



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**IZOBRAŽEVALNE POTREBE IZVAJALCEV
PROGRAMOV SVETOVANJA ZA ZDRAVJE**

**EDUCATION AND TRAINING NEEDS IN
IMPLEMENTERS OF HEALTH
COUNSELLING PROGRAMS**

Mentorica: Erika Povšnar, pred.

Kandidatka: Alenka Gerjevič

Jesenice, september, 2015

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici Eriki Povšnar, pred., za sprejeto mentorstvo, svetovanje in potrpežljivost ter spodbudo pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi Saneli Pivač, mag. zdr. neg., spec. managementa, pred. in Andreji Krt Lah, dr. med., spec. javnega zdravja, pred. za recenzijo diplomskega dela.

Prav tako se zahvaljujem izvajalcem Programov svetovanja za zdravje zdravstvenih domov gorenjske, dolenske, mariborske in ljubljanske regije, ki so mi omogočili opravljanje raziskave ter si vzeli čas in izpolnili anketni vprašalnik.

Posebna zahvala velja moji družini in partnerju Anžetu, ki so me v času študija in pri nastajanju diplomskega dela spodbujali ter mi potrpežljivo stali ob strani in verjeli vame.

Najlepša hvala vsem, ki ste mi stali ob strani, me spodbujali in mi kadar koli pomagali na moji študijski poti.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Izobraževalne potrebe zdravstvenih delavcev so neposredno pogojene s področjem njihovega dela. Kot nosilci zdravstvenovzgojnega dela izvajalci potrebujejo kontinuirano izobraževanje.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti vsebinske in metodološke izobraževalne potrebe izvajalcev Programov svetovanja za zdravje ter ovire, ki nastajajo pri nadaljnjem izobraževanju.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja s pomočjo vprašalnika. Neslučajnostni namenski vzorec je vključeval 53 izvajalcev v zdravstvenih domovih gorenjske, dolenske, mariborske in ljubljanske regije. Odzivnost je bila 80,3 %. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS 20. Uporabili smo osnovne statistične parametre ter za ugotavljanje statistično pomembnih razlik t-test in Kendallov W-test.

Rezultati: 81 % izvajalcev Programov svetovanja za zdravje izvaja delavnice poleg rednega dela. Za delo se jih 47 % usposobi na temeljnem izobraževanju CINDI in 39 % v implementacijskih delavnicah. Največ znanj pridobijo s samoizobraževanjem, najmanj s formalnim izobraževanjem. Statistično pomembne razlike med formalnim in neformalnim izobraževanjem ter samoizobraževanjem ugotavljamo pri vsebinah: življenjski slog ($p = 0,034$), dejavniki tveganja ($p = 0,028$), prehrana, telesna dejavnost in nordijska hoja ($p = 0,001$) ter zdravo hujšanje ($p = 0,029$) in pri metodah razgovora ($p = 0,042$), diskusije ($p = 0,039$), dela s pisanimi viri ($p = 0,002$) in predavanja ($p = 0,045$). Potrebe po izobraževanju se kažejo na področju: depresije (PV = 4,00), psiholoških (PV = 3,98) in andragoških (PV = 3,57) znanj ter razvoja in vodenja skupine (PV = 3,59). Glavna ovira pri izobraževanju je neupoštevanje pridobljenih znanj pri nagrajevanju (PV = 3,74).

Razprava: Potrebe po izobraževanju izvajalci v največji meri zadovoljujejo z neformalnim izobraževanjem in samoizobraževanjem. Izobraževalne potrebe se kažejo predvsem na področju psihologije, pedagogike in andragogike ter na področju vodenja in razvoja skupine. Treba bi bilo odpraviti ovire neupoštevanja pridobljenih znanj pri nagrajevanju.

Ključne besede: CINDI delavnice, izobraževanje medicinskih sester, andragoški cikel
– izobraževalne potrebe, izobraževalne ovire, zdravstvena vzgoja.

