

# JHS

**Revija za zdravstvene vede**  
*Journal of Health Sciences*

Vol. 12 • No. 1 • 2025



**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*

**Glavna in odgovorna urednica** *Editor-in-Chief*

Bojana Filej

**Uredniški odbor** *Editorial Board*

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

**Tehnični urednik** *Technical Editor*

Bojan Nose

**Tajniška dela** *Secretary*

Brigita Jugovič

**Jezikovni pregled slovenskih besedil** *Slovene-Language Editor*

Ensitra, Brigita Vogrinec Škraba s. p.

**Jezikovni pregled angleških besedil** *English-Language Editor*

Ensitra, Brigita Vogrinec Škraba s. p.

**Naslov uredništva** *Address of the Editorial Office*

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

**Spletna stran revije** *Website of the Journal*

<http://www.jhs.si>

**Elektronski naslov** *E-mail*

[urednistvo@jhs.si](mailto:urednistvo@jhs.si), [editorial.office@jhs.si](mailto:editorial.office@jhs.si)

**Naklada** *Circulation*

150

**Tisk** *Printed by*

Tiskarna Cicero Begunje, d.o.o.

**DOI**

<https://doi.org/10.55707/jhs.v12i1>

Revija za zdravstvene vede je vključena in indeksirana v sledečih bazah/*The Journal of Health Sciences is indexed and referred to by: DOAJ, Biomedicina Slovenica, Open Policy Finder (Sherpa Romeo), Crossref, dLib, Cobiss+.*

Revija za zdravstvene vede - Journal of Health Sciences je sofinancirana s strani Javne agencije za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije.

*Journal of Health Sciences - Revija za zdravstvene vede is published with the support of the Slovenian Research and Innovation Agency.*

ISSN 2350-3610

## VSEBINA CONTENTS

|  |     |
|--|-----|
| <i>Helena Kristina Halbwachs, PhD, Helena Blažun Vošner, PhD, PhD, Marija Ovsenik, PhD, PhD</i>  | 3   |
| Where Are We and Where Are We Going: Experts on Cultural Competence in the Slovenian Healthcare System<br>Kje smo in kam gremo: eksperti o kulturni kompetentnosti v slovenskem zdravstvu  |     |
| <i>Dr. Karmen Erjavec</i>  | 19  |
| Izzivi integracije prostovoljstva v sistem dolgotrajne oskrbe starejših odraslih<br>Challenges of Integrating Volunteering into the Long-Term Care System for Older Adults   |     |
| <i>Kristina Rakuša Krašovec</i>  | 38  |
| Mnenje izvajalcev zdravstvene nege o evtanziji<br>The Opinion of Nursing Professionals on Euthanasia   |     |
| <i>Enesa Kadirić, dr. Marjana Merkač Skok, dr. Danica Železnik</i>   | 53  |
| Sindrom izgorelosti pri medicinskih sestrah instrumentarkah v operacijskih sobah v Republiki Hrvaški<br>Burnout Syndrome at Work Among Perioperative Nurses in Operating Rooms in the Republic of Croatia  |     |
| <i>Valentina Ješić, dr. Vesna Zupančič</i>   | 71  |
| Upravljanje kakovosti in izboljšanje zdravstvene obravnave pacientov pri endoskopski retrogradni holangiopankreatografiji z uporabo visokopretočne nosne kanile<br>Quality Management in Healthcare Through the Application of High-Flow Nasal Cannula (HFNC) During ERCP Procedures |     |
| <i>Ema Hegler, dr. Monika Zadnikar</i>   | 88  |
| Fizioterapevtska obravnava bolečine v križu pri tekačih – pregled literature<br>Physiotherapy Treatment of Low Back Pain in Runners – A Literature Review  |     |
| <i>Alja Mikec, dr. Milena Kramar Zupan</i>   | 108 |
| Menedžment kot ključni dejavnik kakovostnih storitev v zdravstvu<br>Management as a Key Factor of Quality Services in Healthcare   |     |

# Where Are We and Where Are We Going: Experts on Cultural Competence in the Slovenian Healthcare System

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i1.175>

Original scientific article

UDC 614.2:316.7(497.4)

**KEYWORDS:** diversity, healthcare system, responsiveness, cultural competence

**ABSTRACT** – The Slovenian society is becoming increasingly diverse, necessitating the development of cultural competence within the healthcare system. Cultural competence is essential for ensuring equitable and high-quality care for all individuals. The first step in fostering cultural competence involves assessing the current state in this domain, which constituted the primary objective of our research. The study was based on qualitative methodology, specifically eight semi-structured interviews with experts in the examined field. Through directed content analysis, the collected data were categorized according to Cross's six-stage continuum of responses to diversity. No evidence of cultural destructiveness was identified. However, elements of cultural incapacity (fear, prejudice) and cultural blindness (universal approaches without adaptation, lack of cultural sensitivity) were observed. The majority of the findings indicated a cultural pre-competence within the healthcare system, characterized by a growing awareness of diversity, initial educational initiatives, and projects focused on cultural competence, yet lacking systemic solutions. We conclude that the healthcare system is moving towards cultural competence, although significant progress remains to be made. Social changes and political discourse can swiftly lead to regression.

Izvirni znanstveni članek

UDK 614.2:316.7(497.4)

**KLJUČNE BESEDE:** raznolikost, zdravstveni sistem, odzivnost, kulturne kompetence

**POVZETEK** – Slovenska družba postaja vse bolj raznolika, kar zahteva, da zdravstveni sistem razvije kulturno kompetentnost. Ta je ključna za zagotavljanje pravične in kakovostne oskrbe za vse. Prvi korak v razvoju kulturne kompetentnosti je ocena trenutnega stanja na tem področju, kar je bil osnovni namen naše raziskave. Temeljila je na kvalitativni metodologiji – osmih polstrukturiranih intervjujih s strokovnjaki na preučevanem področju. S pomočjo usmerjene vsebinske analize smo pridobile podatke uvrstili v 6-stopenjski kontinuum odzivov na raznolikost po Crossu. Kulturne destruktivnosti nismo zaznali. Identificirali smo elemente kulturne nezmožnosti (strah, predsodki) ter kulturne slepote (univerzalni pristopi brez prilagoditev, pomanjkanje kulturne občutljivosti). Največ podatkov je kazalo na kulturno predkompetentnost v zdravstvenem sistemu, ki jo označujejo naraščajoče zavedanje o raznolikosti, prvi zametki izobraževanj ter projekti na področju kulturne kompetentnosti, ni pa še sistemskih rešitev. Sklepamo, da se zdravstveni sistem premika v smeri kulturne kompetentnosti, čeprav nas čaka še dolga pot. Družbene spremembe in politični diskurz lahko hitro vplivajo na nazadovanje sistema.

## 1 Introduction

Modern society, both globally and within Europe and Slovenia, is becoming increasingly diverse. This term encompasses differences among people related to ethnicity,

Prejeto/Received: 11. 5. 2025  
Sprejeto/Accepted: 6. 6. 2025

Besedilo/Text © 2025 Avtor(ji)/The Author(s)  
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.  
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

gender, sexual orientation, language, culture, religion, mental and physical abilities, social class, and immigrant status (UNESCO, 2017). One of the most prominent sociologists, Hofstede, noted long ago that cultural diversity is reflected across all societal systems (1985) and that inequality exists in every society – in a more pronounced way in some than in others (2011).

Thus, cultural diversity is also reflected in its healthcare systems. These represent one of the essential foundations of any country, crucial for ensuring healthcare of individuals, families, and society as a whole. It accompanies individuals throughout their entire lifespan – from birth to death – and thus bears vital and continuous responsibility for their health. Among the most important characteristics of a healthcare system are its responsiveness to the expectations of the population and fairness – the capacity to provide equally high-quality care to all individuals without discrimination (WHO, 2000). The basis of fairness lies in openly recognizing the dignity and autonomy of all society members and ensuring high-quality healthcare regardless of gender, ethnicity, religion, sexual orientation, language, geographic origin, or socio-economic status (Kumagai & Lypson, 2009). Cultural competence in healthcare systems is thus critical in modern society to provide inclusive care and prevent inequalities (Anderson et al., 2003).

In this article, we focused on analyzing the views of experts in cultural competence regarding the status of this concept within the Slovenian healthcare system. The main aim of the research was to investigate how cultural competence experts evaluate its level in Slovenian healthcare from the perspective of responsiveness to diversity as defined by the cultural competence model proposed by Cross (1989). This research formed part of a broader doctoral work, in which we comprehensively studied this phenomenon and, based on the assessment of the current state, developed a model for its further development.

### *1.1 Cultural competence in healthcare*

In their seminal monograph from 1989, Cross and colleagues formulated a classic and still most frequently cited definition of cultural competence (Chiarenza, 2012; Jongen et al., 2018; Handtke et al., 2019; Li et al., 2023). They defined cultural competence as a set of congruent behaviors, attitudes, and policies existing at the system, organization, and individual provider levels, enabling effective functioning in intercultural contexts. Such a system recognizes and respects the significance of cultural differences, remains sensitive to the dynamics resulting from these differences, evaluates intercultural responses, enhances knowledge in this area, and appropriately adapts services to the specific needs arising from cultural diversity. The authors described the acquisition of cultural competence as a continuous, developmentally oriented process that can be evaluated through the achievement of specific developmental milestones. According to Cross et al. (1989), the initial phase in this process involves assessing the existing state of cultural competence.

The subsequent definitions of cultural competence have primarily focused on the individual level, although several definitions continue to emphasize the systemic

perspective. Betancourt and colleagues, for instance, emphasized that cultural competence represents the capability of a healthcare system to deliver high-quality care and services tailored to patients with diverse values, beliefs, and behavioral patterns, while considering their social, cultural, and linguistic needs (Betancourt et al., 2002). Furthermore, a culturally competent system acknowledges that differences within a single cultural group can often be greater than those between groups, and that individual identity is shaped by a variety of factors – from ethnicity to age, education, geographic origin, and other influences (Engebretson et al., 2008).

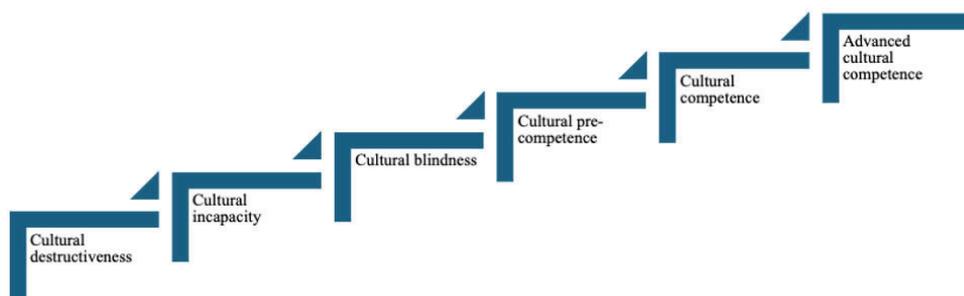
In healthcare, cultural competence thus refers predominantly to the capacity of systems, organizations, and their employees to effectively and sensitively address the needs of diverse patients, their families, and communities (Dreachslin et al., 2017). There is a strong connection between the cultural competencies of individual healthcare providers and broader organizational or systemic cultural competence. An organization's or system's commitment to respecting diversity and providing culturally sensitive care directly influences the behaviors and competencies of employees – and vice versa (Truong et al., 2014, p. 14).

### *1.2 Continuum of cultural competency*

Cross and colleagues illustrated the level of cultural competence within a system and its developmental progression through a linear continuum of responses to cultural diversity (see Figure 1).

#### **Figure 1**

*Continuum of cultural competency/Lestvica kulturne kompetentnosti*



Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., & Isaacs, M. R. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.

The continuum includes six stages, reflecting varying levels of organizational and systemic responsiveness – from the most destructive to the most competent and sensitive:

- Cultural destructiveness represents the most negative response to cultural diversity, characterized by behaviors, attitudes, and practices overtly harmful to members of other cultures. This includes cultural genocide, the deliberate destruction of foreign cultural identities accompanied by a belief in the superiority of the dominant culture, justifying the control, exploitation, and systematic oppression of minority groups.
- Cultural incapacity is the second stage, characterized by persistent prejudice, discrimination, and institutionalized exclusion within the system, despite the absence of intentional destructiveness. Minority groups are often patronized and undervalued, and segregation, fear of differences, racism, and limited access to employment and service opportunities prevail.
- Cultural blindness is the central phase of the continuum, where the system formally advocates equality but ignores the significance of cultural diversity. Predominant beliefs include “we are all the same”, and an assumption that services from the majority culture are universally applicable. This approach leads to ethnocentricity and ineffectiveness when working with minority groups. Individuals who fail to achieve outcomes tailored to the majority culture are often personally blamed. Institutional racism remains present, resulting in systematic disadvantages in access to resources, education, and advancement opportunities.
- Cultural pre-competence represents a transitional phase towards a positive response to diversity. At this stage, the system begins to recognize barriers in treating different groups and introduces initial adaptations – such as improvised solutions, collaboration with minorities, and initial educational programs on cultural competence. Although there is an intention to improve accessibility and quality of care, the system can become complacent, believing it has already achieved the goal despite improvements being limited to specific groups, or lose interest if immediate results are not evident.
- Cultural competence signifies a conscious commitment to diversity and the establishment of structures for the sustained inclusion of minority groups. The system continually reflects on its practices, promotes self-assessment, education, and actively involves minorities in policymaking and service design. Cultural competence is integrated into strategic and normative documents of institutions and recognized as an essential component of quality care.
- Advanced cultural competence (also termed cultural proficiency) represents the highest level of responsiveness. It denotes a system actively oriented toward promoting cultural diversity, deliberately incorporating it into all operational levels, employing experts in this field, and investing in development, research, and innovation for long-term improvement of services for culturally diverse groups. Such a system acts as an advocate for diversity and functions as a societal agent striving for justice in a broader social context.

## **2 Methodology**

The purpose of the research was a comprehensive examination of selected experts' views on cultural competence regarding the current state of this concept in the Slovenian healthcare system. Our aim was to thoroughly evaluate the status of cultural competence using the theoretical framework of Cross's continuum of responses to cultural diversity (1989), thereby providing a foundation for developing strategies for its further advancement. In this way, we contribute to understanding the state of cultural competence in Slovenian healthcare and raising awareness about the importance of this concept for ensuring equitable, high-quality, and inclusive healthcare.

We posed the following research question:

How do healthcare cultural competence experts assess the current level of cultural competence in the Slovenian healthcare system?

In the research, we applied a qualitative approach, allowing an in-depth understanding of complex phenomena, such as cultural competence in healthcare. Data collection involved conducting eight semi-structured interviews with selected experts working in the field of healthcare cultural competence. This method has proven effective in other national-level studies as well. Betancourt and colleagues successfully used this method in the United States to capture the assessment of the situation, key perspectives, perceived barriers, and development trends in the field of cultural competence (2005). The sample was therefore purposive, comprising experts engaged in cultural competence as researchers, publicists, and educators. Among them were three physicians, three nursing experts, one anthropologist, and one sociologist. Seven respondents were women, and one was a man.

The interview instrument consisted of a specially designed questionnaire developed based on the selected method of analysis – directed (deductive) content analysis. This required formulating questions based on predefined content categories, thus employing the continuum of cultural competency by Cross et al. (1989) as our analytical framework. Despite originating in the late 1980s, this model remains one of the most frequently cited (Li et al., 2023), and its relevance is confirmed by its application in numerous studies in this field (Engebretson et al., 2008; Van Ngo, 2009; Diaz-Cruz & Hagan, 2020; Cormier, 2021).

Data obtained from interviews were processed following the procedure for data analysis in deductive content analysis (Elo & Kyngäs, 2008). We prepared predefined categories according to the selected model (cultural destructiveness, cultural incapacity, cultural blindness, cultural pre-competence, cultural competence, advanced cultural competence). This was followed by immersion in the data (repeated readings) and the classification of data into these categories. In subsequent iterations, the data within categories were organized into codes, and their correctness of classification was reviewed again. In preparing the report on the results, we paid particular attention to ensuring data protection and the anonymity of the respondents.

Throughout the entire process, we adhered to ethical guidelines applicable to research.

### 3 Results

During the analysis, we identified a total of 70 relevant quotes for our purpose. Among these, none of them could be classified under cultural destructiveness, nor were any quotes indicating the presence of cultural competence or advanced cultural competence detected. However, we identified quotes categorized as responses of cultural incapacity, cultural blindness, and cultural pre-competence.

#### 3.1 Cultural incapacity

We categorized 10 quotes under the category unit of cultural incapacity. All quotes were marked with the common code Fear, prejudice, and discrimination. Participants highlighted a lack of understanding and tolerance, both in general society and within the healthcare system, which can manifest as rejection of diversity and unequal treatment. Below are two examples demonstrating elements of cultural incapacity, with offensive expressions replaced with neutral descriptions to respect the dignity of the mentioned groups:

*"Today, in addition to strong anti-Roma sentiments, I observe clearly anti-refugee, anti-immigrant sentiments in various locations, with frequent repetition of certain clichés and severe racist beliefs about them. Here again, I notice considerable unwillingness to open up to people who are different but live among us." KK-EX-2*

*"Every day, I hear expressions like 'that [derogatory term for a woman from the Albanian community] came in, this [derogatory term for a woman from the Roma community] is waiting.' Nobody ever says anything... I've never heard anyone say: 'Don't use such terms!' Let alone report it." KK-EX-3*

#### 3.2 Cultural blindness

We identified 28 quotes classified under cultural blindness. Within this category, we sorted data into two codes: Universal services and Lack of cultural sensitivity. The first code denotes statements about the healthcare system's organization, which employs universal treatments without considering cultural or other individual specifics, failing to recognize or accommodate diverse users' needs. This especially relates to communication barriers and other obstacles requiring temporal and spatial adjustments. Example of a quote marked with the code Universal services:

*"If we consider other areas involving some form of social diversity, similarly, if patients are health-illiterate, they require significantly more time for consultation. Flexibility of the healthcare system – allowing health professionals to adjust their time management in clinics and even conduct home visits if needed – would certainly be highly desirable. Currently, our system does not allow for any of this flexibility." KK-EX-1*

With the code Lack of cultural sensitivity, we marked statements suggesting the belief that the healthcare system operates equally effectively for all individuals (and if not, it is usually seen as the user's fault), alongside the presence of ethnocentric views among healthcare providers. The following is an example from this group of statements:

*"So, everyone somehow assumes that everyone sees the world as I see it. Doctors believe everyone sees the world as medicine sees it, nurses are astonished at the 'silly' questions patients ask, when in reality, these are merely cultural misunderstandings."* KK-EX-5

### 3.3 Cultural pre-competence

The largest portion of the data (32 quotes) was found within the category of cultural pre-competence, reflecting various forms of initial movements toward more sensitive and inclusive practices. The statements were categorized into the following codes: Awareness of diversity, Education initiatives, Projects towards cultural competence development, and Influence of individuals.

The quotes marked with the code Awareness of diversity indicated a growing recognition of diversity existence, its impact on patient needs and an increasing demand for cultural competence. This is reflected in the following quote:

*"I think that the generations coming up now are a bit more aware of the need for cultural competence. This doesn't mean that the current working generations aren't open to people, patients from other cultures – far from it. But perhaps it's mostly this awareness, seeing this as an important part of their work."* KK-EX-6

We also identified considerable data about the efforts to establish educational programs in this area, as well as some existing courses. We labelled the data as Education initiatives, as they mostly represented initial and not yet systematically established programs. An example of an educational initiative in cultural competence was identified in the following quote:

*"... they want to introduce an elective subject on cultural competence or something like this. Likely, it will be a mix of everything. Similar developments are happening at the medical faculty ... Last year, we had something related to cultural competence within the Erasmus exchange presentations, where a professor from Slovakia spoke about it. Colleagues were extremely enthusiastic. I'd rate these activities at the medical faculty positively."* KK-EX-3

Additionally, we recognized data related to Projects towards cultural competence development within the healthcare system. These projects primarily addressed communication barriers and educational programs, although interviewees expressed concerns about the lack of systematic implementation of measures in the healthcare system. One such quote is:

*"Currently, it's rather sporadic – some projects exist if there is a specific group of people ... yes, it's mostly project-based, sporadic, time-limited, targeted at a specific*

population. Certainly, this isn't something systematically embedded into the healthcare system." KK-EX-8

Finally, we also identified statements about the Influence of individuals on cultural competence, reaffirming that solutions are primarily dependent on individual initiative rather than systematic measures. One participant noted:

*"There might be one person who is receptive and holds a position enabling their institution to behave more positively towards foreigners. Conversely, there are institutions without such individuals, functioning disastrously. It's not systematically regulated – it's a matter of our characters and how much of ourselves we invest."* KK-EX-3

## 4 Discussion

In the research, we found that fear, prejudice, and discrimination, elements of cultural incapacity, still exist within the healthcare system. Mlinšek already highlighted the presence of discrimination and rejection in healthcare in the past, as well as the lack of research attention dedicated to these phenomena (2012). Bogataj et al. (2019) found that as many as 8% of migrant women in Slovenia have experienced discrimination or violence within the healthcare system. Lipovec Čebren (2021) addressed the phenomenon of patient blaming within the Slovenian healthcare system, observing that healthcare workers often attribute responsibility to patients facing intercultural challenges, particularly language barriers, labelling them as "insufficiently motivated" or "not trying hard enough" to adapt. She warns that such attitudes often border on racism. It is crucial to emphasize that stereotypes and prejudices can quickly lead to discriminatory behaviour (Wright & Taylor, 2007), resulting in unequal and lower-quality care for culturally, linguistically, or socially diverse individuals and groups (Marcelin et al., 2019). Additionally, evidence shows that healthcare workers often employ their personal reference framework when planning care, making it difficult to establish empathy with those who differ from them. "Othering" opens the door to difficult communication and potential conflicts during care provision. Cultural awareness and sensitivity are essential for reflecting on implicit biases and their impact on practical care delivery, making them key prerequisites for culturally competent care (Claeys et al., 2021). Regardless, racism and prejudice must be met with zero tolerance. Health professionals and organizations should receive ongoing training on these issues, supported by regulatory and educational bodies. Civil society must hold leaders accountable for enforcing these commitments (Abubakar et al., 2018).

We also identified a lack of cultural sensitivity in the category of cultural blindness. Under this category, we included statements indicating a failure to recognize diversity and its impact on healthcare provision. Cultural sensitivity involves approaching patients from different cultural and ethnic backgrounds by recognizing differences, attempting to understand them, and establishing relationships based on respect and trust. Such an approach leads to higher quality and more effective healthcare relationships (Uzun & Sevinç, 2015). Cultural blindness is based on the flawed belief

that providing the same service equally accessible to everyone is inherently “fair,” or that a healthcare system created by a dominant culture should work equally well for all cultures. Even superficial knowledge of diversity refutes this misconception (Gulati & Weir, 2022). Consequently, it is not surprising that alongside insufficient cultural sensitivity, we also identified the phenomenon labelled Universal services. This phenomenon refers to universalistic approaches based on the “same for everyone” principle, resulting in inadequate adaptation of services to the needs of vulnerable groups. We gathered data indicating various types of deficiencies in adaptation, particularly concerning communication and language barriers. Numerous studies in Slovenia confirm the prevalent presence of language barriers and frequent communication misunderstandings in daily healthcare practice, emphasizing the urgent need for systemic solutions to improve the situation in this field (Milavec Kapun et al., 2017; Lipovec Čebren, 2017; Pokorn, 2019). Although the Slovenian healthcare system generally provides relatively good accessibility compared to some other countries (Perko et al., 2019), it is undeniable that practical issues exist in ensuring accessibility and adapting services for culturally diverse groups, as confirmed by extensive literature (Lipovec Čebren & Bombač, 2018; Pistotnik, 2019; Huber et al., 2020).

The largest portion of the data in our study fell under the cultural pre-competence response. Within this response, we identified data indicating growing awareness about the existence of diversity, the influence of individuals on the development of this field, and the presence of projects aimed at adapting services and overcoming diverse barriers. Data was also indicative of many education initiatives. In this respect, it is important to emphasize that cultural competence is not an innate trait, but rather a lifelong skill-acquisition process (Tehee et al., 2020), which can be successfully developed and enhanced through continuous education (Lin & Hsu, 2020). However, current undergraduate educational programs across various healthcare professions show significant deficiencies regarding the inclusion of cultural competence content. Research analysing nursing curricula at four European universities revealed markedly inadequate representation of cultural competence, prompting authors to call for clear guidelines and standards for inclusion in educational curricula (Antón-Solanas et al., 2021). A similar situation is evident in medical education. In 2015, a group of experts from 11 European countries formulated recommendations for incorporating cultural competence into medical school curricula (Sorensen et al., 2017). However, subsequent evaluations of implementing these recommendations across medical faculties in Europe have indicated very poor implementation (Sorensen et al., 2019). Additionally, international research highlights further issues related to continuous education of healthcare professionals in cultural competence. A review of educational programs designed for healthcare workers to improve accessibility and quality of healthcare for migrants and ethnic minorities showed these programs are often poorly structured and insufficient (Chiarenza et al., 2019). Nevertheless – or precisely because of this – we view the numerous educational initiatives and projects in cultural competence identified in our findings as encouraging and significant for the field’s further development. However, experts warn that individual efforts provide limited benefits without a comprehensive, long-term approach to cultural competence (Shepherd, 2019).

In assessing the level of cultural competence, we employed the theoretical continuum of cultural competence. As previously highlighted, this model remains among the most cited in research in this field and is widely applied in international scientific literature. In 2008, Engebretson et al. further developed this model by adding a parallel model of clinical relevance, emphasizing the connection between cultural competence and contemporary, evidence-based healthcare. However, some authors have criticized this and similar models. Lipovec Čebren et al. (2019) warn that these models are problematic and resemble outdated cultural-evolutionary, unilinear models. Criticisms primarily focus on the conceptual rigidity of the model, which assumes uniform developmental stages and identical final developmental goals for all cultural groups. Although we acknowledge these limitations, we deemed the model appropriate for examining cultural competence within the Slovenian healthcare system. Importantly, we do not perceive the model as static, nor do we see the individual stages as strictly separate. In our research, we particularly highlighted the coexistence and overlapping of various forms of responses. Nonetheless, certain predominant trends in expert perceptions are identifiable, facilitating placement of the healthcare system on the continuum of cultural competence.

In our study, we examined the healthcare system's response as a whole, but it is worth noting that a more detailed analysis of responses by specific parts of the system to particular culturally, linguistically, or otherwise diverse groups might yield a different picture. Additionally, the selection and number of interviewees pose another limitation. Even so, we have observed the trend of data saturation and trust that experts provide valuable insightful perspectives on the system.

## **5 Conclusion**

Based on the findings of our research, we can conclude that the healthcare system in Slovenia demonstrates a level of cultural pre-competence regarding its responsiveness to cultural diversity, although notable elements of cultural blindness and cultural incapacity are still present. However, considering the scope and heterogeneity of the obtained data, we assess that the system is gradually progressing toward a higher level of cultural competence on the continuum of responses. Even so, further development is difficult to predict, as current social trends indicate that the perception and acceptance of diversity is a sensitive political issue, subjected to rapid changes. Shifts in attitudes toward this issue could quickly reverse the direction of cultural competence development. Achieving the goal of higher cultural competence requires the involvement of the broader societal community, but too often government policies, significantly influencing social discourse, favour populist strategies promoting xenophobia and racism instead of actively working towards their prevention.

It is important to recognize that the development of the healthcare system toward greater cultural competence is primarily an issue of social justice, as well as ensuring patient safety. The latter includes not only physical safety but also cultural safety, en-

compassing the patient's social, spiritual, emotional, and physical well-being during healthcare provision. It involves a commitment to creating an environment free of prejudice, discrimination, and inequality, ensuring each patient feels respected and accepted.

According to all forecasts, diversity will continue to increase and deepen in the future, further emphasizing the urgency of promptly implementing the concept of cultural competence into the healthcare systems. A long journey lies ahead, requiring significant efforts in research, education, and continuous improvement; however, the crucial point is that we move forward thoughtfully, persistently, and in the right direction, guided by ethical principles.

*Dr. Helena Kristina Halbwachs, ddr. Helena Blažun Vošner, ddr. Marija Ovsenik*

## **Kje smo in kam gremo: eksperti o kulturni kompetentnosti v slovenskem zdravstvu**

*Sodobne družbe po vsem svetu, vključno z evropskimi in slovensko, postajajo vse bolj raznolike. Ta raznolikost vključuje razlike v etnični pripadnosti, spolu, spolni usmerjenosti, jeziku, verskih prepričanjih, telesnih in duševnih sposobnostih, socialno-ekonomskem statusu ter geografskem ozadju (UNESCO, 2017). Prepoznavanje in prilagajanje tem razlikam je ključno za vse družbene sisteme, še posebej za zdravstveni sistem, ki pomembno vpliva na blaginjo posameznikov in skupnosti. Odzivnost zdravstvenega sistema na raznolikost in njegova zmožnost zagotavljanja pravične oskrbe sta osrednja elementa, ki prispevata k splošni družbeni pravičnosti (WHO, 2000). Za učinkovito spopadanje z izzivi, ki jih prinaša raznolikost, morajo zdravstveni sistemi razviti kulturno kompetentnost (Anderson idr., 2003) – kombinacijo vedenj, stališč in politik, ki omogočajo učinkovito delovanje v medkulturnih situacijah (Cross idr., 1989). Ta prispevek kritično ocenjuje trenutno stanje kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvenem sistemu, pri čemer uporablja uveljavljeni model kontinuuma kulturne kompetentnosti, ki so ga predlagali Cross s sodelavci (1989). Model zajema stopnje od kulturne destruktivnosti na najnižji ravni, preko stopenj nezmožnosti, slepote, predkompetentnosti, kompetentnosti, do napredne kompetentnosti na najvišji ravni. Z razumevanjem trenutnega stanja želi ta raziskava prispevati k oblikovanju strategij za izboljšanje kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu.*

*Koncept sistemske kulturne kompetentnosti je relativno mlad. Eni izmed prvih raziskovalcev tega področja, Cross s sodelavci (1989), so kulturno kompetentnost opredelili kot niz skladnih vedenj, stališč in politik, ki v sistemu, organizaciji ali posameznim strokovnjakom omogočajo učinkovito delovanje v medkulturnih kontekstih. Kulturna kompetentnost ne pomeni zgolj razumevanja in spoštovanja kulturnih razlik, ampak zajema tudi njihovo vključevanje v vsakodnevno zdravstveno prakso in politiko (Dreachslin idr., 2017). V zadnjih desetletjih je potreba po kulturni kompetentnosti*

vse bolj v ospredju zaradi naraščajoče mobilnosti prebivalstva, globalizacije in posledične večkulturnosti družb. Zdravstveni delavci se soočajo z izzivom zagotavljanja oskrbe, ki spoštuje in se odziva na zdravstvena prepričanja, prakse ter kulturne in jezikovne potrebe raznolikih pacientov.

Naša študija je temeljila na kvalitativni raziskovalni metodologiji, ki velja kot najbolj ustrezna za poglobljeno razumevanje kompleksnih pojavov, kot je kulturna kompetentnost. Zbiranje podatkov je vključevalo izvedbo osmih polstrukturiranih intervjujev s strokovnjaki, ki delujejo na področju kulturne kompetentnosti v zdravstvu. Udeleženci so bile tri zdravnice, dve strokovnjakinji in en strokovnjak s področja zdravstvene nege, ena antropologinja in ena sociologinja. Izbrani so bili z namenskimi vzorčenjem na podlagi svojih prispevkov pri edukaciji, raziskovanju in publiciranju na področju kulturnih kompetenc v Sloveniji. Vprašanja so bila strukturirana glede na vnaprej določene kategorije, ki so izhajale iz modela kontinuuma kulturne kompetentnosti po Crossu (1989). Analiza podatkov je bila izvedena z uporabo usmerjene (deduktivne) vsebinske analize, ki vključuje razvrščanje zbranih podatkov v vnaprej določene kategorije (Elo in Kyngäs, 2008). Te so predstavljale različne stopnje kontinuuma – kulturno destruktivnost, nezmožnost, slepoto, predkompetentnost, kompetentnost in napredno kompetentnost.

V celotni raziskavi smo dosledno spoštovali etične standarde raziskovanja z udeleženci, vključno z zagotavljanjem anonimnosti in zaupnosti.

Intervjuji so obravnavali različne razsežnosti kulturne kompetentnosti, vključno z osebnimi izkušnjami strokovnjakov, opazovanji institucionalnih praks ter ocenami obstoječih izobraževalnih in političnih pobud za izboljšanje kulturne občutljivosti v zdravstvu. Podatki so bili kodirani in analizirani, da bi prepoznali ponavljajoče se vzorce, vpoglede in razhajanja med posameznimi stopnjami kontinuuma kulturne kompetentnosti.

Analiza zbranih kvalitativnih podatkov je razkrila pomembna spoznanja o kulturni kompetentnosti slovenskega zdravstvenega sistema:

- *Kulturna destruktivnost:* V raziskavi niso bile zaznane prakse, vedenja ali stališča, ki bi ustrezala tej najbolj negativni stopnji, za katero so značilna odkrito škodljiva dejanja proti pripadnikom manjšinskih kulturnih skupin. To kaže na to, da na sistemski ravni v slovenskih zdravstvenih ustanovah ni zaznati namernega prizadevanja za škodovanje ali zatiranje kulturne raznolikosti.
- *Kulturna nezmožnost:* Prepoznali smo elemente kulturne nezmožnosti, ki smo jih označili s kodo Strah, predsodki in diskriminacija. Strokovnjaki so v zvezi s tem opozorili na vztrajajoče težave, zlasti usmerjene proti marginaliziranim skupinam, kot so romske skupnosti in begunci. Ti negativni odnosi so se kazali kot nestrpnost, izrazi rasizma in strah pred kulturnimi razlikami v zdravstvenem okolju.
- *Kulturna slepota:* V raziskavi smo zaznali podatke, ki kažejo na sistemsko zane-marjanje vpliva raznolikost (označeno s kodo Univerzalne storitve) in nezavedanje o kulturni raznolikosti (označeno s kodo Pomanjkanje kulturne občutljivosti). Zdravstvene prakse so večinoma univerzalno standardizirane, brez potrebnih prilagoditev za raznolike paciente. Strokovnjaki so posebej izpostavili komunikacij-

ske in jezikovne ovire. Podatki govorijo tudi o obstoju prepričanja, da je enaka obravnava vseh pacientov ne glede na njihovo kulturno ozadje dovolj, kar pa dejansko vodi v marginalizacijo tistih s specifičnimi kulturnimi potrebami.

- *Kulturna predkompetentnost: Večina pridobljenih podatkov je nakazovala naraščajočo ozaveščenost (označeno s kodo Zavedanje o raznolikosti) in začetna prizadevanja za prilagajanje kulturni raznolikosti (Zametki izobraževanj, Projekti v smeri razvoja kulturne kompetentnosti, Vpliv posameznikov). Zdravstveni delavci so torej začeli prepoznavati obstoječe izzive in ovire, pri čemer so bili opaženi tudi začetni izobraževalni programi in številni projekti. Vendar so ta prizadevanja večinoma nesistematična, projektno usmerjena in brez dolgoročne integracije v zdravstveni sistem. Strokovnjaki so omenili tudi prisotnost posameznikov v sistemu, ki delujejo kot pobudniki kulturne kompetentnosti in v svojih ustanovah spodbujajo spremembe, čeprav brez širše sistemske podpore.*
- *Kulturna kompetentnost in napredna kulturna kompetentnost: Nobeden izmed izsledkov ni nakazoval, da bi slovenski zdravstveni sistem dosegal višji stopnji, ki ju zaznamujejo strukturirana, integrirana in stalna izobraževanja na področju kulturne kompetentnosti, aktivno vključevanje manjšinskih skupin v oblikovanje politik ter celoviti strateški pristopi za dolgoročne izboljšave.*

Slovenski zdravstveni sistem torej kaže značilnosti kulturne predkompetentnosti, ob sočasni prisotnosti elementov kulturne slepote in kulturne nezmožnosti. Čeprav so začetni koraki k večji ozaveščenosti in občasnim pobudam za naslavljanje raznolikosti obetavni, tem prizadevanjem trenutno manjkata sistemska podpora in integracija v širšo zdravstveno infrastrukturo.

Za napredovanje proti višjim stopnjam kulturne kompetentnosti bodo potrebne pomembne organizacijske in sistemske spremembe. Te vključujejo vgradnjo kulturne kompetentnosti v zdravstvene politike, stalno izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev ter strateško načrtovanje za trajno izboljšanje prakse, ki temelji na vključenosti in zavedanju o potrebah raznolikih posameznikov in skupin. Poleg tega mora varnost pacientov preseči fizično zdravje in vključevati tudi kulturno varnost, s poudarkom na čustvenem, socialnem, duhovnem in kulturnem počutju pacientov.

Študija poudarja nujnost celovitega in trajnostnega pristopa h kulturni kompetentnosti, saj je ta ključna za zagotavljanje pravične zdravstvene oskrbe. Odločevalci, vodilni kadri in strokovnjaki morajo spodbujati okolje, ki je brez diskriminacije, predsodkov in neenakosti ter ki aktivno promovira vključevanje in razumevanje kulturne raznolikosti v zdravstvu. Za doseg te ciljev so potrebna široka podpora družbe, premišljeno oblikovanje politik in stalne izobraževalne pobude, prilagojene specifičnim potrebam vse bolj raznolike slovenske populacije.

Nadaljnji razvoj je težko napovedati, saj trenutni družbeni trendi nakazujejo, da je sprejemanje raznolikosti občutljivo politično vprašanje, podvrženo hitrim spremembam. Spremembe v odnosu do tega vprašanja lahko hitro preusmerijo smer razvoja kulturne kompetentnosti. Doseganje višje ravni kulturne kompetentnosti zahteva sodelovanje širše družbene skupnosti, vendar vladne politike, ki pomembno vplivajo na družbeni diskurz, pogosto dajejo prednost strategijam, ki spodbujajo ksenofobijo

*in razizem, namesto da bi si aktivno prizadevale za njihovo preprečevanje. Ob tem je treba opozoriti, da je premik zdravstvenega sistema v smer večje kulturne kompetentnosti predvsem vprašanje družbene pravičnosti, pa tudi zagotavljanja varnosti pacientov. Slednja ne vključuje zgolj fizične varnosti, temveč tudi kulturno varnost, ki zajema pacientovo socialno, duhovno, čustveno in telesno blaginjo med zdravstveno obravnavo. Gre za zavezanost zdravstvenih delavcev in ustanov k ustvarjanju okolja brez predsodkov, diskriminacije in neenakosti, kjer se vsak pacient počuti spoštovana in sprejetega.*

*Pred nami je dolga pot, na kateri bomo morali opraviti številne raziskave, izobraževanja in stalne izboljšave; a ključno je, da se po tej poti premikamo premišljeno, vztrajno in v pravo smer, vodeni z etičnimi načeli.*

## LITERATURE

1. Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 68–79. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00657-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00657-8)
2. Antón-Solanas, I., Huércanos-Solparza, I., Hamam-Alcober, N., Vanceulebroeck, V., Dehaes, S., Kalkan, I., Kömürçü, N., ... Solano, J. (2021). Nursing lecturers' perception and experience of teaching cultural competence: A European qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), Article 1357. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031357>
3. Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2002). Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches (Field Report). The Commonwealth Fund.
4. Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. (2005). Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs*, 24(2), 499–505. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.499>
5. Bogataj, U., Prosen, M., Karnjuš, I., Rebec, D., & Ličen, S. (2019). Current issues and future possibilities for improving healthcare for migrant women in Slovenia. In I. Karnjuš, S. Ličen, & M. Prosen (Eds.), *Women, migrations and health: Ensuring transcultural healthcare* (pp. 107–116). University of Primorska Press. <https://doi.org/10.26493/978-961-7055-43-6.107-116>
6. Chiarenza, A. (2012). Developments in the concept of cultural competence. In D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé, & I. Kotsioni (Eds.), *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities* (pp. 66–81). Garant.
7. Chiarenza, A., Horvat, L., Lanting, K., Ciannameo, A., & Suurmond, J. (2019). Addressing healthcare for migrants and ethnic minorities in Europe: A review of training programmes. *Health Education Journal*, 78(1), 9–23. <https://doi.org/10.1177/0017896918793164>
8. Claeys, A., Berdai-Chaoui, S., Tricas-Sauras, S., & De Donder, L. (2021). Culturally sensitive care: Definitions, perceptions, and practices of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 484–492. <https://doi.org/10.1177/1043659620970625>
9. Cormier, D. R. (2021). Assessing preservice teachers' cultural competence with the cultural proficiency continuum Q-sort. *Educational Researcher*, 50(1), 17–29. <https://doi.org/10.3102/0013189X20936670>
10. Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., & Isaacs, M. R. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.
11. Diaz-Cruz, E. S., & Hagan, A. M. (2020). Developing a co-curricular activity to introduce student pharmacists to the cultural proficiency continuum framework. *Innovations in Pharmacy*, 11(1), Article 1. <https://doi.org/10.24926/iip.v11i1.2185>

12. Dreachslin, J. L., Weech-Maldonado, R., Gail, J., Epané, J. P., & Wainio, J. A. (2017). Blueprint for sustainable change in diversity management and cultural competence: Lessons from the National Center for Healthcare Leadership diversity demonstration project. *Journal of Healthcare Management*, 62(3), 171–183. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-15-00029>
13. Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
14. Engebretson, J., Mahoney, J., & Carlson, E. D. (2008). Cultural competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 24(3), 172–178. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.10.012>
15. Gulati, S., & Weir, C. (2022). Cultural competence in healthcare leadership education and development. *Societies*, 12(2), Article 39. <https://doi.org/10.3390/soc12020039>
16. Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLOS ONE*, 14(7), e0219971. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>
17. Hofstede, G. (1985). The interaction between national and organizational value systems. *Journal of Management Studies*, 22(4), 347–357. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1985.tb00001.x>
18. Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>
19. Huber, I., Lipovec Čebtron, U., & Pistotnik, S. (Eds.). (2020). Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: Kvalitativna raziskava v 25 okoljih. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
20. Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., & Clifford, A. (2018). Cultural competence in health: A review of the evidence. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-5293-4>
21. Kumagai, A. K., & Lyson, M. L. (2009). Beyond cultural competence: Critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Academic Medicine*, 84(6), 782–787. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181a42398>
22. Li, S., Miles, K., George, R. E., Ertubey, C., Pype, P., & Liu, J. (2023). A critical review of cultural competence frameworks and models in medical and health professional education: A meta-ethnographic synthesis: BEME Guide No. 79. *Medical Teacher*, 45(10), 1085–1107. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2174419>
23. Lin, M.-H., & Hsu, H.-C. (2020). Effects of a cultural competence education programme on clinical nurses: A randomised controlled trial. *Nurse Education Today*, 88, 104385. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104385>
24. Lipovec Čebtron, U. (2017). »Ko nujno postane nenujno«: Raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Sloveniji. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva*, 57(1–2), 54–64.
25. Lipovec Čebtron, U., Pistotnik, S., Farkaš Lainšček, J., & Huber, I. (2019). Medkulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji. In B. Filej & B. M. Kaučič (Eds.), *Medkulturna oskrba v zdravstvu: Znanstvena monografija* (pp. 35–49). Visoka zdravstvena šola v Celju.
26. Lipovec Čebtron, U. (2021). Language as a trigger for racism: Language barriers at healthcare institutions in Slovenia. *Social Sciences*, 10(4), Article 125. <https://doi.org/10.3390/socsci10040125>
27. Lipovec Čebtron, U., & Bombač, L. (2018). Pregnant women on the move and the response of the Slovenian health system to their needs. *Glasnik Etnografskega inštituta SANU*, 66(3), 657–673. <https://doi.org/10.2298/GEI1803657L>
28. Marcelin, J. R., Siraj, D. S., Victor, R., Kotadia, S., & Maldonado, Y. A. (2019). The impact of unconscious bias in healthcare: How to recognize and mitigate it. *The Journal of Infectious Diseases*, 220(2), S62–S73. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz214>
29. Milavec Kapun, M., Lipovec Čebtron, U., Korošec, T., Pistotnik, S., Jazbinšek, S., & Homar, V. (2017). Strategije premagovanja jezikovnih ovir med medicinskimi sestrami. In S. Majcen Dvoršak et al. (Eds.), *Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem: Zbornik prispevkov z recenzijo* (pp. 564–573). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
30. Mlinšek, A. (2012). Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 1(1), 20–29.

31. Perko, D., Poldrugovac, M., Potisek, R., Kasapinov, B., Simončič, M., Vinko, M., Josar, D., Zupančič, V., Presečnik, M., Jacovič, A., & Grech, K. (2019). Health system performance assessment for Slovenia. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Kakovost-zdravstvenega-varstva/HEALTH-SYSTEM-PERFORMANCE-ASSESSMENT-FOR-SLOVENIA.pdf>
32. Pistotnik, S. (2019). Pravni statusi nedržavljanov in z njimi povezane ovire pri dostopu do zdravstvene obravnave. In N. K. Pokorn & U. Lipovec Čebren (Eds.), *Večejezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu* (pp. 66–77). Znanstvena založba Filozofske fakultete.
33. Pokorn, N. K. (2019). Reševanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu: Analiza stanja. In N. K. Pokorn & U. Lipovec Čebren (Eds.), *Večejezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu* (pp. 30–47). Znanstvena založba Filozofske fakultete.
34. Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: Limitations and practical consequences. *BMC Medical Education*, 19(1), Article 14. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>
35. Sorensen, J., Norredam, M., Dogra, N., Essink-Bot, M.-L., Suurmond, J., & Krasnik, A. (2017). Enhancing cultural competence in medical education. *International Journal of Medical Education*, 8, 28–30. <https://doi.org/10.5116/ijme.587a.0333>
36. Sorensen, J., Norredam, M., Suurmond, J., Carter-Pokras, O., Garcia-Ramirez, M., & Krasnik, A. (2019). Need for ensuring cultural competence in medical programmes of European universities. *BMC Medical Education*, 19(1), Article 21. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1449-y>
37. Tehee, M., Isaacs, D., & Domenech Rodríguez, M. M. (2020). The elusive construct of cultural competence. In L. Benuto, F. Gonzalez, & J. Singer (Eds.), *Handbook of cultural factors in behavioral health: A guide for the helping professional* (pp. 11–24). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-32229-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-32229-8_2)
38. Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: A systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14(99), Article 99. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
39. UNESCO. (2017). A guide for ensuring inclusion and equity in education. UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002482/248254e.pdf>
40. Uzun, Ö., & Sevinç, S. (2015). The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3400–3408. <https://doi.org/10.1111/jocn.12982>
41. Van Ngo, H. (2009). Patchwork, sidelining and marginalization: Services for immigrant youth. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 7(1), 82–100. <https://doi.org/10.1080/15562940802687280>
42. World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: Health systems: Improving performance*. WHO Press.
43. Wright, S. C., & Taylor, D. M. (2007). The social psychology of cultural diversity: Social stereotyping, prejudice, and discrimination. In M. A. Hogg & J. Cooper (Eds.), *The SAGE handbook of social psychology: Concise student edition* (pp. 361–387). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781848608221.n16>

---

*Helena Kristina Halbwachs, PhD, SeneCura Kliniken und Heimebetriebsgesellschaft m.b.H, Dunaj, Avstrija and Assistant Professor, Univerza Alma Mater Europaea, Maribor*

*E-mail: [hk.halbwachs@gmail.com](mailto:hk.halbwachs@gmail.com)*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6364-2252>*

*Helena Blažun Vošner, PhD, PhD, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor and Associate Professor, Univerza Alma Mater Europaea, Maribor, Slovenija*

*E-mail: [helena.blazun@zd-mb.si](mailto:helena.blazun@zd-mb.si)*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1998-7346>*

*Marija Ovsenik, PhD, PhD, Professor, Univerza Alma Mater Europaea, Maribor*

*E-mail: [mara.ovsenik@gmail.com](mailto:mara.ovsenik@gmail.com)*

# Izzivi integracije prostovoljstva v sistem dolgotrajne oskrbe starejših odraslih

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i1.169>

Izvirni znanstveni članek

UDK 364.4-053.9"405":331.578

**KLJUČNE BESEDE:** dolgotrajna oskrba, prostovoljstvo, medgeneracijska solidarnost, institucionalna podpora, sistemske spodbude

**POVZETEK** – Pomanjkanje delovne sile v dolgotrajni oskrbi je vse večji izziv, zato številne evropske države sistematično vključujejo prostovoljce kot dopolnilni vir oskrbe starejših odraslih. Raziskava, izvedena na fokusnih skupinah s 53 udeleženci, analizira ključne ovire in sistemske ukrepe za izboljšanje prostovoljskega angažmaja. Ugotovitve kažejo, da vključevanje prostovoljcev omejujejo pomanjkljiva koordinacija, nejasne vloge in nizka družbena prepoznavnost prostovoljstva. Mladi prostovoljci se soočajo s psihološkimi in logističnimi izzivi. Dodatno oviro predstavlja odsotnost formalnih spodbud, kot so davčne olajšave in certifikati. Raziskava poudarja potrebo po zakonski ureditvi, vključitvi prostovoljstva v izobraževalni sistem ter profesionalizaciji koordinacije. Inovativni modeli, kot so časovne banke in medijske kampanje, bi prispevali k večji družbeni legitimnosti prostovoljskega dela, okrepili medgeneracijsko solidarnost ter izboljšali kakovost oskrbe starejših odraslih.

