavodov je velik, saj so vsi direktorji zavo-

dov izpostavili bodisi novo vzpostavljen dokumentarni sistem bodisi vsaj prilagoditev tega, kar je tudi neposredna zahteva standarda. Vpliv standarda na organizacijo dela v zavodih je pozitiven, saj urejenost sistema in jasno predpisana navodila, postopki in procesi ter pooblastila spodbujajo zaposlene k aktivni vključenosti in sodelovanju, medtem ko pomemben vpliv na rezultate dela v zavodih ni bil zaznan, saj so le-ti večinoma direktno vezani na sprejete predpise. Raziskava je tudi pokazala pozitiven vpliv uvedenega standarda na nadzor nad delom in komunikacijo v zavodih, saj ta poteka po predpisanih kanalih in je obvezujoča. Jasno so določena tudi pooblastila in odgovornosti.

Iz raziskave sledi, da je uvedba standarda ISO pozitivno vplivala na organizacijo dela v zavodih, saj zaposleni aktivno sodelujejo v organizacijskih zadevah, ki so določene in zavezujoče tako na podlagi internih aktov zavodov kot na podlagi sprejetih standardov.

4.3 Razprava

Dolenjska regija je po uvedenih standardih ISO v letu 2016, glede na slovensko povprečje, visoko, saj samo eden od javnih zdravstvenih zavodov nima uvedenega standarda ISO 9001, kar predstavlja 80-odstotno usmerjenost v delovanje, ki je skladno z zahtevami. Dva zavoda imata uvedeno in vzdrževano tudi mednarodno akreditacijo, en zavod pa poleg omenjenega še standard EN 15224. Trije zavodi se odločajo za dodatno urejenost, ki bo skladna s standardi, med njimi tudi zavod, ki še nima uvedenega nobenega standarda. Na podlagi dodatnega preverjanja je bilo ugotovljeno, da je v letu 2017 standard ISO uvedel tudi peti zavod. Iz tega se lahko zaključí, da sta vloga in pomen standardov na Dolenjskem izredno visoka. Glede na to, da uvedba katerega koli standarda predstavlja za organizacijo dodatni strošek, ki ni predviden v kalkulacijah za izvajanje storitev zavoda, se želja po spremembah in izboljšavah le še krepi.

Vsi zdravstveni zavodi vlogo in pomen standardov ISO poudarjajo predvsem na ravni urejenosti procesov, politike kakovosti z jasnimi cilji in merljivimi kazalniki ter na ravni urejenosti dokumentarnega sistema. Z zahtevami standarda so zdravstveni zavodi preusmerili pozornost k nenehnemu izboljševanju, prilagajanju, analiziranju, ukrepanju, preprečevanju tveganj in k preventivnemu delovanju.

Za uvedbo standardov se je pri vseh raziskovanih zdravstvenih zavodih odločilo najvišje vodstvo z namenom dviga ravni vodenja in spremljanja delovanja zavoda, kar standard tudi zahteva, saj je najvišje vodstvo ključno za vzpostavitev sprememb in izboljšav ter motivacijo zaposlenih. S standardom so se morali zdravstveni zavodi odločiti za politiko kakovosti, ki je skladna s cilji, ter za cilje določiti merljive kazalnike, na podlagi katerih spremljajo izide in sprejemajo ukrepe.

Spremljanje zahtev odjemalcev, njihovega zadovoljstva in zadovoljstva zaposlenih je z uvedbo standarda ravno tako postala zaveza vodstva. Izraziti potrebo in mnenje daje tako uporabnikom kot zaposlenim možnost, da so slišani, kar je v togem sistemu še kako pomembno in je lahko tudi motivacijski faktor. Pridobiti povratno informacijo bi moralo biti za vsakega vodjo darilo, saj je to eden od pomembnejših načinov, kako delovanje prilagajati v smeri napredka in preventive.

Redno preverjanje stanja, nadzor, vzpostavljeni kontrolni sistemi, analiziranje prejetih informacij in ukrepanje ter preventivno delovanje in razmišljanje, ki temelji na tveganju, so v zdravstvenih zavodih novo orodje in boljši rezultati dela so vidni pri večini zdravstvenih zavodov. Sleherni vodja in delavec morata v tem videti dodano vrednost, ki bo prinesla izboljšano stanje in varnost, ki je pomembna z vidika zaposlenega in uporabnika. Pri tem je pomemben tudi vzpostavljeni komunikacijski sistem z jasnimi pooblastili, ki jih večina direktorjev zavodov ocenjuje pozitivno.