ABSTRACT

Theoretical grounds: Educational needs of healthcare workers are directly connected to the field of their work. As implementators of health care and education activities, contractors require continuous training.

Aims: The objective of this thesis is to determine the content, methodological and educational needs of contractors implementing the Health Consultation Programmes and the obstacles that arise in further training.

Methods: The survey was conducted using the quantitative method of empirical research and a questionnaire. Non-random purposive sample included 53 contractors in healthcare centres in the Gorenjska and Dolenjska regions, and in towns of Maribor and Ljubljana. The response rate was 80.3%. The data was processed using the SPSS 20 software. The basic statistic parameters were used and statistically significant differences were determined by using the t-test and Kendall's W-test.

Results: In total, 81% of contractors implementing the Health Consultation Programmes hold their workshops in addition to their regular work. 47% of the contractors are trained for this work within the framework of the CINDI programme and 39% are trained at implementation workshops. They obtain most knowledge through self-study and some through formal training. Statistically significant differences between formal and informal training and self-study were determined for the following contents: lifestyle ($p = 0.034$), risk factors ($p = 0.028$), nutrition, physical activity and Nordic walking ($p = 0.001$), healthy diet ($p = 0.029$) and the following methods: talking ($p = 0.042$), discussion ($p = 0.039$), working with written resources ($p = 0.002$), and lectures ($p = 0.045$). The needs for training have been expressed in the following fields: depression ($PV = 4.00$), psychological knowledge ($M = 3.98$), andragogical knowledge ($M = 3.57$), development and management ($M = 3.59$). The main obstacle for conducting training is a lack of recognition of the obtained knowledge when it comes to rewards ($M = 3.74$).

Discussion: For the most part, contractors satisfy their training needs through informal training and self-study. Educational needs have been expressed especially in the fields of psychology, andragogy, management and development of groups. It would be necessary to remove the obstacles which occur due to a lack of recognition of the obtained knowledge when it comes to rewards.

Key words: CINDI workshops, training of nurses, andragogical cycle – educational needs, educational obstacles, healthcare training.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	IZOBRAŽEVALNE POTREBE	3
2.1.1	Izobraževanje	3
2.1.2	Izobraževanje odraslih	4
2.1.3	Metode in oblike izobraževanj odraslih	5
2.1.4	Andragoški cikel in ugotavljanje potreb po izobraževanju	7
2.1.5	Problemi/ovire pri izobraževanju	9
2.2	IZOBRAŽEVALNE POTREBE MEDICINSKIH SESTER	10
2.2.1	Zdravstvenovzgojno svetovalno delo zdravstvenih delavcev	11
2.2.2	Programi svetovanja za zdravje – program CINDI	13
2.2.3	Potrebe izvajalcev po izobraževanju v zdravstvenovzgojnih centrih	14
3	EMPIRIČNI DEL.....	17
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	17
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	17
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	18
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	18
3.3.2	Opis merskega instrumenta	18
3.3.3	Opis vzorca	19
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	21
3.4	REZULTATI.....	21
3.5	RAZPRAVA.....	32
4	ZAKLJUČEK	37
5	LITERATURA	39
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Programi svetovanja za zdravje v zdravstvenovzgojnem centru kot edina zaposlitev	22
Slika 2: Oblike opravljanja dela (izvajanje Programov svetovanja za zdravje)	23
Slika 3: Izobraževalni programi, ki so se jih udeležili izvajalci delavnic	25
Slika 4: Čas, namenjen samoizobraževanju	27
Slika 5: Mnenja izvajalcev o praktičnih izkušnjah o oblikah in metodah dela, pridobljenih v formalnem izobraževanju.....	28
Slika 6: Mnenja izobraževalcev o skladnosti izobraževanj s potrebami, ki jih zaznajo med udeleženci programov	32