Original scientific article

UDC 364.4-053.9"405":331.578

**KEYWORDS:** long-term care, volunteering, intergenerational solidarity, institutional support, systemic incentives

**ABSTRACT** – The shortage of workforce in long-term care is an increasing challenge, leading many European countries to systematically integrate volunteers as a supplementary resource for older adult care. This study, based on focus groups with 53 participants, analyzes key barriers and systemic measures to enhance volunteer engagement. Findings indicate that volunteer participation is hindered by insufficient coordination, unclear roles, and low societal recognition. Young volunteers face psychological and logistical challenges, while the lack of formal incentives, such as tax benefits and certification, further limits engagement. The study highlights the need for regulatory reforms, integration of volunteering into the education system, and professionalization of volunteer coordination. Innovative models, such as time-banking systems and media campaigns, could strengthen the social legitimacy of volunteering, enhance intergenerational solidarity, and improve the quality of older adult care.

## 1 Uvod

Staranje prebivalstva predstavlja pomemben družbeni, ekonomski in zdravstveni izziv, saj naraščajo potrebe po dolgotrajni oskrbi starejših odraslih, kar zahteva vse bolj kompleksne pristope k organizaciji in zagotavljanju teh storitev (World Health Organization, 2024). Tudi Slovenija se zaradi naraščajočega deleža starejšega prebivalstva intenzivno spopada s temi izzivi. Ne glede na specifične značilnosti posameznih evropskih sistemov na področju dolgotrajne oskrbe se večina držav srečuje s skupnimi izzivi, med katerimi so naraščajoči stroški financiranja dolgotrajne oskrbe, regionalne in urbane/ruralne razlike v dostopu do storitev, pomanjkanje usposob-

ljenega kadra ter nezadostna prepoznavnost in podpora neformalnim oskrbovalcem, ki predstavljajo pomemben segment sistema oskrbe starejših odraslih (Univerza v Novem mestu, 2025). Eden največjih izzivov je že obstoječe pomanjkanje strokovnega kadra za izvajanje dolgotrajne oskrbe (Analiza ukrepov promocije poklicev v DO, 2024). V okviru reševanja teh težav so številne evropske države začele poudarjati pomen neformalne oskrbe, ki vključuje pomoč družinskih članov, sosedov, prijateljev in prostovoljcev. V Sloveniji je neformalna oskrba razširjena, saj za bližnjega skrbi vsak deseti do vsak peti prebivalec, medtem ko je prostovoljstvo v tej oskrbi nizko zaradi pomanjkljive organiziranosti, sistemske in družbene podpore (RESIL4CARE, 2023; Univerza v Novem mestu, 2025).

Pri analizi neformalne oskrbe in prostovoljstva pa se srečujemo tudi z različnimi opredelitvami pojmov, kar je odvisno od posamezne raziskovalne tradicije. Ena od teh tradicij izhaja iz zdravstvene in socialne perspektive, kjer je poudarek na osebni negi in zdravstveni podpori, kot so pomoč pri hranjenju, administriranju zdravil in osnovni osebni negi (Brown in Brown, 2014; Jegermalm idr., 2014; Siira idr., 2021). Druga raziskovalna tradicija, ki se navezuje na civilnodružbeni kontekst, obravnava neformalno pomoč v širšem smislu in vključuje tudi praktične dejavnosti, kot so gospodinjska opravila, vrtnarjenje in pomoč pri transportu (Henriksen idr., 2008; Jegermalm in Jeppsson Grassman, 2013; Stølen idr., 2021). Ne glede na pristop pa večina raziskovalcev ugotavlja, da se neformalna pomoč in oskrba, ki jo nudijo bližnji sorodniki ali prijatelji, običajno razlikuje od prostovoljstva, saj temelji na tesnih družinskih ali prijateljskih odnosih in ni vedno formalno opredeljena ali institucionalno priznana (Jegermalm in Jeppsson Grassman, 2012; Siira idr., 2021).

Neformalni oskrbovalci, prostovoljci in formalni oskrbovalci imajo torej različne vloge v sistemu dolgotrajne oskrbe, pri čemer se razlikujejo glede na organiziranost, odgovornost in naravo dela. Neformalni oskrbovalci so družinski člani, prijatelji ali sosedje, ki neplačano nudijo dolgotrajno oskrbo starejšim odraslim ali osebam s kroničnimi boleznimi, pri čemer opravljajo osebno nego, gospodinjska opravila in čustveno podporo, pogosto brez institucionalne podpore (Liu idr., 2025). Prostovoljci delujejo v okviru formalnih programov in institucij, pri čemer se osredotočajo na družabništvo, psihosocialno podporo in spremljanje oskrbovancev, ne da bi prevzemali odgovornost za njihovo zdravstveno ali osebno nego (Henriksen idr., 2008). Po drugi strani so formalni oskrbovalci strokovno usposobljeni in zaposleni v zdravstvenih ali socialnovarstvenih institucijah, kjer izvajajo tako medicinsko kot osnovno oskrbo, pri čemer delujejo po profesionalnih standardih in v okviru institucionalnih pravil (Liu idr., 2025). Medtem ko neformalni oskrbovalci pogosto nosijo največje breme oskrbe, prostovoljci prispevajo k izboljšanju socialne vključenosti oskrbovancev, formalni oskrbovalci pa zagotavljajo strokovno in strukturirano izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe (Jegermalm in Sundström, 2014; Siira idr., 2021). Čeprav neformalna oskrba predstavlja pomemben vir pomoči, pa dosedanje raziskave kažejo, da je institucionalna podpora neformalnim oskrbovalcem in prostovoljcem slabo razvita, kar povzroča ovire pri širšem vključevanju posameznikov v prostovoljske dejavnosti (Univerza v Novem mestu, 2025).

Prostovoljstvo v dolgotrajni oskrbi se med državami razlikuje glede na institucionalne ureditve, kulturne vrednote in vladne politike. V nordijskih državah, kot so Švedska, Danska in Finska, kjer ima država močno vlogo pri zagotavljanju socialne blaginje, prostovoljstvo ostaja pomemben dopolnilni element formalne oskrbe, predvsem prek cerkvenih organizacij, združenj upokojencev in lokalnih skupnosti. V državah, kot so Avstrija, Nemčija, Nizozemska in Združeno kraljestvo, je več kot 30 % prebivalstva, starejšega od 15 let, aktivnega v prostovoljstvu, medtem ko je v južnoevropskih državah, kot so Grčija, Italija, Portugalska, Slovaška in Španija, ta delež manjši od 20 %. Prostovoljci v dolgotrajni oskrbi pogosto opravljajo administrativne in podporne naloge, neposredno pomoč oskrbovancem, organizacijo prostovoljskih aktivnosti ter koordinacijske in menedžerske funkcije (Ramovš idr., 2016).

Mednarodne študije prav tako poudarjajo potrebo po boljšem strukturiranju in koordinaciji prostovoljskih aktivnosti zaradi njihove relativno nizke zastopanosti v formalnih institucijah dolgotrajne oskrbe (Hussein in Manthorpe, 2014; Pereira idr., 2022; Skinner idr., 2020). Rezultati norveške študije kažejo, da v nasprotju z drugimi skandinavskimi državami le 4,4 % norveškega prebivalstva opravlja neplačano, prostovoljno delo v dolgotrajni oskrbi. Med najpogostejšimi izzivi sodelovanja med formalnimi oskrbovalci ter prostovoljci oziroma neformalnimi oskrbovalci so pomanjkanje informacij in znanja ter nezadostna koordinacija (Skinner idr., 2020). V Združenem kraljestvu, kjer finančna varčevanja in koncept »Velike družbe« (Big Society) spodbujata družbeno odgovornost, postajajo prostovoljci na področju dolgotrajne oskrbe, kjer je pomanjkanje kadra in je potreba po podpori izrazita, ključni del delovne sile. Obseg prostovoljskih dejavnosti v formalnih oskrbnih storitvah se razlikuje glede na vrsto storitev, pri čemer ni ugotovljene močne povezave z lokalno deprivacijo, brezposelnostjo ali ravno prostovoljstva. Vendar pa obstaja statistično pomembna povezava s stopnjo ruralnosti. Prispevek prostovoljcev je najizrazitejši pri svetovanju, podpori, zagovorništvu in informiranju (Hussein in Manthorpe, 2014; Stølen idr., 2021).

Področje dolgotrajne oskrbe v Evropi, še posebej pa v Sloveniji, je že desetletja deležno kritik zaradi prevelikega zanašanja na formalizirane biomedicinske pristope, ki premalo upoštevajo pomen odnosov med različnimi akterji v procesu oskrbe. Te kritike poudarjajo potrebo po uvajanju koncepta na odnos osredotočene oskrbe (ang. relationship-centered care), ki večji pomen pripisuje odnosom med oskrbovanci, njihovimi družinskimi člani in prijatelji ter plačanim osebjem (Pereira idr., 2022). Takšen pristop prestavlja poudarek od institucij zdravstvene oskrbe k družini in skupnosti, krepi medsebojno komunikacijo, poudarja pomen družine in skupnosti pri podpori oskrbovancem ter spodbuja timsko delo. Na odnos osredotočena oskrba poudarja krepitev komunikacije, priznavanje pomena družine in skupnosti pri podpori stanovalcem ter spodbujanje timskega pristopa. Prostovoljci svoje delovanje doživljajo kot zelo nagradujoče, pogosto povezano s pozitivnimi občutki in večjo empatijo. Obenem so raziskave pokazale, da imajo prostovoljci močno motivacijo pomagati drugim, izpolnjevati njihove potrebe in pozitivno vplivati na življenje posameznikov. Posebej

cenijo izraženo priložnost za pomoč drugim, možnost zadovoljiti njihove potrebe ter ustvarjati pozitivne spremembe v življenju posameznikov (Pereira idr., 2022).

Pereira idr. (2022) ugotavljajo, da prostovoljci z vzajemnimi in empatičnimi odnosi izboljšujejo psihosocialno blaginjo oskrbovancev, podpirajo njihove družine ter olajšujejo komunikacijo med zaposlenimi. Delo z osebami z demenco je pogosto izživ, saj prostovoljci že pred začetkom občutijo negotovost in tesnobo. Ključni dejavniki njihovega zadovoljstva in dolgoročnega vključevanja so jasna opredelitev vlog, ustrezno usposabljanje ter kontinuirana institucionalna podpora, kar zmanjšuje stres, krepi samozavest in izboljšuje kakovost oskrbe.

Mednarodni pregled dobrih praks (Univerza v Novem mestu, 2025) kaže, da evropske države zaradi staranja prebivalstva sistematično vključujejo prostovoljce v dolgotrajno oskrbo. Nemčija s programom Digitalni angel spodbuja digitalno pismenost starejših odraslih, projekt Silbernetz pa zmanjšuje njihovo osamljenost. Danska razvija prilagodljive modele oskrbe, ki prostovoljce vključujejo v oskrbo na domu, Švedska s programom Äldrelyftet krepi kompetence prostovoljcev, Finska pa z digitalno platformo Kotitori povezuje javne in zasebne storitve. Avstrijska časovna banka (Zeitbank 55+) omogoča medgeneracijsko vzajemno pomoč, medtem ko francoski program Monalisa zmanjšuje osamljenost starejših odraslih prek mrež prostovoljcev. Skupne značilnosti teh praks so večja integracija prostovoljcev v formalne sisteme, spodbujanje medgeneracijske solidarnosti ter uporaba digitalnih rešitev za večjo samostojnost starejših odraslih. Večina držav prepoznava prostovoljstvo kot ključno dopolnilo formalne oskrbe in podporo neformalnim oskrbovalcem.

Davčne spodbude za prostovoljce v Evropi tudi niso enotno urejene, temveč jih države oblikujejo samostojno (Univerza v Novem mestu, 2025). Nemčija omogoča neobdavčeno povračilo stroškov prostovoljcev do 840 EUR letno (Ehrenamtspauschale) in do 3.000 EUR za določene dejavnosti (Übungsleiterpauschale), s čimer dodatno spodbuja prostovoljstvo. Belgija nudi pavšalne povrnitve stroškov brez obdavčitve, če ne presegajo letno določenega praga, Velika Britanija pa oprošča obdavčitev upravičenih stroškov, če so dokumentirani. Francija, Italija, Španija in Avstrija imajo različne mehanizme, večinoma vezane na specifične oblike prostovoljnega dela. Večina držav prostovoljcem omogoča davčne oprostitve za povračilo stroškov, medtem ko so honorarji in simbolična plačila pogosto predmet obdavčitve.

Sodelovanje formalnih in neformalnih akterjev v dolgotrajni oskrbi lahko analiziramo skozi teoretski okvir institucionalnih logik, ki opredeljuje družbeno konstruirane vzorce praks, norm in vrednot, ki usmerjajo njihovo delovanje (Thornton idr., 2012; Stølen idr., 2021). Formalni oskrbovalci sledijo logiki javne storitve, ki temelji na profesionalizaciji, standardizaciji in birokratski regulaciji, kar zagotavlja enotne standarde, a hkrati omejuje fleksibilnost pri prilagajanju individualnim potrebam oskrbovancev (Skinner idr., 2020). Nasprotno pa neformalni oskrbovalci in prostovoljci delujejo znotraj logike skupnosti in družine, ki temelji na osebnih odnosih, vzajemnosti in neformalnih dogovorih, kar omogoča prilagodljivost, a pogosto vodi v manj strukturirano oskrbo (Thornton idr., 2012). Ta razkorak pogosto povzroča strukturna neskladja pri koordinaciji oskrbe, saj formalni sistem stremi k regulaciji, prostovoljci pa k prilaga-

godljivosti, kar lahko privede do konfliktov v delitvi odgovornosti. Kljub tem izzivom lahko hibridni modeli oskrbe, ki združujejo prednosti obeh logik, izboljšajo sodelovanje in prispevajo k bolj trajnostnemu in prilagojenemu sistemu dolgotrajne oskrbe.

Članek naslavlja raziskovalno vrzel pomanjkanja raziskav celovite analize dejavnikov, ki omejujejo učinkovitejše vključevanje prostovoljcev v formalne sisteme dolgotrajne oskrbe. Cilj tega prispevka je analizirati trenutno stanje na področju vključevanja prostovoljcev v dolgotrajno oskrbo starejših odraslih v Sloveniji, prepoznati glavne ovire in izzive ter preučiti primere dobrih praks iz tujine, ki bi jih bilo mogoče smiselno prenesti v slovenski prostor.

## **2 Metoda**

Za proučitev problematike vključevanja prostovoljcev v sistem dolgotrajne oskrbe je bila uporabljena kvalitativna raziskovalna metodologija z izvedbo fokusnih skupin. Fokusne skupine so bile izbrane kot primerna metoda, saj omogočajo poglobljeno razumevanje pogledov, izkušenj in stališč udeležencev ter interakcijo, ki spodbuja razpravo in razkrivanje kompleksnih pogledov na preučevano tematiko (Krueger in Casey, 2015). Raziskava je potekala v okviru drugega delovnega sklopa projekta CRP Ocena primerljivosti Slovenije s sosednjimi državami pri zagotavljanju formalnih in neformalnih oblik pomoči za oskrbo starejših (V5-24070), ki ga izvajata Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu in Inštitut Antona Trstenjaka, dofinancirata pa Ministrstvo za solidarno prihodnost in Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije.

V raziskavo je bilo skupaj vključenih 53 udeležencev, ki so bili namensko izbrani glede na njihove izkušnje in potencialno vlogo pri vključevanju v prostovoljsko delo na področju dolgotrajne oskrbe. Udeleženci so bili razdeljeni v specifične ciljne skupine, ki so vključevale: študente visokošolskih zavodov, dijake srednjih šol, zaposlene osebe različnih poklicnih profilov, laične oskrbovalce v različnih prostovoljskih organizacijah, upokojence in strokovnjake na področju dolgotrajne oskrbe. Takšna izbira udeležencev je omogočila celovit in raznolik vpogled v zaznave, potrebe, motivacije in omejitve različnih populacij, relevantnih za področje prostovoljstva v dolgotrajni oskrbi.

Fokusne skupine so bile izvedene decembra 2024 in januarja 2025, potekale so bodisi v živo bodisi v spletni obliki, odvisno od logističnih možnosti in preferenc udeležencev. Pogovore so moderirale izkušene raziskovalke, ki so usmerjale diskusijo v skladu s predhodno izdelanim polstrukturiranim vodnikom. Vodnik je vseboval ključne tematske sklope: motivacijo za prostovoljstvo, ovire pri vključevanju v prostovoljske dejavnosti, pričakovanja glede oblik in načinov vključevanja ter predloge za izboljšanje sodelovanja med formalnimi izvajalci dolgotrajne oskrbe in prostovoljci.

Vsi pogovori v okviru fokusnih skupin so bili zvočno posneti ob soglasju udeležencev ter nato prepisani. Za analizo pridobljenih podatkov je bila uporabljena tematska analiza, ki je omogočila sistematično identifikacijo, analizo in interpretacijo vzor-

cev znotraj kvalitativnih podatkov (Braun in Clarke, 2006). S pomočjo programske opreme za kvalitativno analizo podatkov (NVivo) so bili podatki kodirani in združeni v tematske kategorije, ki omogočajo jasno predstavitev ključnih ugotovitev.

### 3 Rezultati

Rezultate bomo predstavili glede na ciljne skupine tabelarno in tudi opisno.

#### *Rezultati fokusnih skupin – dijaki*

Rezultati fokusnih skupin z dijaki (tabela 1) kažejo, da jih k prostovoljstvu v dolgotrajni oskrbi motivirajo altruistični in pragmatični razlogi, pri čemer slednji prevladujejo. Medtem ko jih vodi želja po pomoči drugim in družbeni koristnosti, jih hkrati spodbujajo tudi pridobivanje izkušenj, referenc in formalnih potrdil za nadaljnjo poklicno ali izobraževalno pot. Najpogostejše ovire vključujejo časovne omejitve, nekateri pa so poudarili tudi neinformiranost in psihološke dejavnike, kot sta strah pred odgovornostjo in delo z osebami z demenco. Dijaki poudarjajo potrebo po mentorstvu, strukturiranem uvajanju in podpori institucij, ki bi povečala njihovo samozavest pri delu. Preferirajo neposredno delo z oskrbovanci, saj jim to omogoča doseganje vidnih rezultatov, pri čemer dajejo prednost skupinskemu delu, ki nudi večjo podporo in zmanjšuje psihološki pritisk. Pomembne so jim tudi fleksibilne možnosti za prilaganje prostovoljstva šolskim obveznostim ter jasna opredelitev nalog in strukturirano usposabljanje. Ključni dejavnik za dolgoročno vztrajanje predstavlja formalno priznavanje prostovoljskega dela v obliki certifikatov ali potrdil, kar krepi motivacijo in občutek pripadnosti prostovoljskim dejavnostim.

**Tabela 1**

*Rezultati fokusnih skupin z dijaki o vključevanju v prostovoljske aktivnosti v dolgotrajni oskrbi/Results of focus groups with students on involvement in volunteering activities in long-term care*

| <i>Tema</i> | <i>Podtema</i>      | <i>Koda</i>                | <i>Citat</i>  |
|-------------|---------------------|----------------------------|---|
| Motivacija  | Socialni motivi     | Želja pomagati drugim      | »Fajn se mi zdi, da lahko nekaj dobrega naredim za ljudi, ki to potrebujejo.« (Intervjuvanka 1)     |
|             | Pragmatični motivi  | Koristi za šolo, reference | »Če bi dobil neke točke pri ocenjevanju, bi šel takoj.« (Intervjuvanec 2)                           |
|             | Osebna rast         | Pridobivanje izkušenj      | »Meni je pomembno, da pridobim izkušnje za življenje.« (Intervjuvanka 3)                            |
| Ovire       | Časovne omejitve    | Šolske obveznosti          | »Glavna ovira je čas. Šola ... matura je največji problem.« (Intervjuvanka 4)                       |
|             | Slaba informiranost | Nejasne informacije        | »Ne vem, nimam informacij o tem.« (Intervjuvanka 5)   |
|             | Nejasne vloge       | Nedorečena pričakovanja    | »Ne vem, kaj bi radi od mene kot prostovoljca.« (Intervjuvanec 6)                                   |
|             | Psihološke ovire    | Negotovost in strah        | »Ne vem, če bi delal z ljudmi z demenco ... bojim se, da bom naredil kaj narobe.« (Intervjuvanec 7) |

|              |                    |                             |   |
|--------------|--------------------|-----------------------------|---|
| Preference   | Vrste aktivnosti   | Neposredno delo z ljudmi    | »Rada imam neposredno delo z ljudmi.« (Intervjuvanka 1)                                   |
|              | Delo v skupini     | Timsko delo                 | »Jaz bi raje delal v skupini ... je bolj zanimivo.« (Intervjuvanec 1)                     |
|              | Mentorska podpora  | Prisotnost mentorja         | »Morali bi imeli mentorja za pomoč, če imaš težave.« (Intervjuvanka 8)                    |
|              | Strukturirano delo | Jasno določene naloge       | »Lažje je, če je vse jasno in bi točno vedela, kaj bi morala narediti.« (Intervjuvanka 9) |
| Pričakovanja | Usposabljanje      | Izobraževanje prostovoljcev | »Dobro bi bilo, da bi nas usposobili, preden bi začeli delati.« (Intervjuvanec 10)        |
|              | Priznanje dela     | Potrditev in certifikati    | »Pa še to, če bi prejel potrdilo, ker potem to nekaj pomeni.« (Intervjuvanec 6)           |

### *Rezultati fokusnih skupin – študenti*

Rezultati fokusnih skupin s študenti (tabela 2) kažejo, da je njihova motivacija za prostovoljstvo v dolgotrajni oskrbi altruistična in karierna, pri čemer slednja prevladuje. Želijo pomagati ranljivim skupinam, prispevati k skupnosti ter pridobiti reference, znanja in izkušnje za poklicni razvoj. Prostovoljstvo vidijo tudi kot priložnost za osebno rast in razvoj komunikacijskih ter socialnih veščin. Najpogostejše ovire vključujejo študijske obveznosti, pa tudi pomanjkanje informacij in negotovost glede lastnih sposobnosti, zlasti pri delu z osebami z demenco. Študenti preferirajo organizacijske in administrativne vloge, jasno definirane ter časovno omejene naloge s fleksibilnim urnikom. Ključna pričakovanja vključujejo sistematično usposabljanje, mentorstvo in redne povratne informacije, ki bi olajšale vključitev in izboljšale njihovo učinkovitost. Za dolgoročno sodelovanje je bistveno formalno priznavanje prostovoljskega dela v obliki certifikatov, ki povečujejo motivacijo in občutek vrednotenja njihovega prispevka.

**Tabela 2**

*Rezultati fokusnih skupin s študenti glede vključevanja v prostovoljske aktivnosti v dolgotrajni oskrbi/Results of focus groups with students on volunteering in long-term care*

| <i>Tema</i>  | <i>Podtema</i>                | <i>Koda</i>                         | <i>Citat</i>  |
|--------------|-------------------------------|-------------------------------------|---|
| Motivacija   | Altruistična motivacija       | Želja pomagati drugim               | »Dobro je pomagati drugim. Sam bom tudi potreboval pomoč.« (Intervjuvanec 20)   |
|              | Karierna motivacija           | Referenca za zaposlitev             | »Bi šel pomagat, če bi s tem dobil priporočilo za zaposlitev ... bi se potem vključil.« (Intervjuvanec 21)              |
|              | Osebna rast in razvoj         | Pridobivanje praktičnih znanj       | »To je pomembno za osebno rast, za več samozavesti.« (Intervjuvanka 22)   |
|              | Mreženje in stiki             | Vzpostavljanje novih stikov         | »Da spoznam nove ljudi, ustvarjam mrežo in se povezujem.« (Intervjuvanec 20)  |
| Ovire        | Časovne omejitve              | Študijske obremenitve               | »Ob vseh obveznostih si ne predstavljam še česa dodatnega. Tu smo cele dneve.« (Intervjuvanka 23)                       |
|              | Pomanjkanje informacij        | Nedostopne informacije              | »Problem je, da ne vem, kje pridobim informacije o prostovoljstvu.« (Intervjuvanka 24)                                  |
|              | Negotovost in dvomi           | Strah pred odgovornostjo            | »Ne vem, ali bi znal delati s takšnimi osebami. Kaj, če naredim narobe.« (Intervjuvanec 25)                             |
|              | Slaba institucionalna podpora | Premalo strukturirana podpora       | »Po mojem ... če DSO ni dobro organiziran, bi hitro izgubil voljo za delo.« (Intervjuvanka 26)                          |
| Preference   | Organizacijske naloge         | Podpora v ozadju                    | »Delala bi bolj administrativno delo.« (Intervjuvanka 27)   |
|              | Neposredno delo z ljudmi      | Individualni pristop                | »Jaz bi definitivno bolj s posamezniki.« (Intervjuvanka 28)   |
|              | Projektno delo                | Kratkotrajni projekti               | »Moralo bi biti organizirano kot projekti, mislim za določen čas in nalogami.« (Intervjuvanka 29)                       |
|              | Fleksibilnost prostovoljstva  | Prilagodljiv urnik                  | »Jaz bi potreboval prilagodljiv urnik zaradi študija.« (Intervjuvanec 20)   |
| Pričakovanja | Jasno določene vloge          | Definirane odgovornosti             | »Vnaprej točno vem, kaj moram delati, ne kar nekaj ...« (Intervjuvanec 25)  |
|              | Sistem usposabljanja          | Izobraževanje in mentorstvo         | »Začela bi samo s prej dobrim usposabljanjem in mentorstvom.« (Intervjuvanec 26)  |
|              | Priznavanje prostovoljstva    | Formalno priznavanje dela           | »Dobro bi bilo, da bi dobili potrdilo za uporabo kasneje.« (Intervjuvanec 22)   |
|              | Povratne informacije          | Redna ocena in povratna informacija | »Sproti bi morali povedati, kako sem delal. Zdaj so se v DSO-ju samo drli na nas. Na praksi mislim.« (Intervjuvanec 20) |

### *Rezultati fokusnih skupin z upokojenimi prostovoljci*

Analiza fokusnih skupin z upokojenimi prostovoljci (tabela 3) razkriva, da jih k prostovoljstvu v dolgotrajni oskrbi vodijo altruistični motivi, občutek družbene odgovornosti in želja po osebni rasti ter aktivnem življenju po upokojitvi. Ključni izzivi vključujejo nejasno opredeljene vloge, pomanjkanje mentorstva in neoor-

diniranost aktivnosti, kar vodi v negotovost, stres in v nekaterih primerih opustitev prostovoljstva. Poseben izziv predstavljajo psihološke obremenitve, zlasti pri delu z oskrbovanci z demenco in ob soočanju s smrtjo. Pomanjkanje mlajših prostovoljcev ogroža kontinuiteto dejavnosti, časovna zahtevnost pa povečuje tveganje za preobremenjenost. Intervjuvani prostovoljci poudarjajo potrebo po strukturiranih vlogah, kakovostni mentorski podpori, sistematičnem usposabljanju ter redni superviziji, ki bi omogočila izmenjavo izkušenj in lažje spopadanje z izzivi.

**Tabela 3**

*Rezultati fokusnih skupin z upokojenimi prostovoljci o njihovem vključevanju v dolgotrajno oskrbo starejših odraslih/Results of focus groups with retired volunteers on their involvement in long-term care for older adults*

| <i>Tema</i>                | <i>Podtema</i>                       | <i>Koda</i>                         | <i>Citat</i>   |
|----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Motivacija za vključitev   | Altruistični motivi                  | Želja pomagati drugim               | »Želim pomagati, ker vem, kako pomembno je, da ima vsakdo nekoga ob sebi.« (Intervjuvanka 31)    |
|                            | Vračanje skupnosti                   | Osebne izkušnje in hvaležnost       | »Sam sem v življenju veliko prejel, zato želim zdaj nekaj vrniti družbi.« (Intervjuvanec 32)     |
|                            | Osebno zadovoljstvo                  | Občutek koristnosti                 | »Prostovoljstvo mi daje občutek, da sem še vedno koristna.« (Intervjuvanec 33)                   |
|                            | Aktivno preživljanje časa            | Aktivacija v pokoju                 | »Prostovoljstvo je dobro, da ostaneš aktiven tudi po upokojitvi.« (Intervjuvanec 31)             |
| Izkušnje s prostovoljstvom | Pomen usposabljanja in izobraževanja | Redno strokovno usposabljanje       | »Bistveno je, da se redno izobražujemo, ker tudi to zahteva določena znanja.« (Intervjuvanec 32) |
|                            | Podpora in mentorstvo                | Potreba po podpori institucije      | »Dobra podpora DSO-ja je ključna; ne smeš se počutiti prepuščen sam sebi.« (Intervjuvanec 34)    |
|                            | Čustvene obremenitve                 | Psihološka zahtevnost dela          | »Tudi mi moramo imeti nekoga, da govorimo o težavah.« (Intervjuvanec 31)                         |
|                            | Dolžina in pogostost vključevanja    | Časovna intenzivnost prostovoljstva | »Nikoli ne gre samo za kratek čas, to zahteva čas in energijo.« (Intervjuvanka 35)               |
| Ovire pri prostovoljstvu   | Slaba organizacija in koordinacija   | Nejasna razdelitev vlog             | »Če organizacija ni dobra in jasna, pride do konfliktov.« (Intervjuvanec 32)                     |
|                            | Premalo novih prostovoljcev          | Pomanjkanje novih članov            | »Težava je, da je premalo novih, mlajših prostovoljcev.« (Intervjuvanka 36)                      |
|                            | Nejasnost vlog in nalog              | Nejasno opredeljene aktivnosti      | »Včasih sploh ne vemo, kaj lahko in česa ne smemo delati.« (Intervjuvanec 31)                    |
|                            | Psihofizične omejitve                | Osebne omejitve                     | »Je tudi včasih fizično in čustveno naporno delo in ni primerno za starejše.« (Intervjuvanka 36) |
| Preference in priporočila  | Jasno definirane vloge               | Specifične in jasne naloge          | »Moramo točno vedeti, katere so naše naloge.« (Intervjuvanec 32)                                 |

### *Rezultati fokusnih skupin z zaposlenimi, ki so strokovnjaki na področju dolgotrajne oskrbe*

Rezultati fokusnih skupin z zaposlenimi, ki so strokovnjaki na področju dolgotrajne oskrbe (tabela 4), potrjujejo nujnost vključevanja prostovoljcev kot dopolnitev zaradi pomanjkanja kadra in naraščajočih potreb oskrbovancev. Prostovoljci imajo ključno vlogo pri socialnih in podpornih dejavnostih, kot so družabništvo, spremljanje in manj zahtevna opravila. Kljub temu strokovnjaki opozarjajo na omejeno motivacijo mladih, predvsem zaradi časovnih omejitev, ter na pomanjkanje jasne opredelitve vlog, kar vodi v neskladja med prostovoljci in zaposlenimi. Pomanjkljiva koordinacija in mentorstvo dodatno otežujeta njihovo učinkovito integracijo. Vključevanje mladih prostovoljcev je sicer prepoznano kot koristno, saj prinašajo energijo in inovativne pristope, vendar zahteva prilagojene strategije vključevanja, ki upoštevajo njihove interese in obveznosti.

Kot ključna priporočila za izboljšanje prakse sodelovanja s prostovoljci strokovnjaki poudarjajo predvsem potrebo po jasnejši opredelitvi vlog in nalog prostovoljcev, sistematičnem uvajanju ter kontinuiranem strokovnem izobraževanju. Prav tako poudarjajo pomembnost profesionalno vodenega prostovoljskega dela, vključno z ustrezno usposobljenim koordinatorjem, ki bi skrbel za spremljanje, podporo in sistematično koordinacijo prostovoljskih aktivnosti. Tak pristop bi po njihovem mnenju pomembno prispeval k bolj učinkoviti integraciji prostovoljcev, izboljšal kakovost dolgotrajne oskrbe ter zmanjšal tveganje nesporazumov in konfliktov med formalnim kadrom in prostovoljci.

#### **Tabela 4**

*Rezultati fokusnih skupin s strokovnjaki v dolgotrajni oskrbi o vključevanju prostovoljcev/Results of focus groups with professionals in long-term care on the involvement of volunteers*

| <i>Tema</i>              | <i>Podtema</i>        | <i>Koda</i>                            | <i>Citat</i>   |
|--------------------------|-----------------------|--|--|
| Potrebe po prostovoljcih | Kadrovske potrebe     | Pomanjkanje kadra                      | »Potrebujemo prostovoljce, ker imamo premalo zaposlenih, da bi zadostili vsem potrebam naših oskrbovancev.« (Intervjuvanec 41)                       |
|                          | Naraščajoče potrebe   | Večanje obsega dela                    | »Potrebe oskrbovancev se stalno večajo, zato bi prostovoljci res lahko dopolnjevali delo.« (Intervjuvanka 42)  |
|                          | Psihosocialna podpora | Družabništvo in individualna pozornost | »Zaposleni nimajo dovolj časa, da bi vsakemu oskrbovancu nudili individualno pozornost, tu bi bili prostovoljci zelo dobrodošli.« (Intervjuvanka 43) |
|                          | Manj zahtevne naloge  | Spremljanje in pomoč pri aktivnostih   | »Prostovoljci bi lahko pomagali pri spremstvu na sprehodih ali aktivnostih, ki ne zahtevajo strokovnega kadra.« (Intervjuvanec 41)                   |

|                                   |                                      |  |  |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Ovire pri vključevanju            | Omejen interes prostovoljcev         | Premalo zanimanja med prostovoljci                                     | »Ni dovolj prostovoljcev, zlasti med mlajšimi.« (Intervjuvanec 41)   |
|                                   | Nejasna definicija vlog              | Prekrivanje nalog in nejasnosti  | »Opažam v praksi, da zaposleni pogosto ne vedo natančno, katere naloge smejo prostovoljci opravljati, kar povzroča napetosti.« (Intervjuvanec 44)      |
|                                   | Pomanjkanje systemske podpore        | Slaba koordinacija in podpora institucije                              | »Generalno manjkata sistematična podpora in koordinacija prostovoljcev na lokalni in nacionalni ravni.« (Intervjuvanec 46)                             |
|                                   | Kratkoročno vključevanje             | Nestabilnost prisotnosti prostovoljcev                                 | »Problem je tudi, da prostovoljci pridejo samo za kratek čas.« (Intervjuvanka 43)  |
| Vključevanje mladih prostovoljcev | Potencial mladih generacij           | Motiviranost mladih za druženje  | »Mladi so običajno zelo dobro sprejeti s strani oskrbovancev, saj prinašajo novo energijo.« (Intervjuvanec 41)   |
|                                   | Omejitve mladih                      | Zasedenost in obremenitve mladih                                       | »Ja, so pa tudi preveč obremenjeni s šolo ali študijem, zato težje redno sodelujejo.« (Intervjuvanec 46)   |
|                                   | Potreba po specifičnem pristopu      | Drugačni pristopi vključevanja mladih                                  | »Če želimo vključiti mlade, moramo uporabiti drugačne pristope in motivacijske dejavnike.« (Intervjuvanec 44)  |
| Priporočila za prakso             | Jasna definicija vlog                | Določitev nalog in odgovornosti  | »Pomembno je tudi jasno določiti, katere naloge so primerne za prostovoljce, da ne pride do nesporazumov.« (Intervjuvanec 44)                          |
|                                   | Redno izobraževanje in usposabljanje | Sistematično usposabljanje prostovoljcev                               | »Ključno je redno in kakovostno usposabljanje, ki prostovoljce pripravi na različne situacije.« (Intervjuvanka 43)                                     |
|                                   | Sistematična koordinacija            | Profesionalna koordinacija prostovoljstva                              | »Dobro bi bilo imeti osebo v DSO-ju in na regionalni ravni v širše, da skrbi za koordinacijo in podporo prostovoljcev.« (Intervjuvanec 44)             |
|                                   | Priznavanje prispevka prostovoljcev  | Sistem nagrajevanja in priznanj  | »Če bi prostovoljci dobili formalno priznanje ali nagrade, bi bili zagotovo bolj motivirani za dolgoročno sodelovanje.« (Intervjuvanka 48)             |
| Ukrepi za razvoj prostovoljstva   | Uvedba novih oblik prostovoljstva    | Družinski oskrbovalci postanejo prostovoljci s priznanimi kompetencami | »Tisti, ki so skrbeli za svoje bližnje, so lahko dobri prostovoljci, zato jim treba priznati določene kompetence.« (Intervjuvanka 43)                  |
|                                   | Medijska podpora                     | Pozitivne zgodbe   | »Mediji bi morali bolj promovirati prostovoljstva.« (Intervjuvanec 41)   |
|                                   | Sistematična družbena podpora        | Podpora na vseh ravneh družbe  | »Treba je sistematično spodbujati na vseh ravneh in mu spet dati vrednost.« (Intervjuvanka 45)   |
|                                   | Inovativne rešitve                   | Sistem kreditnih točk  | »Koroški DSO je uvedel sistem kreditnih točk: ura prostovoljstva je ena kreditna točka, potem jih lahko uporabiš zase ali podariš.« (Intervjuvanka 45) |

Po mnenju večine intervjuvanih strokovnjakov razvoj prostovoljstva v dolgotrajni oskrbi zahteva prepoznavanje kompetenc družinskih oskrbovalcev, medijsko podporo in inovativne spodbude. Svojci, ki so dolga leta skrbeli za bližnje, pogosto nadaljujejo kot prostovoljci, zato je ključno certificiranje njihovih kompetenc in ustrezno usposabljanje. Medijska podpora je nujna za večjo družbeno prepoznavnost prostovoljstva in krepitev medgeneracijske solidarnosti. Med inovativnimi pristopi izstopajo sistem kreditnih točk, kjer prostovoljci pridobijo prenosljive ugodnosti, ter ciljno usmerjena usposabljanja za svojce, ki lahko po smrti bližnjega aktivno prispevajo kot prostovoljci.

## 4 Razprava

Rezultati izvedene raziskave kažejo, da je sodelovanje prostovoljcev v sistemu dolgotrajne oskrbe v Sloveniji še vedno omejeno in se spopada s številnimi izzivi. V skladu s teorijo institucionalnih logik (Thornton idr., 2012; Skinner idr., 2020) ugotavljamo, da ključni razlogi za težave pri integraciji prostovoljcev izhajajo iz razhajanj med institucionalno logiko formalnih oskrbovalcev in prostovoljcev ter neformalnih oskrbovalcev. Formalni oskrbovalci sledijo institucionalni logiki javne storitve, ki temelji na standardizaciji, profesionalizaciji in birokratski organizaciji, medtem ko neformalni oskrbovalci in prostovoljci delujejo znotraj družinskih in skupnostnih logik, ki temeljijo na osebnih odnosih, vzajemnosti, čustveni povezanosti in fleksibilnosti (Thornton idr., 2012). Ta razlika pogosto ustvarja vrzel v pričakovanjih in komunikaciji, zaradi česar je sodelovanje omejeno, prostovoljci pa se pogosto počutijo marginalizirane, premalo vključene in ne dovolj cenjene.

Raziskava je identificirala več skupnih ovir, ki jih zaznavajo različne skupine prostovoljcev v Sloveniji. Med najbolj izraženimi so predvsem psihološke ovire, kot so strah pred odgovornostjo, negotovost in tesnoba, zlasti pri mlajših prostovoljcih in osebah brez izkušenj v delu s starejšimi odraslimi ali z osebami z demenco, kar so poudarile tudi druge študije (Pereira idr., 2022). Mladi prostovoljci (dijaki in študenti) so posebej izrazili potrebo po večji strukturiranosti, mentorstvu in jasnih navodilih glede njihove vloge, kar je v skladu z ugotovitvami drugih študij, ki poudarjajo pomen strukturiranega usposabljanja in mentorstva kot ključnega elementa uspešne integracije in dolgoročnega sodelovanja prostovoljcev (Hussein in Manthorpe, 2014; Skinner idr., 2020).

V slovenskem kontekstu so še posebej izrazite tudi časovne ovire, ki izhajajo iz študijskih ali delovnih obveznosti, zaradi katerih potencialni prostovoljci težko usklajujejo svoje vsakodnevne obveznosti s prostovoljskim delom. To kaže na potrebo po bolj fleksibilnih oblikah prostovoljstva, ki bi upoštevale omejitve posameznikov in omogočale različne oblike kratkotrajnega, projektnega ali občasnega sodelovanja, kar bi lahko prispevalo k povečanju števila aktivnih prostovoljcev v Sloveniji.

Upokojeni prostovoljci so poudarili težave zaradi pomanjkanja novih, mlajših prostovoljcev, kar ogroža dolgoročno vzdržnost prostovoljskih aktivnosti. To nakazu-

je potrebo po bolj sistematični promociji prostovoljstva med mladimi in vzpostavitvi večgeneracijskega sodelovanja, kar bi omogočilo prenos znanja in veščin med različnimi generacijami ter zagotovilo kontinuiteto prostovoljstva (Ramovš idr., 2016). Poleg tega se soočajo s psihološkimi in fizičnimi obremenitvami, ki zahtevajo sistematično institucionalno podporo, predvsem v obliki mentorstva in rednih usposabljanj.

Skupina strokovnjakov opaža pomanjkanje jasno definiranih vlog prostovoljcev, slabo institucionalno koordinacijo ter kratkoročno in površno usposabljanje prostovoljcev kot ključne težave. Ti dejavniki lahko povzročajo nezadovoljstvo tako med zaposlenimi kot med prostovoljci in lahko ovirajo učinkovito sodelovanje in kakovost storitev, kar potrjujejo tudi druge raziskave (Hussein in Manthorpe, 2014; Skinner idr., 2020).

Razvoj prostovoljstva v dolgotrajni oskrbi v Sloveniji zahteva celovito sistemsko nadgradnjo, ki vključuje pravno ureditev, organizacijsko podporo, vključevanje v izobraževalne procese ter družbeno promocijo prostovoljskega dela. Ključni izziv ostaja umestitev prostovoljcev v formalni okvir dolgotrajne oskrbe, kar bi omogočilo jasno opredelitev njihove vloge in pogojev vključevanja ter formalno priznavanje pridobljenih kompetenc. Trenutno zakonodaja v Sloveniji ne določa specifičnih davčnih spodbud za prostovoljce, kar pomeni, da njihovo delo temelji izključno na lastni motivaciji, brez dodatnih finančnih olajšav ali priznanj. V drugih evropskih državah, kot je Nemčija, so razvili modele, ki omogočajo simbolične davčne olajšave ali sistem kreditnih točk, kjer posamezniki za opravljeno prostovoljsko delo pridobijo določene ugodnosti. Implementacija podobnih spodbud bi lahko okrepila prostovoljsko dejavnost in prispevala k večji trajnosti vključevanja prostovoljcev v oskrbovalni sistem.

Vključevanje prostovoljstva v izobraževalni sistem bi predstavljalo pomemben korak k spodbujanju medgeneracijskega sodelovanja in socialnega učenja. Prostovoljske dejavnosti bi lahko postale sestavni del učnih programov v srednjih šolah in na univerzah, pri čemer bi bilo mogoče prostovoljno delo priznavati kot del praktičnega usposabljanja ali akademskih obveznosti. S tem bi mlajše generacije pridobile neposreden vpogled v pomen solidarnosti in skrbi za starejše odrasle, kar bi dolgoročno prispevalo k oblikovanju bolj vključujoče družbe. Ključna ovira pri vključevanju mladih v prostovoljstvo so časovne omejitve, povezane z izobraževalnimi obveznostmi, zato bi bilo smiselno razviti prilagodljive oblike prostovoljskega dela, ki omogočajo večjo fleksibilnost pri usklajevanju šolskih in drugih aktivnosti.

Za učinkovito integracijo prostovoljcev je nujna profesionalizacija koordinacijskih vlog znotraj institucij dolgotrajne oskrbe. Učinkovito delovanje prostovoljcev zahteva sistematično podporo, ki vključuje mentorstvo, usposabljanje in evalvacijo njihovega dela. Trenutno številne ustanove nimajo vzpostavljenih mehanizmov za dolgoročno koordinacijo prostovoljcev, kar otežuje njihovo vključevanje in trajnostno delovanje. Vzpostavitev stalnih koordinacijskih struktur, financiranih iz javnih sredstev ali projektnih virov, bi pripomogla k večji organiziranosti prostovoljskega dela in zmanjšala tveganje za preobremenjenost posameznih institucij.

Poleg formalnih in organizacijskih ukrepov sta za širšo vključitev prostovoljcev ključna tudi družbeno ozaveščanje in promocija prostovoljstva. Medijske kampanje

in digitalne platforme bi lahko pripomogle k večji prepoznavnosti prostovoljstva ter omogočile boljše povezovanje med prostovoljci in organizacijami, ki potrebujejo njihovo podporo. Trenutno je v medijskem prostoru relativno malo vsebin, ki bi pozitivno osvetlile pomen prostovoljskega dela v dolgotrajni oskrbi, kar zmanjšuje splošno družbeno motivacijo za vključevanje v tovrstne aktivnosti. Večja prisotnost prostovoljstva v javnem diskurzu bi prispevala k njegovi večji legitimnosti in prepoznavnosti ter spodbudila širšo angažiranost prebivalstva.

Kljub pomembnim ugotovitvam ima raziskava nekatere omejitve, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji rezultatov. Omejen vzorec fokusnih skupin ne omogoča statistične generalizacije na celotno populacijo, saj so sodelovali predvsem že aktivni prostovoljci in zaposleni v dolgotrajni oskrbi, medtem ko perspektiva potencialnih prostovoljcev, ki se še niso vključili, ni zajeta. Kvalitativna narava raziskave zagotavlja poglobljen vpogled, vendar ne omogoča kvantitativne potrditve ugotovitev, zato bi bila v prihodnje smiselna širša anketna raziskava. Prav tako študija ni zajela dolgoročnih trendov ali primerjalne analize s tujimi praksami, kar bi omogočilo natančnejše razumevanje uspešnih modelov integracije prostovoljcev v sistem dolgotrajne oskrbe. Omejena je tudi analiza finančnih in sistemskih vidikov vključevanja prostovoljcev, ki bi lahko osvetlila vzdržnost in regulativne vidike tega področja. Nadaljnje raziskave bi morale vključevati kvantitativne podatke, longitudinalne študije ter primerjalne analize z uspešnimi tujimi modeli, da bi identificirali prenosljive dobre prakse za izboljšanje slovenskega sistema prostovoljstva v dolgotrajni oskrbi.