Čeprav zavodi z uvedenim sistemom ne beležijo višjega zadovoljstva uporabnikov, višjega zadovoljstva zaposlenih ali celo večje usmerjenosti zaposlenih k uporabniku, so na vseh drugih področjih evidentni pozitivni učinki.

Omejena sredstva v proračunu posameznega zavoda niso odvrnila najvišjih vodstev od vzpostavitve sistemov na podlagi standardov ISO, ampak celo spodbudila, saj so slednji pokazali na dodano vrednost pri delovanju in poslovanju, ki se nekje že kaže, za določene procese in postopke pa je potreben čas.

5 Zaključek

Spodbujanje kakovosti je nekaj pozitivnega, kar v uporabnikih in izvajalcih zbuja občutek spoštovanja in zaupanja, pri konkurenci pa lahko spodbudo za spremembe, kar je v javnih zdravstvenih zavodih nujno in dobrodošlo, saj standardi kakovosti v poslovno okolje prinašajo red in primerljivost.

Organizacija v zdravstvu je v primerjavi z gospodarstvom specifična, temelji na togem nacionalnem nivoju in ustaljena, brez večjih možnosti za kreativnost, saj gre za znano, predpisano in nenapredno. Zelo poenostavljeno lahko rečemo, da je ključno poznavanje nacionalne mreže zdravstvenega varstva in pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na podlagi financiranja jih lahko delimo na storitve, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, storitve, ki so delno krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, delno pa iz prostovoljnega, ter storitve, ki so samoplačniške.

Dojemanje kakovosti je odvisno od percepcije posameznika in organizacije. Spremljanje, vzdrževanje in izboljševanje kakovosti je v svetu že desetletja poznano delovanje in je določeno v različnih standardih in modelih.

Standardi ISO predstavljajo širok nabor najrazličnejših mednarodno priznanih in uveljavljenih standardov, ki lahko pokrivajo delovanje organizacije v ožjem ali širšem smislu. Najbolj razširjen je standard ISO 9001, ki zajema vodenje kakovosti v organizaciji.

Spremljanje, vzdrževanje in izboljševanje poslovanja organizacije temelji na analizah poslovanja, ki so primerljive le, če so določeni primerni merljivi kazalniki za preverjanje in nadzorovanje delovanja. Standard ISO 9001 zahteva uvedbo kazalnikov na vseh ravneh ter njihovo analizo. Preverjanje skladnosti pa se po tem standardu preverja z notranjimi presojami, ki so načrtovane in stalne. Notranje presoje so sis-

tematično orodje, ki vodstvu organizacije omogoča ustrezno ukrepanje, odločanje in izboljševanje.

Sistem kakovosti za javne zavode v Sloveniji ni urejen niti zakonsko, še manj pa enotno. Posamezne javne dejavnosti imajo določene smernice delovanja ter uvedene določene modele za vodenje kakovosti, vendar so prepuščene lastnim odločitvam. Uvajanje sistema kakovosti na vsa področja organizacije je projekt, ki potrebuje program in vire. V Sloveniji je bila sicer izdelana strategija kakovosti in odličnosti, vendar pravih učinkov in ključnega preskoka ni bilo. Na področju delovanja zdravstvenih zavodov je bila uvedba standarda ISO 9001 zamišljena, vendar ravno tako nikoli realizirana. V letu 2013 je anketa Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije pokazala izredno nizko stopnjo uvedbe in delovanja, skladnega s standardi ISO. Ministrstvo za zdravje je leta 2006 izdalo nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu, ki daje usmeritve za vpeljavo mednarodnih standardov, vendar se ni lotilo največjega izziva, ki ga predstavlja financiranje in zajema finančne in kadrovske vire.

Za razumevanje in uvedbo kakovosti v zdravstvu je treba uskladiti različne poglede in pričakovanja vseh zainteresiranih strani, da bi se lahko dosegel učinkovit sistem, ki je prilagojen novim izzivom. Sprejeti standard v delovno okolje je proces, ki zahteva angažiranost vseh zaposlenih, vendar je morda eden lažjih. Delovati skladno s standardom in ga razumeti ter videti v vsakem trenutku doprinos k dodani vrednosti pa je mnogo težje.