KAZALO TABEL

Tabela 1: Preverjanje zanesljivosti merskega instrumenta.....	19
Tabela 2: Odzivnost anketiranih po posameznih zdravstvenih domovih.....	20
Tabela 3: Delovno mesto izvajalcev Programov svetovanja za zdravje	21
Tabela 4: Področja rednega dela izvajalcev Programov svetovanja za zdravje	22
Tabela 5: Čas sodelovanja izvajalcev v Programih svetovanja za zdravje.....	23
Tabela 6: Vrste delavnic, v katerih sodelujejo izvajalci.....	24
Tabela 7: Razlogi izvajalcev za vključitev v Programe svetovanja za zdravje.....	24
Tabela 8: Ocena izvajalcev o pridobljenih znanjih iz posameznih vsebinskih področij glede na različne vrste izobraževanj.....	26
Tabela 9: Ocena izvajalcev o znanju iz posameznih metod oziroma načinov dela glede na različne vrste izobraževanj.....	27
Tabela 10: Potrebe izvajalcev po dodatnem znanju glede na vsebine delavnic Programov svetovanja za zdravje.....	29
Tabela 11: Potrebe izvajalcev po metodoloških znanjih v delavnicah Programov svetovanja za zdravje.....	29
Tabela 12: Potrebe izvajalcev Programov svetovanja za zdravje po drugih podpornih znanjih.....	30
Tabela 13: Mnenja izvajalcev Programov svetovanja za zdravje o najpogostejših problemih/ovirah, ki nastajajo pri izobraževanju	30
Tabela 14: Ocena izvajalcev Programov svetovanja za zdravje o najpogostejših problemih/ovirah, ki nastajajo pri izobraževanju, glede na starost izvajalcev	31

SEZNAM KRAJŠAV

KNB kronične nenalezljive bolezni

KOPB kronična obstruktivna pljučna bolezen

NPPPSŽB Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni

ZD zdravstveni dom

1 UVOD

Izobraževanje in usposabljanje se nanašata na spoznavanje, sprejemanje, podajanje in/ali ustvarjanje znanja, razvijanje spretnosti, osebnih in poklicnih zmožnosti ter vrednot (Ložar, et al., 2012). Za nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvenih sistemov pa mora biti izobraževanje za medicinske sestre obravnavano celovito (Cronenwett, et al., 2007). Zaposleni v zdravstveni dejavnosti si ne morejo predstavljati napredka brez kontinuiranega izobraževanja. Izobražujejo se ne le zase, temveč skušajo svoja znanja na različnih predavanjih, seminarjih in tečajih na čim preprostejši in razumljiv način posredovati celotni populaciji (Bijelić, 2010).

Proces pridobivanja znanja pomembno določajo družbene okoliščine in potrebe (Jelenc, 2008). Izobraževanje odraslih dobiva vse večji pomen zaradi hitrega razvoja in nenehnih sprememb (Bračič, 2009). Izobraževanje odraslih je proces, ki obogati življenje vseh, ki v njem sodelujejo. Osredotočeno je na odraslega udeleženca, mentorja in organizatorja. Zasnovano je na potrebah, ciljih in aspiracijah udeležencev (Rečnik, et al., 2004).

Za začetek enaindvajsetega stoletja lahko z gotovostjo zapišemo, da je tudi v slovenskem prostoru svetovalna dejavnost postala pomemben del kompleksnega in celovitega področja izobraževanj odraslih. Strokovni delavci različnih strok in poklicev v izobraževanju odraslih za izpeljevanje svetovalne dejavnosti potrebujejo vse kompleksnejša in interdisciplinarnejša znanja. V pogovoru s strokovnimi delavci, ki delajo tudi kot svetovalci, je bilo poudarjeno, da je poleg pedagoško-andragoškega in psihološkega znanja pomembno, da svetovalec zna voditi kakovosten svetovalni proces, da so pomembne njegove osebne lastnosti, prepričanja in vrednote, predvsem pa, da zna spodbujati in motivirati odraslega, da sam postane aktiven (Jelenc Krašovec, et al., 2007).