## 5 Zaključek

Rezultati raziskave potrjujejo, da je prostovoljstvo v dolgotrajni oskrbi v Sloveniji pomemben, a premalo izkoriščen vir podpore oskrbovancem, formalnim oskrbovalcem in neformalnim skrbnikom. Čeprav prostovoljci prispevajo k izboljšanju kakovosti življenja starejših odraslih, zmanjševanju njihove osamljenosti in dopolnjevanju formalnih storitev, se njihova integracija v sistem dolgotrajne oskrbe spopada s številnimi ovirami, kot so pomanjkanje jasne sistemske podpore, nejasne vloge, omejeno usposabljanje ter pomanjkanje finančnih in organizacijskih spodbud. Ti izzivi odražajo strukturna neskladja med institucionalnimi logikami formalne oskrbe, ki temelji na profesionalizaciji in standardizaciji storitev, ter prostovoljskim delom, ki je zasnovano na fleksibilnosti, osebni angažiranosti in recipročni pomoči.

Da bi povečali vključenost prostovoljcev, je nujno oblikovati jasnejše politike in strateške ukrepe, ki bodo omogočili sistematično mentorstvo, dolgoročno podporo in boljšo koordinacijo med prostovoljci, formalnimi oskrbovalci ter institucijami. Pomembno je tudi spodbujanje prožnih modelov vključevanja prostovoljcev, ki bodo omogočali sodelovanje različnih družbenih skupin, vključno z mladimi, zaposlenimi in upokojenci, ter priznavanje prostovoljskega dela z ustreznimi certifikati in drugimi spodbudami. Učinkovitejša integracija prostovoljcev v sistem dolgotrajne oskrbe ne

bi izboljšala le kakovosti oskrbe starejših odraslih, temveč bi tudi zmanjšala pritisk na formalne oskrbovalce ter povečala medgeneracijsko solidarnost in socialno kohezijo.

Celostna nadgradnja prostovoljstva v dolgotrajni oskrbi torej zahteva usklajene ukrepe na več ravneh. Pravno urejanje statusa prostovoljcev, vključevanje v izobraževalni sistem, profesionalizacija koordinacije ter krepitev družbene prepoznavnosti prostovoljstva so ključni dejavniki za njegovo dolgoročno trajnost in učinkovitost. Le z integracijo prostovoljcev v formalni sistem dolgotrajne oskrbe bo mogoče v celoti izkoristiti njihov potencial pri izboljšanju kakovosti življenja starejših odraslih ter krepitvi solidarnosti med generacijami.

*Karmen Erjavec, PhD*

### **Challenges of Integrating Volunteering into the Long-Term Care System for Older Adults**

*The aging population represents a major societal, economic, and healthcare challenge, increasing the demand for long-term care (LTC) services and necessitating complex solutions for their organization and provision. In Slovenia, as in many European countries, LTC faces common challenges, including rising costs, disparities in service accessibility between urban and rural areas, workforce shortages, and inadequate recognition and support for informal caregivers, who form a crucial segment of older adults' care. One of the key challenges is the existing shortage of skilled professionals in LTC. Many European countries have turned to informal care, which involves assistance from family members, neighbors, friends, and volunteers. While informal caregiving is widespread in Slovenia, with an estimated 10–20% of the population providing care for a relative, voluntary engagement in this sector remains low due to weak organizational, systemic, and societal support.*

*The study examines the role of volunteers in long-term care, their collaboration with formal and informal caregivers, and systemic barriers that hinder greater volunteer participation. The distinction between formal caregivers, informal caregivers, and volunteers is crucial to understanding their roles. Formal caregivers are trained professionals working in healthcare or social institutions, informal caregivers are unpaid individuals (typically family members) who provide direct care, while volunteers operate within structured programs, primarily offering companionship and psychosocial support. The institutionalization of volunteering varies across Europe, with Nordic countries incorporating volunteers as a supplement to formal services, while Southern European countries rely more on family-based caregiving. The study explores how these structural differences shape volunteer participation in Slovenia.*

*The research employed a qualitative approach using focus groups, which allowed for an in-depth understanding of the participants' experiences and perspectives. The study was conducted within the framework of the national research project on LTC in*

Slovenia, involving 53 participants from various target groups: high school students, university students, employed individuals, retired volunteers, lay caregivers, and LTC professionals. The focus groups were conducted in person and online, with discussions following a semi-structured guide covering themes such as motivation for volunteering, barriers to participation, preferred forms of engagement, and expectations for systemic improvements. The data were analyzed using thematic analysis.

Findings from the focus groups revealed significant differences in motivation, challenges, and expectations among various volunteer groups.

Students were motivated by both altruistic and pragmatic reasons. While many expressed a desire to help others, they were also driven by the potential for gaining experience, references, and certificates, beneficial for academic and career advancement. The main barriers included lack of information, time constraints due to academic commitments, and psychological concerns, such as fear of responsibility or interacting with individuals with dementia. Students preferred group-based volunteering, structured mentorship, and clearly defined roles.

University students exhibited similar motivations but placed greater emphasis on career-related benefits, such as networking and skill development. Their primary challenges included balancing volunteering with academic obligations, a lack of structured support from institutions, and uncertainty about their own competencies. They preferred organizational and administrative tasks over direct caregiving, and emphasized the need for flexible schedules, formal training, and certification to recognize their contributions.

Retired individuals were primarily motivated by a sense of social responsibility, a desire to give back to the community, and personal fulfillment. However, they faced challenges, such as unclear role definitions, lack of mentorship, and emotional burdens, particularly when dealing with end-of-life care. They stressed the importance of ongoing training, structured support, and the recruitment of younger volunteers to ensure continuity in volunteer work.

Healthcare and social care professionals highlighted an urgent need for volunteers due to workforce shortages and increasing demands for care. They identified volunteers as essential for social engagement and non-clinical support tasks. However, they also pointed to systemic barriers, such as inconsistent volunteer coordination, unclear role delineation, and difficulties in maintaining volunteer engagement over the long term.

A review of international best practices in volunteer engagement in long-term care highlights several innovative models that successfully integrate volunteers into care systems. In Germany, the Digital Angel project promotes digital literacy among older adults, enhancing their ability to stay connected and access online services, while the Silbernetz initiative combats loneliness through volunteer-led telephone support, providing emotional and social assistance. Denmark has developed flexible care models that systematically integrate volunteers into home-based care services, allowing them to provide companionship and non-medical assistance tailored to individual needs. In

Sweden, the *Äldreliftet* program focuses on enhancing volunteer competencies through structured training, ensuring that volunteers are well-prepared for their roles in supporting older adults. Finland has established the *Kotitori* platform, which consolidates public and private services while incorporating volunteer contributions, improving coordination and accessibility of services for older adults. Austria operates the *Zeitbank 55+* model, a time-banking system that enables intergenerational volunteer exchanges, allowing individuals to accumulate hours of volunteer work that they can later redeem for support in their own older years. Meanwhile, France has introduced the *Monalisa* initiative, which mobilizes local volunteer networks to address social isolation among older adults, fostering stronger community engagement and peer support. These models demonstrate diverse approaches to integrating volunteers into LTC systems, promoting intergenerational solidarity, social inclusion, and innovative care solutions tailored to the evolving needs of aging populations. These models demonstrate a trend towards greater volunteer integration, enhanced intergenerational solidarity, and the use of digital solutions to support independent living.

The study examines the integration of volunteers through the theoretical framework of institutional logics, which explains how societal norms and values shape organizational behavior. In LTC, formal caregivers operate under the institutional logic of public service, characterized by professionalization, standardization, and bureaucratic oversight. Conversely, informal caregivers and volunteers function within the family and community logic, emphasizing reciprocity, personal relationships, and flexibility. These conflicting logics create systemic tensions, limiting an effective integration of volunteers into the formal LTC structures. A hybrid model that bridges these approaches could improve collaboration and service delivery.

Key obstacles to volunteer engagement in long-term care in Slovenia include insufficient coordination and unclear role definitions, which result in inefficiencies in integrating volunteers into formal care structures. Additionally, psychological and logistical barriers pose challenges, particularly for younger volunteers who often lack caregiving experience and confidence in working with older adults. A further limitation is the lack of recognition and formal incentives, such as tax benefits or certification, which could enhance volunteer motivation and retention. To address these challenges and promote greater volunteer participation, several policy measures should be implemented. Regulatory reform is necessary to formally incorporate volunteering into long-term care legislation, ensuring that volunteers have clearly defined roles and recognized competencies. Educational integration should embed volunteer activities within school and university curricula, allowing students to earn academic credits for their engagement. The professionalization of volunteer coordination within the LTC institutions would provide structured mentorship, oversight, and support, improving volunteer retention and effectiveness. Additionally, innovative engagement models, such as time-banking systems where volunteer hours can be accumulated and later redeemed, could create more tangible incentives for participation. Finally, public awareness campaigns through media and digital platforms should highlight the positive impact of volunteering, fostering greater societal recognition and encouraging a

*wider community involvement. These measures would contribute to a more structured and sustainable integration of volunteers into Slovenia's LTC system, enhancing both care quality and intergenerational solidarity.*

*Volunteering in LTC remains an underutilized resource in Slovenia, despite its potential to enhance care quality and alleviate workforce shortages. A systemic approach to integrating volunteers – through clear role definitions, structured support, and policy incentives – could significantly improve the sustainability and effectiveness of LTC services. Strengthening intergenerational solidarity and fostering a culture of volunteering through education, media engagement, and legal recognition will be crucial to ensuring a robust and inclusive older adult care system.*

## LITERATURA

1. Analiza ukrepov promocije poklicev v dolgotrajni oskrbi: kvantitativna raziskava. (2024). Projekt Promocija poklicev v dolgotrajni oskrbi (V3-2224). Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Braun, V. in Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
3. Brown, R. M. in Brown, S. L. (2014). Informal caregiving: A reappraisal of effects on caregivers. *Social Science & Medicine*, 117, 74–82. <https://doi.org/10.1111/sipr.12002>
4. Henriksen, L. S., Strømsnes, K. in Svedberg, L. (2008). Voluntary work and informal care in the Nordic countries. *Nordisk Ministerråd*.
5. Hussein, S. in Manthorpe, J. (2014). Volunteers supporting older people in formal care settings in England: Personal and local factors influencing prevalence and type of participation. *Journal of Applied Gerontology*, 33(8), 923–941. <https://doi.org/10.1177/0733464812455098>
6. Jegermalm, M. in Jeppsson Grassman, E. (2012). Helpful citizens and caring families: Patterns of informal help and caregiving in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 21(4), 422–431. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2011.00839.x>
7. Jegermalm, M. in Jeppsson Grassman, E. (2013). Links between informal caregiving and formal care in Sweden. *Journal of Community Practice*, 21(4), 434–454.
8. Jegermalm, M. in Sundström, G. (2014). Voluntary work by and for older adults as a solution to the challenges of elderly care. *Forum för idéburna organisationer med social inriktning*.
9. Jegermalm, M., Jeppsson Grassman, E. in Whitaker, A. (2014). Family as failure? The role of informal help in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(1), 34–40.
10. Jegermalm, M. in Sundström, G. (2014). Voluntary work for and by older persons: A solution to the challenges in care for older persons? *Forum för idéburna organisationer med social inriktning*.
11. Krueger, R. A. in Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). Sage Publications.
12. Liu, J., Yu, M. in Zhang, T. (2025). Age-friendly neighborhood environment and trajectories of multimorbidity: The moderating effect of life-course socioeconomic status. *Innovation in Aging*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaf039>
13. Pereira, R. F., Myge, I., Hunter, P. V. in Kaasalainen, S. (2022). Volunteers' experiences building relationships with long-term care residents who have advanced dementia. *Dementia*, 21(7), 2172–2190. <https://doi.org/10.1177/14713012221113191>
14. Ramovš, J., Rant, M. in Lipar, T. (2016). Kakovost na starost. *Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*, 19(4), 3–24. <https://www.inst-antonatrstenjaka.si/slike/1633-1.pdf>
15. RESIL4CARE Adoption and Implementation in Organizations. (2023). Literature review. ISSRA, IAT, FRODIZO, I4D, IVASS in LAS NAVES. <https://resil4care.eu/training/>
16. Siira, E., Olaya-Contreras, P., Yndigegn, S., Wijk, H., Rolandsson, B. in Wolf, A. (2021). Older

- adults' provision of informal care and support to their peers – A cornerstone of Swedish society: Demographic characteristics and experiences of social isolation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(2), 468–481. <https://doi.org/10.1111/scs.13063>
17. Skinner, M. S., Lorentzen, H. in Tingvold, L. (2020). Volunteers and informal caregivers' contributions and collaboration with formal caregivers in Norwegian long-term care. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(6), 647–672. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1745988>
  18. Stølen, K., Raunkiær, M., Winther, K. in Olivares Bøgeskov, B. M. (2021). Palliative care volunteer roles in Nordic countries: Qualitative studies–Systematic review and thematic synthesis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 14(e1), bmjspcare-2021-003330. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003330>
  19. Thornton, P. H., Ocasio, W. in Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199601936.001.0001>
  20. Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede in Inštitut Antona Trstenjaka. (2025). *Dobre prakse zagotavljanja oskrbe in družabništva starejšim ter vključevanja posameznikov v podporne aktivnosti. Dobre prakse drugih držav na področju dodatnih možnosti za zagotavljanje oskrbe, pomoči in družabništva starejšim (V5-24070)*. World Health Organization. (2024). *Providing access to long-term care for older people*. <https://www.who.int/activities/providing-access-to-long-term-care-for-older-people>

# Mnenje izvajalcev zdravstvene nege o evtanaziji

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i1.176>

Izvirni znanstveni članek

UDK 614.253.5:179.7.02

KLJUČNE BESEDE: evtanazija, etična dilema, mnenje o evtanaziji

**POVZETEK** – Evtanazija odpira razprave in polemike po celem svetu. Je aktualna tema, ki ima mnogo nasprotnikov in zagovornikov. Ker so pri obravnavi pacienta, ki zaprosi za evtanazijo, ključni zdravstveni delavci, je njihovo mnenje o evtanaziji in njeni legalizaciji še posebej pomembno. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna sta mnenje in pogled izvajalcev zdravstvene nege o evtanaziji. Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovalnem pristopu in deskriptivni metodi dela. V raziskavo smo vključili 12 izvajalcev zdravstvene nege, ki so zaposleni na različnih področjih zdravstvene dejavnosti. Ugotovili smo, da imajo intervjuvanci zdravstvene nege v večini pozitiven odnos do evtanazije in bi jo v Sloveniji legalizirali. Izrazili so zaskrbljenost nad njeno zlorabo, kar bi bilo treba preprečiti z jasno zakonodajo in strogimi pogoji za izvedbo evtanazije. Z raziskavo ugotovljamo pozitivno naklonjenost intervjuvancev evtanaziji, na kar kažejo tudi druge podobne raziskave. Najpogostejša razloga za njeno legalizacijo sta avtonomija odločanja posameznika o svojem zdravljenju in preprečitev trpljenja. Tisti, ki nasprotujejo evtanaziji, so kot najpogostejši razlog navedli vero, ki ne odobrava odvzeta življenja, saj je le-to sveto.

Original scientific article

UDC 614.253.5:179.7.02

KEYWORDS: euthanasia, ethical dilemma, opinion on euthanasia

**ABSTRACT** – Euthanasia, which triggers discussion and controversy worldwide, is an issue that has many opponents and supporters. First and foremost, healthcare professionals are involved in the treatment of patients requesting euthanasia, so their opinion on euthanasia and its legalization is important. The aim of the research was to find out the opinions and views of nurses on euthanasia. The study was based on a qualitative research approach and a descriptive working method. We included 12 care providers in the study who work in different areas of healthcare. We found that the majority of care providers have a positive attitude toward euthanasia and would like to legalize it in Slovenia. They expressed concern about the abuse, which should be prevented by clear legislation and strict conditions for performing euthanasia. The survey shows a positive preference for euthanasia, which is also evident in other similar surveys. The most common reasons for its legalization are the autonomy of the individual in relation to their treatment and the prohibition of torture. The most common reason given by the opponents of euthanasia was religion, which disapproves of the taking of life because it is sacred.

## 1 Uvod

Evtanazija je ena najbolj spornih etičnih tem v zdravstvenem varstvu po vsem svetu (Khatony idr., 2021, str. 208), ki povzroča etične dileme. Razmišljanje o uzakonitvi evtanazije je trenutno v Sloveniji zelo aktualna tematika. Nagibamo se k temu, da bi sledili državam, kjer je evtanazija legalna in sprejeta z zakonom. Zakonodajo o evtanaziji so začele uvajati države, kot sta Belgija – ena prvih držav na tem področju

(Verhofstadt idr., 2021, str. 158) – in Nizozemska. Postopoma se je evtanazija začela izvajati tudi v Luksemburgu, Švici, Nemčiji, Španiji, Portugalski, Kolumbiji, Kanadi, zvezni državi Victoria v Avstraliji, Novi Zelandiji in nekaterih zveznih

Prejeto/Received: 28. 8. 2024  
Sprejeto/Accepted: 31. 1. 2025

Besedilo/Text © 2025 Avtor(ji)/The Author(s)  
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.  
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

državah ZDA (Oregon in Vermont) (Bellon idr., 2022, str. 2; Khatony idr., 2021, str. 208). Tako kot številne etično sporne tematike ima tudi evtanazija svoje zagovornike in nasprotnike. Leboul idr. (2022, b. s.) v svoji raziskavi ugotavljajo, da si pacienti želijo evtanazijo zaradi strahu pred trpljenjem, razčlovečenjem, občutkom nedostojnosti in ničvrednosti ter zagovarjajo avtonomijo zdravljenja, kar navaja tudi Ustava Republike Slovenije v 18. členu: »Nihče ne sme biti podvržen mučenju, nečloveškemu ali ponižujočemu kaznovanju ali ravnanju. Na človeku je prepovedano delati medicinske ali druge znanstvene poskuse brez njegove svobodne privolitve.« (Ustava Republike Slovenije, 1991, št. 33/91). Nasprotniki evtanazije ob tem poudarjajo, da je mogoče z ustrezno paliativno oskrbo preprečiti trpljenje umirajočega. Kljub temu pa je v Sloveniji na tem področju še veliko prostora za razvoj in izboljšave (Graf Mlinar, 2021, str. 75), saj so pomanjkljivosti prisotne že na ravni formalnega izobraževanja (Ebert Moltara in Bernot, 2023, str. 48). Tako zagovorniki kot tudi nasprotniki evtanazije pa si prizadevajo za čim boljše počutje pacienta (Klampfer, 2018, str. 59).

Ko govorimo o evtanaziji, se moramo zavedati, da obstaja več njenih vrst. Pogosto se te med seboj enačijo, vendar pa med njimi obstajajo pomembne razlike. Poznamo aktivno in pasivno evtanazijo, prostovoljno in neprostovoljno evtanazijo ter terapijo dvojnega učinka in samomor z zdravniško pomočjo (Trontelj, 2014, str. 174; Živković, 2015, str. 56; Young, 2015, str. 2). Običajno imamo v mislih aktivno evtanazijo, kar pomeni, da zdravstveno osebje pripomore k smrti pacienta, običajno je to zdravnik (Brassinton, 2020, str. 2–3; Garrard in Wilkinson, 2005, str. 64–65; Verhofstadt idr., 2021, str. 158). Kanada je prva država, ki dovoljuje izvedbo evtanazije izvajalcem zdravstvene nege (Pesut idr., 2020, str. 152). Bellon idr. (2022, str. 1) trdijo, da je za izvedbo evtanazije potreben multidisciplinarni tim, vendar imajo medicinske sestre ob tem pogosto stransko vlogo, čeprav je njihova vloga ključna v vseh procesih zdravstvene nege. Zaradi tega je treba nujno opredeliti njihovo vlogo in sodelovanje pri evtanaziji.

## 2 Metodologija

### 2.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je mnenje izvajalcev zdravstvene nege o evtanaziji.

Cilji raziskave:

- ugotoviti, kakšno je mnenje izvajalcev zdravstvene nege o evtanaziji,
- raziskati, kako bi po mnenju izvajalcev zdravstvene nege preprečili zlorabo evtanazije,
- ugotoviti, kakšno je mnenje izvajalcev zdravstvene nege o posledicah izvajanja evtanazije na zdravstveno osebje.

## 2.2 Raziskovalna vprašanja

Raziskovalna vprašanja:

- Kakšno je mnenje izvajalcev zdravstvene nege o evtanaziji?
- Kako bi po mnenju izvajalcev zdravstvene nege preprečili zlorabo evtanazije?
- Kakšno je mnenje izvajalcev zdravstvene nege o posledicah izvajanja evtanazije na zdravstveno osebje?

## 2.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je bila kvalitativna, temeljila je na deskriptivni metodi dela. Preučena in analizirana je bila že obstoječa domača in tuja literatura ter podatkovne baze podatkov (Google Učenjak, Google Scholar, Pub Med). V empiričnem delu so bili primarni podatki pridobljeni s tehniko poglobljenega intervjuvanja.

## 2.4 Opis instrumenta

Kot instrument raziskave je bil uporabljen pol strukturirani intervju, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje literature. Predloga za intervju je bila sestavljena iz dveh delov: prvi del je bil namenjen pridobivanju sociodemografskih podatkov intervjuvancev (starost, spol, delovna doba in izobrazba) in drugi del pridobivanju odgovorov na enajst vprašanj, ki se nanašajo na obravnavano tematiko (mnenje intervjuvancev o evtanaziji, morebitnih možnostih zlorabe evtanazije in morebitnih spremembah v družbi v primeru legalizacije evtanazije).

## 2.5 Opis vzorca

Vzorec je bil namenski. Kriteriji za vključitev so bili izobrazba s področja zdravstvene nege, vsaj dve leti delovnih izkušenj na področju dela s pacienti in starost nad 20 let. V intervju smo vključili 12 oseb, ki so zaposlene v različnih zdravstvenih zavodih po Sloveniji.

V tabeli 1 in 2 so predstavljeni demografski podatki intervjuvancev. Vsi intervjuvanci so bili seznanjeni z namenom raziskave, v raziskavo so pristopili prostovoljno, zagotovljena jim je bila anonimnost.

**Tabela 1**

*Demografski podatki/Demographic data*

| Intervjuvanec | I1     | I2        | I3        | I4     | I5     | I6          | I7       | I8          | I9          | I10    | I11    | I12         |
|---------------|--------|-----------|-----------|--------|--------|-------------|----------|-------------|-------------|--------|--------|-------------|
| Starost       | 27 let | 44 let    | 37 let    | 25 let | 27 let | 51 let      | 41 let   | 33 let      | 45 let      | 46 let | 50 let | 26 let      |
| Delovna doba  | 7 let  | 25 let    | 16 let    | 6 let  | 7 let  | 31 let      | 22 let   | 12 let      | 26 let      | 27 let | 32 let | 3 leta      |
| Spol          | Ž      | M         | M         | Ž      | Ž      | Ž           | Ž        | Ž           | Ž           | M      | M      | Ž           |
| Izobrazba     | TZN    | dipl. zn. | dipl. zn. | TZN    | TZN    | dipl. m. s. | bolničar | dipl. m. s. | dipl. m. s. | TZN    | TZN    | dipl. m. s. |

**Tabela 2***Demografski podatki – opisna statistika/Demographic data – descriptive statistics*

|                    | <i>Povprečje (<math>\pm</math> SD)/Frekvenca</i> |
|--------------------|--|
| Starost            | 37,7 $\pm$ 9,8                                   |
| Delovna doba       | 17,8 $\pm$ 10,6                                  |
| Izobrazba          |  |
| TZN                | 5  |
| dipl. m. s.        | 6  |
| Bolničar negovalec | 1  |
| Spol               |  |
| M                  | 4  |
| Ž                  | 8  |
| Vera               |  |
| Ateist             | 8  |
| Muslimanska        | 1  |
| Krščanska          | 2  |
| Pravoslavna        | 1  |

\* TZN – tehnik zdravstvene nege/health technicians

\* dipl. m. s. – diplomirana medicinska sestra/registered nurse

### 2.6 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Kandidati so k intervjuju pristopili na podlagi predhodno opravljenega razgovora. Skozi celotno raziskavo so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

Zbiranje podatkov je potekalo v mesecu maju 2024. Opravljene intervjuje smo posneli s pomočjo mobilnega aparata, tonske zapise smo dobesedno zapisali, analizirali, uredili v tabele in intervjuvancem dodelili številčne oznake od 1 do 12. Rezultate smo pisno interpretirali, odgovore intervjuvancev smo dobesedno zapisali v obliki citatov, ugotovitve pa zapisali v razpravi in zaključku prispevka.

## 3 Rezultati

### 3.1 Versko in kulturno prepričanje in njihov vpliv na evtanazijo

Ugotavljamo, da tisti intervjuvanci, ki so ateisti, nimajo zadržkov glede evtanazije in se jim le-ta ne zdi sporna oz. jo celo podpirajo. Tako so odgovorili I2, I4, I5, I7, I8, I10, I11 in I12, medtem ko preostalim intervjuvancem vera preprečuje strinjanje z evtanazijo. Intervjuvanci, ki se z evtanazijo ne strinjajo, imajo različne verske opredelitve, vsi pa so poudarili, da je v njihovi religiji življenje sveto in ga ne smemo odvzeti. I9 je pri tem vprašanju odgovorila: »Moja verska/kulturna prepričanja močno vplivajo na moje stališče do evtanazije. Ker sem pripadnik religije, ki vrednoti življenje kot sveto in darovano od višje sile, sem v dilemi glede evtanazije, saj se prav tako tudi strinjam, da je pomembna individualna svoboda in pravica do izbire o svojem življenju.« Glede na podane odgovore intervjuvancev lahko sklepamo, da je v naši raziskavi

vera najpogostejši zadržek pri podpiranju evtanazije, saj verske zapovedi ne podpirajo samovoljnega končanja življenja.

### 3.2 Pomisleki in dvomi glede evtanazije

Večini intervjuvancev se ob evtanaziji porajajo pomisleki predvsem v smislu zlorabe le-te in pritiska ostalih ljudi na morebitnega kandidata evtanazije, odgovor I3: »Imam veliko pomislekov glede evtanazije. Bojim se, da bi lahko prišlo do zlorab, ker bi ljudje pritiskali na bolnike, naj se odločijo za evtanazijo. Prav tako me skrbi, da bi se z evtanazijo zmanjšala vrednost človeškega življenja in bi ljudje lahko začeli dojemati smrt kot rešitev za trpljenje, namesto da bi iskali druge načine pomoči in podpore.« Tudi I5 je podala zanimiv odgovor: »Moje pomisleke glede evtanazije predstavljajo mladostniki, ki so še v obdobju, ko se jim razvijajo možgani in spoštovanje do samega sebe. V tem obdobju lahko velikokrat nastopijo depresija, tesnoba in druge duševne motnje, ki lahko kasneje v življenju izzvenijo. Z dostopom do evtanazije bi se lahko tako veliko mladih polnoletnih oseb odločilo za to možnost, čeprav obstaja veliko več alternativ zdravljenja. Drugi pomislek pa so hudo bolne osebe, ki mislijo, da je evtanazija edini izhod, čeprav bi lahko ozdraveli.« Edino I10 in I11 nimata pomislekov glede izvajanja evtanazije. Večina intervjuvancev meni, da obstajajo druge bolj smiselne metode, ki lahko pomagajo človeku v težkih trenutkih življenja, vendar obstaja možnost, da bo zaradi neznanja prihajalo do zlorabljanja evtanazije.

### 3.3 Moralno-etični pogled na evtanazijo

Pri tem vprašanju nas je presenetilo dejstvo, da kar trije intervjuvanci niso znali odgovoriti na to vprašanje. Intervjuvancema 2 in 3 se zdi evtanazija etično in moralno vprašljiva, I3: »Z moralnega in etičnega vidika je evtanazija zame problematična, ker nasprotuje temeljnim vrednotam o svetosti življenja. Verjamem, da je vsako življenje dragoceno in da imamo moralno dolžnost skrbeti za bolne in trpeče, ne pa jim pomagati umreti.«

Intervjuvancem 4, 5, 7 in 12 se evtanazija ne zdi etično sporna, medtem ko se intervjuvanci 6, 8 in 9 glede tega vprašanja niso znali enoznačno opredeliti, I8: »Moralna in etična vprašanja o evtanaziji so kompleksna. Na eni strani je spoštovanje pravice posameznika do odločitve o svojem življenju. Na drugi strani pa skrb, da bi zdravniki morali ohranjati življenje in da bi lahko prišlo do zlorab.«

### 3.4 Mnenje o legalizaciji evtanazije

Kar devet intervjuvancev se je strinjalo z legalizacijo evtanazije, I10: »Menim, da bi morali v Sloveniji legalizirati evtanazijo. Menim, da se v primeru neozdravljive bolezni oz. hudih bolečin vsak posameznik odloči, kakšno zdravljenje oz. kakšen zaključek življenja si želi, dokler se lahko odloča sam.«

I3 in I6 se s tem ne strinjata, I3: »Ne, ker bi to lahko povzročilo veliko izkoriščanja v medicini in bi lahko s tem vsak drugi umrl. Tudi mogoče nekateri, ki se ne zavedajo in zanje odločajo svojci.«

I2 pa ni jasno odgovoril na to vprašanje, navezal pa se je na nesmiselno podaljševanje življenja za vsako ceno: »Sam izhajam in zdravstva in sam se velikokrat srečujem s pacienti in svojci, ki imajo neozdravljivo bolezen in velikokrat zdravniki posegajo in presegajo meje »zdrave« medicine in pacientove celosti oziroma želja, samo da bi pacient »ozdravel«, a v večini primerov samo podaljšajo trpljenje,« kar je tudi etično sporno, saj je pomembno, da dodajamo življenje dnevom in ne dneve življenju.

### *3.5 Uveljavljanje ugovora vesti zdravnikov do izvajanja evtanazije, če bi se ta legalizirala*

Na področju zdravstvene dejavnosti je mogoč ugovor vesti, če s tem ni ogroženo pacientovo življenje. Ugovor vesti lahko zdravstveni delavec uveljavi, če presodi, da ni v skladu z njegovo vestjo. Ugovor vesti je pravica, v okviru katere je mogoče uveljavljati odstop od ravnanja, ki je sicer v skladu s pravnim redom Republike Slovenije. Kar devet intervjuvancev se strinja, da imajo zdravniki pravico do ugovora vesti, če bi se evtanazija legalizirala, I9: »Zdravniki bi morali imeti pravico zavrniti izvajanje evtanazije, če to nasprotuje njihovim moralnim ali etičnim prepričanjem. Pomembno je zagotoviti, da se ta pravica spoštuje, hkrati pa pacientom omogoči dostop do zdravnika, ki je pripravljen izvesti evtanazijo.«

### *3.6 Regulacija evtanazije za preprečevanje njene zlorabe*

Tukaj so bili vsi intervjuvanci enotni, da bi bilo treba v primeru legalizacije evtanazije oblikovati natančno zakonodajo in stroge postopke preverjanja, da bi se zagotovila avtonomnost pacienta in prostovoljna odločitev v postopek. I5 je svoje mnenje podal z odgovorom: »Evtanazija bi morala biti proces, ki poteka po določenih točkah. Če oseba ne izpolnjuje vseh pogojev, bi morala biti evtanazija zavrnjena. Oseba bi morala biti polnoletna in dovolj zrela za tako odločitev, biti duševno zdrava, da lahko sprejme tako veliko odločitev, in imeti utemeljen razlog za evtanazijo, ki bi moral biti potrjen s strani zdravstvenih delavcev. Poleg tega pa bi v sam postopek morala biti vpletena tudi družina posameznika, ki bi mu nudila podporo v samem procesu,« I8 pa: »Za preprečevanje zlorab bi morali vzpostaviti stroge regulacije, ki vključujejo natančne kriterije, večstopenjski proces preverjanja, obvezno svetovanje in psihološko oceno pacienta ter zagotovilo, da je odločitev prostovoljna in informirana.«

### *3.7 Posledice evtanazije na delo zdravstvenega osebja*

Delo s pacienti je naporno in lahko pušča negativne posledice, še posebej v primeru hude bolezni in smrti pacienta. Zato nas je zanimalo, kakšno je mnenje intervjuvancev o pomoči zdravstvenega osebja pri umiranju. Tudi pri tem vprašanju so bili intervjuvanci precej enotni, da bi sodelovanje pri evtanaziji lahko prineslo dodatne čustvene in etične obremenitve za zdravstveno osebje, I5: »Evtanazija bi imela pozitiven in negativen proces na zdravstvene delavce. Po eni strani bi lahko nanje pozitivno vplivala, saj menim, da vsi zdravstveni delavci težko gledajo, ko se bolnik bori z neozdravljivo boleznijo in trpi celo življenje, ter mu ne morejo pomagati, lahko mu le lajšajo bolečine, kar pa ne more trajati v nedogled. Po drugi strani pa bi imela evtana-

zija tudi velik psihičen napor na delavce, saj bi jih nekako imeli na vesti celo življenje, čeprav je to bolnikova osebna odločitev, ki je mogoče tudi še najboljša.«

Za zdravstveno osebje, ki bi se srečevalo s takšnimi primeri, bi bila potrebna ustrezna podpora in svetovanje, I8: »Evtanazija bi lahko vplivala na medicinske delavce, saj bi se soočali z etičnimi dilemami in čustvenimi izzivi. Potrebna bi bila ustrezna podpora in izobraževanje za zdravstvene delavce.«

### 3.8 Vpliv evtanazije na dostojanstvo posameznika

Intervjuvanci se strinjajo, da bi samostojna odločitev o evtanaziji pozitivno vplivala na dostojanstvo posameznikov, saj bi vedeli, da lahko v primeru hude bolezni preprečijo trpljenje in se sami odločijo, kako želijo umreti. Navsezadnje evtanazija pomeni mirno smrt, I9: »Evtanazija lahko poveča dostojanstvo posameznika s tem, da omogoča nadzor nad lastno smrtjo in manjšanje trpljenja.« Le I3 se ni strinjal z mnenjem ostalih intervjuvancev: »Evtanazija bi lahko imela nasproten učinek na pravice in dostojanstvo posameznika. Namesto da bi povečevala dostojanstvo, bi lahko povzročila, da bi ljudje s posebnimi potrebami ali neozdravljivimi boleznimi čutili pritisk, da so breme za družbo. To bi lahko zmanjšalo njihovo dostojanstvo in občutek vrednosti.«

### 3.9 Načini za izboljšanje paliativne oskrbe za zmanjševanje potrebe po evtanaziji

Za sistemsko izvajanje paliativne oskrbe v Sloveniji bo potrebnih še nekaj let, da se bodo zadeve sistemizirale, na kar kažejo tudi odgovori intervjuvancev. Odgovarjali so, da je najprej treba poskrbeti za dovolj strokovno usposobljen kader, ki bo ob tem prejemal ustrezno plačilo. Potrebno bi bilo tudi večje vključevanje pacientovih svojcev. Po njihovem mnenju je potrebna boljša dostopnost do storitev in ozaveščanje javnosti o možnostih paliativne oskrbe, I9: »Paliativno oskrbo bi lahko izboljšali z večjim financiranjem, boljším usposabljanjem osebja in zagotavljanjem celovite podpore bolnikom in njihovim družinam. To bi lahko zmanjšalo potrebo po evtanaziji z zagotavljanjem boljše kakovosti življenja ob koncu življenja.«

### 3.10 Vpliv evtanazije na socialne in kulturne spremembe v družbi

Večji del intervjuvancev je pri tem vprašanju izrazil zaskrbljenost, da bi se lahko zgodilo, da bi evtanazijo začeli izkoriščati in bi bila to izbira pred paliativno oskrbo in institucionalnim varstvom v domovih starejših občanov. Pacienti bi se za evtanazijo lahko odločali tudi zato, ker bi želeli zmanjšati breme svojim bližnjim. Po drugi strani pa bi lahko prihajalo tudi do pritiska svojcev, da naj se pacient odloči za evtanazijo, saj bi jim bili tako zmanjšani finančni stroški, I5: »Evtanazija bi definitivno vplivala tudi na socialne in kulturne spremembe. Osebe z neozdravljivimi boleznimi, ki bi se odločile za evtanazijo, bi s svojim dejanjem razbremenile bolnišnice in druge ustanove, ter s tem dale možnost drugim bolnikom za zdravljenje. Domovi za starejše so zelo natrpani, saj se populacija stara in z možnostjo do evtanazije bi tudi domove razbremenili, če bi se hudo bolni starostniki odločili za to možnost.«

## 4 Razprava

Z raziskavo ugotavljamo, da ima večina intervjuvancev pozitivno mnenje o evtanaziji. Tisti intervjuvanci, ki so verni, pravijo, da odločanje v življenju in smrti ni stvar posameznika, ki bi ga lahko prekinil, kadar sam želi. Guzowski idr. (2024, str. 1087–1088) so izvedli raziskavo med poljskimi zdravstvenimi delavci, kjer so ugotovili, da tisti, ki so močno verni, najmanj podpirajo evtanazijo kot rešitev za neozdravljivo bolne, ravno tako pa opustitev nesmiselnega zdravljenja enačijo z evtanazijo. Tudi Deisinger (2019, str. 3) pravi, da ima vera odklonilno stališče do evtanazije, saj lahko le Bog podari in vzame življenje. Abohaimed idr. (2019, str. 199) navajajo, da bi 43,9 % zdravnikov, ki so sodelovali v njihovi raziskavi, legaliziralo evtanazijo pod omejenimi pogoji. Velik del tistih zdravnikov, ki nasprotujejo evtanaziji, je kot razlog navedlo vero. V raziskavi, ki je bila izvedena v Sloveniji, Đekanović (2018, str. 37) ugotavlja, da je kar 92 % anketirancev naklonjenih evtanaziji, kot večinski razlog pa so navedli pravico posameznika do samoodločanja in avtonomije. Khatony idr. (2021, str. 216) so tudi ugotovili, da ima večji del medicinskih sester in študentov zdravstvene nege pozitiven odnos do evtanazije, kar ugotavljajo tudi Terkamo-Moisio idr. (2019, str. 1475) v raziskavi, ki je bila izvedena med finskimi medicinskimi sestrami. V raziskavi Stolz idr. (2017, str. 8–9) ugotavljajo, da četrtnina anketirancev, ki so starejši od 50 let in so odvisni od pomoči drugih, odobrava evtanazijo.

Žnidaršič Skubic (2018, str. 36) kot razloge proti evtanaziji navaja možnost nje-nega izkoriščanja – denimo evtanazije brez izrecne privolitve – ter možnost, da bi se pripadniki ranljivih skupin zanjo odločali predvsem zato, da ne bi obremenjevali svojih bližnjih. Večina intervjuvancev, ki so sodelovali v raziskavi, je izrazila podobne dvome, saj jih skrbi možnost zlorabe evtanazije in pritiskov na bolne, naj se zanjo odločijo zgolj zato, da bi razbremenili svoje bližnje. Na to je opozoril tudi Ošljaj (2017, str. 33), ki ugotavlja, da v družbi ni več tako močnih socialnih vezi, kot so bile včasih, in ugotavlja, da nas od preskoka od avtonomije k uzakonitvi evtanazije loči le še korak. Intervjuvanci pa menijo, da bi možnost evtanazije dvignila dostojanstvo posameznika, saj se nas večina boji trpljenja.

Čeprav je večina intervjuvancev zaskrbljenih nad izkoriščanjem evtanazije, bi evtanazijo vseeno legalizirali. Po njihovem mnenju bi morali sprejeti jasno zakonodajo, ki bi narekovala, v katerih primerih se lahko izvede evtanazija in pod kakšnimi pogoji. Dejali so, da bi morala biti oseba polnoletna, pri polni zavesti in razsodna za takšno odločitev, razlog za evtanazijo pa bi moral biti opravičen. Graf Mlinar (2021, str. 75–76) je predlagala, da bi bilo v primeru uzakonitve evtanazije treba zagotoviti jasno zapisano voljo pacienta glede njene izvedbe. V primeru, da pacient tega ne bi bil več sposoben izraziti, bi odločitev lahko sprejela njegova pooblaščenca oseba, seveda s predhodno podano željo pacienta. Dokument bi morali podpisati pacient, dve priči in tudi pacientov pooblaščenec v primeru njegove nezmožnosti. Predlagala je še navzočnost priče, ki je neodvisna od pacienta. Nekateri intervjuvanci so dejali, da za evtanazijo niso primerni pacienti, ki imajo duševne težave, kar se ne ujema z zakonodajo o evtanaziji v Belgiji, Luksemburgu in na Nizozemskem, ki evtanazijo

dovoljujejo tudi psihičnim pacientom (Verhofstadt idr., 2021, str. 159). Belgija je leta 2014 postala prva država, ki je uzakonila evtanazijo za mladoletnika (McGee, 2017, b. s.; Zwitter, 2019, str. 13), s čimer se porajajo vprašanja, ali so otroci sploh sposobni sprejemati tako težke odločitve ter kako ravnati v primerih, ko pride do nasprotij mnenj med otrokom in starši (Cohen-Almagor, 2018, str. 230).

Raziskava, izvedena na Hrvaškem, je pokazala, da bi 51,6 % splošne populacije podprla avtonomno odločitev umirajoče osebe glede prekinitve svojega življenja (Borovecki idr., 2022, b. s.). Države, ki imajo uzakonjeno evtanazijo, imajo glede pravne ureditve evtanazije različna merila in prakso. Le nekaj držav ima uzakonjeno aktivno evtanazijo, kar pomeni, da zdravstveni delavec izvede aktivno dejanje, ki povzroči smrt pacienta (Chinweze, 2005, str. 14). V Evropi imajo takšno zakonodajo sprejeto v Luksemburgu, Belgiji, Nizozemski, Španiji in Belgiji (McGee, 2017, b. s.; Zwitter, 2019, str. 13).

Z raziskavo ugotavljamo, da intervjuvanci menijo, da bi evtanazija v primeru legalizacije imela negativne posledice za zdravstveno osebje, saj je njihovo delo v prvi vrsti usmerjeno v pomoč bolnim in onemoglim, ne pa v odvzem življenja. Poudarili pa so, da je tudi gledanje trpečega človeka, ki mu ne morejo pomagati, izredno izčrpavajoče in stresno. Medicinske sestre, ki so na Norveškem prejele prošnjo za pomoč pri umiranju, so bile nad željo etično razdvojene, saj so se znašle v dilemi, kako ustrezno ukrepati ob pacientu, ki si zaradi trpljenja želi umreti, vendar mu ne morejo pomagati, ker evtanazija na Norveškem ni legalizirana (Hol, 2023, b. s.). V primeru uzakonjenja evtanazije bi morali imeti zdravstveni delavci možnost psihološke pomoči, v primeru nestrinjanja z izvedbo evtanazije pa tudi pravico ugovora vesti. Na področju zdravstvene dejavnosti je namreč ugovor vesti urejen v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (1992) in Zakonu o zdravniški službi (1999). Voljč (2018, str. 79–80) navaja, da Komisija za medicinsko etiko trdi, da evtanazija spreminja odnos med pacientom in zdravnikom ter ruši njegovo poslanstvo, katerega vloga je ohranjanje pacientovega življenja, hkrati pa poudarja, da zdravnikov ni mogoče prisiliti, da bi prekinili življenje pacienta proti svoji volji.

Verjetno bi izboljšanje paliativne oskrbe v Sloveniji zmanjšalo željo po evtanaziji številnih trpečih. Žal je na tem področju še precej velika potreba po izboljšanju in sistematizaciji sistema in tudi intervjuvanci menijo enako. Predvsem so izrazili težavo v pomanjkanju kadra, kar je trenutno velika težava na vseh področjih zdravstvene dejavnosti, neustrezni izobraženosti celotnega tima v zdravstveni dejavnosti in pa neustreznem plačilu. Pri paliativni oskrbi gre za holistično oskrbo umirajočega in vključevanje njegovih svojcev, kar pomeni, da se ne zadovoljujejo le fizične potrebe umirajočega, ampak tudi njegove psihosocialne in duhovne potrebe, z namenom doseči najvišjo kakovost preostanka njegovega življenja (Državni program paliativne oskrbe, 2010, str. 25). Tudi Trontelj Zavratnik in Červek (2016, str. 1) pravita, da je treba v paliativno oskrbo, predvsem ob koncu življenja pacienta, vključiti paciente in njihove svojce, kjer je poseben poudarek na komunikaciji, saj je s tem izboljšano sodelovanje.

Raziskava o evtanaziji razkriva, da večina intervjuvancev podpira legalizacijo evtanazije, kar so pokazali tudi rezultati referendumu, in sicer da več kot polovica

Slovencev podpira uzakonjenje evtanazije v Sloveniji (za je glasovalo 54,89 % Slovencev, proti jih je bilo 45,11 %, udeležba pa je bila 41,43-%) (Izidi glasovanja, 2024, b. s.). Intervjuvanci tudi poudarjajo potrebo po jasnih zakonodajnih smernicah. Glavni argumenti za evtanazijo vključujejo pravico posameznika do samoodločanja, medtem ko nasprotniki pogosto navajajo verske razloge, strah pred zlorabami in etične posledice za zdravstveno osebje.

Naša raziskava ima vsaj eno omejitev, in to je majhen vzorec intervjuvanih oseb, zato ne smemo posploševati rezultatov na celotno slovensko populacijo zaposlenih v zdravstveni negi. V Sloveniji je vprašanje evtanazije zelo aktualno, s težnjo po sledenju državam, kjer je evtanazija že uzakonjena. Multidisciplinarni pristop je ključnega pomena za ustrezno izvajanje evtanazije, a pomanjkanje kadra in neustrezna izobrazbenost v paliativni oskrbi ostajata ključni težavi, ki ju je treba rešiti za izboljšanje kakovosti zdravstvene dejavnosti v Sloveniji.

## 5 Zaključek

Glede na izide volilne udeležbe bi bilo smiselno legalizirati evtanazijo tudi v Sloveniji. Vsaka etično vprašljiva odločitev bo imela vedno nasprotnike in zagovornike, ravno tako kot npr. abortus. Zakonodajo je treba sestaviti na takšen način, da bo jasno opredeljevala smernice za izvedbo evtanazije z ustrezno veččlansko komisijo. Večina raziskav kaže podporo v korist evtanaziji, najpogostejši razlog za odklanjanja evtanazije je verska opredelitev. Zakon o pacientovih pravicah jasno opredeljuje pacientovo svobodno odločitev o svojem zdravljenju in življenju, ravno tako Ustava Republike Slovenije ne odobrava trpljenja in mučenja. Razumno je, da bi nekateri zdravstveni delavci ugovarjali pri sodelovanju izvrševanja evtanazije oz. pomoči pri umiranju, kar je njihova pravica. To bi bilo treba sprejeti brez obsojanja, saj imajo zdravstveni delavci možnost ugovora vesti, kadar določeni poseg ni v skladu z njihovimi načeli in etičnimi prepričanji. Potrebna je jasna opredelitev nalog celotnega multidisciplinarnega tima, ki bi sodeloval v obravnavi pacienta, ki si želi umreti.

Dolžnost sodobne družbe je, da podpre želje in potrebe umirajočih. Storititi je treba vse, kar je mogoče, za izboljšanje kakovosti življenja tudi v zadnjih dnevih življenja, vendar pa je etično sporno, da se življenje podaljšuje za vsako ceno.