Raziskava je pokazala pozitiven vpliv uvedbe standarda ISO 9001 na področju kakovosti, ki je skladna s cilji, ti pa nadzorovani z uvedenimi merljivimi kazalniki kakovosti, kar daje ustrezno izhodišče za nadaljnje analiziranje in ukrepanje v smislu izboljševanja. Ravno tako je bila ugotovljena pozitivna vloga standarda pri ureditvi dokumentarnega sistema zavoda, ki zagotavlja sledljivost, transparentnost in boljšo komunikacijo, pomembna pa je tudi ugotovitev, da so zaposleni postali aktivni udeleženci pri odločanju o organizacijskih zadevah. V vseh zavodih notranje presoje označujejo kot pomembno orodje pri izvajanju kontrol in ugotavljanju ter odpravljanju neskladnosti. Raziskava ni pokazala spremembe pri vlogi in pomenu standarda ISO za višje zadovoljstvo zaposlenih ali višjo raven usmerjenosti zaposlenih k uporabniku in ravno tako ni pokazala vpliva na zadovoljstvo uporabnikov.

Dolenjska regija je glede uvedenega standarda izredno uspešna, saj ga le en zavod nima, je pa v pripravi nanj. Standardi v tej regiji so poznani že celo desetletje in vodstvo zdravstvenih zavodov prepozna njihovo dodano vrednost. Izvedena raziskava je pokazala, da je dodana vrednost predvsem na področju urejenih, prepoznanih in povezanih procesov delovanja z urejenim dokumentarnim sistemom ter da postavljena politika kakovosti sledi viziji in poslanstvu zavoda z jasno zastavljenimi cilji, katerih uspešnost izvedbe se lahko meri na podlagi določenih kazalnikov.

Raziskava ni pokazala pomembne razlike med uspešnostjo zavodov z uvedenim in vzdrževanim standardom ISO ter zavodom brez delovanja, skladnega s standardom. Vzrok za to je verjetno v tem, da se zavod brez uvedenega standarda pripravlja na uvedbo standarda in ima že vzpostavljeno določeno raven poslovanja in vodenja, ki je skladna z njim. Prednost uvedenega standarda v zdravstveni zavod se vsekakor kaže

v prepoznanih in urejenih procesih ter delovanju v skladu z njim. Standard je vodstvo prepoznalo kot osnovo za izboljšanje poslovanja in urejenost sistema posameznega zdravstvenega zavoda, kar dokazuje visok odstotek certificiranih zavodov, medtem ko pomen standarda ISO zavodi kompenzirajo s togim zdravstvenim sistemom, ki ne zadovoljuje potreb vodstva po konkretnih, prilagojenih in inovativnih standardih.

Standard ISO 9001 določa sistem vodenja kakovosti in je najbolj prepoznan in razširjen med standardi. Uvedba tega sistema v zdravstvene zavode je pomembna prelomna točka, saj kaže na željo po napredku in inovativnem vodenju, v ospredje pa postavlja kakovost na vseh področjih, primarno pa pri obravnavi pacienta ter skrbi za njegovo varnost, ki je osrednja točka delovanja zdravstvenega sistema. S spremembo razmišljanja v smislu višje ravni kakovosti in varnosti lahko zdravstveni zavodi dosežejo zavidljive rezultate in dodano vrednost povečajo tudi na področju zadovoljstva uporabnikov in zaposlenih.

Milena Kramar Zupan, PhD, Duška Vukšinič

The Impact of ISO Standards on the Performance of Healthcare Institutions in Dolenjska

Slovenia developed the Strategy for Quality and Excellence by 2015, but it has no real effect in business practice or falls short of a key leap in understanding the importance and benefits of models (Peršič and Markič, 2012, pp. 216–217).

The introduction of the ISO 9001 standard was conceived for institutions providing healthcare services, but the idea was officially not put into practice as financial plans for the delivery of healthcare services never provided funds for the establishment of a quality management system. Therefore, institutions were left to their own decisions and interests when it came to the introduction of standards. Only hospitals were obliged to introduce the standard or the so-called international accreditations.