Svetovalec na področju zdravja in zdravega načina življenja se srečuje z različnimi skupinami ljudi. V nekaterih se zbirajo osebe, ki želijo nadaljevati z zdravim načinom življenja, v drugih na primer tiste, ki bi rade prenehale z neko nezdravo razvado ali pa

se želijo aktivno spoprijeti s posledicami prebolele bolezni, itn. Zaradi specifičnih težav, ki jih imajo posamezniki, in zaradi upoštevanja interesov posameznih skupin mora biti izobraževalno in svetovalno delo po vsebini in metodah prilagojeno potrebam in željam skupin in posameznikov. Ta dejavnost zahteva od svetovalca – medicinske sestre znanja, ki presegajo področje zdravstva oziroma zdravstvene nege (Gnezda, 2009).

Eno izmed pomembnih področij zdravstvenovzgojnega dela predstavljajo tudi Programi svetovanja za zdravje tako imenovane CINDI delavnice, ki potekajo v zdravstvenovzgojnih centrih na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Cilja programov sta sprememba oziroma izboljšanje življenjskega sloga in s tem zdravja posameznikov ter zmanjšanje dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) (Povšnar, 2013). Izvajalci Programov svetovanja za zdravje so večinoma diplomirane medicinske sestre. V diplomskem delu se bomo osredotočili na potrebe izvajalcev Programov svetovanja za zdravje po izobraževanju.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 IZOBRAŽEVALNE POTREBE

Izobraževalna potreba se rojeva ob neki želji, ki bi jo radi uresničili, ali ob nekem problemu, ki ga je treba rešiti. Problem ali želja motivirata človeka, ker v njem generirata nujno, da bi problem rešil, in na ta način ustvarjata izobraževalno potrebo, ki je tako močna, kolikor je problem ali želja za posameznika pomemben (Govekar - Okoliš & Ličen, 2008).

Ličen in sodelavci (2012) navajajo, da je za izvajalce izobraževalnih dejavnosti (projektov, programov in svetovanja) pomembno, da znajo identificirati in razumeti nove potrebe po izobraževanju v nastajanju (kako nastanejo potrebe) in kje nastanejo (na različnih ravneh). To pomeni ugotavljanje potreb na osebni ravni (posameznikove potrebe), v okolju organizacije, društvih (potrebe institucije) in globalnih potreb (družbene potrebe). Za načrtovalce oziroma izvajalce izobraževalnih dejavnosti pa je pomembno tudi, da znajo pridobiti ustrezne informacije, jih analizirati in izločiti niz potreb po izobraževanju, glede na katere bodo oblikovali cilje in izbirali vsebine izobraževanja.

Cilji in potrebe so lahko v različnih povezavah skladni, lahko pa si nasprotujejo (npr. potrebe posameznika/organizacije), zato je dobro, da zna izvajalec evalvirati (presojeti) obstoječe stanje (znanje, spretnosti), presojeti dogajanja v okolju in oblikovati izbrano skupino potreb po izobraževanju. Za vse to pa izvajalec potrebuje specifično znanje o izbiri ustreznih instrumentov (metode zbiranja podatkov), aplikaciji instrumentov in sami interpretaciji podatkov (Ličen, et al., 2012).

2.1.1 Izobraževanje

Ferjan (2005, p. 16) definira izobraževanje kot vzgojno-izobraževalni proces pridobivanja formativnih in informativnih znanj, spretnosti in navad ter oblikovanja vrednot, ki poteka pod vodstvom usposobljenega učitelja, je ciljno usmerjen in poteka na osnovi znanstvenih spoznanj.