*Kristina Rakuša Krašovec*

### **The Opinion of Nursing Professionals on Euthanasia**

*Euthanasia is an ethically controversial topic that causes much friction and conflicting opinions. On the one hand, there are supporters of euthanasia and, on the other, its opponents, which is also noted by Khatony et al. (2021, p. 208). Those in*

*favour of euthanasia state, as the most common reason for its approval, that no one should be subjected to suffering and torture, and that the rights of the patient defend autonomy of treatment (Leboul, 2022, p. s.). The opponents cite religion as the most common reason against euthanasia, which disapproves of violent taking of life (Deisinger, 2019, p. 3). But they all share the same belief, namely that they only want what is best for people (Klampfer, 2018, p. 59).*

*To provide active euthanasia, it is necessary to involve the entire medical team (Bellon et al., 2022, p. 1), which means that the opinion of care providers, and not just physicians, is included in most research on this topic. Therefore, we conducted a survey, in which we were interested in the opinions of carers on assisted dying. We set the objectives below and derived research questions from them.*

*Research objectives:*

- To determine carers' views on assisted dying;*
- To investigate how, in the opinion of care providers, the misuse of euthanasia can be prevented;*
- To determine carers' opinions on the consequences of euthanasia for medical staff.*

*Research questions:*

- 1. What is the opinion of care providers on euthanasia?*
- 2. How do care providers think the abuse of euthanasia can be prevented?*
- 3. What is the opinion of care providers on the consequences of performing euthanasia on medical staff?*

*The study is qualitative and based on the descriptive working method. Existing domestic and foreign literature and databases (Google Scholar, Google Scholar, PubMed) were examined and analysed. In the empirical work, primary data was obtained using the in-depth interview technique.*

*The sample is purposive. Inclusion criteria were education (medical training) and professional experience in the field of working with patients. We included 12 people in the interview who work in various healthcare institutions in Slovenia.*

*Among the interviewees, the female gender predominated; there were eight. The age of the interviewees was between 25 and 51 years; and the length of service was between 3 and 32 years. Most of the interviewees had a university degree (six) – five were nursing assistants and one was a paramedic.*

*The research ethical principles were considered when conducting the study. In the results, we showed verbatim quotes of the responses, which were previously organised in tables and categorised into individual codes.*

*The research shows that most respondents are atheists. Their religion therefore does not prevent them from being in favour of euthanasia, or they even support it. The situation is different for the four interviewees, who belong to different religions. All four are prevented by their faith from supporting euthanasia. According to their religion, life is sacred and should not be taken. However, one of the believers responded that even though their religion does not approve of euthanasia, the individual still has the right to free choice and the right to make decisions about their life.*

Although most respondents are in favour of euthanasia, they also have concerns about euthanasia. They are concerned about the possibility of abuse in the sense that sick people are pressurised into opting for euthanasia, because it is cheaper than their care and also less of a burden. They also expressed the concern that the value of life could be diminished in this way and that death would be perceived as a kind of solution. Controversy is also caused by mentally ill and young people who are often depressed, which could lead to them wishing for euthanasia. The next problem for them is the ethical dubiousness of medical assistance in performing euthanasia, as they are supposed to preserve life and not take it, but on the other hand, they said that it is necessary to respect the wishes of the individual. One of the questions related to the respondents' opinion on the possibility of conscientious objection to euthanasia by medical personnel if euthanasia were to be legalised in Slovenia. Most respondents agreed that conscientious objection should be considered in this case, as no one can be forced to perform an act that they find ethically reprehensible, which is also referred to in the Constitution of the Republic of Slovenia. In this case, it is necessary to provide the patient with another provider who is willing to provide euthanasia or assist in its implementation.

Countries that have already legislated in this area can help us to legislate properly, so that there is no possible abuse of euthanasia. Respondents said that it would be necessary to set up a commission to assess whether a person is a suitable candidate for euthanasia. A psychological assessment of the patient would be necessary, other solutions would need to be offered to them and patients should be involved in the process. However, the patient should necessarily be of legal age and mentally healthy to make such a decision, which is not required in some countries, such as Belgium, the Netherlands, and Luxembourg, as they allow euthanasia for adults with mental health problems. Belgium even legalised euthanasia for minors in 2014. All this triggers even more ethical dilemmas: what is right and what is wrong, what is still morally acceptable or unacceptable.

We were also interested in the respondents' views on whether involvement in euthanasia can have negative consequences for the mental wellbeing of the medical staff, where we encountered a double-edged sword. Namely, most of the interviewees thought that performing euthanasia and assisting in its performance could have negative effects on the mental state of the medical staff, but also that observing a suffering patient who can no longer be helped has negative psychological consequences for the medical staff, so that euthanasia in such a case was a kind of salvation. Some interviewees said that the medical staff should have adequate psychological support to enable them to deal with such difficult decisions without negative consequences for their mental state. Except for one respondent, the others emphasised that the possibility of euthanasia would enhance the dignity of the individual, knowing that in the end, they could decide for themselves whether to choose suffering or a peaceful death.

As the interviewees said, thinking about euthanasia would decrease if we had a better systematic palliative care in Slovenia. They still see a lot of room for improvement in this area. Above all, it would be necessary to increase the number of well-tra-

ined and qualified staff, raise the salaries of employees, and improve the cooperation with the relatives, who should be involved in the entire palliative care process. The public needs to be better informed about what palliative care means, as the concept is still unfamiliar to many people. We need to improve access to palliative care services in order to improve the quality of the last days of the dying person's life, and also, to relieve the burden on the relatives and prepare them for the moment ahead.

Although most respondents are in favour of euthanasia, they believe that euthanasia could have negative social and cultural consequences for the society. They expressed fears that euthanasia could be exploited and be the first choice over palliative care and residential care. The financial burden is the main reason why euthanasia could be abused. Institutional care in Slovenia is expensive, so many people cannot afford it, which means it is a burden on their loved ones. Euthanasia would eliminate these costs. In the future, the number of accommodation capacities in social welfare centres is also questionable, as they cannot take on new residents due to staff shortages. The respondents fear that the relatives would abuse their loved ones, trying to persuade them to undergo euthanasia in order to gain possession of their property.

Despite all the concerns, a large proportion of the respondents are in favour of euthanasia, and so is the public. A survey conducted in Slovenia (Đekanović, 2018, p. 37) found that as many as 92% of the respondents were in favour of euthanasia. Guzowski et al. (2024, pp. 1087–1088) conducted a survey of the Polish healthcare professionals, in which they found that those who are strongly religious are least in favour of euthanasia. The respondents who took part in our study and who are religious also expressed the same opinion. Deisinger (2019, p. 3) also says that religion has a negative attitude towards euthanasia, as only God can give and take life.

Žnidaršič Skubic (2018, p. 36) cites as reasons against euthanasia that it could be exploited, that people would be euthanised without their consent, and that vulnerable groups would only agree to euthanasia so as not to be a burden on others. To prevent the exploitation of euthanasia, the interviewees felt that it would be necessary to pass a clear legislation stipulating in which cases and under which conditions euthanasia can be carried out. Above all, a person should be of legal age to make such a decision, which was also suggested by Graf Mlinar (2021, pp. 75–76). It is interesting to note that the legislation in Belgium, Luxembourg, and the Netherlands also allows the decision to assist suicide for people with mental health problems (Verhofstadt et al., 2021, p. 159).

As assistance in performing euthanasia could have negative consequences for the medical staff, the interviewees suggested that psychological support and the possibility of conscientious objection should be available. In Slovenia, conscientious objection in the field of healthcare is regulated by the Healthcare Act (Official Gazette of the Republic of Slovenia, No. 23/05, as amended) and the Medical Services Act (Official Gazette of the Republic of Slovenia, No. 72/06, as amended). Certainly, the improvement of palliative care would reduce the suffering of many patients and their relatives and reduce their workload. There would also be fewer requests for euthanasia. As a

*society, we should support the individual's wish for treatment, because that is ultimately what our legislation stipulates.*

## LITERATURA

1. Abohaimed, S., Matar, B., Al-Shimali, H., Al-Thalji, K., Al-Othman, O., Zurba, Y. in Shah, N. (2019). Attitudes of physicians towards different types of euthanasia in Kuwait. *Medical Principles and Practice*, 28(3), 199–207. <https://doi.org/10.1159/000497377>
2. Bellon, F., Mateos, J. T., Pastells-Peiró, R., Espigares-Tribó, G., Gea-Sánchez, M. in Rubinat-Arnaldo, E. (2022). The role of nurses in euthanasia: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104286. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104286>
3. Borovecki, A., Curkovic, M., Nikodem, K., Oreskovic, S., Novak, M., Rubic, F., Vukovic, J., Spoljar, D., Gordijn, B. in Gastmans, C. (2022). Attitudes about withholding or withdrawing life-prolonging treatment, euthanasia, assisted suicide, and physician assisted suicide: A cross-sectional survey among the general public in Croatia. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00751-6>
4. Brassington, I. (2020). What passive euthanasia is. *BMC Medical Ethics*, 21(41), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00481-7>
5. Chinweze, M. B. (2005). Euthanasia: A critical analysis of the physician's role. CTE – Centrum for tillämpad etik. <http://www.divaportal.se/smash/get/diva2:20257/FULLTEXT01.pdf>
6. Cohen-Almagor, R. (2018). Should the Euthanasia Act in Belgium include minors? *Perspectives in Biology and Medicine*, 61(2), 230–248. <https://doi.org/10.1353/pbm.2018.0039>
7. Deisinger, M. (2019). Pravni vidik evtanazije. V Simpozij o evtanaziji. Slovensko zdravniško društvo.
8. Državni program paliativne oskrbe. (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. <https://www.gov.si/assets/Ministrstva/MZ/DOKUMENTI/pomembni-dokumenti/47cbef2cb3/Drzavni-program-paliativne-oskrbe.pdf>
9. Đekanović, V. (2018). Evtanazija kot pravica do dostojne smrti – primerjalno pravni vidik [Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta]. <https://repositorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=114338&lang=slv>
10. Ebert Moltara, M. in Bernot, M. (ur.). (2023). Paliativna oskrba odraslih bolnikov z rakom v Sloveniji: Temeljni pojmi in priporočila. Ljubljana: Onkološki inštitut. [https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/Strokovna\\_knjiznica/ostale\\_publicacije/Paliativna\\_oskrba\\_odraslih\\_bolnikov\\_z\\_rakom\\_v\\_Slo\\_temeljni\\_pojmi\\_in\\_priporocila\\_2023.pdf](https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/Strokovna_knjiznica/ostale_publicacije/Paliativna_oskrba_odraslih_bolnikov_z_rakom_v_Slo_temeljni_pojmi_in_priporocila_2023.pdf)
11. Garrard, E. in Wilkinson, S. (2005). Passive euthanasia. *Journal of Medical Ethics*, 31(2), 64–68. <https://doi.org/10.1136/jme.2003.005777>
12. Graf Mlinar, A. (2021). Samoodločba in ustavnopravni vidik evtanazije v Sloveniji [Magistrsko delo, Nova univerza, Fakulteta za državne in evropske študije]. <https://revis.openscience.si/Dokument.php?id=9818&lang=slv>
13. Guzowski, A., Fiłon, J. in Krajewska-Kułak, E. (2024). Strength of religious faith and attitude towards euthanasia among medical professionals and opinion makers. *Journal of Religion and Health*, 63(2), 1075–1090. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01860-1>
14. Hol, H., Vatne, S., Strømskag, K. E., Orøy, A. in Rokstad, A. M. M. (2023). Norwegian nurses' perceptions of assisted dying requests from terminally ill patients – A qualitative interview study. *Nursing Inquiry*, 30(1), e12517. <https://doi.org/10.1111/nin.12517>
15. Izidi glasovanja. (2024). Posvetovalni referendum: Evtanazija. Državna volilna komisija Republike Slovenije. <https://volitve.dvk-rs.si/referendum-evtanazija/#/rezultati>
16. Khatony, A., Fallahi, M., Rezaei, M. in Mahdavian, S. (2021). Comparison of attitude of nurses and nursing students toward euthanasia. *Nursing Ethics*, 29(1), 208–216. <https://doi.org/10.1177/0969733021999751>

17. Klampfer, F. (2018). 10 trdovratnih evtanazijskih mitov. *Analiza*, 02, 59–72. Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta. <https://dk.um.si/Dokument.php?id=173425&lang=slv>
18. Leboul, D., Bousquet, A., Chassagne, A., Mathieu-Nicot, F., Ridley, A., Cretin, E., Guirimand, F. in Aubry, R. (2022). Understanding why patients request euthanasia when it is illegal: A qualitative study in palliative care units on the personal and practical impact of euthanasia requests. *Palliative Care and Social Practice*, 16, 26323524211066925. <https://doi.org/10.1177/26323524211066925>
19. McGee, A. (2017, marec 21). In the places where it is legal, how many people are ending their lives using euthanasia? *The Conversation*. <https://theconversation.com/in-places-where-its-legal-how-many-people-are-ending-their-lives-using-euthanasia-73755>
20. Ošlaj, B. (2017). Zakaj je legalizacija evtanazije nedomišljena in nevarna ideja? *Anali PAZU HD*, 3(2), 29–42. <https://doi.org/10.18690/analipazuhd.3.2.29-42.2017>
21. Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C., Chambaere, K. in Janke, R. (2020). Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 27(1), 152–167. <https://doi.org/10.1177/0969733019845127>
22. Stolz, E., Mayerl, H., Gasser-Steiner, P. in Freidl, W. (2017). Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among care-dependent older adults (50+) in Austria: The role of socio-demographics, religiosity, physical illness, psychological distress, and social isolation. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0233-6>
23. Terkamo-Moisio, A., Pietilä, A. M., Lehto, J. T. in Rynänen, O. P. (2019). Attitudes of nurses and the general public towards euthanasia on individuals with dementia and cognitive impairment. *Dementia*, 18(4), 1466–1478. <https://doi.org/10.1177/1471301217717063>
24. Trontelj, J. (2014). Živetj z etiko. Inštitut za etiko in vrednote Jože Trontelj.
25. Trontelj Zavratnik, M. in Červek, J. A. (2022). Paliativna oskrba ob koncu življenja. *Revija za zdravstvene vede*, 3(1), 117–131. <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/42>
26. Ustava Republike Slovenije. (1991). Uradni list RS, št. 33/91 (28. 12. 1991). <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=USTA1>
27. Verhofstadt, M., Pardon, K., Audenaert, K., Deliëns, L., Mortier, F., Liégeois, A. in Chambaere, K. (2021). Why adults with psychiatric conditions request euthanasia: A qualitative interview study of life experiences, motives and preventive factors. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 158–167. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.032>
28. Voljč, B. (2018). Stališče komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko o evtanaziji. V M. Tratnik Volasko (ur.), *Razmišljanje o vprašanih ob iztekanju življenja* (str. 79–80). Državni svet Republike Slovenije.
29. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo). (1992). Uradni list RS, št. 9/92 (21. 2. 1992). <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO214>
30. Zwitter, M. (2019). Pogovarjamo se o evtanaziji. *Slovenska matica*.
31. Živković, M. (2015). Pravo na život i eutanazija. *Pravo - teorija i praksa*, 32(4–6), 50–60. <https://doi.org/10.5937/ptp1506050Z>
32. Žnidaršič Skubic, V. (2018). Civilno medicinsko pravo s poudarkom na vprašanih, ki zadevajo zaključek življenja. V M. Tratnik Volasko (ur.), *Razmišljanje o vprašanih ob iztekanju življenja* (str. 36). Državni svet Republike Slovenije.
33. Young, R. (2015). Voluntary euthanasia. V E. N. Zalta in U. Nodelman (Eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2024 Edition). <https://plato.stanford.edu/archives/sum2024/entries/euthanasia-voluntary>

---

*Kristina Rakuša Krašovec, višja predavateljica na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede*

*E-naslov: kristina.rakusa-krasovec@uni-nm.si*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4362-4660>*

# Sindrom izgorelosti pri medicinskih sestrah instrumentarkah v operacijskih sobah v Republiki Hrvatski

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i1.177>

Izvorni znanstveni članek

UDK 616-089-083:613.6(497.5)

**KLJUČNE BESEDE:** medicinska sestra instrumentarka, izguba energije, socialna izolacija, sindrom izgorelosti, kronični stres

**POVZETEK** – Sindrom izgorelosti (angl. burnout syndrome) na delovnem mestu je stanje popolne fizične, psihične in čustvene izčrpanosti, ki jo povzroča stres na delovnem mestu. Zdravstveni delavci, ki delajo v operacijskih sobah, so izpostavljeni tveganju za razvoj sindroma izgorelosti. Namen raziskave je bil ugotoviti povezavo kroničnega stresa s sindromom izgorelosti pri medicinskih sestrah instrumentarkah v operacijskih sobah v Republiki Hrvatski. V raziskavi je sodelovalo 427 medicinskih sester instrumentark. Za oceno kroničnega stresa je bil uporabljen Trier inventar, psihološki vprašalnik za kronični stres Univerze v Trierju. 40,3 % vprašanih medicinskih sester instrumentark je potrdilo, da so doživlele sindrom izgorelosti na delovnem mestu. Ugotovljena je bila statistično pomembna pozitivna korelacija med stopnjo ocene doživetega sindroma izgorelosti na delovnem mestu in rezultatom na Presejalni lestvici kroničnega stresa ( $\rho = 0,45$ ), prav tako pa tudi z rezultati na vseh lestvicah Trierjevega inventarja za kronični stres. Uvajanje psihoedukacije kot dela preventivnega programa v terapevtskem smislu bi vplivalo na prepoznavanje in preprečevanje sindroma izgorelosti ter na zmanjšanje kroničnega stresa.

Original scientific article

UDC 616-089-083:613.6(497.5)

**KEYWORDS:** perioperative nurse, loss of energy, social isolation, burnout syndrome, chronic stress

**ABSTRACT** – Burnout syndrome in the workplace is a state of physical, mental and emotional exhaustion caused by job stress. The medical staff working in operating rooms are at a risk of the burnout syndrome. The purpose of the study was to determine the link between chronic stress and the burnout syndrome among perioperative nurses working in operating rooms in Croatia. In total, 427 perioperative nurses participated in the research. The Trier Inventory for Chronic Stress was used to assess chronic stress. The experience of the burnout syndrome was examined using a single question from the. A total of 40.3% of the surveyed perioperative nurses confirmed that they have experienced the burnout syndrome at work. A statistically significant positive correlation between the degree of assessed and experienced burnout syndrome at work was obtained, placing the Score on the Chronic Stress Screening Scale ( $r=0.45$ ), as well as the results on all scales of the Trier Inventory for Chronic Stress. The introduction of psychoeducation as part of a preventive program in a therapeutic context would have a positive effect on recognizing and preventing the burnout syndrome as well as reducing chronic stress.

## 1 Uvod

U Republici Hrvatskoj zdravstvena i sestrińska njega doživljavaju intenzivan rast i razvoj paralelno s novim dostignućima u struci i stručnim konceptima 21. stoljeća. U operacijskim salama se stalno usavršavaju nove kirurške tehnike. Edukacija medicinskih sestara instrumentarki, zajedno s razvojem tehnologije i robotike, omogućit

Prejeto/Received: 28. 8. 2024  
Sprejeto/Accepted: 31. 1. 2025

Besedilo/Text © 2025 Avtor(ji)/The Author(s)  
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.  
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

će sve veću primjenu proširene stvarnosti u kirurškim zahvatima (Gutić, 2015; Uygunovich, 2022; Alderson, 2019). Medicinske sestre instrumentarke u operacijskoj sali koriste svu tehnologiju koja im je potrebna u profesionalnom radu i odgovornosti koju posao zahtijeva. Rad s novom tehnologijom zahtijeva veliku odgovornost i znanje, što može dovesti do stresa i napetosti na poslu. Dugotrajna izloženost takvim uvjetima može uzrokovati kronični umor, iscrpljenost i burnout sindrom.

Robinson (2018) opisuje koncept stresa koji je postao uobičajen i ukorijenjen u svaki društveni oblik kao ponavljajući izraz negativnih situacija. Iako bi većina definicija opisala stres kao psihološki problem, povijesna istraživanja su pokazala da on predstavlja i značajan fizički problem. U svom radu, kroz povijesno istraživanje, navodi autore Claudea Bernarda, Waltera B. Cannona i Hansa Selyea koji su postavili ključne temeljne koncepte za mehanizme djelovanja stresa i mogućnosti prilagodbe. U novom tisućljeću istraživanje psihološkog stresa proširilo se na različite discipline, od fiziologije do medicine, kemije, endokrinologije, neuroznanosti, epidemiologije, psihijatrije, epigenetike i psihologije, odražavajući složenost konstrukta kako teorijski, tako i biološki.

Reakcija na stres je prilagodljiva kako bi pripremila tijelo da se nosi s izazovima koje predstavljaju unutarnji ili vanjski stresori iz okoline. Na primjer, fiziološki odgovori tijela na traumu i invazivnu operaciju služe za ublažavanje daljnjeg oštećenja tkiva. Izloženost stresoru je percipirana kao intenzivna, ponavljajuća (ponovljeni akutni stres) ili produljena (kronični stres). U tom slučaju, odgovor na stres je neprilagodljiv i štetan za fiziologiju. Izloženost kroničnim stresorima može izazvati neprilagođene reakcije, uključujući depresiju, anksioznost, kognitivno oštećenje i bolesti srca (Ketchesin et al., 2017). Kronični stres odnosi se na nespecifičnu sistemsku reakciju koja se javlja kada je tijelo stimulirano raznim unutarnjim i vanjskim negativnim čimbenicima tijekom dužeg vremena te uzrokuje i fiziološke promjene koje izazivaju ozbiljno oštećenje tkiva. Negativan utjecaj stresa na razne organske sustave i opće zdravlje organizma znanstveno je dokazan i potvrđen, stoga ga je opravdano nazivati "bolešću današnjice" (Yao et al., 2019).

Kronična izloženost stresoru smatra se najotrovnijim oblikom izloženosti stresoru jer će kronični događaji najvjerojatnije rezultirati dugoročnim ili trajnim promjenama u emocionalnim, fiziološkim i bihevioralnim reakcijama koje utječu na osjetljivost i tijek bolesti. Ova izloženost uključuje one stresne događaje koji traju dulje vrijeme, kao i kratke žarišne događaje koji se nastavljaju doživljavati dugo nakon što su završili (Cohen et al., 2015). Stres je u današnje vrijeme neizostavan dio svakodnevnice gotovo svake osobe, a svatko se s njim suočava i nosi na drugačiji način.

Akutni stresni odgovor ima za cilj pripremiti organizam za suočavanje s iznenadnom opasnošću, omogućavajući mu da reagira brzo i učinkovito. Za razliku od dugotrajnog kroničnog stresa, fiziološke reakcije mogu dodatno ugrožavati organizam i dovesti do tjelesnih oštećenja i bolesti. Fiziološke reakcije na stres dijele se i na objektivne (mjerenje krvnog tlaka, srčanog ritma, mišićne napetosti) i subjektivne (osjećaj ubrzanog rada srca, preskakanja srca, nedostatka zraka). Psihološke reakcije na stres dijele se na emocionalne i spoznajne. Promjene u ponašanju koje nastaju kao

posljedica stresa variraju ovisno o vrsti i intenzitetu stresora. Akutni stresovi izazivaju reakciju "borbe ili bijega", a kronični smanjenje socijalnih interakcija, zlouporabu alkohola, narkotika, kave, poremećaje prehrane, poremećaje spavanja, slabu koncentraciju, agresivno i antisocijalno ponašanje (Havelka-Meštrović & Havelka, 2020).

Suočavanje sa stresom definira se kao skup misli i ponašanja koja se mobiliziraju za upravljanje unutarnjim i vanjskim stresnim situacijama. Kada su pojedinci izloženi stresoru, različiti načini suočavanja s njim nazivaju se "stilovima suočavanja", koji predstavljaju skup relativno stabilnih osobina koje oblikuju ponašanje pojedinca kao odgovor na stres. Suočavanje se kategorizira u četiri glavne kategorije: usredotočenost na problem; usmjerenost na emocije; usredotočenost na značenje i socijalno suočavanje (Algorani & Gupta, 2023). Definicija stresa koju smo u našem radu upotrijebili za razumijevanje fenomena u empiričkom dijelu tj. Istraživanju glasi: "Dugotrajna izloženost povišenim razinama stresa dugoročno može rezultirati narušenim psihičkim i/ili fizičkim zdravljem i dobiti zdravstvenih djelatnika te negativnim organizacijskim ishodima na poslu" (Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, 2016).

Freudenberger je prvi istraživač koji je počeo koristiti pojam burnout sindroma. Definirao ga je kao "kombinaciju emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenja osobnih dostignuća na radnim zadacima" (Freudenberger, 1974). Burnout sindrom, kojeg su nakon Freudengerera definirali Maslach i Jackson, najčešće se opisuje kao stanje emocionalne i psihičke iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenja osobnog postignuća koje se može javiti među pojedincima koji rade poslove povezane s ljudima, te dovodi do osjećaja iscrpljenosti i preopterećenosti, gubitka interesa, motiviranosti i radne učinkovitosti (Schaufeli & Buunk, 2003).

Novija istraživanja potvrđuju da je burnout sindrom produljena reakcija na kronične emocionalne i interpersonalne stresore koju karakteriziraju emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija i nedostatak društvenih postignuća, manjak društvenosti u radnom okruženju, cinizam, bespomoćnost i beznade te poteškoće u komunikaciji. Način suočavanja sa stresom na poslu, zadovoljstvo poslom i radna učinkovitost su međusobno povezani čimbenici koji mogu utjecati na pojavu burnout sindroma. Predstavlja veliki problem za zdravstvene sustave, povezan je s dugoročnim stresom i zahvaća sve profile zdravstvenih djelatnika te se smatra javnozdravstvenim problemom (Friganović et al., 2019; Ribeiro et al., 2014; Maslach & Leiter, 2016; Gabriel & Aguinis, 2022).

Način suočavanja sa stresom na poslu, zadovoljstvo poslom i radna učinkovitost su međusobno povezani čimbenici koji mogu utjecati na pojavu burnout sindroma.

Tjelesni simptomi su: česte glavobolje, bol u kralježnici, problemi s disanjem, spavanjem, prehranom i gastrointestinalni problemi (Maslach, 1993; Li et al., 2022), a svi navedeni simptomi povećavaju rizik od psihološkog stresa (Alshawish & Nairat, 2020; Khamisa et al., 2015).

Burnout sindrom uvršten je u 11. reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti kao profesionalni fenomen i definiran je u ICD-11 kao sindrom koji je konceptualiziran

kao posljedica kroničnog stresa na radnom mjestu kojim se nije uspješno upravljalo. Karakteriziraju ga tri dimenzije: 1) osjećaj gubitka energije ili iscrpljenost; 2) povećana mentalna udaljenost od posla ili osjećaj negativizma ili cinizma u vezi s poslom; i 3) smanjena profesionalna učinkovitost (WHO, 2024). Burnout sindrom se posebno odnosi na fenomene u profesionalnom kontekstu i ne bi se trebao primjenjivati za opisivanje iskustava u drugim područjima života. Svjetska zdravstvena organizacija za statistiku mortaliteta i morbiditeta koristi ICD-11 (International Classification of Diseases), pri čemu burnout sindrom označava kao QD85 (WHO, 2022).

Za smanjenje burnout sindroma, potrebno je uvesti strategije prevladavanja stresa koje bi smanjile ili eliminirale stresore (Friganović et al., 2019; Teymooi et al., 2022; Ng et al., 2019), kao i odgovarajuće strategije suočavanja koje se koriste u timskom radu i koje bi mogle biti korisne u prevenciji psihičke patnje, posebno u kontekstima u kojima su radni uvjeti stresni (Maresca et al., 2022; de Oliveira et al., 2019).

Svrha istraživanja bila je utvrditi je li kronični stres povezan s burnout sindromom kod medicinskih sestara instrumentarki u operacijskoj sali. S obzirom na svrhu istraživanja postavili smo istraživačko pitanje i hipotezu:

IP1: Je li rezultat na Trier inventaru za kronični stres povezan s procjenom doživljenog burnout sindroma na poslu koje iskazuju medicinske sestre instrumentarke?

H1: Rezultat na Trier inventaru za kronični stres u pozitivnoj je korelaciji s procjenom doživljenog burnout sindroma na poslu koje iskazuju medicinske sestre instrumentarke.

## 2 Metodologija

### 2.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka

U istraživanju smo koristili kvantitativno deskriptivnu metodu i tehniku anketiranja. Pritom smo koristili standardizirani upitnik Trier inventar za kronični stres (TICS, 2019). Upitnik je javno dostupan, a za potrebe istraživanja dobiveno je i dopuštenje autora za korištenje. Drugi upitnik je Upitnik za ispitivanje o povezanosti incidencije razine stresa i nezaraznih kroničnih bolesti (Kadirić, 2019).

### 2.2 Opis instrumenta

Iz upitnika "Razina stresa kod medicinskih sestara instrumentarki u operacijskim salama Republike Hrvatske – Upitnik za ispitivanje o povezanosti incidencije razine stresa i nezaraznih kroničnih bolesti" korištena je jedna tvrdnja kojom je ispitan doživljaj burnout sindroma na poslu: "Doživio/la sam burnout sindrom na poslu", za koju su ispitanici procjenjivali stupanj slaganja putem Likert skale od pet stupnjeva (1 – u potpunosti se slažem, 2 – slažem se, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – ne slažem se, 5 – u potpunosti se ne slažem).

Za procjenu kroničnog stresa korišten je upitnik "Trier inventar za kronični stres", u kojem ispitanici za 57 opisanih situacija i iskustava procjenjuju koliko su im se često

pojedina situacija/iskustvo dogodili u posljednja tri mjeseca. Pri tome odgovaraju putem skale od pet stupnjeva pri čemu je 0 – nikada, 1 – rijetko, 2 – ponekad, 3 – često, 4 – vrlo često.

Ovaj upitnik mjeri 9 aspekata kroničnog stresa: 1) Preopterećenost poslom (WOOW - Work Overload), 2) Društveno preopterećenje (SOOV – Social Overload), 3) Pritisak za izvođenje (PRPE – Pressure to Perform), 4) Nezadovoljstvo poslom (WODI – Work Discontent), 5) Pretjerane zahtjeve na poslu (EXWO – Excessive Demands at Work), 6) Nedostatak društvenog priznanja (LACK – Lack of Social Recognition), 7) Društvenu napetost (SOTE - Social Tension), 8) Socijalnu izolaciju (SOIS – Social Isolation) i 9) Kroničnu zabrinutost (WORY – Chronic Worrying). Također, TICS-LE uključuje Skalu probira kroničnog stresa (CSSS – Chronic Stress Screening Scale) koja se sastoji od 12 čestica. Pouzdanost pojedinih skala Trier inventara za kronični stres je zadovoljavajuća. Cronbach alfa koeficijenti iznose od najmanje 0,79 za skale Društveno preopterećenje i Nezadovoljstvo poslom do 0,90 za skalu Pritisak za izvođenje. Za Skalu probira kroničnog stresa Cronbach *alfa* = 0,91 i ukazuje na visoku pouzdanost (tablica 1).

### Tablica 1

*Koeficijenti pouzdanosti za pojedine skale TICS-LE/Reliability coefficients for particular TICS-LE scales*

| <i>Koeficijenti pouzdanosti za pojedine skale TICS-LE</i> |                                 |                      |                     |
|---|---------------------------------|----------------------|---------------------|
|   |                                 | <i>Cronbach alfa</i> | <i>Broj čestica</i> |
| WOOW  | Preopterećenost poslom          | 0,89                 | 8                   |
| SOOV  | Društveno preopterećenje        | 0,79                 | 6                   |
| PRPE  | Pritisak za izvođenje           | 0,90                 | 9                   |
| WODI  | Nezadovoljstvo poslom           | 0,79                 | 8                   |
| EXWO  | Pretjerani zahtjevi na poslu    | 0,85                 | 6                   |
| LACK  | Nedostatak društvenog priznanja | 0,84                 | 4                   |
| SOTE  | Društvena napetost              | 0,89                 | 6                   |
| SOIS  | Socijalna izolacija             | 0,86                 | 6                   |
| WORY  | Kronična zabrinutost            | 0,83                 | 4                   |
| CSSS  | Skala probira kroničnog stresa  | 0,91                 | 12                  |

### 2.3 Karakteristike uzorka

U uzorak su uključene sve medicinske sestre instrumentarke u operacijskim salama Republike Hrvatske koje ispunjavaju kriterije neophodne za istraživanje (da su zaposlene u operacijskim salama i da imaju završenu srednju stručnu spremu, ili da su prvostupnice/ci sestrištva, magistre/i sestrištva, kao i diplomirane medicinske sestre/tehničari). Od ukupno 987 medicinskih sestara instrumentarki koje su bile pozvane na sudjelovanje u istraživanju, sudjelovalo je 427 medicinskih sestara instrumentarki koje rade u operacijskim salama Republike Hrvatske (43,3 %).

U tablici 2 prikazani su opći podaci o ispitanicima. Sudjelovala su 62 (14,5 %) muškaraca te 365 (85,5 %) žena. Dob ispitanika bila je između 18 i 65 godina. Naj-

zastupljenija dobna skupina bila je 41 – 50 godina, a najviše ispitanika imalo je diplomu prvostupnika. Većina je radila u kliničkim bolničkim centrima u Hrvatskoj, a najčešće je radno iskustvo bilo između 11 i 20 godina.

**Tablica 2**

*Opći podaci o ispitanicima (N = 427) / General data on respondents (N=427)*

| <i>Varijabla</i>                             | <i>f (%)</i> | <i>P*</i> |
|--|--------------|-----------|
| <i>Spol (%)</i>                              |              | < 0,001   |
| Muški  | 62 (14,5 %)  |           |
| Ženski                                       | 365 (85,5 %) |           |
| <i>Dobna skupina n (%)</i>                   |              | < 0,001   |
| < 24 godine                                  | 19 (4,4 %)   |           |
| 25 – 30 godina                               | 52 (12,2 %)  |           |
| 31 – 40 godina                               | 117 (27,4 %) |           |
| 41 – 50 godina                               | 128 (30,0 %) |           |
| 51 – 60 godina                               | 101 (23,7 %) |           |
| > 60 godina                                  | 10 (2,3 %)   |           |
| <i>Razina obrazovanja ispitanika n (%)</i>   |              | < 0,001   |
| Srednjoškolsko obrazovanje                   | 175 (41,0 %) |           |
| Preddiplomski studij sestrinstva             | 186 (43,5 %) |           |
| Diplomski studij / Registrirana sestra / PhD | 66 (15,5 %)  |           |
| <i>Radno iskustvo ispitanika n (%)</i>       |              | < 0,001   |
| < 5 godina                                   | 76 (17,8 %)  |           |
| 6 – 10 godina                                | 62 (14,5 %)  |           |
| 11 – 20 godina                               | 107 (25,1 %) |           |
| 21 – 30 godina                               | 106 (24,8 %) |           |
| 31 – 40 godina                               | 67 (15,7 %)  |           |
| > 40 godina                                  | 9 (2,1 %)    |           |
| <i>Vrsta bolničkog zaposlenja n (%)</i>      |              | < 0,001   |
| Klinički bolnički centar                     | 255 (59,7 %) |           |
| Opća bolnica                                 | 120 (28,1 %) |           |
| Županijska opća bolnica                      | 34 (8,0 %)   |           |
| Županijska bolnica                           | 18 (4,2 %)   |           |

Opomba: \* $\chi^2$  test; f = frekvencija, % = postotak; p = značajnost < 0,05.

#### 2.4 Opis istraživanja i obrade podataka

Poziv za sudjelovanje u istraživanju postavljen je na stranice Hrvatskog društva operacijskih sestara (HDOS). Svih 987 medicinskih sestara instrumentarki u Republici Hrvatskoj pozvano je putem e-pošte da sudjeluju u istraživanju (kada govorimo o medicinskoj sestri instrumentarki, podrazumijevamo i medicinske tehničare instrumentare). Anketa je bila dobrovoljna i anonimna, provedena putem Google obrasca od 21. travnja 2021. do 21. lipnja 2021. godine. Istraživanje je odobrilo stručno vijeće (Hrvatsko društvo operacijskih sestara - HDOS) na čelu s predsjednicom HDOS-a.

Statistička obrada podataka provedena je u programu IBM SPSS 25. Rezultati su interpretirani na razini statističke značajnosti od 5 % ( $p < 0,05$ ).

Istraživanje je osiguralo poštivanje bioetičkih standarda, posebice četiri temeljna bioetička načela (osobni integritet – autonomija, pravednost, dobročinstvo i neškodljivost), kao i izvedenih načela (npr. privatnost, povjerenje itd.), u skladu s Nürnberškim kodeksom, najnovijom revizijom Helsinške deklaracije i drugim relevantnim dokumentima. Svi podaci prikupljeni su u skladu s bioetičkim standardima, uz osiguranje privatnosti (liječničke tajne) ispitanika uključenih u istraživanje i zaštitu povjerljivosti podataka (HLK, 2024).

### 3 Rezultati

Incidencija burnout sindroma ispitana je putem procjene slaganja s tvrdnjom Doživio/la sam burnout na poslu, pri čemu su ispitanici odgovarali putem skale od 5 stupnjeva. Rezultati nam ukazuju da je 172 od 427 (40,3 %) ispitanika sigurno da je doživjelo burnout sindrom (tablica 3).

#### Tablica 3

*Doživio/la sam burnout na poslu/Have experienced burnout at work*

| <i>Doživio/la sam burnout na poslu.</i> | <i>f</i> | <i>%</i> |
|---|----------|----------|
| 1 - U potpunosti se ne slažem           | 95       | 22,2     |
| 2 - Ne slažem se                        | 73       | 17,1     |
| 3 - Niti se slažem niti se ne slažem    | 87       | 20,4     |
| 4 - Slažem se                           | 77       | 18,0     |
| 5 - U potpunosti se slažem              | 95       | 22,2     |
| Ukupno                                  | 427      | 100,0    |

f = frekvencija, % = postotak

Kako bi se ispitala povezanost između incidencije burnout sindroma i kroničnog stresa na poslu, izračunati su Spearmanovi koeficijenti korelacije ( $r$ ) između stupnja procjene doživljenog burnouta na poslu i rezultata na skalama Trier inventara za kronični stres (tablica 4).

**Tablica 4**

*Spearmanovi koeficijenti korelacije između procjene doživljaja burnouta na poslu i skala Trier inventara za kronični stres (r)/Spearman's correlation coefficients between the assessment of burnout at work and the Trier Inventory for Chronic Stress (ρ)*

|                                 |            | <i>Doživio/la sam burnout na poslu.</i> |
|---------------------------------|------------|---|
| Preopterećenost poslom          | Spearman r | 0,400**                                 |
|                                 | p          | < 0,001                                 |
| Društveno preopterećenje        | Spearman r | 0,296**                                 |
|                                 | p          | < 0,001                                 |
| Pritisak za izvođenje           | Spearman r | 0,314**                                 |
|                                 | p          | < 0,001                                 |
| Nezadovoljstvo poslom           | Spearman r | 0,319**                                 |
|                                 | p          | < 0,001                                 |
| Pretjerani zahtjevi na poslu    | Spearman r | 0,358**                                 |
|                                 | p          | < 0,001                                 |
| Nedostatak društvenog priznanja | Spearman r | 0,362**                                 |
|                                 | p          | < 0,001                                 |
| Društvena napetost              | Spearman r | 0,360**                                 |
|                                 | p          | < 0,001                                 |
| Socijalna izolacija             | Spearman r | 0,372**                                 |
|                                 | p          | < 0,001                                 |
| Kronična zabrinutost            | Spearman r | 0,424**                                 |
|                                 | p          | < 0,001                                 |
| Skala probira kroničnog stresa  | Spearman r | 0,449**                                 |
|                                 | p          | < 0,001                                 |

\*\*p < 0,01

Dobivena je statistički značajna pozitivna korelacija između stupnja procjene doživljenog burnout sindroma na poslu i rezultata na Skali probira kroničnog stresa ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,01$ ). Medicinske sestre instrumentarke koje su višim procjenama ocijenile doživljaj burnouta na poslu, imaju i viši rezultat na Skali probira kroničnog stresa, dok medicinske sestre instrumentarke koje su nižim procjenama ocijenile doživljaj burnouta na poslu, imaju i niži rezultat na Skali probira kroničnog stresa. Također, dobivene su statistički značajne pozitivne korelacije između stupnja procjene doživljenog burnout sindroma na poslu i svih skala Trier inventara za kronični stres ( $p < 0,01$ ). Pri tome je najviša korelacija dobivena između stupnja procjene doživljenog burnout sindroma i rezultata na skali Kronična zabrinutost ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,01$ ), a najniža između stupnja procjene doživljenog burnout sindroma i rezultata na skali Društveno preopterećenje ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,01$ ).

Kod svih varijabli koje karakteriziraju kronični stres pokazuje se da je percepcija stresa (ispitana Trierovim inventarom za kronični stres) kod medicinskih sestara instrumentarki u pozitivnoj korelaciji s njihovom procjenom doživljaja burnout sindroma. Medicinske sestre instrumentarke koje su iskazale viši stupanj kroničnog stresa na pojedinim skalama Trier inventara, iskazale su i viši stupanj doživljaja burnout sindroma.

## 4 Diskusija

Rezultati provedenog istraživanja pružili su uvid u burnout sindrom medicinskih sestara instrumentarki u operacijskim salama Republike Hrvatske. Ispitivanje po demografskim podacima pokazalo je da je većina ispitanika ženskog spola (85,5 %). S obzirom na istraženu populaciju medicinskih sestara instrumentarki u operacijskim salama Republike Hrvatske, statistički značajno veći broj žena u hrvatskim operacijskim salama ukazuje na sve izraženiji trend feminizacije ove zdravstvene struke.

Analiza procjena slaganja s tvrdnjom "Doživio/la sam burnout na poslu", kojom je ispitan doživljaj burnout sindroma, pokazala je da je 172 od 427 (40 %) ispitanih medicinskih sestara instrumentarki sigurno doživjelo burnout sindrom, što ukazuje na veliku incidenciju ovog sindroma.

Na veliku incidenciju burnout sindroma medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj ukazuju i rezultati istraživanja Hrvatske komore medicinskih sestara koji su pokazali da su dvije od tri medicinske sestre (više od 65 %) često ili uvijek emocionalno i fizički iscrpljene te se osjećaju izmorene. Gotovo svaka druga (45 %) medicinska sestra ili medicinski tehničar se zbog svog posla uvijek ili često osjećaju "izgoreno", dok je svaka treća medicinska sestra frustrirana poslom. Pokazali su to rezultati istraživanja "Sindrom sagorijevanja u hrvatskom sestrinstvu" koje je Hrvatska komora medicinskih sestara provela među svojim članovima krajem prošle godine. U istraživanju je sudjelovalo 4.590 medicinskih sestara i medicinskih tehničara (HKMS, 2024).

U istraživanju medicinskih sestara intenzivne njege zaposlenih u jedinicama intenzivnog liječenja u pet hrvatskih sveučilišnih bolnica, koje je uključivalo 620 sudionika (87,7 % žena) i u kojem je burnout sindrom ispitan na temelju ukupnog rezultata na Upitniku burnouta na poslu Christine Maslach (MBI), dobivena je nešto niža incidencija burnout sindroma nego u ovom istraživanju. Pokazalo se da je burnout sindrom doživjelo 11,6 % ispitanih medicinskih sestara. Visoka razina emocionalne iscrpljenosti bila je prisutna kod 22,1 % medicinskih sestara, visoka razina depersonalizacije kod 7,9 %, a manjak osobnog postignuća kod 34,5 % medicinskih sestara intenzivne njege (Friganović, 2021).

Owuor et al. (2020) ukazuju da se procjena burnout sindroma može razlikovati ovisno o načinu na koji se procjenjuje. Analiza 12 istraživanja provedenih u sedam afričkih zemalja, koja su se usredotočila na prevalenciju burnout sindroma kod medicinskih sestara, pokazala je različite rezultate ovisno o korištenom mjernom instrumentu. Istraživanja koja su koristila Skalu profesionalne kvalitete života pokazala su najveću prevalenciju burnout sindroma (87 %), dok su istraživanja koja su koristila Copenhagen Burnout Inventory pokazala prevalenciju od 51 %. U istraživanjima u kojima nije specificiran mjerni instrument, prevalencija je iznosila 33 %.

U našem istraživanju ispitana je korelacija između rezultata na Trier inventaru za kronični stres i procjene doživljenog burnout sindroma. Dobivena pozitivna korelacija između stupnja procjene doživljenog burnout sindroma na poslu i rezultata na Skali probira kroničnog stresa ukazuje da medicinske sestre instrumentarke koje su

višim procjenama ocijenile doživljaj burnouta na poslu iskazuju i višu razinu kroničnog stresa. S tim rezultatom potvrđena je i hipoteza da je rezultat na Trier inventaru za kronični stres u pozitivnoj korelaciji s procjenom doživljenog burnout sindroma na poslu koji iskazuju medicinske sestre instrumentarke.

O povezanosti kroničnog stresa na poslu i burnout sindroma govore i rezultati drugih istraživanja. Rezultati istraživanja na prigodnom uzorku medicinskih sestara (N = 123) zaposlenih na različitim odjelima Kliničkog bolničkog centra (KBC) Split, u kojem su prevladavale medicinske sestre ženskog spola (96,75 %), ukazuju da medicinske sestre pokazuju simptome početnog burnout sindroma zbog trajne izloženosti stresu na poslu. Pri tome je burnout sindrom izraženiji kod medicinskih sestara zaposlenih na pedijatrijskim odjelima u usporedbi s odjelima za odrasle (Vuković et al., 2022).

Prema istraživanju Hrvatske komore medicinskih sestara, kao reakcija na dugoročnu izloženost višestrukome stresu na radnom mjestu kod medicinskih sestara javlja se burnout sindrom, koji uključuje rastući gubitak idealizma, energije, radne učinkovitosti i osjećaja smislenosti vlastitog rada. Istraživanje je pokazalo da medicinske sestre smatraju kako je njihov posao glavni uzrok njihovog burnout sindroma (HKMS, 2024). U istraživanju provedenom među medicinskim sestrama u području palijativne skrbi pokazalo se da je ukupna razina profesionalnog stresa značajno povezana s dvije ispitane dimenzije burnout sindroma, tj. s iscrpljenošću i otuđenošću, dok nije značajno korelirala sa zadovoljstvom poslom. Obje komponente burnout sindroma bile su značajno i negativno povezane sa zadovoljstvom poslom (Tucak Junaković et al., 2019).

Rezultati istraživanja Myhren et al. (2013), u kojem su sudjelovali liječnici i medicinske sestre s odjela intenzivne njege u Sveučilišnoj bolnici u Oslu, također ukazuju na povezanost burnout sindroma s visokim stupnjem stresa na poslu kod ženskog spola.

Osim pozitivne korelacije između stupnja procjene doživljenog burnout sindroma na poslu i rezultata na Skali probira kroničnog stresa, u našem provedenom istraživanju dobivene su i pozitivne korelacije između svih pojedinih skala Trier inventara za kronični stres i stupnja procjene doživljenog burnouta na poslu. Pokazalo se da je doživljaj burnout sindroma na poslu u pozitivnoj korelaciji s preopterećenošću poslom, društvenim preopterećenjem, pritiskom za izvođenje, nezadovoljstvom poslom, pretjeranim zahtjevima na poslu, nedostatkom društvenog priznanja, društvenom nape-tošću, socijalnom izolacijom i kroničnom zabrinutošću.

Dobiveni rezultati mogu se povezati s rezultatima drugih autora. Kvalitativna analiza istraživanja provedenog putem polustrukturiranih intervjuja s 18 operacijskih sestara iz bolnica u Teheranu ukazala je na postupni burnout sindrom zbog napetosti na poslu, pri čemu su se istaknuli: organizacijski čimbenici (nekompetentnost menadžera, organizacijska ravnodušnost, dvosmislenost u organizacijskoj ulozi, organizacijska nedosljednost), međuljudski čimbenici (agresivnost kirurga, autoritarnost kirurga, neuspjeh kirurga u upravljanju stresom, neprofesionalno ponašanje medicinskih sestara), čimbenici prirode posla (psihološki čimbenici i opasnosti na radu) kao

i individualni čimbenici (profesionalni stav, neprofesionalno ponašanje, emocionalna uključenost, demografski čimbenici, fizički čimbenici). U skladu s tim čimbenicima, voditelji sestrinstva i medicinske sestre u operacijskim salama trebali bi razmotriti učinkovite strategije za sprječavanje ili suočavanje s burnout sindromom (Teymoori et al., 2022).