Guidelines set by organisations on the demand-based standards, changed mindset and the added value brought about by systems and models had to be adopted by hospitals. On the other hand, the response to the introduction of standards into community health centres has been poor, probably due to the HR deficit, lack of financial resources and general indifference towards the introduction of changes that would entail different performance, behaviour, organisation, business, additional controls based on indicators, and last but not least, change in the mindset of employees and customers.

The research involved all five public healthcare institutions in the Dolenjska region. The survey provided the answers to all the research questions raised. Out of five healthcare institutions that participated in the survey, only one did not have the ISO standard introduced, however, its introduction in the preparation stage.

The established quality policy based on the ISO standard has a positive impact on the set objectives in the institutions, since the objectives are consistent with

the policy of the institution, they take into account the requirements of the standard and regulations, and are measurable on the basis of the established indicators. The introduction of quality policy in the operation of the institutions has contributed to the setting of appropriate goals, which are supervised, understandable and aim to improve the performance of the institution. It was found that the institutions that had introduced the ISO standard established real and measurable indicators, thereby providing appropriate starting points for monitoring, comparison and improvement. The introduced quality policy has a beneficial effect on the indicators set, since they are realistic, defined and adequate, and represent the appropriate starting points for the acceptance and comparison of results. All healthcare institutions with the introduced ISO standard have recognised, defined and supervised work processes, which positively influence operation, implementation and supervision, as well as improve the institutions' operations.

The results indicate that employee satisfaction in the institutions did not change as the result of the introduction of the ISO standard; therefore, there is no direct link to the standard. The research shows that the institutions with ISO standard do not detect changes in flexibility or adaptability of the institution to changes due to its introduction. The impact of ISO standard on the higher user satisfaction is not determined, nor the correlation between the introduced ISO standard and a higher level of employee orientation towards users.

The ISO standard has a broad impact on the organisation of the institution's documentation system, since all institutions highlighted a newly established system or at least its adjustment, which is also a direct requirement of the standard.

The impact of the standard on the organisation of work in the institutions is positive as the system's regulation and clearly prescribed instructions, procedures and processes as well as defined powers encourage employees' active engagement and cooperation, while no significant impact on the results of work in the institutions is detected as these are mostly directly linked to regulations adopted.

The research also reveals a positive impact of the ISO standard on work control and communication in the institutions as this is done according to prescribed channels and is obligatory. Powers and responsibilities are also clearly defined. The introduction of ISO standard has had a positive impact on the organisation of work in the institutions; the employees are actively involved in organisational matters that are defined and obligatory by the institutional internal acts, as well as by the standard itself.

In terms of the ISO standards adopted, the Dolenjska region scores highly in relation to the Slovenian average as only one public healthcare institution has not yet introduced the ISO 9001 standard, which represents an 80% orientation towards compliance with the requirements. Two institutions have also introduced and maintained international accreditation, while one institution - in addition to the above-mentioned standard - also possesses EN 15224. Three institutions are going for additional regulation that complies with the standards, including the institution that has not yet introduced any standard. Accordingly, it can be concluded that the Dolenjska region attaches great role and importance to the standards, which can be attributed to the ob-

solete regulation of the healthcare system in Slovenia. The institutions want to work by following new and advanced business guidelines, and operate coherently, efficiently and effectively. As the introduction of any standard represents additional cost for the organisation which is not foreseen in the calculations for the provision of services by the institution, the desire to introduce changes and improvements is strengthening increasingly. As for the role and importance of ISO standards, all healthcare institutions particularly emphasise the order of processes, the established quality policy with clear objectives and measurable indicators, and the order of the documentation system. According to the requirements of the standard, healthcare institutions have become focused on continuous improvement, adaptation, analysis, action, risk prevention and preventive action.

The decision to introduce standards was taken by the top level management in order to enhance the level of management and monitor the operation of the institution, which is also required by the standard, as the role of the top level management is crucial for changes, improvements and employees' motivation. On establishing the standard, healthcare institutions had to define a quality policy consistent with objectives, and accordingly determine measurable indicators on the basis of which the outcomes are monitored. They also had to establish a method of control, analysis and action, which had already been implemented prior to the introduction of ISO standard, but not as a requirement and commitment, only perhaps in certain areas or individual activities. Following the introduction of the standard, the monitoring of customers' requirements, their satisfaction and employee satisfaction has also become a commitment of the management. This area was previously followed at a certain level, but not so systematically. The expression of a need and opinion gives both users as well as employees the opportunity to be heard, which is particularly important in the rigid system and can be a motivating factor as well. Obtaining feedback should be the first rule for each leader as this is one of the most important ways to adapt operations towards progress and preventive action.