Izobraževanje lahko razdelimo v dve veliki skupini: formalno izobraževanje, ko posameznik z zaključkom pridobi formalno (uradno) stopnjo izobrazbe ali poklicno kvalifikacijo, in neformalno izobraževanje, ko posameznik svoje znanje izpopolnjuje, se usposablja za nove metode dela, veščine in spretnosti ter s tem ne pridobi stopnje izobrazbe (Hrovatič, 2006). Neformalno pridobivanje znanja ima v družbi neprecenljivo vrednost in predstavlja obvezno dopolnilo »formalnemu«. Ponekod so v pojmu neformalno pridobljeno znanje zajeta splošnejša znanja, drugje pa so se usmerili bolj na širše in ožje izseke poklicnega dela (Keleva, 2006). Ne glede na to, da vseživljenjskega učenja ne moremo vezati zgolj na poklicno delo in kariero, pa obstaja dejstvo, da so rezultati neformalnega izobraževanja, samoizobraževanja, priložnostnega ali informalnega učenja ključni za uspešen razvoj posameznika (Muršak, 2006).

2.1.2 Izobraževanje odraslih

Izobraževanje odraslih pomeni vse dejavnosti, v katerih sodelujejo odrasli z namenom, da bi si pridobili znanje, spretnosti, oblikovali stališča in vrednote. V teh opredelitvah je zajeto izobraževanje, ki je organizirano z namenom, da se odrasli učijo. Izobraževanje odraslih kot organizirana dejavnost se je doslej razvijalo predvsem v dveh sklopih. Prvi sklop ponuja izobraževanje, ki razvija potrebne zmožnosti za razvoj kariere, za uspešnost in učinkovitost odraslega na delu, drugi sklop pa kritične pristope do družbenega dogajanja, ki razvijajo kritičnost do družbenih razmer z namenom, da bi spreminjali življenje v skupno dobro (Ličen, 2006).

Izobraževalni program je opredeljen na podlagi svoje vsebine kot niz aktivnosti, ki so organizirane zato, da bi dosegli vnaprej določen cilj oziroma specificiran niz izobraževalnih nalog. Področje izobraževanja se osebi praviloma določi posredno z izobraževalnim oziroma študijskim programom, v katerega je vključena ali ki ga je zaključila. »Področje izobraževanja« je predmetno specifična značilnost (vsebina) programa. Področja izobraževanja so na primer: tehnika, proizvodne tehnologije in gradbeništvo, zdravstvo in sociala (Ložar, et al., 2012).

Vilič Klenovšek in Rupert Jerca (2011) navajata, da se ponudba in izpeljevanje informacijskih in svetovalnih dejavnosti v izobraževanju odraslih lahko razlikujeta

glede na to, kdo svetovalno delo ponuja in kje se izpeljuje, katere zvrsti prevladujejo, katerim skupinam odraslih je svetovalna dejavnost namenjena, kdo jo financira in kakšni so cilji svetovalne pomoči. Za ustrezno izpeljevanje teh dejavnosti pa morajo biti strokovni delavci ustrezno usposobljeni. Ivanuša Bezjak (2006) navaja, da je razvoj znanosti in tehnologije ključni dejavnik, ki nas sili k nenehnemu izobraževanju in usposabljanju. Vseživljenjsko izobraževanje postaja človekova pravica, obveznost ter sestavni del dela in življenja. Samo medicinske sestre, ki se nenehno izobražujejo, bodo lahko kos novim zahtevam tržišča. Korpič Hrovat (2007) pa navaja, da je dolžnost in pravica medicinskih sester do stalnega izobraževanja in usposabljanja v skladu s potrebami delovnega procesa zaradi ohranitve spodobnosti za delo na delovnem mestu, širitve sposobnosti za delo na delovnem mestu ter ohranitve zaposlitve delavca pri delodajalcu.