Rezultati našeg istraživanja također ukazuju na povezanost burnout sindroma s čimbenicima koji se odnose na organizaciju i prirodu posla (preopterećenost poslom, pritisak za izvođenje, pretjerani zahtjevi na poslu), na čimbenike međuljudskih odnosa (društveno preopterećenje, društvena napetost, socijalna izolacija) i na čimbenike koji se mogu smatrati individualnim čimbenicima (nezadovoljstvo poslom, kronična zabrinutost).

O povezanosti višeg stupnja burnout sindroma s lošijim međuljudskim odnosima i organizacijsko-financijskim problemima na poslu govore i rezultati istraživanja kod medicinskih sestara koje rade na klinikama na kojima se liječe pacijenti u odrasloj dobi (Vuković et al., 2022). Burnout sindrom kod medicinskih sestara povezan je i s pogoršanjem mentalnog zdravlja. Brojni čimbenici mogu ugroziti sigurnost pacijenta, poput neučinkovitog timskog rada, neuspješnih organizacijskih procesa, kao i fizičke i psihičke preopterećenosti zdravstvenih djelatnika. Visoka razina burnout sindroma češća je među liječnicima i medicinskim sestrama te je povezana s čimbenicima kao što su velika opterećenja, duga putovanja na posao i neučinkoviti međuljudski odnosi (Garcia et al., 2019).

Problem burnout sindroma pronalazimo i kod liječnika. Istraživanje provedeno među 250 bolničkih liječnika zaposlenih u Univerzitetsko-kliničkom centru u Tuzli, pokazalo je da su glavni čimbenici burnout sindroma preopterećenost poslom te da se prevencijom može utjecati na sprječavanje burnout sindroma, a samim time i na pojavu kroničnih bolesti liječnika, povezanih sa stresom na radu (Selmanović et al., 2012). U doktorskoj disertaciji o prevalenciji stresa liječnika u Kliničkom bolničkom centru Rijeka pokazalo se da su stresori na radnom mjestu liječnika prediktori burnout sindroma i depresivnosti te da su najstresniji čimbenici vezani za organizaciju rada, financije i loše radne uvjete (Tomljenović, 2015).

Uzimajući u obzir stresnu prirodu operacijskih zahvata, medicinske sestre instrumentarke u operacijskoj sali izložene su većem riziku.

Istraživanja u doktorskim disertacijama u Hrvatskoj potvrđuju da produženo radno vrijeme, smjenski i noćni rad, odgovornost pri donošenju odluka, kao i kontakt s oboljelima i njihovim obiteljima pridonose povećanoj pojavnosti psihičkih smetnji i psihosomatskih bolesti među zdravstvenim djelatnicima (Knežević, 2010; Milošević, 2010).

U istraživanju u kojem su sudjelovali kliničari u operacijskim salama u sveučilišnim bolnicama u sjeverozapadnoj Etiopiji (N = 388) utvrđeno je da postoji visoka prevalencija profesionalnog stresa među kliničarima u operacijskim salama, a čimbenici povezani s profesionalnim stresom su rotiranje radnih smjena i rad od više od 80 sati tjedno (Yosef et al., 2022), dok se u istraživanju provedenom na više od 50.000

američkih medicinskih sestara ustanovilo da je burnout sindrom vodeći razlog napuštanja posla, pri čemu 74,9 % ispitanika napušta posao ili ga namjeravaju napustiti zbog burnout sindroma (Shah et al., 2021).

S obzirom na to da zdravstveni djelatnici u operacijskim salama doživljavaju profesionalni burnout sindrom, Zakeriafshar et al. (2023) predlažu da voditelji operacijskih sala organiziraju kontinuirane obrazovne programe i periodična savjetovanja kako bi smanjili burnout sindrom kod zdravstvenih djelatnika u operacijskim salama. Za smanjenje burnout sindroma potrebno je uvesti strategije prevladavanja stresa koje bi smanjile ili eliminirale stresore. Burnout sindrom je problem mentalnog zdravlja koji dovodi i do smanjenja kvalitete skrbi za pacijente. Apelira se na prevenciju putem tehnika upravljanja stresom i mentalnih modela zaštite, pogotovo kod medicinskih sestara na zahtjevnim radilištima (Friganović et al., 2019; Teymoori et al., 2022; Ng et al., 2019).

Istraživanje je započelo tijekom prvog vala pandemije COVID-19, što je moglo utjecati na odaziv, jer su mnoge medicinske sestre instrumentarke u to vrijeme bile premještene na odjele za oboljele od koronavirusa, što predstavlja jedan od nedostataka istraživanja.

## 5 Zaključak

Operacijska sala je radno mjesto koje uzrokuje stres. Stres na radnom mjestu može imati negativan utjecaj na dobrobit medicinskih sestara instrumentarki.

Rezultati ovog istraživanja, koji su dobiveni na velikom uzorku hrvatskih medicinskih sestara instrumentarki, potvrđuju hipotezu da je samoprocjena razine doživljenog burnout sindroma na poslu kod medicinskih sestara u operacijskim salama povezana s različitim aspektima kroničnog stresa. Višu razinu burnout sindroma doživljavaju medicinske sestre instrumentarke koje su preopterećenije poslom, preopterećenije problemima drugih ljudi, koje su pod većim pritiskom za izvođenje, koje su nezadovoljnije poslom, koje imaju povećane zahtjeve na poslu, kojima u većoj mjeri nedostaje društveno priznanje, koje doživljavaju višu razinu društvene napetosti na poslu, koje su više socijalno izolirane i koje iskazuju višu razinu kronične zabrinutosti.

Vidljivo je da je burnout sindrom kod medicinskih sestara instrumentarki povezan sa širokim spektrom kroničnih stresora koji se odnose i na razna obilježja njihovog posla i radne okoline, kao i na njihovu osobnu zabrinutost vezanu za posao koji obavljaju.

Doprinos našeg istraživanja sastoji se u saznanjima o specifičnoj skupini medicinskih sestara instrumentarki koje rade u operacijskim salama Republike Hrvatske, a koja su dobivena na temelju velikog uzorka.

Nedostatak društvenog priznanja i društvena napetost mogu imati ozbiljne posljedice na mentalno zdravlje, poput socijalne izolacije, burnout sindroma i kroničnog stresa. Visoka incidencija burnout sindroma kod ispitanih medicinskih sestara instru-

mentarki ukazuje na potrebu za edukacijom i prevencijom burnout sindroma među medicinskim sestrama instrumentarkama u operacijskim salama u Republici Hrvatskoj. Hrvatska komora medicinskih sestara nudi psihološku pomoć u okviru Savjetovaništa za mentalno zdravlje medicinskih sestara putem savjetovanja, psihoedukacije, psihološke procjene i promicanja mentalnog zdravlja u zajednici.

*Enesa Kadirić, Marjana Merkač Skok, PhD, Danica Železnik, PhD*

## **Burnout Syndrome at Work Among Perioperative Nurses in Operating Rooms in the Republic of Croatia**

*In Croatia, healthcare and nursing care are undergoing intensive growth and rapid development, as well as significant achievements and the adoption of techniques in the profession. New surgical techniques are being perfected in operating rooms through the ongoing training of perioperative nurses, leading to general scientific and technological progress (Gutić, 2015; Uygunovich, 2022; Alderson, 2019).*

*The operating room is where surgical procedures take place. Working in operating rooms is stressful. Workplace stress negatively impacts the well-being of healthcare workers and ultimately has a detrimental effect on healthcare services and patient care (Yosef et al., 2022).*

*Stress can be acute or chronic. In acute stress, physiological reactions have a specific purpose, alerting against a danger, causing the stress. Unlike chronic stress, physiological reactions can further harm the body and lead to disease (Havelka-Meštrović & Havelka, 2020). Chronic stress is a non-specific systemic reaction that occurs when various internal and external negative factors stimulate the body over a longer period, causing physiological changes and subsequently severe tissue damage (Yao et al., 2019). Stress is the body's complex psychological and physiological response to a stressor. A stressor is any internal or external stimulus, event, or situation hindering daily functioning. The reaction to stress is adaptive, preparing the body to cope with the challenges from internal or external factors in the environment, such as stressors. The response to stress can be maladaptive and harmful to physiology. Exposure to chronic stressors can trigger maladaptive reactions, including depression, anxiety, cognitive impairment, and heart disease (Ketchesin et al., 2017). Chronic exposure to a stressor is the most harmful type of exposure, given that prolonged events are most likely to lead to long-term or permanent changes in emotional, physiological, and behavioral responses that affect susceptibility and the course of the disease. This kind of exposure includes long-term stressful events and brief focal events experienced long after they have ended (Cohen et al., 2015).*

*Sources of intraoperative stress include fatigue, interpersonal conflicts and relationships, poor team communication, job deadline pressures, work overload, interpersonal conflicts and relationship problems, poor team communication, complex*

*surgical procedures, risky patients, surgical errors, and surgeon temperament (Ng et al., 2019).*

*Burnout syndrome in nurses is also linked to a deterioration in mental health. Numerous factors jeopardize patient safety, such as ineffective teamwork, failing organizational processes, as well as the physical and psychological overloading of healthcare workers (Garcia et al., 2019).*

*The International Classification of Diseases (ICD-11) by the World Health Organization provides the following definition: "Burnout syndrome is conceptualized as a result of chronic workplace stress that has not been successfully managed." It is characterized by three dimensions: 1) a feeling of energy depletion or exhaustion, 2) experiencing increased mental distance from one's job or negativism or cynicism related to one's job, and 3) reduced professional efficacy (WHO, 2024). Burnout syndrome is included in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) as a professional phenomenon and is designated as QD85 (WHO, 2022).*

*The purpose of the study was to determine whether chronic stress is associated with the burnout syndrome among perioperative nurses working in operating rooms.*

*In the research, we used a quantitative descriptive method and a survey technique. We used the standardized questionnaire Trier Inventory for Chronic Stress (TICS-LE, questionnaire: TICS-LE (Trier Inventory for Chronic Stress), long version, English) (Wolff Schlotz & Peter Schulz, 2005). The questionnaire is publicly available, and the author's permission to use it for research purposes was obtained. The second questionnaire is the Questionnaire for Testing the Relationship Between the Incidence of Stress Levels and Non-Communicable Chronic Diseases (Kadiric, 2019).*

*The Questionnaire for Testing the Relationship Between the Incidence of Stress Levels and Non-Communicable Chronic Diseases is a part of a questionnaire devised by the author and titled Stress Level Among Perioperative Nurses Working in Operating Rooms in Croatia (Kadiric, 2019). A statement from the questionnaire was used to elaborate on the experience of the burnout syndrome ("I experienced the burnout syndrome at work."). The respondents were able to express the degree to which they agreed or disagreed, on a scale of 1 to 5, with the statement.*

*The Trier Inventory for Chronic Stress (TICS-LE, questionnaire: Trier Inventory for Chronic Stress (TICS-LE), long version, English, Wolff Schlotz & Peter Schulz, 2005) was used to assess chronic stress, allowing the respondents to estimate how often they underwent a particular situation or experience in the last three months for the 57 described situations and experiences. In doing so, they rated their answers on a five-point scale: 0 – never, 1 – rarely, 2 – sometimes, 3 – often, and 4 – very often. The questionnaire measures nine aspects of chronic stress: Work Overload (WOOW), Social Overload (SOOV), Pressure to Perform (PRPE), Work Discontent (WODI), Excessive Demands at Work (EXWO), Lack of Social Recognition (LACK), Social Tensions (SOTE), Social Isolation (SOIS) and Chronic Worrying (WORY). Also, TICS-LE includes the Chronic Stress Screening Scale (CSSS), comprising 12 items. The reliability of the individual scales of the Trier Inventory for Chronic Stress is satisfac-*

ctory. Cronbach's  $\alpha$  ranges from 0.79 on the scale for Social Overload and Work Discontent to 0.90 on the scale for Pressure to Perform. On the Chronic Stress Screening Scale,  $\alpha$  is equivalent to 0.91, indicating high reliability.

An invitation to participate in the study was sent to all perioperative nurses in Croatia. The study was approved by the professional board (Croatian Association of Operative Room Nurses). A survey conducted among the perioperative nurses working in operating rooms in Croatia showed that of the 987 surveyed, the response rate was 427 (43%), who were aged between 18 and 65 years.

The research ensured compliance with the bioethical standards, particularly the four fundamental bioethical principles (personal integrity – autonomy, justice, beneficence, and non-maleficence), as well as derived principles (e.g., privacy, trust, etc.), in accordance with the Nuremberg Code, the latest revision of the Helsinki Declaration, and other relevant documents. All data were collected in accordance with the bioethical standards, ensuring the privacy (medical confidentiality) of the respondents included in the research and the protection of data confidentiality (HLK, 2024).

An analysis was conducted to determine whether the score on the Trier Inventory for Chronic Stress is linked to having experienced burnout syndrome at work, as reported by the perioperative nurses.

Analysis of responses to the statement "I have experienced burnout at work" revealed that 172 out of 427 surveyed perioperative nurses (40%) confidently reported experiencing burnout, indicating a high prevalence of the syndrome.

A statistically significant positive correlation was obtained between the assessed degree of having experienced burnout at work and the results on the Chronic Stress Screening Scale ( $r=0.45$ ). The result indicates that nurses who assessed having experienced burnout at work with higher levels of stress also show a higher level of chronic stress. The connection between chronic stress at work and the burnout syndrome is also evident in the results of other studies (Vuković et al., 2022; Croatian Chamber of Nurses, 2024; Tucak Junaković et al., 2019).

Also, statistically significant positive correlations were obtained between the assessed level of having experienced burnout at work and all scales of the Trier Inventory for Chronic Stress. Experiencing burnout at work also indicates a positive correlation with Work Overload, Social Overload, Pressure to Perform, Work Discontent, Excessive Demands at Work, Lack of Social Recognition, Social Tension, Social Isolation, and Chronic Worrying. The highest correlation was obtained between the assessed degree of having experienced burnout and the score on the Chronic Anxiety scale ( $r=0.42$ ), and the lowest correlation between the assessed degree of having experienced burnout and the score on the scale of Social Overload ( $r=0.30$ ). The results obtained can be linked to the results of other authors. For example, a qualitative analysis of semi-structured interviews conducted with 18 surgical nurses from the hospitals in Tehran led by Teymoori et al. (2022) to highlight the existence of a gradual burnout syndrome due to tension at work, with the following important factors: organizational factors, interpersonal factors, factors relating to the nature of the job

and individual or personal factors. Vuković et al. (2022) talk about the link between a higher degree of the burnout syndrome and poorer interpersonal relationships, as well as organizational and financial problems at work among the nurses working in clinics where adult patients are treated.

Stress prevention and education at more demanding workplaces are suggested, helping nurses to learn how to recognize stress and stressful situations, as well as to prevent prolonged exposure to stress and the burnout syndrome. This approach also includes regular assessment and adjustment of individual workloads to gain balance between work and personal life. (Department of Occupational Health at the Croatian Institute of Public Health, 2016).

The contribution of our research is gaining knowledge about a specific group of perioperative nurses working in operating rooms in Croatia, which was obtained from a large sample of such nurses. The research began at the time of the first wave of the COVID-19 pandemic, which may have affected the response rate, as many perioperative nurses at that time were moved to wards treating coronavirus patients, and this was the shortcoming of the research.

## LITERATURA

1. Alderson, D. (2019). The future of surgery. *British Journal of Surgery*, 106(1), 9–10. <https://doi.org/10.1002/bjs.11086>
2. Algorani, E. B., & Gupta, V. (2023). Coping mechanisms. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>
3. Alshawish, E., & Nairat, E. (2020). Burnout and psychological distress among nurses working in primary health care clinics in West Bank-Palestine. *International Journal of Mental Health*, 49(4), 321–335. <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1752064>
4. Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015). State of the art review: Depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. *American Journal of Hypertension*, 28(11), 1295–1302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>
5. de Oliveira, S. M., de Alcantara Sousa, L. V., Vieira Gadelha, M. do S., & do Nascimento, V. B. (2019). Prevention actions of burnout syndrome in nurses: An integrating literature review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 15, 64–73. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010064>
6. Freudenberg, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
7. Friganović, A. (2021). Odnos med izgorjelostjo, spoprijemanjem stresom in zadovoljtvom pri delu pri medicinskih sestrah na intenzivni negi [Doctoral dissertation, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta].
8. Friganović, A., Selič, P., Ilić, B., & Sedić, B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: A literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(1), 255–263. <https://hrcak.srce.hr/262691>
9. Gabriel, K. P., & Aguinis, H. (2022). How to prevent and combat employee burnout and create healthier workplaces during crises and beyond. *Business Horizons*, 65(2), 183–192. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2021.02.037>
10. Garcia, C. L., Abreu, L. C., Ramos, J. L. S., Castro, C. F. D., Smiderle, F. R. N., Santos, J. A. D., & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of burnout on patient safety: Systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*, 55(9), 553. <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>
11. Gutić, D. (2015). Menadžment u zdravstvu. Grafika d.o.o.

12. Havelka-Meštrović, A., & Havelka, M. (2020). Zdravstvena psihologija: Psihosocijalne osnove zdravlja. Naklada Slap.
13. Hrvatska komora medicinskih sestara. (n.d.). Dvije od tri medicinske sestre su često ili uvijek fizički i emocionalno iscrpljene. <https://www.hkms.hr/arhiva>
14. Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu. (n.d.). Izazov: Stres na radu. <http://www.hzzzsr.hr/uploads/2016/12/IZ>
15. Kadirić, E. (2019). Razina stresa kod medicinskih sestara – instrumentara u operacijskim salama Republike Hrvatske – Upitnik za ispitivanje povezanosti incidencije razine stresa i nezaraznih kroničnih bolesti [Neobjavljeni rukopis].
16. Ketchesin, K. D., Stinnett, G. S., & Seasholtz, A. F. (2017). Corticotropin-releasing hormone-binding protein and stress: From invertebrates to humans. *Stress*, 20(5), 449–464. <https://doi.org/10.1080/10253890.2017.1322575>
17. Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work-related stress, burnout, job satisfaction, and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
18. Knežević, B. (2010). Stres na radu i radna sposobnost zdravstvenih djelatnika u bolnicama [Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet].
19. Li, N., Zhang, L., Li, X., & Lu, Q. (2022). Moderated role of social support in the relationship between job strain, burnout, and organizational commitment among operating room nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10813. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710813>
20. Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping strategies of healthcare professionals with burnout syndrome: A systematic review. *Medicina (Kaunas)*, 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>
21. Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19–32). Series in Applied Psychology: Social Issues and Questions. Taylor & Francis.
22. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
23. Milošević, M. (2010). Izrada mjernog instrumenta stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika i procjena njegove uporabne vrijednosti [Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet].
24. Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2013). Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Critical Care Research and Practice*, 2013, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2013/786176>
25. Ng, R., Chahine, S., Lanting, B., & Howard, J. (2019). Unpacking the literature on stress and resiliency: A narrative review focused on learners in the operating room. *Journal of Surgical Education*, 76(2), 343–353. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.07.025>
26. Owuor, R. A., Anyango, R., & Mwita, C. C. (2020). Prevalence of burnout among nurses in sub-Saharan Africa: A systematic review. *JBISIRIR-D-19-00170*. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-D-19-00170>
27. Ribeiro, V. F., Filho, C. F., Valenti, V. E., Ferreira, M., de Abreu, L. C., de Carvalho, T. D., Xavier, V., de Oliveira Filho, J., Gregory, P., Leão, E. R., Francisco, N. G., & Ferreira, C. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7, 22. <https://doi.org/10.1186/1755-7682-7-22>
28. Robinson, A. M. (2018). Let's talk about stress: History of stress research. *Review of General Psychology*, 22(3), 334–342. <https://doi.org/10.1037/gpr0000137>
29. Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 383–425). Wiley. <https://doi.org/10.1002/0470013400.ch19>
30. Selmanović, S., Pranjić, N., Brekalo Lazarević, S., Pašić, Z., Bošnjak, J., & Grbović, M. (2012). Čimbenici loše organizacije rada kao prediktor burnout sindroma bolničkih liječnika. *Sigurnost*,

- 54(1), 1–9. <https://hrcak.srce.hr/79183>
31. Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021). Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US. *JAMA Network Open*, 4, e2036469. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>
32. Teymoori, E., Zarejyan, A., Babajani-Vafsi, S., & Laripour, R. (2022). Viewpoint of operating room nurses about factors associated with occupational burnout: A qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 13, 947189. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.947189>
33. Tomljenović, M. (2015). Prediktori sindroma profesionalnog sagorijevanja i depresivnosti u liječnika [Doktorska disertacija, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet].
34. Trierer Inventar zum Chronischen Stress (TICS). (n.d.). Trier Inventory for Chronic Stress (TICS). Preuzeto 10. srpnja 2019. s [https://www.researchgate.net/publication/313154230\\_Trierer\\_Inventar\\_zum\\_Chronischen](https://www.researchgate.net/publication/313154230_Trierer_Inventar_zum_Chronischen)
35. Tucak Junaković, I., Macuka, I., & Skokandić, L. (2019). Profesionalni stres, zadovoljstvo poslom i sagorijevanje kod medicinskih sestara. *Medicina Jadertina*, 49(3–4), 157–171. <https://hrcak.srce.hr/234876>
36. Uygunovich, N. A. (2022). Modern laparoscopic methods of diagnosis and treatment of acute abdominal diseases. *Research Journal of Trauma and Disability Studies*, 1(10), 62–69. <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds>
37. Vuković, M., Antičević, V., & Mišetić, I. (2022). Stres i sagorijevanje kod medicinskih sestara. *Hrvatski časopis zdravstvenih znanosti*, 2(2), 103–108. <https://doi.org/10.48188/hezz.2.2.6>
38. World Health Organization (WHO). (n.d.). International classification of diseases (ICD). <https://www.who.int/standards>
39. World Health Organization. (n.d.). QD85 – ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11>
40. Yao, B. C., Meng, L. B., Hao, M. L., Zhang, Y. M., Gong, T., & Guo, Z. G. (2019). Chronic stress: A critical risk factor for atherosclerosis. *Journal of International Medical Research*, 47(4), 1429–1440. <https://doi.org/10.1177/0300060519826820>
41. Yosef, B., Woldegerima Berhe, Y., Yilkal Fentie, D., & Belete Getahun, A. (2022). Occupational stress among operation room clinicians at Ethiopian university hospitals. *Journal of Environmental and Public Health*, 2022(2), 1–7. <https://doi.org/10.1155/2022/2077317>
42. Zakeriafshar, M., Torabizadeh, C., & Jamshidi, Z. (2023). The relationship between occupational burnout and moral courage in operating room personnel: A cross-sectional study. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 32, 100339. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2023.100339>

---

*Enesa Kadirić, univ. mag. med. techn., Clinical Hospital Center Rijeka*

*E-naslov: enesaarmada@gmail.com*

*ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9552-496X>*

*Prof. dr. Marjana Merkač Skok*

*E-naslov: marjana.merkac@guest.arnes.si*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8359-9965>*

*Prof. dr. (Republika Finska) Danica Železnik, Faculty of Health and Social Sciences Slovenj Gradec*

*E-naslov: danica.zeleznik@fzsv.si*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3563-8947>*

# Upravljanje kakovosti in izboljšanje zdravstvene obravnave pacientov pri endoskopski retrogradni holangiopankreatografiji z uporabo visokopretočne nosne kanile

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i1.165>

Izvirni znanstveni članek

UDK 616.3-072.1:615.816:614.8

**KLJUČNE BESEDE:** visoko pretočna nosna kanila, endoskopska retrogradna holangiopankreatografija, kakovost zdravstvene oskrbe

**POVZETEK** – Endoskopska retrogradna holangiopankreatografija (ERCP) je invaziven postopek, povezan z velikim tveganjem za respiratorne zaplete, kot sta hipoksemija in hiperkapnija. Namen raziskave je bil oceniti učinkovitost visokopretočne nosne kanile (HFNC) v primerjavi s konvencionalno nosno kanilo (CNC) pri vzdrževanju oksigenacije in ventilacije med ERCP. V prospektivno, randomizirano pilotno raziskavo je bilo vključenih 20 pacientov, razdeljenih v dve skupini (HFNC  $n=10$ ; CNC  $n=10$ ). Spremljali smo nasičenost s kisikom ( $SaO_2$ ) in parcialni tlak  $CO_2$  ( $paCO_2$ ) pred in po posegu. Skupina HFNC je dosegla statistično značilno višjo nasičenost s kisikom kot skupina CNC. Prav tako je imel HFNC statistično značilno nižji  $paCO_2$  v primerjavi s CNC. V skupini HFNC je bilo manj epizod desaturacije in potrebe po intervencijah na dihalnih poteh. Rezultati kažejo, da uporaba HFNC med ERCP izboljša oksigenacijo, zmanjša retencijo  $CO_2$  in poveča varnost pacientov, zlasti pri tistih z višjim respiratornim tveganjem. Ugotovitve podpirajo nadaljnjo uporabo HFNC v gastroenterološki endoskopiji.

Original scientific article

UDC 616.3-072.1:615.816:614.8

**KEYWORDS:** High-Flow Nasal Cannula (HFNC), Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP), healthcare quality

**ABSTRACT** – Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is an invasive procedure associated with a high risk of respiratory complications, such as hypoxemia and hypercapnia. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of high-flow nasal cannula (HFNC) compared to conventional nasal cannula (CNC) in maintaining oxygenation and ventilation during ERCP. This prospective, randomized pilot study included 20 patients divided into two groups (HFNC  $n=10$ ; CNC  $n=10$ ). Oxygen saturation ( $SaO_2$ ) and partial pressure of carbon dioxide ( $paCO_2$ ) were measured before and after the procedure. The HFNC group achieved significantly higher oxygen saturation compared to the CNC group. Furthermore,  $paCO_2$  was significantly lower in the HFNC group compared to the CNC group. The HFNC group also had fewer episodes of desaturation and required fewer airway interventions. The results demonstrate that the use of HFNC during ERCP improves oxygenation, reduces  $CO_2$  retention, and enhances patient safety. The findings support further implementation of HFNC in gastroenterological endoscopy.

## 1 Uvod

Endoskopska retrogradna holangiopankreatografija (ERCP) je značajna endoskopska procedura koja se koristi za dijagnosticiranje i liječenje bolesti bilijarnog

trakta. Smatra se invazivnijom procedurom koja nužno zahtijeva dublju razinu sedacije u usporedbi s drugim procedurama, kao što su rutinske gornje endoskopije ili kolonoskopije (Chainaki et al., 2011, str. 34). Tijekom provedbe navedenog postupka postoje određene komplikacije vezane uz sedaciju od kojih je najčešća hipoksemija i hiperkapnija, što može utjecati na sigurnost i uspješnost postupka (Alzanbagi et al., 2022; Pal & Ramchandani, 2024). Dosadašnje metode primjene kisika putem konvencionalnih nosnih kanila imaju ograničenja u opskrbi kisikom te izazivaju neželjene nuspojave (Petkar et al., 2024), a uvođenje nosne kanile visokog protoka (HFNC), kao inovativne tehnike opskrbe kisikom, osigurava potencijal za poboljšanje oksigenacije, ventilacije te smanjenje rizika od komplikacija povezanih sa sedacijom.

Upravo zbog toga, održavanje adekvatne alveolarne ventilacije predstavlja ključni aspekt respiratorne potpore, pri čemu je cilj očuvati odgovarajuću ventilaciju i oksigenaciju tijekom cijelog postupka. Centralni dio ovog procesa leži u regulaciji minutnog volumena disanja, što se ostvaruje kroz invazivne ili neinvazivne ventilacijske tehnike. Osim što osigurava prikladnu oksigenaciju, pravilno dozirana alveolarna ventilacija ključna je za eliminaciju ugljičnog dioksida koji se generira u organizmu (Cove & Pinsky, 2021, str. 277).

HFNC je u tu svrhu u posljednjih nekoliko godina postala popularna alternativa, posebice za visokorizične pacijente, pacijente s nizom komorbiditeta te za pacijente s hipoksemijom. Brojni dokazi sugeriraju njezinu učinkovitost u smanjenju respiratornog otpora, olakšavanju disanja, poboljšanju plućne popustljivosti te u regrutaciji i čišćenju sluzi kod odraslih pacijenata (Roca et al., 2016, str. 109). Iako je najviše informacija o HFNC terapiji dostupno iz neonatalne medicine (Hong et al., 2021, str. 259; Ramnarayan et al., 2022, str. 1555), primjena u odraslih, pogotovo u kritično bolesnih, značajno je porasla.

HFNC ima niz prednosti u odnosu na konvencionalne sustave opskrbe kisikom, a prije svega smatra se da pruža bolje fiziološke učinke, pa je upravo zbog toga upotreba dodatnog kisika često prva linija terapije za starije pacijente. Međutim, tradicionalni načini opskrbe kisikom, poput maski za lice i nosne kanile, imaju nekoliko nedostataka koji mogu ograničiti učinkovitost i udobnost pacijenata. Kisik koji se isporučuje konvencionalnom nosnom kanilom često nije ovlažen pri niskim protocima, što može rezultirati nelagodnom kao što su suhoća nosa, grla i bol u nosu (Nishimura, 2015, str. 15). Konvencionalni uređaji ograničavaju protok kisika, dok je inspiracijski protok pacijenata s respiratornim zatajenjem često mnogo veći, što može rezultirati nestabilnom razinom udjela inspiriranog kisika i nižom razinom od očekivane.

Šira primjena HFNC-a zbilja se tijekom pandemije koronavirusa 2019. godine (COVID-19), kada je neinvazivna respiratorna potpora igrala središnju ulogu u liječenju pacijenata s umjerenim do teškim akutnim hipoksemičnim respiratornim zatajenjem (Frat et al., 2022, str. 1212). Prednost HFNC-a ističe se kroz veću kontrolu nad opskrbom s FiO<sub>2</sub>, povećanu učinkovitost ventilacije, smanjenje PaCO<sub>2</sub> (Fraser et al., 2016, str. 759), lakšu podnošljivost kod pacijenata te kroz jednostavniju primjenu izvan Jedinice intenzivnog liječenja, jer za njezinu primjenu nije nužno potreban respirator.

Osiguranje kvalitete i sigurnosti pacijenata ključno je u zdravstvenom sustavu, posebno kada su u pitanju invazivne procedure poput ERCP-a. U kontekstu korištenja HFNC-a, upravljanje kvalitetom može uključivati uspostavljanje standardiziranih protokola za primjenu i kontinuirano praćenje ishoda liječenja (Apltekinöglu Mendil et al., 2021, str. 1756). Kvaliteta skrbi ne ovisi samo o tehničkim aspektima, već i o sustavnom pristupu koji osigurava da svi aspekti zdravstvene skrbi budu u skladu s najvišim standardima.

Sigurnost pacijenata predstavlja temeljni princip zdravstvene skrbi i uključuje proaktivno identificiranje potencijalnih rizika i komplikacija, kao što su hipoksemija i hiperkapnija tijekom sedacije. Uvođenje HFNC-a može znatno poboljšati respiratornu podršku, čime se smanjuje rizik od ovih komplikacija. Također, implementacija smjernica koje se temelje na dokazima može pomoći u osiguravanju dosljednosti u pružanju zdravstvene skrbi, što dodatno doprinosi sigurnosti pacijenata (Thomas et al., 2024).

Ključna načela zdravstvene skrbi, uključujući učinkovitost, pristupačnost i kontinuitet skrbi, trebaju se odražavati u primjeni HFNC-a (Al-Thaqafy et al., 2022, str. 214). Učinkovitost se može mjeriti kroz poboljšane kliničke ishode, dok pristupačnost uključuje osiguranje da svi pacijenti, bez obzira na svoje zdravstveno stanje, imaju pristup najnovijim terapijama. Kontinuitet skrbi podrazumijeva praćenje pacijenata tijekom cijelog procesa liječenja, što omogućuje pravovremenu intervenciju ako se pojave problemi. Na taj način, HFNC ne samo da predstavlja tehnološku inovaciju, već i primjer kako se upravljanje kvalitetom i sigurnost pacijenata mogu integrirati u svakodnevnu praksu u zdravstvenom sustavu, osiguravajući bolju skrb i ishode za pacijente podvrgnute holangiopankreatografiji (Petkar et al., 2024).

Upravo zbog toga smo iz nekoliko razloga odlučili analizirati kliničku učinkovitost nosne kanile visokog protoka u usporedbi s konvencionalnom nosnom kanilom kod pacijenata podvrgnutih ERCP-u. Prvo, zbog invazivnosti ERCP-a i potrebe za sedacijom i ventilacijskom podrškom, pravilna oksigenacija i ventilacija ključni su za uspješan ishod i oporavak. Nosne kanile visokog protoka nude potencijalno bolju oksigenaciju i ventilaciju. Drugo, analiza omogućuje istraživanje prednosti i nedostataka te tehnologije, uključujući moguće koristi poput poboljšane oksigenacije i ventilacije te potencijalne nedostatke poput povećanih troškova ili potrebe za dodatnom obukom osoblja. Nadalje, omogućuje procjenu utjecaja različitih čimbenika, poput vrste pacijenata ili složenosti postupka, na proces zdravstvene skrbi, oporavak pacijenata i upotrebu resursa.

Ciljevi istraživanja obuhvaćaju analizu kliničke učinkovitosti nosnih kanila visokog protoka u usporedbi s konvencionalnim nosnim kanilama, s naglaskom na identifikaciju njihovih prednosti i nedostataka. U sklopu upravljanja kvalitetom, važno je koristiti rezultate istraživanja za unapređenje standarda zdravstvene skrbi i povećanje sigurnosti pacijenata.

Također, cilj je razviti protokol za poboljšanje oksigenacije i ventilacije pacijenata podvrgnutih ERCP-u, temeljen na najnovijim znanstvenim dokazima. Ovaj pristup može smanjiti rizik od komplikacija i osigurati dosljednost u praksi. Planira se i proširenje primjene metoda sedacije, uključujući nosne kanile visokog protoka, na ostale

zdravstvene ustanove radi standardizacije prakse i poboljšanja kvalitete skrbi. Time se fokus na kvalitetu i sigurnost pacijenata integrira u svakodnevnu zdravstvenu praksu, što vodi do boljih kliničkih ishoda.

## 2 Metodologija

Studija je provedena kao randomizirano kliničko ispitivanje s ciljem ispitivanja preliminarnu učinkovitosti nosne kanile visokog protoka (HFNC) u usporedbi s konvencionalnom nosnom kanilom (CNC) tijekom endoskopske retrogradne koledokopankreatografije (ERCP). Sudionici su nasumično raspoređeni u dvije skupine kako bi se osigurala objektivnost rezultata i minimizirala pristranost.

Za raspodjelu pacijenata u dvije skupine korišten je jednostavan metodološki pristup. Ispitanici su bili raspoređeni u jednu od dvije skupine (HFNC ili CNC) na temelju redoslijeda u kojem su pristizali na zahvat ERCP-a. Na primjer, prvi pacijent koji je pristupio zahvatu bio je dodijeljen u jednu skupinu, sljedeći u drugu, i tako dalje, kako bi se osigurala ravnoteža u broju sudionika u obje skupine. Ova metoda raspodjele također je omogućila minimiziranje mogućih sistematskih pristranosti.

U istraživanju je sudjelovalo 20 odraslih pacijenata u okviru pilot-studije, koji su metodom kvotnog uzorkovanja nasumično podijeljeni u dvije skupine. Prva skupina koristila je HFNC, dok je druga skupina koristila CNC. Uključeni su pacijenti stariji od 18 godina, s ASA statusom I–III. Pacijenti s ASA statusom IV (teška sistemska bolest koja predstavlja stalnu prijetnju životu), indeksom tjelesne mase (BMI) većim od 35, bolestima nazofarinksa i alergijama na sedative bili su isključeni iz studije.

Uzorak je činio ukupno 20 pacijenata, ravnomjerno raspoređenih u dvije skupine: HFNC (n=10) i CNC (n=10). Prosječna dob ispitanika iznosila je  $71,2 \pm 12,9$  godina, a omjer muškaraca i žena bio je 8:12 u korist žena. Prosječni BMI pacijenata bio je  $27,4 \pm 4,0$  kg/m<sup>2</sup>. Većina ispitanika imala je ASA status II (n=9) ili III (n=10), dok je samo 1 pacijent imao ASA status I. Većina pacijenata (n=18) imala je barem jedan komorbiditet, dok su 2 pacijenta bila bez komorbiditeta. Dijagnosticiranu astmu imalo je 4 pacijenta, a KOPB 3 pacijenta.

Prikupljeni su početni demografski i klinički parametri, uključujući dob, spol, BMI, komorbiditete, početnu saturaciju kisikom (SaO<sub>2</sub>) i vrijednosti arterijskih plinova (paO<sub>2</sub> i paCO<sub>2</sub>). Tijekom postupka bilježeni su prosječna saturacija kisikom, epizode desaturacije (SaO<sub>2</sub> < 90 %), trajanje postupka, protok kisika i ukupna doza sedativa. Na kraju postupka zabilježeni su završni parametri, uključujući arterijske plinove (paO<sub>2</sub>, paCO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>) i intervencije na dišnim putovima, poput primjene orofaringealnog tubusa ili podizanja brade.

Statistička obrada podataka uključivala je Leveneov test za procjenu homogenosti varijanci između skupina te t-test za jednakost srednjih vrijednosti za analizu razlika između HFNC i CNC skupina. Statistički značajna razlika smatrala se pri vrijednosti  $p < 0,05$ .

Na temelju istraživačkog problema oblikovana su istraživačka pitanja i hipoteze:

1. Kako se saturacija kisikom ( $\text{SaO}_2$ ), mjerena oksimetrom, razlikuje između pacijenata koji koriste nosnu kanilu visokog protoka (HFNC) i pacijenata koji koriste konvencionalnu nosnu kanilu (CNC) tijekom ERCP-a?
2. Kako se parcijalni tlak ugljičnog dioksida ( $\text{paCO}_2$ ) razlikuje na kraju postupka kod pacijenata koji koriste nosnu kanilu visokog protoka (HFNC) u usporedbi s pacijentima koji koriste konvencionalnu nosnu kanilu (CNC)?

H1 Saturacija kisikom, mjerena oksimetrom tijekom ERCP-a, viša je kod primjene nosne kanile visokog protoka u usporedbi s konvencionalnom nosnom kanilom.

H2 Kod primjene konvencionalne nosne kanile  $\text{paCO}_2$  parcijalni tlak ugljičnog dioksida ( $\text{paCO}_2$ ) na kraju postupka viši je u usporedbi s primjenom nosne kanile visokog protoka.

### 3 Rezultati

U istraživanju su analizirane dvije grupe pacijenata: jedna koja je koristila "SaO<sub>2</sub> nosnu kanilu visokog protoka" i druga koja je koristila "konvencionalnu nosnu kanilu". Svaka od ovih grupa sastojala se od 10 pacijenata. Statistička obrada hipoteze:

H1: Saturacija kisikom, mjerena oksimetrom tijekom ERCP-a, viša je kod primjene nosne kanile visokog protoka u usporedbi s konvencionalnom nosnom kanilom.

Prema Tablici 1, rezultati pokazuju da je prosječna vrijednost saturacije kisikom značajno viša u grupi pacijenata koji su koristili "SaO<sub>2</sub> nosnu kanilu visokog protoka" (98,28) u usporedbi s pacijentima koji su koristili "konvencionalnu nosnu kanilu" (93,00). Ova razlika u prosječnim vrijednostima sugerira da je primjena nosne kanile visokog protoka povezana s poboljšanom saturacijom kisikom u usporedbi s konvencionalnom nosnom kanilom.

Analiza nezavisnih uzoraka uključivala je Leveneov test za jednakost varijanci kako bi se provjerila homogenost varijanci između grupa. Rezultati Leveneovog testa nisu pokazali statistički značajnu razliku u varijanci između grupa (Levene's Test for Equality of Variances, p-vrijednost > 0.05), što ukazuje na podjednaku varijabilnost između grupa.

T-test za jednakost srednjih vrijednosti (T-Test for Equality of Means) proveden je uz pretpostavku jednakosti varijanci (Equal variances assumed) i bez te pretpostavke (Equal variances not assumed). Rezultati su pokazali statistički značajnu razliku u srednjim vrijednostima saturacije kisika (t-vrijednost, p-vrijednost < 0.05) između dviju grupa pacijenata.

**Tablica 1**

*Testiranje razlika u saturaciji kisikom (SaO<sub>2</sub>) između grupa pacijenata tijekom ERCP-a/Testing the differences in oxygen saturation (SaO<sub>2</sub>) between patient groups during ERCP*

| <i>Grupa/Group</i>  | <i>N</i> | <i>Srednja vrijednost</i> | <i>Standardna devijacija</i> | <i>Standardna pogreška srednje vrijednosti</i> |
|---|----------|---------------------------|------------------------------|--|
| SaO <sub>2</sub> - nosna kanila visokog protoka / high-flow nasal cannula   | 10       | 98,28                     | 3,15                         | 1,00   |
| SaO <sub>2</sub> - konvencionalna nosna kanila / conventional nasal cannula | 10       | 93,00                     | 5,96                         | 1,89   |

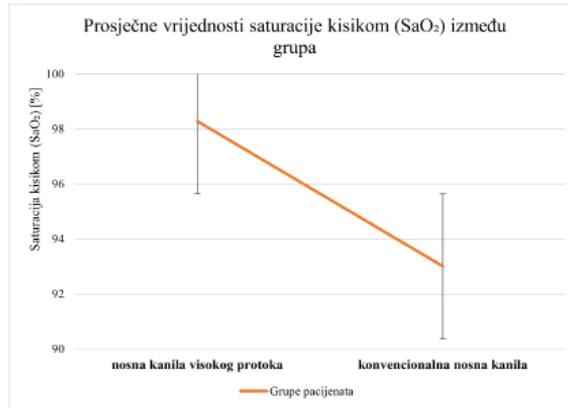
| <i>Test</i>                         | <i>F</i> | <i>Sig.</i> | <i>t</i> | <i>St. slobode (df)</i> | <i>Sig. (2-strani)</i> | <i>Razlika srednjih vrijednosti</i> | <i>Standardna pogreška razlike</i> | <i>95 % CI (donja, gornja granica)</i> |
|-------------------------------------|----------|-------------|----------|-------------------------|------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Pretpostavljena jednaka varijanca   | 3,39     | ,082        | 2,47     | 18,00                   | ,024                   | 5,27                                | 2,13                               | 9,75                                   |
| Nepretpostavljena jednaka varijanca |          |             | 2,47     | 13,66                   | ,027                   | 5,27                                | 2,13                               | 9,86                                   |

Legenda/Legend: N – broj ispitanika / number of patients; Srednja vrijednost / Arithmetic mean; Standardna devijacija / Std. Deviation; Standardna pogreška srednje vrijednosti / S.E. Mean; F – vrijednost Leveneovog testa za jednakost varijanci / Levene's test value for equality of variances; Sig. – statistička značajnost / statistical significance; Razlika srednjih vrijednosti / Mean difference; Standardna pogreška razlike / Std. error of the difference; 95 % interval pouzdanosti razlike između srednjih vrijednosti / 95 % confidence interval of the difference

Srednja razlika u saturaciji kisika između grupa iznosi 5,27, pri čemu je 95 % interval pouzdanosti za razliku u srednjim vrijednostima saturacije kisika između 0,79 i 9,75 kada se pretpostavi jednakost varijanci, odnosno između 0,69 i 9,86 kada se ne pretpostavlja jednakost varijanci (Grafikon 1).

## Grafikon 1

Razlike u saturaciji kisikom ( $SaO_2$ ) između nosne kanile visokog protoka i konvencionalne nosne kanile tijekom ERCP-a/Average oxygen saturation ( $SaO_2$ ) values between groups



H2: Kod primjene konvencionalne nosne kanile  $paCO_2$  parcijalni tlak ugljičnog dioksida ( $paCO_2$ ) na kraju postupka viši je u usporedbi s primjenom nosne kanile visokog protoka.

## Tablica 2

Testiranje razlika u parcijalnom tlaku ugljičnog dioksida ( $paCO_2$ ) između grupa pacijenata/Testing the differences in partial pressure of carbon dioxide ( $paCO_2$ ) between patient groups

| Grupa/Group   | N  | Srednja vrijednost | Standardna devijacija | Standardna pogreška srednje vrijednosti |
|---|----|--------------------|-----------------------|---|
| $paCO_2$ – nosna kanila visokog protoka / high-flow nasal cannula | 10 | 5,36               | 0,70                  | 0,22                                    |
| $paCO_2$ – konvencionalna nosna kanila                            | 10 | 6,34               | 0,62                  | 0,20                                    |

| Test                                | F    | Sig.  | t     | St. slobode (df) | Sig. (2-strani) | Razlika srednjih v. | Stand. pogreška razlike | 95 % CI (donja) | 95 % CI (gor.) |
|-------------------------------------|------|-------|-------|------------------|-----------------|---------------------|-------------------------|-----------------|----------------|
| Pretpostavljena jednaka varijanca   | 0,13 | 0,727 | -3,32 | 18,00            | p<0,01          | -0,98               | ,30                     | -1,60           | -0,36          |
| Nepretpostavljena jednaka varijanca |      |       | -3,32 | 17,70            | p<0,01          | -0,98               | ,30                     | -1,60           | -0,36          |

Legenda/Legend: N – broj ispitanika / number of patients; Srednja vrijednost / Arithmetic mean; Standardna devijacija / Std. Deviation; Standardna pogreška srednje vrijednosti / S.E. Mean; F – vrijednost Leveneovog testa za jednakost varijanci / Levene's test value for equality of variances; Sig. – statistička značajnost / statistical significance; Razlika srednjih vrijednosti / Mean difference; Standardna pogreška razlike / Std. error of the difference; 95 % interval pouzdanosti razlike između srednjih vrijednosti / 95 % confidence interval of the difference

Iz Tablice 2 vidljivo je da je srednja vrijednost parcijalnog tlaka ugljičnog dioksida ( $\text{paCO}_2$ ) na kraju postupka niža u grupi pacijenata koji su koristili “ $\text{paCO}_2$  - nosnu kanilu visokog protoka” (5,36) u usporedbi s pacijentima koji su koristili “ $\text{paCO}_2$  - konvencionalnu nosnu kanilu” (6,34). Ova razlika u srednjim vrijednostima sugerira da je primjena nosne kanile visokog protoka povezana s nižim vrijednostima  $\text{paCO}_2$  na kraju postupka u usporedbi s konvencionalnom nosnom kanilom.

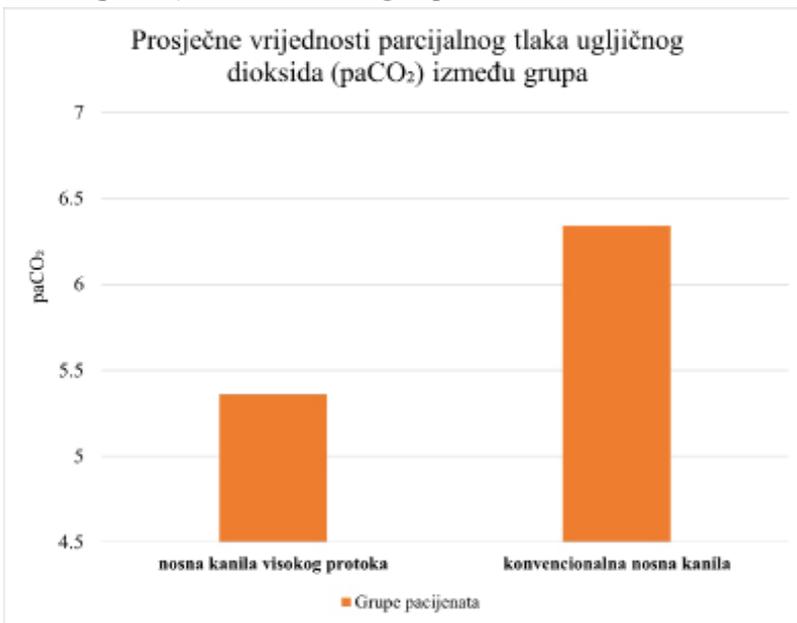
Analiza nezavisnih uzoraka za parcijalni tlak ugljičnog dioksida ( $\text{paCO}_2$ ) na kraju postupka pokazala je sljedeće rezultate:

Leveneov test za jednakost varijanci nije pokazao statistički značajnu razliku u varijanci između grupa ( $p$ -vrijednost  $> 0.05$ ), što ukazuje na homogenost varijanci između grupa. T-test za jednakost srednjih vrijednosti pokazao je statistički značajnu razliku u srednjim vrijednostima  $\text{paCO}_2$  ( $t$ -vrijednost,  $p$ -vrijednost  $< 0.05$ ) između dviju grupa pacijenata.