Regular checks of the situation, supervision, established control systems, analysis of received information and action, and preventive and risk-based thinking are a new tool in healthcare institutions. Better work results are visible in most healthcare institutions. Each leader and employee must see an added value in this, resulting in improved status and safety, which is important for employees and users. In addition, an established communication system with clear powers is also important and most institutions see this positively. Despite the fact that the institutions with the established system do not record higher user satisfaction, higher employee satisfaction or even greater employee orientation towards the users, they assess obvious positive effects in all other areas. User and employee satisfaction is a sensitive area, especially in healthcare, and will require a long-lasting process of adaptation and especially awareness raising since a lot of dissatisfaction is the result of ignoring surrounding rights, obligations and regulations.

Limited funds in the budget of the individual institution did not discourage the top level management from setting up systems based on ISO standards; perhaps they

even encouraged them, since the establishment of the system has shown value-added behaviour and business visible in some areas, while certain processes and procedures take time.

The ISO 9001 standard defines the quality management system and is best recognised and most widely used among the standards. The introduction of this system into healthcare institutions is an important milestone as it demonstrates the desire for progress and innovative leadership. It puts quality at the forefront in all areas, primarily the patient and their safety, which is at the heart of the healthcare system. By changing the mindset towards higher levels of quality and safety, healthcare institutions can achieve enviable results and increase the added value in the area of user and employee satisfaction.

LITERATURA

1. Hines, P. idr. (2012). Ohranjanje vitkosti. Ljubljana: Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje.
2. Interni vir: Anketa Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije (2013).
3. Ivanko, Š. (2007). Sodobne teorije organizacije. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
4. Kalderon Adizes, I. (2009). Kako menedžirati v obdobju krize. Ljubljana: Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje.
5. Leskošek, B. in Pajntar, M. (2004). Kakovost v zdravstvu Slovenije. Informatica Medica Slovenica, 9, št. 1–2, str. 41–47.
6. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015 (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
7. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
8. Peršič, A. in Markič, M. (2012). Integracija standardov vodenja v storitvenih organizacijah. Management, 7, št. 3, str. 205–220.
9. Pridobljeno dne 17. 1. 2016 s svetovnega spleta: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/kakovost_in_varnost/vodenje_kakovosti_in_a_kreditacije/.
10. Pridobljeno dne 17. 1. 2016 s svetovnega spleta: http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov_vodenja/storitve/kakovost_v_zdravstvu/index.html.
11. Pridobljeno dne 6. 2. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.gzdbk.si/si/regija/>.
12. Robida, A. (2009). Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV.
13. Slovenski standard SIST EN 15224:2012.
14. Slovenski standard SIST EN ISO 9001:2008.
15. Slovenski standard SIST EN ISO 9001:2015.
16. Vukšinič, D. (2016). Vloga in pomen standardov ISO v javnih zavodih na Dolenjskem (Magistrska naloga). Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede Novo mesto.
17. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 72.
18. Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005). Uradni list Republike Slovenije, št. 23.

Dr. Milena Kramar Zupan, docentka ekonomskih in poslovnih ved, direktorica Splošne bolnišnice Novo mesto.

E-naslov: milena.kramar-zupan@sb-nm.si

Duška Vukšinič, magistrica ekonomskih in poslovnih ved, direktorica Zdravstvenega doma Metlika.

E-naslov: duska.vuksinic@zd-metlika.si

UNIVERZA V NOVEM MESTU

FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE

VABI K VPISU V ŠTUDIJSKE PROGRAME 1., 2. IN 3. STOPNJE

- **Visokošolski študijski program**
 - *Zdravstvena nega*
- **Magistrska študijska programa**
 - *Vzgoja in menedžment v zdravstvu*
 - *Integrirana zdravstvena in socialna oskrba*
- **Doktorski študijski program**
 - *Edukacija in menedžment v zdravstvu*



Informacije o vpisu in informativnih dneh:

spletna stran: <https://fzv.uni-nm.si>, telefon: 07/393 00 18, 07/393 00 17

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.

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

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

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

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

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

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

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

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

JHS

ISSN 2350-3610