Srednja razlika u  $\text{paCO}_2$  između grupa iznosi -0,98, a 95 % interval pouzdanosti za razliku u srednjim vrijednostima  $\text{paCO}_2$  je između -1,60 i -0,36 (kada se pretpostavi jednakost varijanci) odnosno između -1,60 i -0,36 (kada se ne pretpostavlja jednakost varijanci) (Grafikon 2).

## Grafikon 2

*Razlike u parcijalnom tlaku ugljičnog dioksida ( $\text{paCO}_2$ ) između nosne kanile visokog protoka i konvencionalne nosne kanile tijekom ERCP-a / Average partial pressure of carbon dioxide ( $\text{paCO}_2$ ) values between groups*



Legenda/Legend: HFNC – Nosna kanila visokog protoka / High-flow nasal cannula; CNC – Konvencionalna nosna kanila / Conventional nasal cannula

## 4 Rasprava

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju značajne prednosti primjene visokoprotočne nosne kanile (HFNC) tijekom endoskopske retrogradne holangiopankreatografije (ERCP), invazivnog i kompleksnog dijagnostičko-terapijskog zahvata. HFNC se u našem istraživanju pokazao superiorniji u održavanju stabilne oksigenacije i smanjenju parcijalnog tlaka ugljičnog dioksida u odnosu na konvencionalnu nosnu kanilu (CNC). Time je omogućena učinkovitija ventilacija, bolja oksigenacija i smanjena učestalost respiratornih komplikacija tijekom zahvata, što izravno doprinosi sigurnosti pacijenata i unaprjeđenju kvalitete zdravstvene skrbi.

Jedan od ključnih nalaza odnosi se na višu razinu stabilnosti oksigenacije i učinkovitiju eliminaciju CO<sub>2</sub> u skupini pacijenata liječenih HFNC-om, pri čemu su razlike bile najizraženije u završnim fazama ERCP-a. Naši rezultati su u skladu s istraživanjem Cha et al. (2021, str. 350) koji su pokazali smanjenu učestalost desaturacije kod pacijenata s HFNC-om tijekom ERCP-a, osobito u populaciji starijih bolesnika i onih s višim dozama sedativa. Slične nalaze izvijestili su i Mohamed et al. (2025, str. 156) u istraživanju provedenom u jedinici intenzivne skrbi, gdje je HFNC značajno smanjio incidenciju hipoksemije u odnosu na konvencionalnu terapiju.

Naši nalazi o povećanoj saturaciji kisikom u skupini HFNC-a dosljedni su i s meta-analizom Carron et al. (2022) koji su u sustavnom pregledu i meta-analizi šest randomiziranih studija potvrdili značajno smanjenje učestalosti desaturacije kod pacijenata koji su primali HFNC tijekom gastroenteroloških endoskopskih zahvata. Slično, u našoj studiji, primjena HFNC-a rezultirala je ne samo boljom oksigenacijom nego i smanjenjem potrebe za intervencijama na dišnim putovima, što dodatno podupire nalaze meta-analize gdje je učestalost primjene spasilačkih intervencija bila niža u skupini HFNC-a.

Smanjenje parcijalnog tlaka CO<sub>2</sub> zabilježeno u našoj skupini pacijenata koji su koristili HFNC također je u skladu s patofiziološkim mehanizmima navedenima u literaturi. Fraser i sur. (2016, str. 759) te Chen et al. (2022, str. 910) naglašavaju da HFNC svojim CPAP-efektom i ispiranjem mrtvog prostora doprinosi boljoj alveolarnoj ventilaciji i eliminaciji CO<sub>2</sub>, što je vidljivo i u našem uzorku. Istraživanje Sawase et al. (2023, str. 156) dodatno potvrđuje ovu povezanost, iako su u njihovom radu razlike u paCO<sub>2</sub> bile manje izražene nego u našem, što može biti rezultat razlika u metodologiji, duljini zahvata ili profilu pacijenata.

Specifičnost našeg uzorka – starija populacija s izraženim komorbiditetima, dominantno ASA II–III statusa, s učestalim respiratornim bolestima poput astme i KOPB-a – čini našu studiju posebno relevantnom. Isti aspekt naglašavaju i Lin et al. (2019, str. 591) u svojoj multicentričnoj studiji, gdje ističu da HFNC ima osobitu korist kod visokorizičnih pacijenata. Naši rezultati u tom smislu nadopunjuju postojeću literaturu, pokazujući da i u okruženju gastroenterološke endoskopije HFNC doprinosi boljoj ventilacijskoj stabilnosti upravo kod najrizičnijih pacijenata.

Nadalje, naši rezultati o smanjenju incidencije desaturacije tijekom ERCP-a su u skladu i s istraživanjem Wang et al. (2025) koji su ispitivali učinak HFNC-a kod pacijenata s pretišću, gdje su također dokazali smanjenje učestalosti hipoksemije i poboljšanje respiratorne stabilnosti. Budući da su i u našem uzorku bili prisutni pacijenti s povišenim BMI-jem, ove spoznaje dodatno podupiru primjenu HFNC-a u endoskopskoj praksi.

Važno je napomenuti da unatoč brojnim prednostima, naši rezultati pokazuju da HFNC nije potpuno eliminirao pojavu respiratornih komplikacija, što su u svojim analizama istaknuli i Carron et al. (2022) te Sawase et al. (2023), naglašavajući da učinkovitost HFNC-a može biti ograničena u određenim kliničkim scenarijima i kod pacijenata s posebnim karakteristikama (npr. izrazito teška respiratorna insuficijencija ili visoka doza sedativa).

S patofiziološkog aspekta, kao što su naveli Fraser et al. (2016, str. 759), Chen et al. (2023, str. 3273) te Mikalsen et al. (2016, str. 93), HFNC djeluje višestruko: smanjuje respiratorni otpor, poboljšava alveolarnu ventilaciju i omogućuje stabilniju oksigenaciju, što smo potvrdili i u našem istraživanju. Grijana i ovlažena opskrba kisikom smanjuje iritaciju i poboljšava udobnost pacijenata, što su također zabilježili Kim et al. (2021, str. 460) te Gamal et al. (2022, str. 485).

U kontekstu sigurnosti i kvalitete skrbi, naši rezultati potvrđuju zaključke Ayuse et al. (2020) te Thiruvankatarajana et al. (2020, str. 444) koji ističu važnost HFNC-a u smanjenju incidencije hiperkapnije i hipoksemije tijekom sedacije kod visokorizičnih bolesnika. Naša studija, iako ograničena veličinom uzorka, pokazuje da HFNC može doprinijeti smanjenju perioperativnih komplikacija i poboljšanju ishoda.

Uvođenje HFNC-a u standardne protokole respiratorne potpore tijekom ERCP-a, uzimajući u obzir njegov dokazani učinak na smanjenje hipoksemije i hiperkapnije, moglo bi značajno unaprijediti sigurnost i kvalitetu pružene skrbi. Iako je potrebna daljnja potvrda na većim uzorcima, rezultati našeg istraživanja doprinose sve većem broju dokaza koji podupiru korištenje HFNC-a u gastroenterološkoj endoskopiji.

## 5 Zaključak

Primjena HFNC-a tijekom ERCP-a donosi značajan napredak u osiguravanju kvalitete skrbi, sigurnosti i zadovoljstva pacijenata. ERCP, kao složen i invazivan postupak, zahtijeva duboku sedaciju koja povećava rizik od respiratornih komplikacija poput hipoksemije i hiperkapnije. Upravljanje tim rizicima ključno je za održavanje visokih standarda kvalitete zdravstvene skrbi.

HFNC tehnologija omogućuje opskrbu zagrijanog i ovlaženog zraka visokog protoka, čime osigurava optimalnu oksigenaciju i učinkovito uklanjanje CO<sub>2</sub>, istovremeno smanjujući nelagodu za pacijenta. Stvaranjem blagog pozitivnog ekspiracijskog tlaka i ispiranjem nosofaringealnog mrtvog prostora, HFNC doprinosi stabilnosti respiratornog sustava, što je ključan element u osiguravanju kvalitete postupka.

Kvaliteta skrbi očituje se kroz prilagodbu terapijskih protokola individualnim potrebama, uzimajući u obzir potencijalne kontraindikacije, poput nazalne opstrukcije ili kroničnih respiratornih bolesti. Integracija HFNC-a u standardnu praksu omogućuje dosljedno smanjenje rizika od komplikacija, unaprjeđuje sigurnost pacijenata te podupire kontinuirani razvoj standardiziranih protokola za invazivne zahvate poput ERCP-a.

Zaključno, primjena HFNC-a predstavlja značajan iskorak u upravljanju kvalitetom skrbi za pacijente tijekom ERCP-a. Njegova uporaba omogućuje bolje kliničke ishode, poboljšava sigurnost i udobnost pacijenata te pridonosi usklađenosti s najvišim standardima zdravstvene skrbi. Ovi rezultati dodatno naglašavaju važnost kontinuiranog ulaganja u tehnologiju i protokole kako bi se osigurala najviša razina kvalitete zdravstvenih usluga.

*Valentina Ješić, Vesna Zupančić, PhD*

## **Quality Management in Healthcare Through the Application of High-Flow Nasal Cannula (HFNC) During ERCP Procedures**

*The delivery of high-quality healthcare, particularly during invasive procedures, critically depends on effective management of respiratory support. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is a complex diagnostic and therapeutic endoscopic procedure, primarily used for evaluating and treating biliary and pancreatic duct diseases. The inherent complexity of ERCP necessitates the use of deep sedation, which is associated with significant respiratory risks, including hypoxemia and hypercapnia. These complications directly impact patient safety and procedural success. Conventional oxygen delivery methods, such as the use of a conventional nasal cannula (CNC), often fail to sufficiently address these respiratory risks, especially in high-risk patient populations. In this context, high-flow nasal cannula (HFNC) has emerged as an innovative respiratory support method designed to deliver heated and humidified oxygen at high flow rates, ensuring better oxygenation and ventilation during sedation. Although multiple studies have reported on the benefits of HFNC in various clinical settings, the majority focus on critical care, neonatal, or perioperative environments.*

*There is a relative scarcity of data concerning its targeted use during ERCP procedures. This pilot randomized controlled trial aimed to specifically assess the clinical effectiveness of HFNC compared to CNC in patients undergoing ERCP, focusing on oxygenation and carbon dioxide elimination. Additionally, the study offers valuable insight into a distinct patient sample characterized by advanced age, a predominance of ASA II and III status, and the presence of multiple comorbidities, making it highly relevant for real-world clinical applications where respiratory risk is elevated. The study included 20 adult patients who were randomly assigned to two groups:*

the HFNC group ( $n = 10$ ) and the CNC group ( $n = 10$ ). All patients were undergoing ERCP under monitored sedation. The primary respiratory parameters measured included oxygen saturation ( $SaO_2$ ) and partial pressure of carbon dioxide ( $paCO_2$ ) before and after the procedure. These specific parameters were selected due to their direct association with peri-procedural respiratory stability.

In addition to the quantitative respiratory data, qualitative variables such as procedural interruptions due to respiratory complications, need for airway maneuvers, and episodes of desaturation ( $SaO_2 < 90\%$ ) were also carefully recorded. Our results showed that patients receiving HFNC achieved statistically significantly higher oxygen saturation levels compared to the CNC group ( $98.28 \pm 3.15$  vs.  $93.00 \pm 5.96$ ,  $t = 2.47$ ,  $p = 0.024$ ). Likewise, the partial pressure of carbon dioxide was significantly lower in the HFNC group ( $5.36 \pm 0.70$  vs.  $6.34 \pm 0.62$ ,  $t = -3.32$ ,  $p < 0.01$ ). These findings confirm that HFNC provides more effective oxygenation and ventilation during ERCP, reducing the risk of hypoxemia and hypercapnia. The significance of these results is further underlined by the fact that the observed differences occurred in a relatively small but highly specific and vulnerable patient population, many of whom had chronic respiratory comorbidities, such as asthma or chronic obstructive pulmonary disease (COPD). An additional qualitative observation was that patients in the HFNC group experienced fewer procedural interruptions related to respiratory instability. Although these results did not reach statistical significance due to the limited sample size, the trend strongly suggests that HFNC may contribute to greater procedural efficiency and patient safety by reducing the need for emergency airway interventions, a finding that aligns with similar reports from studies in intensive care and perioperative contexts.

From a pathophysiological perspective, the advantages of HFNC can be attributed to several mechanisms, which were reflected in our findings. Firstly, HFNC delivers heated and humidified oxygen, which enhances mucociliary clearance, reduces airway resistance, and increases patient comfort by avoiding common side effects associated with cold and dry gas inhalation. Secondly, HFNC is capable of generating a low-level continuous positive airway pressure (CPAP)-like effect, which may have contributed to alveolar recruitment, improving oxygenation even in patients with moderate restrictive or obstructive lung disease, as was the case with several participants in our study. Thirdly, by clearing the nasopharyngeal dead space and improving alveolar ventilation, HFNC effectively lowers the accumulation of  $CO_2$ , which was directly confirmed by the significantly lower  $paCO_2$  levels observed in the HFNC group.

The positive outcomes of this study are particularly relevant when considering the specific characteristics of the sample. The majority of our patients were the elderly (the mean age of 71.2 years) and presented with ASA II–III classification, reflecting moderate to severe systemic disease. Additionally, almost all patients (90%) had at least one comorbidity, and a significant portion (35%) had a history of respiratory conditions, such as asthma or COPD. These characteristics underline the clinical relevance of our findings, as this population is frequently encountered in everyday practice and is particularly vulnerable to respiratory deterioration during ERCP.

*The results of this pilot study align partially with the findings of the existing international studies, although there are also certain distinctions. While previous research has mainly been conducted in intensive care units, operating rooms, or during bronchoscopy, our investigation specifically focused on the ERCP setting, which presents distinct challenges, including prolonged procedure duration and deeper levels of sedation. Studies in other procedural contexts have reported that HFNC reduces hypoxemic episodes, improves patient comfort, and decreases the need for escalation of respiratory support. However, few studies have simultaneously measured both oxygenation and CO<sub>2</sub> clearance as directly as we did, nor have they systematically analyzed their dynamics during ERCP. The congruence between our findings and the international literature strengthens the plausibility of our results, yet some variations were noted, likely due to our targeted and specific sample, small sample size, and the unique characteristics of the ERCP procedure itself.*

*An important limitation of this study, as in other pilot studies, is the sample size (n = 20). While randomization minimized selection bias and ensured homogeneity between the groups regarding age, ASA status, and the presence of comorbidities, the power of statistical tests was inevitably limited. Additionally, the study focused on patients at a single center, all treated according to a specific anesthetic and procedural protocol, which may not fully reflect practice in other institutions. Nevertheless, the study was carefully designed to ensure internal validity, with precise documentation and control of all variables. Moreover, the specificity of our sample – older patients, a high proportion of ASA II–III status, and a substantial number with respiratory comorbidities – limits the generalizability of the results to younger or lower-risk populations.*

*However, it also highlights an important clinical niche: the very group most susceptible to respiratory complications during ERCP may benefit the most from HFNC. Compared to international studies, our patients tended to have a slightly higher average ASA status and more frequent respiratory comorbidities, which could explain the prominent benefits of HFNC observed in our study. In conclusion, this pilot study contributes to the growing body of evidence supporting HFNC as a safe and effective respiratory support modality during ERCP procedures. Its superiority over conventional nasal cannula was demonstrated both in terms of improved oxygenation (higher SaO<sub>2</sub>) and more effective CO<sub>2</sub> elimination (lower paCO<sub>2</sub>) during the procedure. Importantly, these benefits were especially evident in patients with advanced age, higher ASA status, and respiratory comorbidities. These findings, while preliminary due to sample size limitations, provide strong justification for larger, multicenter studies to confirm these observations and to explore the broader applicability of HFNC across diverse patient populations undergoing ERCP or similar interventions.*

*From the perspective of quality management in healthcare, the incorporation of HFNC into standard protocols for ERCP may enhance patient safety, procedural efficiency, and overall clinical outcomes. The results of this study indicate that HFNC not only offers physiological benefits but also contributes to the broader objectives of improving patient-centered care, minimizing procedural risks, and optimizing resource*

utilization. Moving forward, the adoption of HFNC should be considered not only as a technical advancement but also as a strategic tool within the framework of quality assurance and patient safety programs, particularly for high-risk patients undergoing complex endoscopic procedures.

When comparing these results with the findings from other studies, similarities can be observed, although direct comparisons are limited due to differences in study design, sample composition, and clinical settings. For example, while other studies have confirmed the benefits of HFNC in terms of oxygenation during procedures performed under sedation, few have focused explicitly on ERCP or comparable gastroenterological interventions. The trend of improved oxygenation and CO<sub>2</sub> clearance observed in our study is in line with available evidence from intensive care and perioperative medicine, where HFNC has been associated with lower rates of hypoxemia, reduced need for airway interventions, and better gas exchange.

However, our study is one of the few that provides data specific to ERCP and directly quantifies changes in SaO<sub>2</sub> and paCO<sub>2</sub>, highlighting HFNC's potential utility even in the highly specific and challenging setting of gastrointestinal endoscopy with sedation. Despite the consistent trend, our results should be interpreted with caution due to the limitations inherent in a pilot study. The sample size was small ( $n = 20$ ), and the distribution of certain clinical variables (e.g. respiratory comorbidities, BMI) was unevenly balanced between the two groups, although randomization was applied. Moreover, this was a single-center study, performed under controlled conditions with a specific patient profile, which may limit the generalizability of the results to broader populations or to centers with different procedural protocols and sedation practices.

These limitations, however, do not diminish the internal validity of the study, as randomization and consistent monitoring of respiratory parameters (SaO<sub>2</sub> and paCO<sub>2</sub>) were applied throughout the study. HFNC demonstrated several specific advantages during ERCP in this population. Beyond the statistical improvement in oxygenation and CO<sub>2</sub> clearance, patients receiving HFNC showed fewer episodes of clinically significant desaturation (<90% SaO<sub>2</sub>), fewer procedural interruptions due to airway management, and better hemodynamic stability throughout the intervention. Although these observations were not all statistically significant due to the sample size, they represent clinically meaningful trends which should be explored in future studies.

It is particularly noteworthy that the patients who benefited most from HFNC were those with the highest ASA status (III) and those with respiratory comorbidities. In these subgroups, oxygenation was more stable, and CO<sub>2</sub> elimination was more effective compared to patients using CNC. These findings, although derived from a limited sample, are consistent with the proposed mechanisms of HFNC, which include enhanced alveolar recruitment, improved ventilation-perfusion matching, and reduced respiratory effort, all of which are critical in preventing hypoxemia and hypercapnia during procedures requiring sedation. Furthermore, this aligns with the clinical experience that older and comorbid patients are those who most often experience procedural respiratory instability and could thus benefit most from advanced oxygenation strategies such as HFNC.

## LITERATURA

1. Al-Thaqafy, M. S., Alzahrani, S., Alghamdi, A., Alselemi, S., Alshebani, K., Bugis, B. A., Bugis, A., & Al-Shareef, A. S. (2022). The efficiency of high-flow nasal cannula for adult patients with coronavirus disease 19 in Jeddah, Saudi Arabia. *Annals of Thoracic Medicine*, 17(4), 214–219. [https://doi.org/10.4103/atm.atm\\_156\\_22](https://doi.org/10.4103/atm.atm_156_22)
2. Alzanbagi, A. B., Jilani, T. L., Qureshi, L. A., Ibrahim, I. M., Tashkandi, A. M. S., Elshrief, E. E. A., Khan, M. S., Abdelhalim, M. A. H., Zahrani, S. A., Mohamed, W. M. K., Nageeb, A. M., Abbushi, B., & Shariff, M. K. (2022). Randomized trial comparing general anesthesia with anesthesiologist-administered deep sedation for ERCP in average-risk patients. *Gastrointestinal Endoscopy*, 96(6), 983–990.e2. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2022.06.003>
3. Aptekinoğlu Mendil, N., Temel, Ş., Yüksel, R. C., Gündoğan, K., Eser, B., Kaynar, L., & Sungur, M. (2021). The use of high-flow nasal oxygen vs. standard oxygen therapy in hematological malignancy patients with acute respiratory failure in hematology wards. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 51(4), 1756–1763. <https://doi.org/10.3906/sag-2007-228>
4. Ayuse, T., Sawase, H., Ozawa, E., Nagata, K., Komatsu, N., Sanuki, T., Kurata, S., Mishima, G., Hosogaya, N., Nakashima, S., Pinkham, M., Tatkov, S., & Nakao, K. (2020). Study on prevention of hypercapnia by nasal high flow in patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography during intravenous anesthesia. *Medicine*, 99(19), e20036. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020036>
5. Carron, M., Tamburini, E., Safaee Fakhr, B., De Cassai, A., Linassi, F., & Navalesi, P. (2022). High-flow nasal oxygenation during gastrointestinal endoscopy: Systematic review and meta-analysis. *BJA Open*, 4, 100098. <https://doi.org/10.1016/j.bjao.2022.100098>
6. Cha, B., Lee, M.-J., Park, J.-S., Jeong, S., Lee, D. H., & Park, T. G. (2021). Clinical efficacy of high-flow nasal oxygen in patients undergoing ERCP under sedation. *Scientific Reports*, 11(1), 350. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-79798-7>
7. Chainaki, I. G., Manolaraki, M. M., & Paspatis, G. A. (2011). Deep sedation for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 3(2), 34–39. <https://doi.org/10.4253/wjge.v3.i2.34>
8. Chen, D., Heunks, L., Pan, C., Xie, J., Qiu, H., Yang, Y., & Liu, L. (2022). A novel index to predict the failure of high-flow nasal cannula in patients with acute hypoxemic respiratory failure: A pilot study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 206(7), 910–913. <https://doi.org/10.1164/rccm.202203-0561LE>
9. Chen, N., Song, D. D., Qiu, Z. H., Cui, B., & Diao, Y. G. (2023). [Effect of high flow nasal catheter oxygen to prevent hypoxemia in endoscopic retrograde cholangiopancreatography surgery in aged]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 103(41), 3273–3278. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20230414-00612>
10. Cove, M. E., & Pinsky, M. R. (2021). Rethinking alveolar ventilation and CO2 removal. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 203(3), 277–278. <https://doi.org/10.1164/rccm.202008-3306ED>
11. Fraser, J. F., Spooner, A. J., Dunster, K. R., Anstey, C. M., & Corley, A. (2016). Nasal high flow oxygen therapy in patients with COPD reduces respiratory rate and tissue carbon dioxide while increasing tidal and end-expiratory lung volumes: A randomised crossover trial. *Thorax*, 71(8), 759–761. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2015-207962>
12. Frat, J.-P., Quenot, J.-P., Badie, J., Coudroy, R., Guitton, C., Ehrmann, S., Gacouin, A., Merdji, H., Auchabie, J., Daubin, C., Dureau, A.-F., Thibault, L., Sedillot, N., Rigaud, J.-P., Demoule, A., Fatah, A., Terzi, N., Simonin, M., Danjou, W., ... SOHO-COVID Study Group and the REVA Network. (2022). Effect of high-flow nasal cannula oxygen vs standard oxygen therapy on mortality in patients with respiratory failure due to COVID-19: The SOHO-COVID randomized clinical trial. *JAMA*, 328(12), 1212–1222. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.15613>

13. Gamal, M., Kamal, M. A., Abuelazm, M., Yousaf, A., & Abdelazeem, B. (2022). Meta-analysis comparing the efficiency of high-flow nasal cannula versus low-flow nasal cannula in patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 35(4), 485–491. <https://doi.org/10.1080/08998280.2022.2062554>
14. Hong, H., Li, X.-X., Li, J., & Zhang, Z.-Q. (2021). High-flow nasal cannula versus nasal continuous positive airway pressure for respiratory support in preterm infants: A meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(2), 259–266. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1606193>
15. Kim, S. H., Bang, S., Lee, K.-Y., Park, S. W., Park, J. Y., Lee, H. S., Oh, H., & Oh, Y. J. (2021). Comparison of high flow nasal oxygen and conventional nasal cannula during gastrointestinal endoscopic sedation in the prone position: A randomized trial. *Canadian Journal of Anesthesia / Journal Canadien d'anesthésie*, 68(4), 460–466. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01883-2>
16. Lin, Y., Zhang, X., Li, L., Wei, M., Zhao, B., Wang, X., Pan, Z., Tian, J., Yu, W., & Su, D. (2019). High-flow nasal cannula oxygen therapy and hypoxia during gastroscopy with propofol sedation: A randomized multicenter clinical trial. *Gastrointestinal Endoscopy*, 90(4), 591–601. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.06.033>
17. Mikalsen, I. B., Davis, P., & Øymar, K. (2016). High flow nasal cannula in children: A literature review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0278-4>
18. Mohamed, A. M., & Selima, W. Z. (2025). HFNC oxygen therapy vs COT in prolonged upper gastrointestinal endoscopy inside the ICU: A prospective, randomized, controlled clinical study. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 29(3), 223–229. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24919>
19. Nishimura, M. (2015). High-flow nasal cannula oxygen therapy in adults. *Journal of Intensive Care*, 3(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40560-015-0084-5>
20. Pal, P., & Ramchandani, M. (2024). Management of ERCP complications. *Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology*, 69, 101897. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2024.101897>
21. Petkar, S., Wanjari, D., & Priya, V. (2024). A comprehensive review on high-flow nasal cannula oxygen therapy in critical care: Evidence-based insights and future directions. *Cureus*, 16(8), e66264. <https://doi.org/10.7759/cureus.66264>
22. Ramnarayan, P., Richards-Belle, A., Drikite, L., Saull, M., Orzechowska, I., Darnell, R., Sadique, Z., Lester, J., Morris, K. P., Tume, L. N., Davis, P. J., Peters, M. J., Feltbower, R. G., Grieve, R., Thomas, K., Mouncey, P. R., Harrison, D. A., Rowan, K. M., & FIRST-ABC Step-Down RCT Investigators and the Paediatric Critical Care Society Study Group. (2022). Effect of high-flow nasal cannula therapy vs continuous positive airway pressure following extubation on liberation from respiratory support in critically ill children: A randomized clinical trial. *JAMA*, 327(16), 1555–1565. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.3367>
23. Roca, O., Hernández, G., Díaz-Lobato, S., Carratalá, J. M., Gutiérrez, R. M., Masclans, J. R., & Spanish Multidisciplinary Group of High Flow Supportive Therapy in Adults (HiSpaFlow). (2016). Current evidence for the effectiveness of heated and humidified high flow nasal cannula supportive therapy in adult patients with respiratory failure. *Critical Care*, 20(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1263-z>
24. Sawase, H., Ozawa, E., Yano, H., Ichinomiya, T., Yano, R., Miyaaki, H., Komatsu, N., Ayuse, T., Kurata, S., Sato, S., Pinkham, M. I., Tatkov, S., Ashizawa, K., Nagata, K., & Nakao, K. (2023). Respiratory support with nasal high flow without supplemental oxygen in patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography under moderate sedation: A prospective, randomized, single-center clinical trial. *BMC Anesthesiology*, 23(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02125-w>
25. Thomas, T., Khor, Y. H., Buchan, C., & Smallwood, N. (2024). Implementing high-flow nasal oxygen therapy in medical wards: A scoping review to understand hospital protocols and procedures. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 705. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060705>

26. Thiruvenkatarajan, V., Dharmalingam, A., Arenas, G., Wahba, M., Steiner, R., Kadam, V. R., Tran, A., Currie, J., Van Wijk, R., Quail, A., & Ludbrook, G. (2020). High-flow nasal cannula versus standard oxygen therapy assisting sedation during endoscopic retrograde cholangiopancreatography in high risk cases (OTHER): Study protocol of a randomised multicentric trial. *Trials*, 21(1), 444. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04378-z>
27. Wang, L., Zhang, Y., Han, D., Wei, M., Zhang, J., Cheng, X., Zhang, Y., Shi, M., Song, Z., Wang, X., Zhang, X., & Su, D. (2025). Effect of high flow nasal cannula oxygenation on incidence of hypoxia during sedated gastrointestinal endoscopy in patients with obesity: Multicentre randomised controlled trial. *BMJ*, e080795. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080795>

---

*Valentina Ješić, doktorska študentka na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede in zaposlena na Zavodu za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli, Kliniki za anesteziologiju, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb*

*E-naslov: valentina.matic@yahoo.com*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7947-5233>*

*Dr. Vesna Zupančič, docentka na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede in zaposlena na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije in*

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

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4237-7549>*

# Fizioterapevtska obravnava bolečine v križu pri tekačih – pregled literature

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i1.178>

Pregledni znanstveni članek

UDK 615.8:616.711:616.8-009.7

KLJUČNE BESEDE: bolečina, ledveni del hrbtenice, fizioterapevtski postopki, rehabilitacija

**POVZETEK** – Bolečina v križu je pogost problem, ki omejuje tekače pri teku. Fizioterapija, ki temelji na konzervativnem zdravljenju, kratkoročno in dolgoročno pripomore k odpravi težav. Namen prispevka je preučiti vzroke za nastanek bolečine v križu pri tekačih in raziskati učinkovite fizioterapevtske pristope. Uporabili smo pregled strokovne ter znanstvene literature, objavljene v podatkovnih zbirkah Pedro, COBISS, ProQuest in Pubmed. Zadetke smo omejili z vključitvenimi kriteriji: vsebinsko ustrezni članki, objavljeni v celotnem besedilu in v obdobju zadnjih 10 let ter v slovenskem in angleškem jeziku. Izmed 978 zadetkov smo za končno analizo uporabili 15 člankov. Oblikovali smo 47 kod, ki smo jih razdelili v tri vsebinske kategorije. Fizioterapevtska obravnava vključuje kombinacijo različnih terapevtskih vadb (za aktivacijo trupa, raztezanje, ravnotežje, koordinacijo in moč), manualne terapije (sklepnih mobilizacijskih in mehko tkivnih tehnik) in fizikalnih energij (ultrazvok, termo terapija in elektroterapija), ki so najučinkovitejši konzervativni postopki za zmanjšanje bolečine v križu.

Review article

UDC 615.8:616.711:616.8-009.7

KEYWORDS: pain, lumbar spine, physiotherapy treatments, rehabilitation

**ABSTRACT** – Low back pain is a common condition that limits runners' ability to run. Physiotherapy based on conservative treatment helps to eliminate the problem in the short and long term. The aim of article was to investigate the causes of low back pain in runners and to explore effective physiotherapy procedures. We used a review of peer-reviewed and scientific literature published in the Pedro, COBISS, ProQuest and Pubmed databases. We limited the hits by the following inclusion criteria: relevant articles, published in full text over a period of 10 years in English and Slovenian. Out of 978 hits, we used 15 articles for the final analysis. We created 47 codes, which we divided into 3 content categories. Physiotherapy rehabilitation includes a combination of various exercises (trunk activation, stretching, balance, coordination and strength), manual therapy (mobilisation and soft tissue techniques) and instrumental therapy (ultrasound, thermal therapy and electrotherapy), which are the most effective conservative treatments for reducing low back pain.

## 1 Uvod

Hrbtenica je ključni del človeškega telesa, saj skupaj z mišicami in vezmi zagotavlja stabilnost celega telesa. Bolečina v križu (BVK) je najpogostejše obolenje hrbtenice, ki prizadene približno 80 % ljudi (Chiarotto in Koes, 2022). Kadar govorimo o BVK, se ta nanaša na ledveni del hrbtenice. Razdelimo jo na tri različne vire bolečine: aksialno, radikularno in referenčno. Aksialna se pojavi v vretenčnem ali lumbosakralnem predelu, medtem ko se radikularna bolečina kaže kot bolečina v nogi. Lahko se pojavi tudi v področju, ki je oddaljeno od njenega izvora (Urits idr., 2019). BVK lahko

razvrstimo tudi na specifično ali nespecifično. Vzrokov za specifično bolečino v križu je več, in sicer: boleznimi kolkov, medeničnih organov, sistemske motnje. Najpogostejši vzroki za nespecifično BVK so hernija diska, artroza fasetnega sklepa in spinalna stenoza. Nespecifična BVK je tista bolečina, ki se razvije zaradi interakcije bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov in predstavlja približno 80–90 % vseh primerov (Chiarotto in Koes, 2022).

Tek, ki je ena izmed priljubljenih športnih aktivnosti, je povezan s cikličnimi gibi spodnjih okončin, kjer so biomehanični dejavniki ključni za učinkovito gibanje (Puleo in Milroy, 2018). Pri tekačih BVK predstavlja pomemben izziv (Maselli idr., 2020). Pri kronični BVK, ki traja več kot tri mesece, so lahko prizadete mišice jedra trupa, kar negativno učinkuje na stabilnost in gibanje telesa (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2023).

Za preprečevanje in konzervativno zdravljenje BVK so ključni močni stabilizatorji trupa, vključno z globokimi in površinskimi mišicami trupa, ki omogočajo mišično moč in motorično kontrolo (Hlaing idr., 2021). Fizioterapevtska obravnava BVK vključuje tako aktivne kot pasivne fizioterapevtske pristope, koncepte, metode in tehnike, med katerimi so se kot učinkovite izkazale različne oblike fizikalne energije (termoterapija, elektroterapija idr.) in kinezioterapija, ki lajšajo bolečine in izboljšajo telesne funkcije (Gerard idr., 2015; Kolar in Kambič, 2018). Manualna terapija, vključno z mobilizacijo mehkih tkiv in tehnikami PNF (Proprioceptivna Nevromuskularna Facilitacija), je prav tako učinkovita pri zmanjševanju BVK pri športnikih (Senbursa idr., 2021). Čeprav je dostopnih veliko različnih fizioterapevtskih pristopov k zdravljenju BVK, med učinkovitejšimi metodami za obvladovanje te težave veljata termoterapija in spinalna manipulacija (Cai idr., 2017).

Namen in cilj raziskave je predstaviti najpogostejše dejavnike, ki vplivajo na pojav BVK, in najučinkovitejše fizioterapevtske pristope pri tekačih. S pregledom literature smo odgovorili na naslednji raziskovalni vprašanja: kaj je najpogostejši vzrok za nastanek BVK pri tekačih in kakšni so najučinkovitejši pristopi v fizioterapiji pri BVK.

## 2 Metodologija

Naredili smo pregled znanstvene literature, izdane med letoma 2013 in 2023. Pregledali smo naslednje podatkovne zbirke: Pedro, COBISS, ProQuest in Pubmed. Literaturo smo iskali v podatkovnih zbirkah z vključitvenimi kriteriji: vsebinska ustreznost, v celoti dostopno besedilo v slovenskem in angleškem jeziku. Pri iskanju smo uporabili kombinacije ključnih besed: »bolečine v križu« IN »tekači«, »fizioterapevtska obravnava« IN »rehabilitacija bolečine v križu«, »lower back pain« AND »runners«, »physiotherapy treatment AND rehabilitation of LBP«, »physiotherapy treatment« AND »rehabilitation of LBP AND »runners«. Za povezovanje oz. kombiniranje ključnih besed smo uporabili Boolov operator »IN« oziroma »AND«.

Izmed 978 pridobljenih raziskav je bilo izbranih 15, ki so ustrezale vključitvenim kriterijem. Kakovost pridobljenih virov smo s pomočjo hierarhije dokazov razvrstili v osem nivojev (Polit in Beck, 2021). Nivo 1 vsebuje dva sistematična pregleda dokazov, nivo 2 vsebuje osem dokazov kliničnih vzročnih randomiziranih raziskav, nivo 4 zajema dva dokaza prospektivnih kohortnih raziskav, nivo 5 zajema dva dokaza neseksperimentalno/opazovalnih raziskav, nivo 6 ima en dokaz sistematičnega pregleda/metasintez kvalitativne raziskave.

Rezultate smo prikazali tako shematsko z diagramom PRISMA (Page idr., 2021) na sliki 1. Pregledni prikaz je predstavljen s tabelo 3, v kateri so zajete glavne ugotovitve avtorjev, načrt raziskave, vzorec in namen raziskave.

Izvedli smo kvalitativno analizo, ki temelji na izboru dostopne in vsebinsko ustrezne znanstvene literature (Kordeš in Smrdu, 2015). V pregled smo vključili raziskave, ki obravnavajo ustrezno vsebino glede na namen in izbrano temo. V procesu odprtega kodiranja smo izbrani vsebini dodali 47 kod podobnega pomena, ki smo jih kategorizirali v tri kategorije.

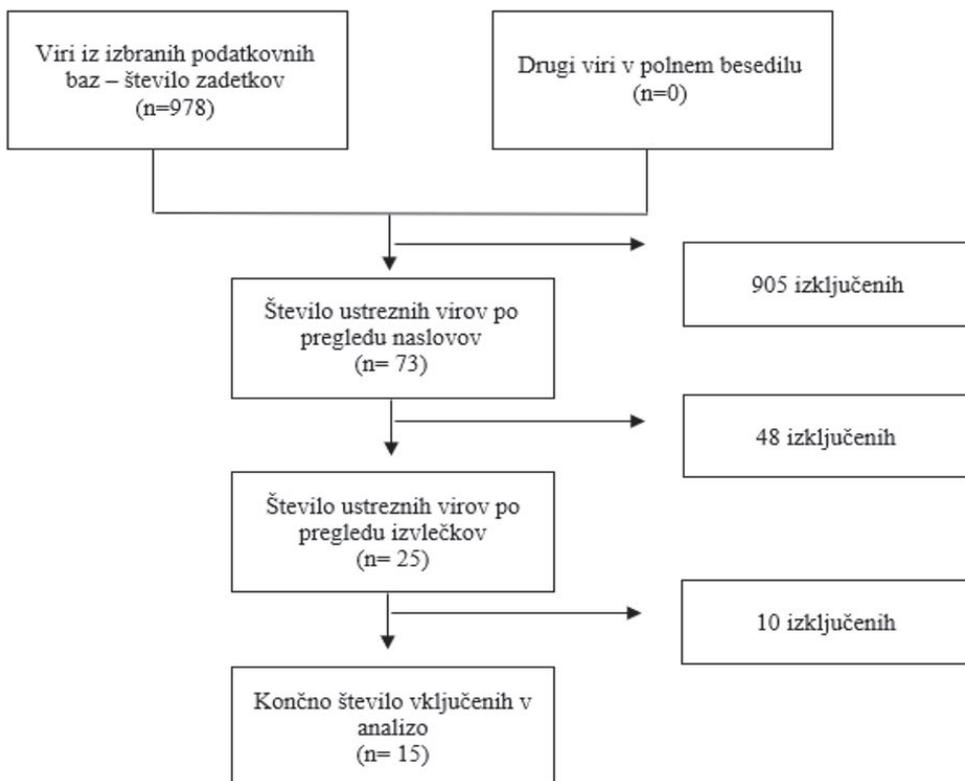
### **3 Rezultati**

V nadaljevanju so rezultati predstavljeni shematsko in vsebinsko.

Shematsko je potek pridobivanja končnega števila virov prikazan z diagramom PRISMA (slika 1).

**Slika 1**

*Prizma diagram postopka izbire raziskav za končno analizo/Prisma diagram of the research selection process for the final analysis*



The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, 178–189.

V tabeli 1 so prikazana ključna spoznanja in glavne značilnosti pregledane literature. Prikazani so po avtorjih in letu objave, raziskovalnem načrtu, vzorcu (velikost in država) ter ključnih spoznanjih.

**Tabela 1***Prikaz ključnih spoznanj avtorjev/Tabular presentation of the authors' key findings*

| <i>Avtor in leto objave</i> | <i>Raziskovalni načrt</i>             | <i>Vzorec (velikost in država)</i>  | <i>Ključna spoznanja</i>  |
|-----------------------------|---------------------------------------|---|---|
| Benca idr., 2020            | Retrospektivna raziskava s kontrolami | 196 poškodovanih tekačev, starost od 18 do 69 let, Avstrija.  | <p>Med seboj so primerjali antropometrične podatke, podatke o usposabljanju tekačev, pregled obutve, anatomske nepravilnosti in poškodbe glede na spol.</p> <p>Ugotovitve:</p> <p>Najpogostejši vzrok BVK: Anatomske nepravilnosti, neprimerna obutev.</p> <p>Poškodbe, ki se razlikujejo glede na spol.</p> <p>Neenakomerna dolžina nog pogosto povzroča nagib medenice, varus kolen in skoliozo, kar je pogosto.</p> <p>Večji ITM poveča tveganje za nastanek poškodbe v spodnjem delu hrbta.</p> <p>Predhodne poškodbe prispevajo k ponovnim poškodbam in BVK.</p> <p>Raztezanje in ogrevanje po teku nista imela posebne povezave s poškodbami.</p>   |
| Burke idr., 2023            | Prospektivna longitudinalna študija   | 258 rekreativnih tekačev, starejših od 18 let, ki so v 6 mesecih pretekli najmanj 10 km na teden. Ocenjevanje je trajalo 12 mesecev. Irska. | <p>12-mesečno spremljanje možnih poškodb.</p> <p>Vsak drugi tekač je utrpel poškodbo v ocenjevalnem obdobju (ahilova tendinopatija, BVK, nateg meč).</p> <p>Skupina tekačev je bila na izhodiščnem testiranju ocenjena glede na pretekle poškodbe, obliko treninga, udarni pospešek in kinematiko teka.</p> <p>Izkazalo se je, da obstaja več dejavnikov, ki bi lahko povzročili poškodbo, kot so:</p> <p>predhodna poškodba, pogosta menjava obutve (na manj kot tri mesece), nepravilna biomehanika teka (vzorec udarca brez zadnjega dela stopal, valgus kolen ob prvem in zadnjem stiku s podlago, notranja ali zunanja rotacija kolena pri upogibu kolena in padec prsnega koša na kontralateralno stran).</p> |

|                   |                                 |  |   |
|-------------------|---------------------------------|--|---|
| Cai idr., 2015    | Randomizirana kontrolna študija | <p>36 rekreativnih tekačev v 2 skupinah:</p> <p>1) 18 rekreativnih tekačev brez BVK (9 moških in 9 žensk), povprečna starost 24,6 leta.</p> <p>2) 18 rekreativnih tekačev z BVK (9 moških in 9 žensk), povprečna starost 27,8 leta. Singapur.</p>  | <p>Primerjali so utrujenost mišic iztegovalk ledvenega dela, aktivacijo ledvenih mišic in moč spodnjih udov med tekači s kronično BVK.</p> <p>Pri aktivaciji iztegovalk ledvenega dela ni bilo razlik med skupinama.</p> <p>Pri aktivaciji ledvenih mišic imajo moški z BVK spremenjeno debelino m. multifid, drugih razlik med skupinami ni bilo.</p> <p>Pri tekačih z BVK je navor iztegovalk za 12,2 % manjši v primerjavi z zdravo skupino.</p> <p>Gibalno skeletno neravnovesje in ponavljajoča se hiperekstenzija ledvenega dela hrbtenice sta eden izmed razlogov za nastanek BVK.</p>   |
| Fischer idr. 2021 | Sistematični pregled            | 3 randomizirane raziskave, Anglija.  | <p>Primerjava vadbe z visoko obremenitvijo (mrtvi dvigi) in vadbe z nizko obremenitvijo (vaje za motorični nadzor in edukacija).</p> <p>Obe vadbi sta pokazali izboljšanje, rezultati se med seboj niso razlikovali, razen pri funkcionalni oceni pacienta, kjer je vadba z nizkim bremenom pokazala boljše rezultate. Obe vadbi sta povzročili izboljšanje in s tem zmanjšanje intenzivnosti bolečine.</p> <p>Pri vadbi z dvigovanjem uteži so imeli večjo korist udeleženci z manj poškodbami, manjšo intenzivnostjo bolečine in večjo uspešnostjo pri Biering-Sorensenovem testu na začetku. Program treninga obremenitve z utežmi, ki je vključeval mrtve dvige, pomembno izboljša oz. zmanjša bolečine, poškodbe in kakovost življenja pri ljudeh z BVK.</p> |
| George idr., 2021 | Meta analiza                    | <p>4 kategorije:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vadba (vaje za koordinacijo, krepitev mišic, vzdržljivost in aerobne vaje),</li> <li>- ročne in druge usmerjene terapije,</li> <li>- sistem razvrščanja (na podlagi zdravljenja),</li> <li>- edukacija pacientov.</li> </ul> <p>Združene države Amerike.</p> | <p>Zbrane smernice iz klinične prakse, povezane s fizioterapevtsko obravnavo BVK.</p> <p>FT za lajšanje BVK uporablja različne aktivacijske/stabilizacijske vadb; vaje za stabilizatorje trupa in hrbtenice, specifične vadb; za aktivacijo mišic trupa, aerobno vadbo, vadbo v vodi in splošne vadb;.</p> <p>FT uporablja različne manualne oz. mobilizacijske tehnike. Priporočljive so: mobilizacija mehkega tkiva, mobilizacija živčevja, sklepna mobilizacija, trakcija, dry needling, kot neinvazivne metode so bile priporočene: manualna terapija, masaže, trakcija ledvene hrbtenice in manipulacijske tehnike, kot invazivne metode pa dry needling. Pristop do pacienta mora biti individualen.</p>  |

|                           |                                    |   |  |
|---------------------------|------------------------------------|---|--|
| Kim idr., 2018            | Randomizirana raziskava            | <p>77 sodelujočih z BVK.</p> <p>Razdeljeni v 2 skupini:</p> <p>1) Skupina s konvencionalno vadbo za stabilizacijo mišic trupa (stabilizacijske vaje in vaje za moč leže, na hrbtu in v štirinožnem položaju).</p> <p>2) Skupina s sling vadbo (vajami v zanki z elastičnimi trakovi na viseči napravi z zibajočo se vrvmjo).</p> <p>Južna Koreja.</p> | <p>6-mesečno spremljanje udeležencev; program je vključeval enake vadbe za stabilizacijo trupa, trajal dvakrat tedensko 12 tednov po 40 minut na obravnavo.</p> <p>Primerjava terapevtskih učinkov vadbe sling in konvencionalne stabilizacijske vadbe.</p> <p>Po treh mesecih se je večje izboljšanje pokazalo v skupini vaj z zanko z elastičnimi trakovi kot v skupini s konvencionalno vadbo pri stabilizaciji mišic trupa.</p> <p>V obdobju šestih mesecev pri nobeni skupini ni bilo opaženih neželenih učinkov oz. povečanje bolečine.</p>  |
| Malliaropoulos idr., 2015 | Kontrolna retrospektivna raziskava | <p>40 ultra tekačev (4 ženske in 36 moških), povprečna starost 38,4 leta, Grčija.</p>   | <p>Uporabili so epidemiološki vprašalnik, ki je vključeval osnovne demografske značilnosti, življenjske navade, rutino vadbe.</p> <p>90 % tekačev je prijavilo vsaj eno poškodbo pri teku.</p> <p>Najpogostejše poškodbe so bile bolečine v spodnjem delu hrbta, preobremenitvene poškodbe, poškodba iliotibialnega trakta in ahilove tetive.</p> <p>Za BVK so pogosto vzrok skrajšana stegenska mišica, zlasti med tekom v klanec in pri tekačih, ki tečejo več kot šest let.</p> <p>Tek po gorskih poteh povzroča manj poškodb kot tek po asfaltu ali sintetičnem materialu.</p>   |
| Murtezani idr., 2015      | Randomizirana kontrolna študija    | <p>271 sodelujočih, dve skupini:</p> <p>1) McKenzie terapija (ponavljajoči se gibi kot samomobilizacija, ki se izvajajo v določenih smereh), 134.</p> <p>2) Fizikalna terapija (UZ, IF, termo terapija), 137.</p> <p>Starost od 18 do 65 let, Kosovo.</p>   | <p>3-mesečno spremljanje v obdobju zdravljenja, 4 tedne v ambulantni.</p> <p>Primerjava McKenzie terapije in fizikalne terapije.</p> <p>Z metodo McKenzie se je izvajalo 11 vaj, petkrat na dan, štiri tedne.</p> <p>Pri fizikalni terapiji so prejemali interferenčni tok, UZ in termoterapijo v obdobju štirih tednov.</p> <p>Pri McKenzie terapiji je bilo vidno izboljšanje gibljivosti, zmanjšanje bolečin ter povečanje mišične moči, kar je bilo v nasprotju z fizikalno terapijo, ki je delovala protibolečinsko le kratkotrajno.</p> <p>Rezultati McKenzie terapij so pokazali večjo gibljivost in prožnost hrbtenice ter dolgotrajno zmanjšanje bolečine kot pri fizikalni terapiji.</p> |

|                   |                                  |   |  |
|-------------------|----------------------------------|---|--|
| Raabe idr., 2018  | Randomizirana kontrolna študija  | 8 sodelujočih v raziskavi: 6 žensk in 2 moška, med 18 in 55 let, Združene države Amerike.   | <p>Tri mesece trajajoča raziskava s kinematičnim vodenjem teka po stezi. Udeleženci so neprekinjeno tekli po 27-metrski stezi v tempu (<math>2,80 \pm 0,21</math> m/s), vsak je imel prilagojeno stimulacijo v OpenSim programu. Obravnavali so biomehanske posledice teka s šibkostjo globokih mišic jedra (multifidus, quadratus lumborum, psoas in globoki erector spinae), pri čemer so se osredotočili na stabilnost, obremenitev hrbtenice in tveganje za poškodbe z uporabo mišično-skeletnega modeliranja.</p> <p>Kompenzatorni odzivi, povezani z oslabitvijo globokih mišic jedra, povzročijo večjo obremenitev na ledveno hrbtenico.</p> <p>Največje kompenzacije so bile vidne pri globoki mišici m. Erector Spinae (ES), sledile so ji mm. Multifidi (MF), m. Psoas major (PS) in m. Quadratus Lumborum (QL).</p> <p>Utujenost ledvenih iztegovalk poveča fleksijo trupa in bočni upogib hrbtenice. To povzroči kompresijsko obremenitev fasetnih sklepov in medvretenčnih ploščic.</p> |
| Rajfur idr., 2017 | Randomizirana klinična raziskava | <p>124 pacientov v 6 primerjalnih skupinah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) TENS + interferenca in vadba,</li> <li>2) akupunkturni TENS in vadba,</li> <li>3) visokonapetostna električna stimulacija in vadba,</li> <li>4) stimulacija z interferenčnim tokom in vadba,</li> <li>5) diadinamski tok in vadba,</li> <li>6) kontrolna skupina; vadba.</li> </ol> <p>Starejši od 40 let, Brazilija.</p> | <p>Primerjanje skupin z različnimi električnimi terapijami in terapevtskimi vadbami.</p> <p>Vadba je potekala 45 minut, petkrat tedensko, tri tedne.</p> <p>Pri vseh pacientih so fizikalno terapijo uporabili na ledvenem predelu v posteriorni aksilarni liniji.</p> <p>V prvi in drugi skupini so elektroterapijo izvajali 60 minut, v tretji skupini 50 minut, v četrti 20 minut in v peti skupini 9 minut.</p> <p>Največji učinek zmanjšanja bolečine in povečanja gibljivosti je statistično videno pri četrti skupini, ki se je s stimulacijo interferenčnega toka zdravila veliko učinkoviteje od ostalih skupin. Med prvo, drugo in tretjo skupino ni bilo opaženih statično značilnih razlik. Najmanjši učinek je bil viden v peti skupini, kjer so uporabili diadinamski tok, in šesti kontrolni skupini, kjer so bili izvajani različni vadbene programi.</p>  |

|                         |   |   |  |
|-------------------------|---|---|--|
| <p>Şahin idr., 2017</p> | <p>Randomizirana kontrolna raziskava</p>  | <p>104 udeležencev, 66 žensk in 38 moških, 2 skupini:<br/>1) Raziskovalna skupina; fizikalna terapija (TENS, UZ in termo terapija) in vadba (aktivne izotonične in izometrične vaje za krepitev trebušnih mišic globokih trebušnih in hrbtnih mišic in raztezne vaje za spodnje okončine).<br/>2) Kontrolna skupina; vadba; od 34 do 62 let, Turčija.</p> | <p>12-mesečno izvajanje raziskave. Raziskati učinkovitost fizikalne terapije pri pacientih z BVK. Fizikalno terapijo so imeli desetkrat, pet dni na teden. Uporaba TENS-terapije 30 minut, UZ-terapije 5 minut in termo terapije 20 minut. Vadbeni program je potekal tri mesece, pet dni v tednu po dve vadbi nad 10 ponovitev. Metoda fizikalne terapije, kombinirane z vadbo, je pokazala bistveno izboljšanje in dolgotrajno zmanjšanje bolečin kot kontrolna skupina, kjer so uporabili zdravljenje samo z vadbo.</p>   |
| <p>Suh idr., 2019</p>   | <p>Prospektivna randomizirana študija</p> | <p>48 udeležencev s kronično BVK; 4 skupine:<br/>1. skupina z vajami za prožnost (FE),<br/>2. skupina hoja (WE), 3. skupina individualne vaje (SE),<br/>4. skupina z vajami za stabilizacijo in hojo (SWE); starejši od 20 let, Koreja.</p>   | <p>12-mesečno spremljanje udeležencev. Vsi udeleženci so bili poučeni o pravilni drži, aktivaciji trebušne mišice (rectus abdominis, transverzus abdominis, obliquus int., ext. abdominis, quadratus lumborum).<br/>Vadba je potekala od 30 do 60 minut, petkrat tedensko, šest tednov. Skupina FE je izvajala raztezne vaje 30 minut. Skupina WE je izvajala hitro hojo 30 minut. Skupina SE je bila sestavljena iz dveh delov; 5 minut so izvajali raztezne vaje in 25 minut individualne vaje za stabilizatorje ledvenega dela. Skupina SWE je izvajala individualne vaje za stabilizatorje ledvenega dela 30 minut in 30 minut hojo. V vseh štirih skupinah je bilo znatno zmanjšanje BVK. SE in WE sta najbolj učinkoviti vadbi za paciente z BVK, poleg zmanjšanja bolečin krepi vzdržljivost in mišično moč. Vaje je priporočljivo izvajati leže na hrbtu, leže na boku in v predklonu.</p> |

|                                      |  |  |   |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <p>Verbrugge idr., 2019</p>          | <p>Randomizirana raziskava</p>         | <p>38 udeležencev, 2 skupini:<br/>                     1) visoko intenzivni trening – HIT (vadba za srčno-žilni in dihalni sistem, vaje z uporomo in aktivacijo mišic jedra),<br/>                     2) zmerno intenzivni trening – MIT (vadba za srčno-žilni in dihalni sistem z neprekinjeno obremenitvijo, vadba z lastno težo in vadba z aktivacijo jedra).</p> <p>Povprečna starost 44,1 leta, Belgija.</p>   | <p>12-tedenski program, dvakrat na teden po 1,5 ure.<br/>                     VO2max (maksimalni volumen kisika –merilo aerobne vzdržljivosti) se je pri skupini HIT povečal za 4,9 ml/kg-min in 1,8 ml/kg-min pri skupini MIT.<br/>                     Trening z visoko intenzivnostjo se je izkazal za učinkovitejšega zaradi izboljšanja O2max.<br/>                     Moč trebušnih mišic se ni izboljšala v nobeni skupini.<br/>                     Moč hrbtnih mišic se je izboljšala v skupini HIT.<br/>                     Vrednosti na NPRS (Numeric Pain Rating Scale) in PSFS (Patient-Specific Functioning Scale) so bile pri obeh skupinah višje, zato je prišlo do podobnega izboljšanja.</p>  |
| <p>Zaworski in Latosiewicz, 2021</p> | <p>Randomizirana kontrolna študija</p> | <p>200 udeležencev, razdeljeni v 4 skupine:<br/>                     1) manualna terapija (pasivna mobilizacija L4-5 in L5-S1 v obliki trakcije in mobilizacije v smeri rotacije in lateralne fleksije ter mobilizacija mehkih tkiv (funkcionalna masaža in tehnike raztezanja kože));<br/>                     2) terapija PNF (gibi medenice in rame v vse smeri);<br/>                     3) z manualno terapijo in terapijo PNF;<br/>                     4) konvencionalna kinezioterapija (vadbe z aktivacijo trebušnih, hrbtnih in glutealnih mišic).</p> <p>Starost od 27 do 55 let, Poljska.</p> | <p>14-dnevno zdravljenje udeležencev, po 14 dneh je sledil klinični vprašalnik o bolečini.<br/>                     Kinezioterapevtske vaje so potekale v nizu 20 ponovitev, vsak dan, 14 dni.<br/>                     V vseh skupinah je bilo vidno izboljšanje, in sicer:<br/>                     Največje zmanjšanje bolečin po lestvici VAS je bilo pri kombinaciji manualne in terapije PNF, sledi ji terapija s tehniko PNF in enak rezultat sta pokazali manualna terapija in konvencionalna vadba.<br/>                     Boljši rezultati so se pokazali tudi pri meritvi funkcionalnosti s funkcijsko lestvico bolečine v hrbtu (Back Pain Functional Scale – PTS), kjer je bila statistično značilna razlika pred/po, in sicer najbolj v skupini 3, sledi 2. skupina in nato 1. skupina ter 4. skupina.<br/>                     Merjenje Oswestry Disability Index (ODI), kjer je bila statistično značilna razlika pred/po, rezultati pa si sledijo: največje izboljšanje je bilo v 2. skupini, nato ji sledita 3. in 4. skupina ter 1. skupina.<br/>                     Pri Laitinenovem vprašalniku (LQ) pa ni bilo ne statistično pomembnih razlik in ne razlik med skupinami.</p> |

|                  |                            |   |   |
|------------------|----------------------------|---|---|
| Wilke idr., 2019 | Spletna presečna raziskava | Anketiranih 720 rekreativnih tekačev, starost od 18 do 68 let, Nemčija. | 159 tekačev od 720 je poročalo o bolečini v kolenu in spodnjem delu hrbta.<br>Večina meni, da bi raztezanje in pravilna obutev učinkovala za preprečevanje poškodb.<br>Manj kot tretjina udeležencev meni, da so raztezne vaje, kineziotaping, masaže in uporaba ortotičnih pripomočkov pomagali pri zmanjšanju BVK.<br>Slaba pripravljenost tekačev, nizka raven telesne dejavnosti in pomanjkanje znanja o delovanju telesa med tekom sta vzrok za poškodbe in BVK. |
|------------------|----------------------------|---|---|

Legenda: BVK – bolečine v križu, ITM – indeks telesne mase, MF – multifidus, ES – erector spinae, PS – Psoas major, QL – quadratus lumborum, IF – interferenčni točki, TENS – transkutane električne živčne stimulacije, SE – individualne vaje, FE – raztezne vaje, WE – stabilizacijske vaje s hojo, NPRS – Numeric Pain Rating Scale in PSFS – Patient-Specific Functioning Scale, HIT – vadba z visoko intenzivnostjo, MIT – vadba z nizko intenzivnostjo, ODI – Oswestry Disability Index.

Po zapisanih najpomembnejših ugotovitvah avtorjev (Tabela 1) izbranih raziskav smo ugotovitve v procesu odprtega kodiranja razporedili v tri vsebinske kategorije: (1) najpogostejši vzrok za BVK pri tekačih, (2) najučinkovitejši kinezioterapevtski vadbeni programi in manualne tehnike za rehabilitacijo BVK pri tekačih in (3) najučinkovitejši postopki fizikalnih dejavnikov rehabilitacije pri BVK. Pri tem smo za beležili 47 kod podobnega pomena, ki smo jih glede na njihove skupne značilnosti razporedili v zgoraj omenjene kategorije (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Razporeditev kod po kategorijah/Arrangement of codes by category*

| Kategorija                             | Kode  | Avtorji   |
|--|---|---|
| Najpogostejši vzrok za BVK pri tekačih | anatomske nepravilnosti – neprimerna obutev – pretekle poškodbe – nepravilna biomehanika – intenzivnost treningov – neenakomerna dolžina nog – povišan ITM – nagib medenice – varus kolena – skolioza – šibkost mm. Multifidus – skrajšana rectus femoris in sartorius – hiperekstenzija ledvenega dela hrbtenice – šibkost globokih mišic jadra – kompenzacije – šibkost ledvenih iztegovalk | Benca idr., 2020<br>Burke idr., 2023<br>Cai idr., 2015<br>Malliaropoulos idr., 2015<br>Raabe idr., 2017<br>Wilke idr., 2019 |
|  | Število kod = 15  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Najučinkovitejši kinezioterapevtski vadbeni programi in manualne tehnike za rehabilitacijo BVK pri tekačih | pravilno dihanje – stabilizacijske vadbe – koordinacijske vaje – izotonične vaje – izometrične vaje – raztezne vaje – vaje za prožnost – vaje za moč – vadbe v vodi – vaje za zmanjšanje asimetrij – vaje za motoriko – PNF – mobilizacija mehkega tkiva – mobilizacija živčevja – sklepna mobilizacija – trakcija – vaje za pravilno tehniko teka – suho iglanje – masaže – McKenzie terapije – kineziotaping – ortotični pripomočki – sling – mrtvi dvig | Fischer idr., 2021<br>George idr., 2021<br>Kim idr., 2018<br>Murtezani idr., 2015<br>Raabe idr., 2017<br>Šahin idr., 2017<br>Suh idr., 2019<br>Verbrugge idr., 2019<br>Zaworski in Latosiwicz, 2021<br>Wilke idr., 2019 |
|  | Število kod = 25   |   |
| Najučinkovitejši postopki fizikalnih dejavnikov rehabilitacije pri BVK                                     | TENS – akupunkturi TENS – diadnamski tokovi – ultrazvok – termo terapija – visokonapetostna električna stimulacija – stimulacija z interferenčnim tokom  | Murtezani idr., 2015<br>Rajfur idr., 2017<br>Šahin idr., 2017   |
|  | Število kod = 7  |   |

## 4 Razprava

Na podlagi pregleda literature smo opredelili vzroke za BVK med tekači ter najučinkovitejše fizioterapevtske postopke za zmanjšanje bolečine. Kot odgovor na prvo raziskovalno vprašanje »Kateri so najpogostejši vzroki za BVK pri tekačih?« smo na osnovi pregledane literature naslednjih avtorjev Cai idr. (2015), Malliaropoulos idr. (2015), Raabe idr. (2017), Wilke idr. (2019), Benca idr. (2020) in Burke idr. (2023) ugotovili, da obstaja več vzrokov za BVK pri tekačih. Najpogosteje so navajali naslednje vzroke: pretekle poškodbe, težave zaradi preobremenitev mišic ledvenega dela kot posledica preintenzivnih treningov, nestabilnost trupa, šibkost in asimetrija mišic, nepravilna drža in biomehanika teka, anatomske nepravilnosti, neprimerna obutev, neenakomerna dolžina nog, povišan ITM, nagib medenice, varus kolen, skolioza, hiperekstenzija ledvenega dela hrbtenice.

Malliaropoulos idr. (2015) so ugotovili, da je najpogostejši dejavnik za BVK skrajšana stegenska mišica (rectus femoris in sartorius), zlasti med tekom v klanec. Šibkost iztegovalk kolena povzroči togost kolenskega sklepa in vodi k zmanjšanemu blaženju udarcev. Ugotovili so, da imajo tekači z omenjeno poškodbo večjo notranjo rotacijo in upogib kolena (Burke idr., 2023). Benca idr. (2019) in Burke idr. (2023) menijo, da je velik vzrok za BVK neenakomerna dolžina spodnjih udov, ki povzroči spremenjen nagib medenice, varusni položaj kolen in skoliozo. Te kompenzacijske spremembe povečajo neenakomerno aktivnost ledvenih mišic. Cai idr. (2015) s sodelavci je ugotovil, da so za tekače s kronično BVK značilni slabša vzdržljivost velike zadnjične mišice, zmanjšana gibljivost kolenskih in kolčnih upogibalk in togost iztegovalk kolena. Premik omenjenih stanj vodi k spreminjanju in gibanju celotnega telesa, kar je najpogostejši vzrok za nastanek BVK. Skolioza je eden izmed kompenzatornih primerov prilagoditve telesa (Benca idr., 2019).

Pri poškodovanih tekačih je bil opažen večji nagib prsnega koša v kontralateralno stran, v primerjavi z nepoškodovanimi, kar vpliva na čezmerno enostransko obremenitev medenice in spodnjih udov. Vzorec teka, pri katerem je teža usmerjena na pete, povzroča večjo obremenitev ahilove tetive in patelarnih flektornih mišic (Burke idr., 2023).

Poškodbe, povezane s tekom, so posledica čezmerne preobremenitve zaradi neravnovesja med kinetiko, kinematiko in biomehaniko obremenitve teka (Benca et al., 2019). Tehnike teka, kot so vzorec udarcev brez dotika zadnjega dela stopala, manjši valgusni položaj kolen, večja rotacija kolena in večji nagib prsnega koša na kontralateralni strani, se nanašajo na prospektivne poškodbe, povezane s tekom (Burke idr., 2023). Mišično-skeletno neravnovesje je najpogostejši razlog za poškodbo spodnjega dela hrbtenice (Cai idr., 2015). Benca idr. (2019) so v raziskavi ugotovili, da so poškodbe, povezane s spodnjim delom hrbta, med drugimi pogosto tudi dejavnik neprimerne ITM (visokega ali nizkega), kar poveča tveganje za pojav BVK.

Z odgovori na drugo raziskovalno vprašanje »Kateri so najučinkovitejši kinezioterapevtski vadbeni programi in manualne tehnike za rehabilitacijo BVK pri tekačih?« smo na podlagi pregleda literature rehabilitacijo BVK razdelili na dva sklopa. Prvi sklop opisuje, kateri so najučinkovitejši kinezioterapevtski vadbeni programi in manualne tehnike za rehabilitacijo BVK pri tekačih, in drugi sklop opisuje uporabo učinkovitih fizikalnih dejavnikov, ki se v razpravi prepletajo med seboj. Vključili smo raziskave Murtezani idr. (2015), Raabe idr. (2017), Şahin idr. (2017), Kim idr. (2018), Suh idr. (2019), Verbrugge idr. (2019), Wilke idr. (2019), Fischer idr. (2021), George idr. (2021) ter Zaworski in Latosiewicz (2021). Po ugotovitvah avtorjev ugotavljamo, da se za uspešno rehabilitacijo pri BVK lahko uporabi veliko različnih fizioterapevtskih postopkov in pristopov, poleg tega sta zelo pomembna interdisciplinarni pristop in celostna obravnava. Uporabili in primerjali so naslednje kinezioterapevtske pristope: vaje za stabilizatorje trupa, aerobno vadbo, visoko intenzivno vadbo in vadbo z mrtvimi dvigi, vaje za motorično kontrolo in nadzor, dihalne vaje in vaje v dihanju, koordinacijske vaje, izotonične vaje in izometrične vaje, raztezne vaje, vaje za prožnost, vaje za pravilno tehniko teka, vaje za moč, vadbe v vodi, vaje za zmanjšanje asimetrij. Ugotovili smo, da so vse vadbe, ki se osredotočijo na aktivacijo centra/jedra/trupa, motoričnega nadzora in krepitev mišic, učinkovite. V raziskavi Wilke idr. (2019) pa se raztezanje ni izkazalo kot učinkovito. Kim idr. (2018), Suh idr. (2019) in George idr. (2021) menijo, da so vaje, ki temeljijo na stabilizaciji in aktivaciji trupa, najbolj učinkovite pri obravnavi BVK. Kim idr. (2018), Suh idr. (2019) in Fischer idr. (2021) menijo, da vključevanje vadbe za motorično kontrolo in nadzor hitreje prispeva k boljši koordinaciji in kontroli trupa ter zmanjšanju bolečin v križu.

Suh idr. (2019) je s sodelavci izvedel študijo, s katero so primerjali individualno stopnjevanje vadbe za stabilizacijo ledvene hrbtenice in trening hoje. Čeprav sta obe vadbi primerni za zmanjševanje BVK, so bile stabilizacijske vaje z aktivacijo trebušnih mišic učinkovitejše. Do enakih ugotovitev so prišli tudi Kim idr. (2018), ki v raziskavi med seboj primerjajo klasično vadbo za stabilizatorje trupa in vadbo za stabilizacijo trupa z uporabo elastičnih trakov. George idr. (2021) utemelji, da so najučinkovitejše vadbe tiste, ki se osredotočijo na stabilizatorje trupa in hrbtenice,

specifične vadbe za aktivacijo mišic trupa, nato sledijo aerobna vadba, vadba v vodi in splošne vadbe. S tem se strinja tudi Suh idr. (2019). Za zmanjšanje BVK so bile predlagane tudi vadbe za motorični nadzor v kombinaciji z vajami za krepitev jedra, ledvenih upogibalk in vaje za hojo. Enako menijo tudi Kim idr. (2018), ki so raziskali, da je vadbo za stabilizacijo ledvenega dela dobro kombinirati z vadbo za motorični nadzor. Tudi Fischer idr. (2021) potrjujejo, da vaje, temelječe na povečanju mišične moči in funkcije, vplivajo na zmanjšanje bolečin, vendar so manj učinkovite kot vaje za motorični nadzor z majhno obremenitvijo. Prav tako Suh idr. (2019) potrjujejo ugotovitev, da so vaje za motorični nadzor globokih trebušnih mišic pokazale odličen odziv na zmanjšanje bolečin, saj obnavljajo motorično kontrolo nad nadzorom trupa in koordinacijo. V nasprotju je Rajfur idr. (2017) napisal, da vaje za motorični nadzor niso bile tako učinkovite kot uporaba fizikalnih dejavnikov.

Avtorji Murtezani idr. (2015), Verbrugge idr. (2019) in Fischer idr. (2021) menijo, da so vadbe, ki temeljijo na krepitvi mišične moči, ključnega pomena pri rehabilitaciji z BVK. Verbrugge idr. (2019) so raziskovali učinkovitost visoko intenzivne vadbe in nizko intenzivne vadbe. Intenzivna vadba je pokazala večje napredovanje pri dihanju z izboljšanjem O<sub>2</sub>max ter moč obhrbteničnih mišic. Prav tako je Murtezani idr. (2015) ugotovil, da je McKenzie metoda učinkovit pristop za izboljšanje mišične moči trebušnih in hrbtnih mišic. Pristop je kratkotrajno zmanjšal bolečine, povečal moč in izboljšal gibljivost hrbtnice. Fischer idr. (2021) meni, da lahko kinezioterapevtski programi vadbe, ki vključujejo mrtve dvige, ki temeljijo na povečanju mišične moči, izboljšajo funkcijo in zmanjšajo bolečino, vendar niso bolj učinkovite, kot so vaje za motorični nadzor z majhno obremenitvijo.

V kombinaciji s kinezioterapevtskimi vadbami se izpostavlja uporaba različnih manualnih metod in tehnik, ki jih opisujejo George idr. (2021), Murtezani idr. (2015) ter Zaworski in Latosiewicz (2021). Našteti avtorji omenjajo naslednje: celotni pristop PNF s pripadajočimi tehnikami, mobilizacija mehkega tkiva, mobilizacija živčevja, sklepna mobilizacija, trakcija, suho iglanje, različne oblike masaž, McKenzie pristop in kineziotaping. Nekatere od navedenih rehabilitacijskih metod niso bile tako učinkovite, kot so pričakovali.

Murtezani idr. (2015) je v študiji preučeval učinkovitost McKenzie pristopa v kombinaciji s fizikalno terapijo (UZ, IF in termoterapija). McKenzie pristop, pri katerem so izvajali ponavljajoče se gibe oz. vaje (kot samomobilizacija) v določenih smereh, se je izkazal kot učinkovitejši. Pristop je kratkotrajno zmanjšal BVK, povečal moč in večjo gibljivost hrbtnice z razliko od fizikalne terapije, ki je delovala le na kratkoročno zmanjšanje BVK. Prav tako sta Zaworski in Latosiewicz (2021) primerjala izvajanje s tehniko PNF, pri kateri so izvajali gibalne vzorce ramen in medenice (postero elevacija in antero depresija) z manualno terapijo in s konvencionalno kinezioterapijo. Ugotovila sta, da je v vseh štirih skupinah prišlo do izboljšanja. Največje zmanjšanje bolečin po VAS lestvici ter izboljšanje obsega gibanja je bilo doseženo v skupini s kombinacijo manualne in terapije PNF, sledi ji terapija s pristopom PNF, enak rezultat sta pokazali tudi skupini z manualno terapijo in konvencionalno vadbo. Ti učinki pa so kratkotrajni.

Murtezani idr. (2015), George idr. (2021) ter Zaworski in Latosiewicz (2021) so kot najučinkovitejšo metodo navedli različne manualne tehnike, navedene zgoraj. Vsi so prišli do zaključka, da je treba manualno terapijo kombinirati z različnimi vadbami za stabilizacijo trupa in krepitev mišic.

Na podlagi pregledane literature smo ugotovili, da je BVK pogost dejavnik tveganja po vsem svetu in pri vseh športnikih, ne le pri tekačih. Glede na učinkovitost rehabilitacije pa smo ugotovili, da so najučinkovitejši pristopi obravnave BVK kombinirana uporaba fizikalnih dejavnikov, kinezioterapije in manualnih metod in tehnik, ki temeljijo na aktivaciji jedra.

## 5 Zaključek

BVK je najpogostejše obolenje hrbtenice, ki prizadene tako neaktivne posameznike kot tudi profesionalne in rekreativne športnike. Razlogi za BVK so raznoliki in vključujejo notranje (anatomske in funkcionalne dejavnike, zgodovino poškodb) ter zunanje dejavnike (intenzivnost treninga, tehnične napake pri teku, nepravilno obutev). Ključna je preventiva, ki vključuje krepitev stabilizatorjev trupa in pravilno tehniko teka. Fizioterapevtski pristopi zahtevajo celosten pristop z ustreznim ocenjevalno-diagnostičnim pristopom (drže, analizo biomehanike teka in podobno), z izbiro ustreznega fizioterapevtskega pristopa in z dokazi podprto prakso na področju BVK. Terapija vključuje fizikalno terapijo, vadbo za stabilizacijo trupa, tehnike PNF in aerobno vadbo, pri čemer se upoštevajo individualne potrebe tekača. Cilj je zmanjšanje bolečine, izboljšanje funkcionalnega stanja in postopno vračanje na tekaške proge s preventivnimi ukrepi za preprečevanje ponovnih bolečin.

*Ema Hegler, Monika Zadnikar, PhD*

### **Physiotherapy Treatment of Low Back Pain in Runners – A Literature Review**

*The spine is the main support for the trunk. Together with the associated muscles and ligaments, it is the most important segment for the stability of the entire body. Low back pain is the most common disease among all spinal conditions, occurring in as many as 80% of cases (Chiarotto & Koes, 2022). Low back pain (LBP) is one of the most common types of pain in humans, occurring in all age groups. Between 20 and 40% of the population suffers from LBP at least once in their lives. Up to 35% of adults experience this symptom every year. It has increased by more than 15% in 10 years (Ruffilli et al., 2023). It is divided into three different types according to the source of pain: axial, radicular and referred (Urits et al., 2019), or also into specific and non-specific. There are several causes of specific LBP, namely: diseases of the hips, pelvic organs, systemic disorders. The most common causes of pain are herniated*

discs, facet joint osteoarthritis, and spinal stenosis. Nonspecific low back pain is pain that develops due to the interaction of biological, psychological, and social factors. It accounts for approximately 80-90% of all cases (Chiarotto & Koes, 2022).

Running is a cyclical movement with successive movements of the lower limbs. It depends on the biomechanical factors and their interrelationships. The dynamics of speed change in different phases of running. The beginning of a running stride is when the foot first contacts the ground and ends when the same foot touches the ground again. It is defined as the alternation of the stance phase and the swing phase (Puleo & Milroy, 2018). Running is roughly divided into three different disciplines: sprinting or short-distance running (100 m, 200 m and 400 m), middle-distance running (from 800 m to 1500 m) and long-distance and marathon runners who run longer distances (over 3000 m) (Edouard & Alonso, 2013). LBP in runners is associated with changes in the movement of the lower limbs and trunk during flat and uneven running, in which the rotation of the trunk is reduced. Runners with chronic LBP have more difficulty coordinating the pelvis and chest, as the pelvis and chest are less mobile (Müller et al., 2015).

LBP can be treated surgically or conservatively. Effective methods for relieving LBP are nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Exercise and proper exercise are also very useful. Massage, manual techniques, and nerve mobilization help to relieve and relax muscles, which also reduces pain. Surgical treatment is also possible (Jenko & Hlebeš, 2019). Physiotherapy rehabilitation is divided into passive physical therapy and active physical therapy. Passive physical therapy includes all physical procedures that affect tissue healing. They aim to stimulate the body's physiological reaction to physical stimuli, which can be stimulated with the following procedures: electrotherapy, magnetotherapy (MG), hydrotherapy, cryotherapy, thermotherapy, traction, light therapy, and others (Kolar & Kambič, 2018). Physical agents, including heat, electric current, or magnetic fields, can increase blood flow to injured tissue, which helps deliver nutrients and oxygen to the tissue and remove waste products, which promotes the healing process (Gerard et al., 2015). Active physical rehabilitation is also called kinesiotherapy, which is used primarily in conservative treatment (Kolar & Kambič, 2018). Kinesiotherapy uses different types of exercises: exercises to strengthen and stabilize the abdominal and back muscles, exercises to strengthen the core, stretching exercises for the back muscles, buttocks, and thighs, exercises to strengthen the pelvic floor muscles, exercises performed in water and with a gymnastic ball, and exercises to improve posture. It is important that the exercises are performed correctly (Cai et al., 2017). Manual therapy procedures that reduce LBP include: soft tissue manipulation and mobilization, myofascial release, multifidus mobilization, proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF), pelvic distraction with retroflexion, trunk rotation, McKenzie method, transverse piriformis massage, and kinesiotaping technique (Senbursa et al., 2021). Mobilization involves slow passive movements through normal range of motion (ROM), while spinal manipulation involves high velocity and impulse movements with thrusts, typically performed on synovial joints (Namnaqani et al., 2019).

The purpose of the literature review was to investigate the most common factors affecting LBP in runners and the most effective rehabilitation. Based on this, we set the following objectives and research questions: (1) What is the most common cause of LBP in runners? and (2) What are the most effective rehabilitation procedures for LBP? We searched the literature in databases with the inclusion criteria: relevant articles published in full text (research and review articles) between 2013 and 2023 and freely available. We reviewed the following databases: Pedro, COBISS, ProQuest and Pubmed, using the following keywords: low back pain AND runners, physiotherapy treatment AND rehabilitation of low back pain. In foreign databases, we will use the following phrases: lower back pain AND runners, physiotherapy treatment AND rehabilitation of LBP, physiotherapy treatment AND rehabilitation of LBP AND runners. To connect or combine keywords, we used the Boolean operator "IN" or "AND". When analysing the results, we took into account the inclusion criteria and presented them in a table and a diagram. The qualitative analysis (Kordeš & Smrdu, 2015) was based on the selection of accessibility and content relevance of the scientific literature. The first reading was intended for reading titles and abstracts, the second reading included marking parts of the text that are thematically related and correspond to the objectives and research questions. In the open coding process, we added 47 codes of similar meaning to the selected content, which we categorized into three categories.

Based on the literature reviewed, we wanted to identify the causes of LBP among runners and the most effective physiotherapy procedures to reduce pain. For the first research question, "What are the most common causes of LBP in runners?", we based our findings on the literature reviewed by Cai et al. (2015), Malliaropoulos et al. (2015), Raabe et al. (2017), Wilke et al. (2019), Benca et al. (2020), and Burke et al. (2023), and found that there are multiple causes of LBP in runners. The most commonly cited are past injuries, overtraining, trunk instability, muscle weakness, asymmetry, incorrect running posture and biomechanics, anatomical abnormalities, inappropriate footwear, unequal leg length, elevated ITM, pelvic tilt, knee varus, scoliosis, lumbar spine hyperextension. The second research question, "What are the most effective rehabilitation procedures for LBP?", based on the literature reviewed, divided rehabilitation into two strands. The first section describes the most effective exercise programmes and manual techniques for the rehabilitation of LBP in runners. We have included the research by Murtezani et al. (2015), Raabe et al. (2017), Şahin et al. (2017), Kim et al. (2018), Suh et al. (2019), Verbrugghe et al. (2019), Wilke et al. (2019), Fischer et al. (2021), George et al. (2021), and Zaworski and Latosiewicz (2021). We conclude that a wide variety of physiotherapeutic modalities can be used for successful exercise rehabilitation of LBP, and that an interdisciplinary approach and holistic treatment are very important. The following physiotherapeutic exercises and training modalities were used and compared: trunk stabilisers, aerobic exercise, high-intensity exercise and deadlifts, motor exercises, correct breathing, coordination exercises, isotonic and isometric exercises, stretching exercises, flexibility exercises, exercises for correct running technique, strength exercises, aquatic exercises, exercises to reduce asymmetries. We have concluded that all exercises that focus on center/core/group activation, motor control and muscle strengthening are effective.

*Stretching did not show the best effect (Wilke et al., 2019). Kim et al. (2018), Suh et al. (2019) and George et al. (2021) suggest that exercises based on stabilisation and activation of the trunk are the most important for eliminating LBP. Kim et al. (2018), Suh et al. (2019) and Fischer et al. (2021) describe that the integration of motor exercises contributes more quickly to better coordination and control of the trunk and to pain reduction. Authors Murtezani et al. (2015), Verbrugghe et al. (2019) and Fischer et al. (2021) are of the opinion that exercises based on muscle strength building are crucial in LBP rehabilitation.*

*In combination with the exercises, different manual methods are importantly mentioned and described by George et al. (2021), Murtezani et al. (2015), and Zaworski and Latosiewicz (2021). These are PNF techniques, soft tissue mobilisation, nerve mobilisation, joint mobilisation, traction, dry needling, massage, McKenzie therapy and kinesiотaping. Some of these rehabilitation methods were not as effective as expected. Murtezani et al. (2015), George et al. (2021), and Zaworski and Latosiewicz (2021) cited the various manual techniques mentioned above as the most effective method. They all concluded that manual therapy should be combined with various exercises to stabilise the trunk and strengthen the muscles.*

*In the second part of the second research question, the physical agents of physiotherapy procedures were compared with each other based on the literature reviewed. Studies by Murtezani et al. (2015), Rajfur et al. (2017) and Şahin et al. (2017) mention that physical agents also help to eliminate LBP. The use of interferential current (IF) stimulation, TENS, acupuncture TENS, high voltage electrical stimulation, dyadic current, ultrasound and thermotherapy contribute to the greatest pain reducing effects. The use of electrical stimulation with IF, which penetrates deep tissues and eliminates LBP in the long term, is therefore more effective than TENS. Diadynamic currents were used as the therapy that had the least effect.*

*Based on the literature reviewed, we concluded that LBP is a common risk factor worldwide, and in all athletes, not only in runners. With regard to the effectiveness of rehabilitation, we found that the most effective methods of treating LBP are the use of physical therapy and manual techniques with exercises based on core activation.*

*LBP is the most common spinal disorder, affecting inactive individuals as well as professional and recreational athletes. The causes of LBP are diverse and include both internal (anatomical and functional factors, history of injury) and external factors (training intensity, technical errors in running, incorrect footwear). Prevention is key, including strengthening of the trunk stabilisers and correct running technique. Physiotherapy rehabilitation requires a holistic approach with assessment of posture, running biomechanics and other factors. Therapy includes physical therapy, trunk stabilisation exercises, PNF techniques and aerobic exercise, taking into account the individual needs of the runner. The aim is to reduce pain, improve functional status and gradually return to running, with preventive measures to prevent recurrence of pain.*

## LITERATURA

1. Benca, E., Listabarth, S., Flock, F. K. J., Pablik, E., Fischer, C., Walzer, S. M., Dorotka, R., Windhager, R. in Ziai, P. (2020). Analysis of running-related injuries: The Vienna Study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2), 438–455. <https://doi.org/10.3390/jcm9020438>
2. Burke, A., Dillon, S., O'Connor, S., Whyte, E. F., Gore, S. in Moran, K. A. (2023). Aetiological factors of running-related injuries: "A 12 month prospective running injury Surveillance Center" (RISC) study. *Sports Medicine – Open*, 9(46), 46–62. <https://doi.org/10.1186/s40798-023-00589-1>
3. Cai, C. in Kong, P. W. (2015). Low back and lower-limb muscle performance in male and female recreational runners with chronic low back pain. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 45(6), 436–443. <https://doi.org/10.2519/jospt.2015.5460>
4. Cai, C., Yang, Y. in Kong, P. W. (2017). Comparison of lower limb and back exercises for runners with chronic low back pain. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 49(12), 2374–2384. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001396>
5. Chiarotto, A. in Koes, B. W. (2022). Nonspecific low back pain. *New England Journal of Medicine*, 386(18), 173Fischer, S. C., Calley, D. Q. in Hollman, J. H. (2021). Effect of an exercise program that includes deadlifts on low back pain. *Journal of Sport Rehabilitation*, 30(4), 672–675. <https://doi.org/10.1123/jsr.2020-0324>
6. Gerard, A. M., Yan, N. in Stark, J. (2015). Mechanisms and efficacy of heat and cold therapies for musculoskeletal injury. *Postgraduate Medicine*, 127(1), 57–65. <https://doi.org/10.1080/00325481.2015.992719>
7. George, S. Z., Fritz, J. M., Silfies, S. P., Schneider, M. J., Beneciuk, J. M., Lentz, T. A., Gilliam, J. R., Hendren, S. in Norman, K. S. (2021). Interventions for the management of acute and chronic low back pain: Revision 2021. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 51(11), 1–85. <https://doi.org/10.2519/jospt.2021.0304>
8. Hlaing, S. S., Puntumetakul, R., Khine, E. E. in Boucaut, R. (2021). Effects of core stabilization exercise and strengthening exercise on proprioception, balance, muscle thickness and pain-related outcomes in patients with subacute nonspecific low back pain: A randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04858-6>
9. Kim, Y. W., Kim, N. Y., Chang, W. H. in Lee, S. C. (2018). Comparison of the therapeutic effects of a sling exercise and a traditional stabilizing exercise for clinical lumbar spinal instability. *Journal of Sport Rehabilitation*, 27(1), 47–54. <https://doi.org/10.1123/jsr.2016-0083>
10. Kolar, J. in Kambič, T. (2018). Bolečine v ledvenem delu hrbtenice pri športnikih: Od etiologije do zdravljenja. *Šport: Revija za Teoretična in Praktična Vprašanja Športa*, 66(3/4), 73–78.
11. Kordeš, U. in Smrdu, M., 2015. Osnove kvalitativnega raziskovanja. Založba Univerze na Primorskem, pp. 51–60.
12. Malliaropoulos, N., Mertzyri, D. in Tsaklis, P. (2015). Prevalence of injury in ultra trail running. *Human Movement*, 16(2), 55–59. <https://doi.org/10.1515/humo-2015-0026>
13. Maselli, F., Storari, L., Barbari, V., Colombi, A., Turolla, A., Gianola, S. in Testa, M. (2020). Prevalence and incidence of low back pain among runners: A systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03357-4>
14. Murtezani, A., Govori, V., Meka, V. S., Ibraimi, Z., Rrecaj, S. in Gashi, S. (2015). A comparison of McKenzie therapy with electrophysical agents for the treatment of work-related low back pain: A randomized controlled trial. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 28(2), 247–253. <https://doi.org/10.3233/BMR-140511>
15. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2023). Pain: Hope through research. National Institutes of Health. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/pain>
16. Page, M. J., McKenzie, J. M., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. in Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, 178–189. <https://doi.org/10.31222/osf.io/v7gm2>

17. Polit, D. in Beck, C. (2021). Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
18. Puleo, J. in Milroy, P. (2018). The running in motion. V *Running anatomy* (str. 1–11). Human Kinetics. <https://doi.org/10.5040/9781718225497>
19. Raabe, M. E. in Chaudhari, A. M. W. (2018). Biomechanical consequences of running with deep core muscle weakness. *Journal of Biomechanics*, 67, 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2017.11.037>
20. Rajfur, J., Pasternok, M., Rajfur, K., Walewicz, K., Fras, B., Bolach, B., Dymarek, R., Rosinczuk, J., Halski, T. in Taradaj, J. (2017). Efficacy of selected electrical therapies on chronic low back pain: A comparative clinical pilot study. *Medical Science Monitor*, 23, 85–100. <https://doi.org/10.12659/MSM.899461>
21. Şahin, N., Karahan, A. Y. in Albayrak, İ. (2017). Effectiveness of physical therapy and exercise on pain and functional status in patients with chronic low back pain: A randomized-controlled trial. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 64(1), 52–58. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2018.1238>
22. Senbursa, G., Pekyavas, N. O. in Baltaci, G. (2021). Comparison of physiotherapy approaches in low back pain: A randomized controlled trial. *Korean Journal of Family Medicine*, 42(2), 96–106. <https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0025>
23. Suh, J. H., Kim, H., Jung, G. P., Ko, J. Y. in Ryu, J. S. (2019). The effect of lumbar stabilization and walking exercises on chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Medicine*, 98(26), e16173. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016173>
24. Verbrugge, J., Agten, A., Stevens, S., Hansen, D., Demoulin, C., O Eijnde, B., Vandenabeele, F. in Timmermans, A. (2019). Exercise intensity matters in chronic nonspecific low back pain rehabilitation. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 51(12), 2434–2442. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002078>
25. Zaworski, K. in Latosiewicz, R. (2021). The effectiveness of manual therapy and proprioceptive neuromuscular facilitation compared to kinesiotherapy: A four-arm randomized controlled trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(2), 280–287. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.21.06344-9>
26. Wilke, J., Vogel, O. in Vogt, L. (2019). Why are you running and does it hurt? Pain, motivations and beliefs about injury prevention among participants of a large-scale public running event. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3766–3775. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193766>

# Menedžment kot ključni dejavnik kakovostnih storitev v zdravstvu

DOI <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i1.179>

Pregledni znanstveni članek

UDK 005:614.2:005.336.3+374

**KLJUČNE BESEDE:** menedžment, vodenje, kakovostna obravnava, izobraževanje

**POVZETEK** – V zadnjih desetletjih so zdravstveni sistemi po vsem svetu doživeli pomembne spremembe, ki jih pogojujejo dejavniki, kot so globalizacija, staranje prebivalstva, fluktuacija kadra, podnebne spremembe ter spreminjajoče se vrednote in pričakovanja družbe do zdravja. Namen raziskave je bil s pregledom znanstvene literature preučiti povezavo med menedžmentom in kakovostjo obravnave pacientov v mednarodnem okolju. Za pridobitev relevantnih podatkov smo izvedli temeljit pregled literature z naslednjimi vključitvenimi kriteriji: časovna omejitev na zadnjih pet let, prost dostop do celotnih besedil in vsebinska ustreznost glede na raziskovalni cilj. Po selekciji in analizi virov je bilo v končno analizo vključenih 18 znanstvenih člankov. Rezultati vsebinske analize potrjujejo ključno vlogo menedžmenta pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene obravnave na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Ugotovitve poudarjajo pomen strateškega razvoja vseh zdravstvenih poklicev in nujnost aktivne podpore menedžmenta v javnih zdravstvenih zavodih. Okrepljena vloga menedžmenta lahko pomembno prispeva k izboljšanju kakovosti obravnave pacientov, povečanju zadovoljstva zaposlenih ter k višji ravni zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev. Na podlagi ugotovitev priporočamo okrepljeno vlaganje v razvoj vodstvenih kompetenc zaposlenih v javnem zdravstvenem sektorju.

Review article

UDC 005:614.2:005.336.3+374

**KEYWORDS:** management, leadership, quality treatment, education

**ABSTRACT** – In recent decades, healthcare systems around the world have experienced significant changes, driven by factors such as globalisation, ageing populations, staff turnover, climate change, and changing societal values and expectations of health. The aim of the research was to examine the link between management and the quality of patient care in an international environment through a systematic review of the scientific literature. To obtain relevant data, we conducted a thorough literature review with the following inclusion criteria: time limit of the last five years, free access to full texts and content relevance to the research objective. After the selection and analysis of sources, 18 scientific articles were included in the final analysis. The results of the content analysis confirm the key role of management in ensuring quality healthcare at all levels of healthcare. The findings highlight the importance of strategic development of all healthcare professions and the necessity of active support from management in public healthcare institutions. A strengthened role of management can significantly contribute to improving the quality of patient care, increasing employee satisfaction and a higher level of satisfaction among healthcare users. Based on the findings, we recommend increased investment in the development of management competencies of employees in the public healthcare sector.

## 1 Uvod

Zdravstveno varstvo je kompleksen in obsežen družbeni sistem, v katerem sodelujejo strokovnjaki različnih poklicev na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti – primarni, sekundarni in terciarni. Osrednji cilj tega sistema je zagotavljanje blaginje pacienta ter kakovostne in dostopne zdravstvene oskrbe (Desta idr., 2020, str. 252; Mackfallen

Prejeto/Received: 28. 1. 2025  
Sprejeto/Accepted: 1. 6. 2025

Besedilo/Text © 2025 Avtor(ji)/The Author(s)  
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.  
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

idr., 2023, str. 7). Čeprav je za lastno zdravje primarno odgovoren posameznik, nanj pomembno vplivajo tudi širše družbene okoliščine, zdravstvena infrastruktura ter strategije in politike, ki jih oblikuje država. Učinkovit zdravstveni sistem mora upoštevati tako preventivne kot kurativne ukrepe ter zagotavljati usklajenost med potrebami prebivalstva in zmožnostmi zdravstvenih institucij. V okolju javnega zdravstva se tako srečujemo s povečano kompleksnostjo zdravstvenih sistemov, zato se kažejo potrebe po novih, učinkovitih metodah dela (Ali idr., 2024).

Zdravstvena dejavnost organizacijsko zajema primarno raven (zdravstveni domovi, specialistične ambulate s koncesijo, lekarniška dejavnost), sekundarno raven (specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost) in terciarno raven (dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov) (Rotar Pavlič, 2022, str. 65). Na vseh ravneh veljajo temeljna načela kakovosti zdravstvene obravnave: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta (Marušič, 2022). Kakovost v zdravstvu je kljub jasno postavljenim merilom kakovosti izredno težko merljiva zaradi mnogih dejavnikov, ki lahko vplivajo na sam zdravstveni izid, zato je najbolj oprijemljivo merilo za kakovost v zdravstvenih organizacijah dolgoročno zadovoljstvo pacienta z zdravstveno obravnavo (Starč, 2019, str. 115).

Menedžment je opredeljen kot proces doseganja organizacijskih ciljev in zagotavljanja kakovosti s pomočjo načrtovanja, organiziranja, vodenja in nadzora virov. Ti procesi se nenehno ponavljajo, hkrati pa prihaja do odstopanj in sprememb v okolju, kar pomeni, da menedžment deluje kot dinamičen sistem, pogosto imenovan tudi menedžerski krog (Kramar Zupan, 2020, str. 16). Tradicionalni menedžment temelji na hierarhičnem nadzoru in standardiziranih postopkih, katerih cilj je ohranjanje stabilnosti. Nasprotno pa sodobni menedžment poudarja opolnomočenje zaposlenih, sodelovanje, spodbujanje motivacije pri zaposlenih ter spodbujanje sprememb in razvoja. Namesto stroge hierarhične strukture se sodobne organizacije nagibajo k fleksibilnejšim modelom vodenja, ki temeljijo na odprti komunikaciji in povezovanju (Daft, 2022, str. 7). Sodobna vloga dobrega vodje je ustvarjanje pozitivne organizacijske kulture, ki spodbuja inovacije, učenje in razvoj zaposlenih. Učinkovit vodja s svojo osebnostjo in primerno komunikacijo navdihuje, motivira, povezuje in podpira sodelovanje, kar pripomore k večji zavzetosti zaposlenih in končni prepoznavnosti ter uspešnosti organizacije (Kramar Zupan, 2020, str. 54).

Kljub splošnemu vedenju o pomenu menedžmenta pri zagotavljanju kakovostnih zdravstvenih storitev ostaja odprto vprašanje, katere specifične menedžerske strategije so najučinkovitejše v različnih zdravstvenih sistemih. Čeprav številne študije pri nas in v tujini obravnavajo različne vidike menedžmenta v zdravstvu, še vedno primanjkuje celovita analiza vpliva različnih menedžerskih pristopov na kakovost in učinkovitost zdravstvenih storitev v različnih kulturnih in regulativnih okoljih. Na področju raziskav, ki obravnavajo vpliv menedžerskih strategij, so že izvedene pomembne študije, kot so tiste, ki preučujejo učinkovitost menedžerskih modelov v Zahodni Evropi (npr. raziskave, ki se osredotočajo na decentralizirane zdravstvene sisteme) ali v državah z bolj centraliziranimi sistemi, kot so v Skandinaviji. Vendar pa se te študije pogosto osredotočajo

bodisi na specifična kulturna okolja bodisi na določene regulativne okvire, ne pa na širši vpogled v to, kako ti različni dejavniki vplivajo na rezultate v različnih državah in zdravstvenih sistemih. V tem kontekstu je primerjalna analiza menedžerskih strategij v različnih kulturnih in regulativnih okoljih nujna za napredek na tem področju in zapolnjuje raziskovalno vrzel. Primerjava različnih pristopov lahko razkrije ključne dejavnike, ki prispevajo k uspehu ali neuspehu zdravstvenih sistemov v različnih kontekstih, kar bo pomagalo oblikovati bolj prilagodljive in učinkovite menedžerske strategije za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev (Kartikasari idr., 2024).

Namen pregleda literature je bil proučiti vpliv menedžmenta na kakovost storitev v mednarodnem kontekstu ter identificirati pristope, ki najbolj učinkovito prispevajo k izboljšanju kliničnih izidov in pacientovega zadovoljstva.

## 2 Metode

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, ki se osredotoča na analizo obstoječe literature in prepoznavanje ključnih vzorcev, ki vplivajo na kakovost storitev v zdravstvu. Zaradi narave raziskovalnega vprašanja bo pristop kvalitativno usmerjen, saj si prizadevamo razumeti vplive menedžerskih odločitev na kakovost v različnih okoljih.

### 2.1 Metode pregleda literature

Za utemeljitev raziskovalnega problema je bil izveden pregled strokovne in znanstvene literature. Pregled je vključeval literaturo v angleškem in slovenskem jeziku, z uporabo relevantnih podatkovnih baz: Medline, PubMed, CINAHL, Science Direct, Google Učenjak in COBISS. Iskanje literature je potekalo od januarja do decembra 2024. Za iskanje smo uporabili ključne besede v angleškem jeziku: »management«, »leadership«, »quality treatment«, »education« in v slovenskem jeziku: »menedžment in kakovost storitev«, vse v kombinaciji z logičnim operatorjem AND. Pridobljeni podatki so bili analizirani s pomočjo kritičnega pregleda literature, pri čemer smo posebno pozornost namenili metodološki ustreznosti, ključnim ugotovitvam in predlogom za izboljšanje zdravstvenega menedžmenta.

#### 2.1.1 Strategija pregleda zadetkov

Po začetnem pregledu smo pridobili 83 zadetkov, od katerih je bilo 64 znanstvenih člankov in 14 strokovnih člankov v angleškem jeziku. Po izločanju neustreznih virov na podlagi dostopnosti besedila in vsebinske ustreznosti smo v končno analizo vključili 18 virov, ki so se osredotočali na ključne menedžerske pristope in vpliv teh pristopov na kakovost storitev.

Vključitveni kriteriji za iskanje literature so bili naslednji:

- Starost članka: do 5 let.
- Vsebinska ustreznost.
- Dostopnost celotnega besedila.

Izključeni so bili članki, ki niso bili vsebinsko primerni, niso bili v celoti dostopni ali so se podvajali. Po pregledu začetnih zadetkov smo izločili 23 virov zaradi nedostopnosti celotnega besedila. Na podlagi vsebinske ustreznosti smo izločili še 16 virov, ki tematsko niso ustrezali raziskovalnim vprašanjem. V končno analizo smo vključili 18 virov.

### 2.1.2 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Obdelava pridobljenih podatkov je temeljila na kvalitativni analizi vsebine na podlagi kriterijev vsebinske ustreznosti. Podatki so bili organizirani v tematske kategorije, ki so vključevale ključne menedžerske pristope, vpliv kulturnih in regulativnih dejavnikov na zdravstveni menedžment ter metode za izboljšanje kakovosti storitev. Rezultati so bili obdelani kvalitativno, pri čemer smo prepoznali glavne trende in vrzeli v obstoječi literaturi.

## 3 Rezultati

Kakovost pregleda literature je bila ocenjena glede na metodološko trdnost vključene literature, relevantnost virov za raziskovalna vprašanja ter verodostojnost podatkov. Za vsak vključen vir smo ocenili metodološko usklajenost s standardi znanstvenih raziskav ter ustreznost za analizo vpliva menedžmenta na kakovost zdravstvenih storitev. Vsa literatura, vključena v končno analizo, je bila strokovno in metodološko preverjena. V tabeli 1 predstavljamo sintezo rezultatov pregleda literature in v tabeli 2 prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.

**Tabela 1**

*Raziskave vključene v pregled literature/Research included in the literature review*

| <i>Avtor in letnica objave</i> | <i>Metode dela</i>               | <i>Ključne ugotovitve</i>  | <i>Predlogi za izboljšanje</i>  |
|--------------------------------|----------------------------------|--|---|
| Sugiono idr., 2024             | Kvantitativna raziskava.         | Zaupanje in kakovostne zdravstvene storitve pozitivno vplivajo na zadovoljstvo pacientov.  | Raziskati dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov v različnih zdravstvenih ustanovah.  |
| Nathan, 2024                   | Kvantitativna raziskava.         | Visoka statistična povezava med dejavniki, povezanimi z zdravjem pacientov in kakovostjo storitev. Poudarek je na upravljanju, ki zagotavlja ugodno delovno okolje, znanje in spretnosti.                            | Izboljšati okolje zdravstvenih delavcev za boljše kakovost storitev. Izboljšati izobraževanje pacientov za spremembo tradicionalnih prepričanj.   |
| Kartikasari idr., 2024         | Sistematični pregled literature. | Vodenje bistveno izboljša kakovost zdravstvenih storitev. Vodje krepijo ustvarjalnost zaposlenih in organizacijski uspeh. Učinkovito vodenje je ključnega pomena za načrtovanje in doseganje organizacijskih ciljev. | Motivirati osebje in spodbujati okolje k inovativnosti. Učinkovito vodenje izboljša kakovost zdravstvenih storitev v zdravstvenih domovih. Vodstvo vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe. |

|                      |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|
| Al Salmi idr., 2024  | Pregled literature.                    | Zagovarja strukturirano profesionalizacijo vodenja zdravstvenega varstva po vsem svetu. Odpravljaj vrzeli v usposabljanju vodenja za vodje zdravnikov.                                 | Dodatno usposabljanje zdravnikov za vodstvene odgovornosti zaradi pomanjkanja vodstvenih kvalifikacij v zdravstvenih ustanovah.  |
| Junaidi idr., 2024   | Pregled literature.                    | Spodbuja dobro organizacijsko kulturo za vzdrževanje kakovosti storitev. Učinkovito vodenje bolnišnice povečuje konkurenčno prednost in organizacijsko uspešnost.                      | Izobraževati, upoštevati na dokazih temelječo zdravstveno prakso, raziskovati in neprestano izboljševati kakovost. Opozoriti na izboljšanje vodenja in napredovanja zdravstvenega osebja.                                |
| Xie idr., 2024       | Analiza podatkov.                      | Vodstvo ima prevladujočo vlogo pri doseganju rezultatov uspešnosti.  | Poudarjati vlogo vodstva pri doseganju dobrih organizacijskih rezultatov.  |
| Ahmed idr., 2024     | Pregled literature in študija primera. | Pomembna je odpornost na spremembe v zdravstvenih organizacijah.   | Izboljšati operativno učinkovitost menedžmenta, ki pomembno vpliva na kakovost oskrbe pacientov.   |
| Ali idr., 2024       | Kvantitativna raziskava.               | Vodstvo vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe s transformacijskim vodenjem, učinkovito komunikacijo, odločanjem, upravljanjem sprememb, čustveno inteligenco in strateško vizijo.      | Ustrezno usposobiti menedžment za povečevanje zavzetosti zaposlenih in upravljanje z viri, kar na koncu izboljšuje učinkovitost bolnišnic in oskrbo, osredotočeno na pacienta.   |
| Lypynska idr., 2023  | Študija primera.                       | Ustrezno vodenje in upravljanje pomembno vplivata na kakovost zdravstvenih storitev.   | Preprečiti čezmerno centralizacijo in nezadostno financiranje zdravstvenega varstva, ki ogroža kakovostne storitve.  |
| Wulan in Dorji, 2023 | Pregled literature.                    | Upravljanje vodstvenih kadrov za izvajanje kakovostnih zdravstvenih storitev.  | Zagotoviti kakovostne zdravstvene storitve, ki vodijo do zadovoljstva pacientov z ustreznim vodenjem.  |
| Sudherson idr., 2023 | Študija primera.                       | Poudarjajo pomen izboljšanja upravljanja zdravstvenih organizacij na vseh ravneh za boljšo zdravstveno oskrbo. Spodbujajo inovativne strategije v kompleksnih zdravstvenih strukturah. | S strategijami upravljanja vplivati na rezultate pacientov in organizacijsko subkulturo. Pozitivno vplivati na zdravstveno obravnavo z organizacijsko odličnostjo, inovativnostjo ter usmerjanjem na bolnike.            |
| Gage idr., 2022      | Pristop mešanih metod.                 | Nenehno izboljševanje kakovosti lahko izboljša kakovost zdravstvenih storitev.   | Omogočiti zagotavljanje kakovosti v zdravstvenih zavodih z okrepljenim vodstvom, timskim delom in podpornim nadzorom.  |
| Kurti idr., 2022     | Kvantitativna raziskava.               | Menedžment se mora osredotočiti na izboljšanje izkušnje bolnikov in s tem vpliva na učinkovitost bolnišnice.   | Uporabiti povratne informacije pacientov za prepoznavanje ključnih vidikov, ki vplivajo na zadovoljstvo, kot so medosebni odnosi, komunikacija in upravni postopki. Vodstvo lahko vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe. |

|                                 |  |  |   |
|---------------------------------|--|--|---|
| Upadhyay in Opoku-Agyeman, 2020 | Odrava procesov brez dodane vrednosti poveča učinkovitost. | Pomembno je spodbujanje timskega dela, sodelovanja in usposabljanja zaposlenih, uvajanje rednega merjenja uspešnosti.  | Zagotavljati znanstveno raziskovalne kadre in stalen razvoj zaposlenih za delo na dokazih in vpeljevanje inovacij. Vodstvo pomembno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe.  |
| Brzostek in Domagača, 2019      | Kvalitativna analiza.                                      | Ustrezno usposobljeni menedžerji so ključni za izboljšanje zdravstvenega sistema. Ustrezno financiranje in zaposlovanje osebja sta temeljna za stabilnost sistema.   | Ustrezno financiranje in zaposlovanje osebja sta temeljna za stabilnost sistema.  |
| Kamalasanan idr., 2019          | Pregled literature.  | S spodbujanjem kulture upravljanja kakovosti in osredotočanjem na varnost pacientov lahko vodstvo izboljša zagotavljanje storitev in zadovoljstvo pacientov v zdravstvenih organizacijah.                  | Vodstvo vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe z učinkovitim načrtovanjem, dokumentiranjem, sodelovanjem zaposlenih ter upoštevanjem politik in postopkov.   |
| Al Drgham idr., 2019            | Pregled literature.  | Poudarjajo učinkovito vodenje, komunikacijo, prakse, ki temeljijo na dokazih, interdisciplinarno sodelovanje ter osredotočenost na pacienta.   | Učinkovito vodenje lahko z upoštevanjem komponent vpliva na kakovost zdravstvenih storitev.   |
| Tamer in Çetinkaya, 2018        | Pregled literature in kvalitativna raziskovalna metoda.    | Sistemi vodenja kakovosti izboljšujejo uporabo virov in zadovoljstvo pacientov v zdravstvenih ustanovah. V zdravstvenih storitvah sta poudarjena na pacientovem usmerjenem upravljanju in stalnem razvoju. | Izvajati sistema vodenja kakovosti v zdravstvenih ustanovah, ki lahko poveča kakovost storitev, zadovoljstvo osebja in pacientov ter učinkovito rabo virov. Dolgoročno pozitivno vplivati na zadovoljstvo pacientov in učinkovitost virov ob ustreznem menedžmentu. |
| Ruffin, 2018                    | Pregled literature.  | Sodelovanje vodstva povečuje varnost pacientov in izboljšanje kakovosti.   | Poudarjati pomen vodenja za zagotavljanje kakovosti v zdravstvenem varstvu. Učinkovito upravljati s človeškimi viri, kar vpliva na kakovost zdravstvenih organizacij in izboljšanje uspešnosti osebja.  |

**Tabela 2***Razporeditev kod po kategorijah/ Classification of codes by category*

| <i>Kategorija</i>                          | <i>Podkategorija</i>                        | <i>Koda</i>   | <i>Avtorji</i>   |
|--|---|---|--|
| Vrednotenje kakovosti storitev v zdravstvu | Zaupanje pacientov                          | Izkušnje pacientov<br>Strokovno znanje zaposlenih<br>Odnos zaposlenih do pacientov<br>Delo na najnovejših dokazih   | Ruffin (2018); Ahmed in Sur (2024); Tamer in Çetinkaya (2018)  |
|  | Varnost pacientov                           |   |  |
| Uspešen menedžment                         | Profesionalizacija zaposlenih v menedžmentu | Strokovno znanje<br>Profesionalen odnos<br>Kakovostno vodenje<br>Usmerjenost v zaposlene<br>Ustrezne strategije vodenja<br>Odnos do zaposlenih<br>Izkušnje<br>Vlaganje<br>Motiviranje | Ahmed in Sur (2024); Ali idr. (2024); Al Drgham idr. (2019); Xie idr. (2024); Lypynska idr. (2023); Upadhyay in Opoku-Agyeman (2020); Al Salmi idr. (2024); Kartikasari idr. (2024); Brzostek in Domagała (2019); Gage idr. (2022); Upadhyay in Opoku-Agyeman (2020); Kamalasanan idr. (2019); Tamer in Çetinkaya (2018) |
|  | Učinkovito vodenje                          |   |  |
| Organizacijska klima                       | Delovna klima v organizaciji                | Motiviranost vodstvenega kadra<br>Motiviranost zaposlenih<br>Inovacije<br>Napredki<br>Usmerjenost v zaposlene<br>Izobraževanje zaposlenih   | Junaidi idr. (2024), Sudherson idr. (2023)   |
| Stabilnost zdravstvenega sistema           | Financiranje zdravstvenega sistema          | Investicije<br>Zdravstvene reforme<br>Vlaganje v znanje<br>Vlaganje v izobraževanje<br>Omejevanje razpoložljivih sredstev   | Brzostek in Domagała (2019), Upadhyay in Opoku-Agyeman (2020)  |

## 4 Razprava

Pregled literature potrjuje, da je kakovost storitev v zdravstvu večdimenzionalen koncept, ki ga oblikujejo številni medsebojno povezani dejavniki. Na podlagi analize znanstvene literature smo identificirali štiri ključna področja, ki pomembno vplivajo na kakovost oskrbe: zaupanje in varnost pacientov, uspešen menedžment, organizacijska klima ter stabilnost zdravstvenega sistema.

Vsa preučevana literatura potrjuje, da je menedžment eden ključnih dejavnikov pri zagotavljanju kakovostnih zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni (Gage idr., 2022; Kartikasari idr., 2024; Ruffin, 2018; Tamer in Cetinkaya, 2018). Sodobni zdravstveni sistemi se soočajo s kompleksnimi izzivi, ki zahtevajo učinkovito vodenje. Takšno vodenje mora spodbujati inovacije, interdisciplinarno sodelovanje in usmerjenost na pacienta, kar pomembno vpliva na izid zdravstvenih storitev (Ali idr., 2024). Menedžment ima ključno vlogo pri zagotavljanju podpore zaposlenim v zdravstvu, saj neposredno vpliva na delo zdravstvenih delavcev in kakovost oskrbe pacientov. Za učinkovito delovanje javnih zdravstvenih zavodov je treba

oblikovati podporne strukture vodenja in upravljanja, ki spodbujajo strokovnost in inovativnost (Bole in Skela Savič, 2018).

Zaposleni v vrhnjem menedžmentu (direktor, pomočniki direktorja) v zdravstvenih zavodih so neposredno odgovorni za kakovost dela zdravstvene organizacije. Njihova naloga je spodbujanje aktivnosti, usmerjenih v kakovostno delo, ustvarjanje kulture kakovosti in zagotavljanje virov ter orodij za učinkovito ocenjevanje in izboljševanje storitev (Kramar, 2022). Poleg tega so odgovorni za motiviranje zaposlenih, spodbujanje izboljšav in podporo pri doseganju kariernih ciljev zaposlenih v zdravstveni organizaciji. Njihova vloga je tudi v zagotavljanju organizacijske pripadnosti, odgovornosti ter dostopnosti visokokakovostnih storitev.

Sugiono in sodelavci (2024) so ugotovili, da sta zaupanje v zdravstveno organizacijo in uspešno izvedena storitev ključna dejavnika zadovoljstva pacientov. Njihova kvantitativna raziskava nakazuje, da je kakovost storitev v veliki meri odvisna od pozitivne percepcije pacientov o zdravstveni ustanovi. V nasprotju s tem Nathan (2024) opozarja na pomembnost predvsem organizacijskega okolja, ki zajema zaposlene, kar posredno vpliva na zadovoljstvo pacientov. Oba avtorja poudarjata, da je ključ do izboljšanja zadovoljstva pacientov celoviti pristop, ki vključuje dobro delovno klimo in organizacijsko urejeno delovno okolje.

Kartikasari idr. (2024) poudarjajo, da učinkovito vodenje bistveno izboljša organizacijski uspeh in kakovost storitev na vseh področjih. Vodje spodbujajo ustvarjalnost in motivirajo zaposlene, kar vodi v inovacije in višjo kakovost oskrbe. Podobne ugotovitve podajajo tudi Sudherson idr. (2023), ki navajajo, da je organizacijska odličnost rezultat inovativnih strategij v kompleksnih zdravstvenih strukturah. Primerjava teh dveh raziskav razkriva, da je ključna razlika v osredotočenosti: prvi poudarjajo ustvarjalnost na ravni zaposlenih, drugi pa širše strategije, usmerjene v inovacije na ravni celotne organizacije.

Avtorji poudarjajo pomembnost vpliva vodenja za spodbujanje, vzor in motiviranje (Bowers in Evans, 2022, str. 57–58) in izpostavljajo transformacijsko vodenje kot ključno za motivacijo zaposlenih in učinkovito rabo virov (Ali idr., 2024). Management lahko v zdravstveni organizaciji z uporabo pristopov kakovostnega menedžmenta pomembno vpliva in izboljša organizacijsko uspešnost (Xie idr., 2024). Medtem ko Ali s sodelavci (2024) večji poudarek namenjajo mehkim veščinam, kot so čustvena inteligenca in vizija zaposlenih v menedžmentu, Xie s sodelavci (2024) med prednostne naloge uvrščajo sistemske vidike, kot so kakovostni standardi in učinkoviti procesi delovanja v zdravstveni organizaciji.

Učinkovito vodenje in upravljanje temeljita na jasni viziji, aktivnem sodelovanju zaposlenih in uporabi uveljavljenih modelov, ki omogočajo strukturiran pristop k implementaciji novih praks. Za dolgoročni uspeh organizacije je ključno usklajeno delovanje vseh ravni zaposlenih, podprto s strategijami, ki spodbujajo pozitivno organizacijsko kulturo in krepijo zavzetost zaposlenih. S sinergijo močne organizacijske kulture in premišljenih menedžerskih pristopov je mogoče premagati odpor do sprememb, povečati učinkovitost ter zagotoviti trajnostne izboljšave, ki koristijo tako zaposlenim kot pacientom (Kramar Zupan in Gradišek, 2024, str. 65).

Vlaganje v izobraževanje zaposlenih v zdravstveni dejavnosti je eden ključnih elementov za zagotavljanje kakovostnih storitev in kakovostne obravnave. Profesionalizacija zdravstvene nege, ki vključuje formalno izobraževanje, raziskovanje, avtonomnost ter pridobivanje ugleda poklica v družbi, predstavlja temelj razvoja te dejavnosti. Med pomemben dejavnik, ki vpliva na kakovost zdravstvene nege, uvrščamo izobraževanje. Izobraževanje in redno usposabljanje sta temeljnega pomena, saj omogočata strokovni razvoj zaposlenih in povečujeta njihovo usposobljenost za zagotavljanje kakovostne oskrbe (Leskovic, 2022).

Profesionalni zdravstveni delavec mora razumeti, kaj počne, zakaj to počne in kako bo to izvedel na najučinkovitejši in najvarnejši način za blaginjo pacienta, pri čemer se opira na najnovejše znanstvene dokaze. Kljub pomembnosti profesionalizacije poklicev raziskave kažejo, da zaposleni pogosto nimajo zadostne spodbude in motivacije za raziskovalno delo ter izboljšanje kakovosti storitev na delovnem mestu. Pomanjkanje finančnih sredstev, neorganizirano usposabljanje, odsotnost raziskovalnih kompetenc in slabe spodbude so glavni dejavniki, ki omejujejo napredek na področju zdravstvene dejavnosti (Brysiewicz in Oyegbile, 2021). Zaradi teh omejitev zdravstveno osebje pogosto ostaja pri tradicionalnih pristopih in ne izkoriščajo potenciala, ki ga prinaša sodobno znanje (Mikec, 2021).

Za trajnostni razvoj kakovosti storitev v zdravstvu je nujno treba okrepiti izobraževalne programe in raziskovalne kompetence zaposlenih. Hines s sodelavci (2022) opozarjajo, da akademska raven pismenosti ter sposobnost uporabe raziskovalnih izsledkov v kliničnih okoljih zahtevata izboljšanje raziskovalnega kurikulumuma že v izobraževalnih programih. Poleg tega je treba zagotoviti stalno strokovno izobraževanje za že zaposlene zdravstvene delavce (Almalki idr., 2022).

Iz izhodišč lahko zaključimo, da je kakovost vodenja, podprta z ustreznimi strategijami, ključna za uspešno navigacijo v teh kompleksnih sistemskih spremembah. Učinkovito vodenje, ki je sposobno prilagoditi politike in prakse novim realnostim, je temelj za uspeh zdravstvenih organizacij, saj zagotavlja trajnostne izboljšave tako na področju kakovosti storitev kot na področju zadostne podpore pacientom in zaposlenim.

Kljub podrobnemu pregledu literature ima raziskava določene omejitve, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji rezultatov. Raziskava o vplivu menedžmenta na kakovost zdravstvenih storitev je osredotočena na pregled literature iz zadnjih pet let, kar lahko izključi relevantne zgodnejše študije in omeji razumevanje dolgoročnih trendov. Omejena geografska raznolikost in metodološke razlike med študijami lahko prav tako vplivajo na splošno veljavnost ugotovitev, saj menedžerske prakse variirajo med različnimi kulturnimi in političnimi okolji. Prav tako je bil časovni okvir pregleda omejen na obdobje od januarja do decembra 2024, kar pomeni, da novejša raziskave, objavljene po tem obdobju, niso bile vključene v analizo. Pomanjkanje primarnih podatkov in potencialna pristranskost pri izbiri virov dodatno omejujeta zmožnost raziskave, da bi zagotovila nove vpogleds ali preverjala učinkovitost menedžmenta v nekonvencionalnih okoljih, kar lahko zmanjša natančnost in verodostojnost zaključkov.

Obstaja tudi možnost pristranskosti pri izbiri virov, saj so bile uporabljene določene podatkovne baze, kar lahko vpliva na reprezentativnost literature.

## 5 Zaključek

Z raziskavo potrjujemo ugotovitev, da ima menedžment ključno vlogo pri zagotavljanju kakovostnih zdravstvenih storitev, saj učinkovito vodenje neposredno vpliva na delovno okolje, inovacije in zadovoljstvo tako zaposlenih kot pacientov. Identificirane strategije – krepitev vodstvenih kompetenc, investiranje v znanje, vzpostavitev pozitivne organizacijske kulture in digitalizacija – so ključne za trajnostno izboljšanje zdravstvenega sistema.

Poleg notranjih organizacijskih dejavnikov pa ima pomembno vlogo tudi širši družbeni, politični in ekonomski kontekst. Reforma zdravstvenega sistema, ustrezno financiranje in premišljena kadrovska politika so bistveni elementi, ki določajo učinkovitost menedžmenta in dolgoročno stabilnost zdravstvenih zavodov. Ključen izziv ostaja profesionalizacija vodstvenih struktur, ki mora temeljiti na znanju, raziskavah in dokazih.

Rezultati raziskave ponujajo podlago za oblikovanje smernic, ki bi omogočile sistematično izboljševanje menedžerskih praks v zdravstvenih zavodih. Z usmerjenostjo v strokovno vodenje, strateško načrtovanje in merjenje kakovosti je mogoče zagotoviti visoko raven zdravstvene oskrbe, povečati zadovoljstvo uporabnikov ter zagotoviti trajnostno in odzivno delovanje zdravstvenih organizacij v prihodnosti.

*Alja Mikec, Milena Kramar Zupan, PhD*

### **Management as a Key Factor of Quality Services in Healthcare**

*Healthcare is a complex and extensive social system in which professionals from various professions participate at all levels of healthcare – primary, secondary and tertiary. The central goal of this system is to ensure the well-being of the patient and high-quality and accessible healthcare (Desta et al., 2020, p. 252; Mackfallen et al., 2023, p. 7). Although responsibility for one's own health lies primarily with the individual, it is also significantly influenced by broader social circumstances, healthcare infrastructure, and strategies and policies developed by the state. An effective healthcare system must take into account both preventive and curative measures, and ensure coordination between the needs of the population and the capabilities of healthcare institutions. In the public healthcare environment, we are faced with increased complexity of healthcare systems, which is why the need for new, efficient working methods is evident (Ali et al., 2024).*

*Healthcare activities organizationally include the primary level (health centers, specialist clinics with concessions, pharmacy activities), the secondary level (specialist outpatient and hospital activities) and the tertiary level (activities of clinics, clinical institutes or clinical departments and other authorized health institutions) (Rotar Pavlič, 2022, p. 65). The fundamental principles of healthcare quality apply at all levels: effectiveness, safety, timeliness, efficiency, equality and patient-centeredness (Marušič, 2022). Despite clearly established quality criteria, quality in healthcare is extremely difficult to measure due to many factors that can affect the healthcare outcome itself, therefore the most tangible criterion for quality in healthcare organizations is long-term patient satisfaction with healthcare (Starc, 2019, p. 115).*

*Management is defined as the process of achieving organizational goals and ensuring quality through planning, organizing, managing and controlling resources. These processes are constantly repeated, while at the same time, there are deviations and changes in the environment, which means that management operates as a dynamic system, often also called a management circle (Kramar Zupan, 2020, p. 16). Traditional management is based on hierarchical control and standardized procedures, the goal of which is to maintain stability. In contrast, modern management emphasizes employee empowerment, cooperation, promoting employee motivation, and promoting change and development. Instead of a strict hierarchical structure, modern organizations tend to move towards more flexible leadership models based on open communication and networking (Daft, 2022, p. 7). The modern role of a good leader is to create a positive organizational culture that promotes innovation, learning, and employee development. An effective leader, through his or her personality and appropriate communication, inspires, motivates, connects, and supports collaboration, which contributes to greater employee commitment and the ultimate recognition and success of the organization (Kramar Zupan, 2020, p. 54).*

*The purpose of the literature review was to examine the impact of management on service quality in an international context and identify approaches that most effectively contribute to improving clinical outcomes and patient satisfaction.*

*The study used a qualitative research approach, which focuses on analyzing the existing literature and identifying key patterns that affect the quality of healthcare services. Due to the nature of the research question, the approach will be qualitatively oriented, as we strive to understand the impacts of managerial decisions on the quality of healthcare in different settings.*

*A systematic review of professional and scientific literature was conducted to substantiate the research problem. The review included literature in English and Slovenian, using the relevant databases: Medline, PubMed, CINAHL, Science Direct, Google Scholar and COBISS. The literature search was conducted from January to December 2024. For the search, we used the keywords in English: "management", "leadership", "quality treatment", "education", all combined with the logical operator AND. The obtained data were analyzed using a critical review of the literature, paying special attention to methodological relevance, key findings and proposals for improving healthcare management.*

*The processing of the obtained data was based on a qualitative content analysis based on the criteria of content relevance.*

*The literature review confirms that the quality of services in healthcare is a multi-dimensional concept, shaped by numerous interrelated factors. Based on the analysis of professional literature, we identified four key areas that significantly affect the quality of care: patient trust and safety, successful management, organizational climate and stability of the healthcare system.*

*Employees in top management (director, assistant directors) in healthcare institutions are directly responsible for the quality of work of the healthcare organization. Their task is to promote activities aimed at quality work, create a culture of quality and provide resources and tools for effective assessment and improvement of services (Kramar, 2022). Sugiono et al. (2024) found that trust in the healthcare organization and successfully performed services are the key factors of patient satisfaction. Their quantitative research indicates that the quality of services largely depends on the positive perception of patients about the healthcare institution. In contrast, Nathan (2024) points out the importance of the organizational environment, including the employees, which indirectly affects patient satisfaction. Kartikasari et al. (2024) point out that effective leadership significantly improves organizational success and service quality in all areas. Leaders encourage creativity and motivate employees, which leads to innovation and higher quality of care. Similar findings are also made by Sudherson et al. (2023), who state that organizational excellence is the result of innovative strategies in complex healthcare structures. The authors emphasize the importance of the influence of leadership to encourage, model and motivate (Bowers & Evans, 2022, pp. 57–58) and highlight transformational leadership as key to employee motivation and efficient use of resources (Ali et al., 2024). Education is considered as an important factor affecting the quality of healthcare. Education and regular training are of key importance, as they enable the professional development of employees and increase their competence to provide quality care (Leskovic, 2022). Hines et al. (2022) point out that the academic level of literacy and the ability to use research findings in clinical settings require improving the research curriculum already in educational programs.*

*From the starting points, we can conclude that the quality of leadership, supported by appropriate strategies, is key to successfully navigating these complex systemic changes. Effective leadership, which is able to adapt policies and practices to new realities, is the foundation for the success of healthcare organizations, as it ensures sustainable improvements in both the quality of services and sufficient support for patients and employees.*

*In addition to internal organizational factors, the broader social, political and economic context also plays an important role. Healthcare system reform, adequate financing and thoughtful human resource policies are the essential elements that determine the effectiveness of management and the long-term stability of healthcare institutions. The key challenge remains the professionalization of management structures, which must be based on knowledge, research and evidence.*

*The research confirms the finding that management plays a key role in providing quality healthcare services, as effective management directly affects the work environment, innovation and satisfaction of both employees and patients. The identified strategies – strengthening management competencies, investing in knowledge, establishing a positive organizational culture and digitalization – are key to a sustainable improvement of the healthcare system.*

## LITERATURA

1. Ahmed, S. in Sur, S. (2024). Elevating healthcare excellence: A comprehensive exploration of total quality management in modern healthcare systems. *International Journal of Research in Medical Science*, 6(1), 47–53. <https://doi.org/10.33545/26648733.2024.v6.i1a.57>
2. Al, Salmi, Q., Al Fannah, J. in de Roodenbeke, E. (2024). The imperative of professionalising healthcare management: A global perspective. *Future Healthcare Journal*, 11(3), 100170. <https://doi.org/10.1016/j.fhj.2024.100170>
3. Al-Busaidi, I. S., Al Suleimani, S. Z., Dupo, J. U., Al Sulaimi, N. K. in Nair, V. G. (2019). Nurses' knowledge, attitudes, and implementation of evidence-based practice in Oman: A multi-institutional, cross-sectional study. *Oman Medical Journal*, 34(6), 521–527. <https://doi.org/10.5001/omj.2019.95>
4. Al Drgham, N. M., Al Masoud, A. S., Al Habardi, N. M., Al Helwah, J. A., Abu Zabnah, N. M., Al Anizi, N. A. in Al Rashidi, A. M. (2024). Quality of nursing care management: Insights and best practices from a comprehensive review. *European International Journal of Management and Health Sciences*, 5(4), 45–52. <https://doi.org/10.53555/eijmhs.v5i4.217>
5. Ali, Z., Shah, S. K. A. in Shamsuddin, S. (2024). Leaders at the helm: Shaping the future of hospital administration through data-driven visionary leadership. *The Asian Bulletin of Big Data Management*, 4(3), 1–16. <https://doi.org/10.62019/abbdm.v4i3.191>
6. Almalki, M. S., Kimpton, A., Jones, L. K. in da Costa, C. (2022). Nurses' perceived facilitators of research utilisation in a multicultural setting in Saudi Arabia: Observational study. *Nursing Reports*, 12(1), 164–174. <https://doi.org/10.3390/nursrep12010017>
7. Azar, S., Alolayyan, M. N. in Alyahya, M. (2023). Exploring the intentions of hospital managers to use evidence-based management in decision-making process. *International Journal of Healthcare Management*, 17(3), 541–548. <https://doi.org/10.1080/20479700.2023.2204559>
8. Bole, U. in Skela Savič, B. (2018). Odnos in znanje medicinskih sester ter ovire pri implementaciji na dokazih temelječe prakse: Integrativni pregled literature. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 52(3), 177–185. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.206>
9. Bowers, B. in Evans, C. (2022). Building a community nursing research community of practice. *British Journal of Community Nursing*, 27(2), 57–58. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.2.57>
10. Brysiewicz, P. in Oyegbile, Y. O. (2021). Addressing “research-phobia” among nurses in the clinical area. *Professional Nursing Today*, 25(1), 21–23. <http://www.pntonline.co.za/index.php/PNT/article/view/1087>
11. Brzostek, T. in Domagała, A. (2018). Impact of the quality of management on the general improvement of the healthcare system. *Technology and Health Care*, 27(1), 107–110. <https://doi.org/10.3233/thc-181513>
12. Cummings, G. G., Lee, S., Tate, K., Penconek, T., Micaroni, S. P. M., Paananen, T. in Chatterjee, G. E. (2021). The essentials of nursing leadership: A systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103842. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103842>
13. Daft, R. L. (2022). *Management*. Cengage Learning.

14. Desta, B. F., Abitew, A., Beshir, I. A., Argaw, M. D. in Abdlkader, S. (2020). Leadership, governance and management for improving district capacity and performance: The case of USAID Transform: Primary Health Care. *BMC Family Practice*, 21(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01337-0>
15. Gage, A. D., Gotsadze, T., Seid, E., Mutasa, R. in Friedman, J. (2022). The influence of continuous quality improvement on healthcare quality: A mixed-methods study from Zimbabwe. *Social Science & Medicine*, 298, 114831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114831>
16. Junaidi, M., Partayasa, K. in Sulaimawan, D. (2024). Analysis of human resource management strategies in improving organizational performance. *Target: Jurnal Manajemen Bisnis*, 6(1), 73–80. <https://doi.org/10.30812/target.v6i1.3983>
17. Kamalasanan, A., S., G. in Subbarayalu, A. V. (2019). Factors influencing the quality of healthcare services in Indian hospitals: A systematic review. *Journal of Management Research and Analysis*, 6(2), 71–80. <https://doi.org/10.18231/j.jmra.2019.013>
18. Kartikasari, E. P., Intiasari, D. I. in Aji, B. (2024). The role of leadership in improving the quality of healthcare services at community health centers: A systematic review. *Eduvest*, 4(9), 7969–7973. <https://doi.org/10.59188/eduvest.v4i9.16745>
19. Kiliçli, A. B., Kelber, S. T., Akyar, I. in Litwack, K. (2019). Attitude, source of knowledge, and supporting factors on evidence-based nursing among cardiovascular nurses: A cross-sectional descriptive study in Turkey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(3), 498–506. <https://doi.org/10.1111/jep.13132>
20. Kramar, Z. (2022). *Kakovost in varnost v zdravstvu. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. [https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/03/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu\\_priročnik.pdf](https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/03/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu_priročnik.pdf)
21. Kramar, Zupan, M. (2020). Dejavniki uspešnosti menedžmenta sprememb v zdravstveni organizaciji. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 7(1), 3–24. <https://www.eb-nm.si/index.php/EB/article/view/17>
22. Kramar, Zupan, M. in Gradišek, A. (2025). Organizacijska kultura kot pomemben dejavnik uspešnosti uvajanja sprememb. *Revija za zdravstvene vede*, 11(2), 56–70. <https://doi.org/10.55707/jhs.v11i2.162>
23. Kurti, S., Dollani, P. in Kalaja, R. (2022). Managing public hospital care quality through a patient-centered approach: Evidence from a Balkan country. *Universal Journal of Public Health*, 10(6), 633–641. <https://doi.org/10.13189/ujph.2022.100611>
24. Leskovic, L. (2022). Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi: Samoocena vpliva izobraževanja in delovne dobe. *Revija za zdravstvene vede*, 9(1), 30–40. <https://doi.org/10.55707/jhs.v9i1.124>
25. Lypynska, O., Sviridova, S. in Balan, O. (2023b). The quality of providing medical services through the prism of management decisions. *Economic Journal Odessa Polytechnic University*, 3(25), 119–126. <https://doi.org/10.15276/ej.03.2023.13>
26. Mackfallen, G. A., Ntuli, A. K. in Albino, K. (2023). *Leadership and governance in primary healthcare: An exemplar for practice in resource limited settings*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003346821>
27. Marušič, D. (2022). *Management kakovosti. V Management zdravstvene nege. Založba Univerze na Primorskem*.
28. Mikec, A. (2021). *Študenti zdravstvene nege o raziskovanju in na dokazih temelječi zdravstveni negi [Magistrsko delo, Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani]*.
29. Mohammed, A. D. N., Saleh, A. M. A., Meqbel, A. H. N., Abdullah, A. H. J., Mohammed, A. Z. N., Ali, A. A. N. in Marzoug, A. R. A. (2019). Quality of nursing care management: Insights and best practices from a comprehensive review. *EPH - International Journal of Medical and Health Science*, 5(4), 32–37. <https://doi.org/10.53555/eijmhs.v5i4.217>
30. Nathan, S. (2024). Factors affecting quality of health care services in government facilities in Kakindo Health Centre IV in Kakumiro District. *IDOSR Journal of Experimental Sciences*, 10(1), 50–68. <https://doi.org/10.59298/idosr/jes/101.5068.1724>

31. Rahmadhani, W., Qomar, U. L. in Dorji, S. (2023). The effect of government policy management on the quality of health services. *Disease Prevention and Public Health Journal*, 17(1), 7–12. <https://doi.org/10.12928/dpphj.v17i1.5973>
32. Rotar Pavlič, D. (2022). Organiziranost zdravstvene dejavnosti. V *Management zdravstvene nege*. Založba Univerze na Primorskem.
33. Ruffin, T. R. (2018). Reflections and understanding of quality management in healthcare. V *Advances in medical technologies and clinical practice book series* (str. 153–174). <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-4074-8.ch009>
34. Salmi, Q. A., Fannah, J. A. in De Roodenbeke, E. (2024). The imperative of professionalising healthcare management: A global perspective. *Future Healthcare Journal*, 11(3), 100170. <https://doi.org/10.1016/j.fhj.2024.100170>
35. Smythe, A., Carter, V., Dube, A. in Cannaby, A. (2022). How a better understanding of nursing research roles may help to embed research into clinical structures. *British Journal of Nursing*, 31(17), 902–906. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.17.902>
36. Starc, J. (2019). Temelji menedžmenta. Univerza v Novem mestu, Fakulteta za ekonomijo in informatiko.
37. Sudherson, M., Atheena, M. P. S., Rashika, M., Aparna, N. in Kriya, S. M. (2023). Improving hospital management: Global insights for better patient care. *I-manager's Journal on Life Sciences*, 2(3), 42. <https://doi.org/10.26634/jls.2.3.20543>
38. Sugiono, S., Dede, D., Aliyah, H. A. H. in Ferdiansah, R. (2024). Influence of health energy services and confidence on patient successions in the provisions of eastern lamp. *Journal of Research in Social Science and Humanities*. <https://doi.org/10.47679/jrssh.v5i1.125>
39. Tamer, G. in Çetinkaya, H. (2018). Impact of quality management system on health institutions. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(2), 97. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1525267367>
40. Upadhyay, S. in Opoku-Agyeman, W. (2020). Improving healthcare quality in the United States healthcare system: A scientific management approach. *Journal of Hospital Administration*, 9(5), 19. <https://doi.org/10.5430/jha.v9n5p19>
41. Wasik, N. Z., Setiawan, D. in Ulum, N. A. S. (2024). Exploration of hospital management and organization strategies: A literature review of health services. *Journal of Managerial Sciences and Studies*, 2(2), 80–107. <https://doi.org/10.61160/jomss.v2i2.44>
42. Weaver, T. E., Lott, S., McMullen, P., Leaver, C. A., Zangaro, G. in Rosseter, R. (2022). Research focused doctoral nursing education in the 21st century: Curriculum, evaluation, and postdoctoral considerations. *Journal of Professional Nursing*, 44, 38–53. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.11.001>
43. Wulan, M. in Dorji, T. (2023). The effect of government policy management on the quality of health services. *Disease Prevention and Public Health Journal*, 17(1), 7–12. <https://doi.org/10.12928/dpphj.v17i1.5973>
44. Xie, H., Wei, X., Peng, X. in Prybutok, V. (2024). Relationship between quality management and organizational performance in the healthcare industry. *International Journal of Production Research*, 62(23), 8518–8536. <https://doi.org/10.1080/00207543.2024.2344657>

---

*Alja Mikec, doktorska študentka na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede in zaposlena na Šolskem centru Novo mesto, Srednji zdravstveni in kemijski šoli*

*E-naslov: alja.mikec@sc-nm.si*

*ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8821-2907>*

*Dr. Milena Kramar Zupan, docentka na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede in zaposlena v Splošni bolnišnici Novo mesto*

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

*ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2226-0194>*

## NAVODILA AVTORJEM

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

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

1. Prispevke z vašimi podatki pošljite na elektronski naslov uredništva: [urednistvo@jhs.si](mailto:urednistvo@jhs.si). Prispevek priložite v priložniški sporočila v MS Word in PDF obliki.
2. Prispevki lahko obsegajo do 30.000 znakov.
3. Vsak prispevek naj ima na posebnem listu naslovno stran, ki vsebuje ime in priimek avtorja, domači naslov, številko telefona, naslov članka, akademski in strokovni naslov, naslov ustanove, kjer je zaposlen in elektronski naslov. Če je avtorjev več, se navede zahtevane podatke za vsakega avtorja posebej. Prvi avtor, ki je publikacija v večji meri napisal, je med avtorji naveden na prvem mestu; vodilni avtor, ki je raziskavo zasnoval in vodil, je napisan na zadnjem mestu.
4. Znanstveni in strokovni prispevki morajo imeti povzetek v slovenskem (do 1.200 znakov s presledki) in v angleškem jeziku. Povzetek in ključne besede naj bodo napisani na začetku prispevka. Priložiti je treba tudi razširjeni povzetek (10.000 znakov s presledki) v angleškem jeziku.
5. Tabele in slike naj bodo vključene v besedilo 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, skladno z APA 7 načinom citiranja, in sicer:
  - za knjige: priimek in ime avtorja, leto izdaje, naslov, založba. Primer: Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
  - za članke v revijah: priimek in ime avtorja, leto objave, naslov članka, naslov revije, letnik, številka, strani. Primer: Orel, R. (2010). Sindrom razdražljivega črevesa. *Medicinski razgledi*, 49(4), 479–486.
  - za članke v zbornikih: priimek in ime avtorja, leto objave, naslov članka, podatki o knjigi ali zborniku, strani. Primer: Robida, A. (2013). Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. V B. Filej (ur.), *Celostna obravnava pacienta* (str. 7–16). Fakulteta za zdravstvene vede.
  - za spletne reference je obvezno navajanje spletne strani z imenom dokumenta. Primer: Brcar, P. (2003). Kako poskrbeti za zdravje šolarjev. Inštitut za varovanje zdravja RS. <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).

Dodatna navodila s primeri citiranja in navajanja literature ter virov so na spletni strani: [https://uni-nm.si/knjiznica/citiranje\\_in\\_navajanje\\_virov/](https://uni-nm.si/knjiznica/citiranje_in_navajanje_virov/)

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](mailto:urednistvo@jhs.si).

## INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

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

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

1. Papers with your information and abstracts should be sent to e-mail address: [editorial.office@jhs.si](mailto:editorial.office@jhs.si). The article should be attached to the e-mail in MS word and PDF format
2. Scientific papers may include up to 30,000 characters.
3. Each paper should have a separate sheet cover page that contains the name and surname of the author, home address, phone number, title of the article, academic and professional title, address of the institution where the author works and e-mail address. In the event that there are several authors, the Journal writes the required information for each author individually. The author that wrote most of the publication is listed among the authors in the first place; the lead author who designed and led the research is written in last place.
4. Scientific and professional papers should have an abstract in Slovene (up to 1,200 characters with spaces) and in English. The abstract and keywords should be written at the beginning of the paper. It should also be accompanied by an extended abstract (10,000 characters including spaces) in English.
5. Tables and figures should be appropriately included in the text where they belong. Images should also be attached as separate files in the corresponding image (jpg, bmp) or vector (eps) format.
6. The list of references should be arranged in alphabetical order of authors (APA 7 Style), as follows:
  - for books: surname and name of the author, publication year, title, publisher. Example: Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
  - for articles in journals: surname and name of the author, publication year, article title, journal title, volume, number, pages. Example: Orel, R. (2010). Sindrom razdražljivega črevesa. *Medicinski razgledi*, 49(4), 479–486.
  - for articles in proceedings: surname and name of the author, publication year, article title, information about the book or journal, pages. Example: Robida, A. (2013). Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. In B. Filej (ed.), *Celostna obravnava pacienta* (pp. 7–16). Fakulteta za zdravstvene vede.
  - for online references, it is compulsory to state the exact website along with the name of the document. Example: Brcar, P. (2003). How do the health of schoolchildren. Institute of Public Health. <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).

Additional instructions for citing are available on: [https://uni-nm.si/en/library/in\\_text\\_citations\\_and\\_references/](https://uni-nm.si/en/library/in_text_citations_and_references/). 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](mailto:editorial.office@jhs.si).