Cilji izobraževanja odraslih so družbeno in individualno pogojeni. Odrasli se izobražujejo zaradi različnih potreb po znanju, spretnostih in nadaljnjem razvoju osebnostnih lastnosti. Ko se odrasli izobražujejo, njihovo pridobljeno znanje, sposobnosti, osebnostne lastnosti pripomorejo k razvoju družbe, boljšim odnosom v družbi, razvoju določene stroke, gospodarstva, tehnologije itd. Njihovo pridobljeno znanje, sposobnosti in osebnostne lastnosti najbolj oblikujejo njih same. Izobraževanje skrbi za družbeno in individualno dobrobit odraslih, oboje naj bi delovalo čim bolj medsebojno povezano. Kako odrasli pridobijo novo znanje, kje in kakšno znanje ter v kolikšnem času, je odvisno tako od izvajalca izobraževanja kot tudi od posameznika, od tega, koliko je motiviran, kakšne učne navade ima in kakšne so njegove sposobnosti za učenje. Pomembno vlogo imajo tudi jasno postavljeni cilji izobraževanja. Širjenje in razvoj izobraževanja odraslih potekata zaradi širjenja in razvoja družbe, gospodarstva, tehnologije. Na drugi strani pa se mora izobraževanje razvijati zaradi razvoja ljudi (Govekar - Okoliš & Ličen, 2008).

2.1.3 Metode in oblike izobraževanj odraslih

Prostovoljno gasilsko društvo Kamnik (2007) navaja več klasifikacij učnih metod. V najbolj grobi delitvi klasificira učne metode na tri kategorije, in sicer na metode

masovnega izobraževanja odraslih, metode skupinskega izobraževanja odraslih in metode individualnega izobraževanja odraslih.

V metodah masovnega izobraževanja odraslih so najprimernejše metode frontalnega dela, kot so: predavanja, demonstracija s pomočjo filma, kombinacija kulturne prireditve itd. Prevladujejo metode neformalnega izobraževanja (izobraževalna dejavnost knjižnic, dnevnega tiska, knjižni trg). Najpogostejša organizacijska oblika pridobivanja znanja, v kateri povprečna učna skupina šteje 20–25 slušateljev, je metoda skupinskega izobraževanja odraslih. Skupinske metode vzgojno-izobraževalnega dela običajno potekajo v večernih šolah, kjer si odrasli pridobijo določeno formalno izobrazbo (končujejo osnovno ali srednjo šolo), v šolah za starše, na tečajih tujih jezikov, v političnih šolah, na raznih tečajih in seminarjih, s katerimi se po formalni poti prenašajo manjše enote znanja. Andragoški delavec mora upoštevati značilnosti skupine s klimo, ki vlada v skupini, aktivnostjo, predznanjem in izkušnjami članov skupine ter s hierarhijo, nastalo po položaju v učni skupini. Vodja izobraževalnega programa z učno skupino vzpostavi tesnejše stike kot z udeleženci oziroma poslušalci masovnih predavanj. Metode individualnega izobraževanja odraslih zajemajo predvsem različne oblike posamičnega izobraževanja, kjer stopa učitelj v neposreden stik z enim učencem in s pomočjo napisanega gradiva, slik, pripravljenega filma ali drugih pripomočkov prenaša znanje na drugo osebo (Kralj, 2006).

Hozjan (n.d.) pa najpogostejše učne metode odraslih razdeli na metode predavanja, metode razgovora, metode diskusije, metode igranja vlog, metode proučevanja primerov in metode dela s pisanimi viri. Opredeli tudi najpogostejše oblike izobraževanj odraslih, in sicer tečaje, seminarje, mentorstvo, konzultacije, učne ali študijske krožke in inštrukcije. Muršak (2006) navaja, da so oblike izobraževanj različne in odvisne od obsega znanja, ki jih lahko posameznik pridobi, načina izobraževanja, trajanja, formalne veljavnosti zaključka ipd.

2.1.4 Andragoški cikel in ugotavljanje potreb po izobraževanju

V slovenskem okolju in na območju bivše Jugoslavije se je za označevanje celotnega procesa izobraževanja odraslih uveljavil izraz andragoški cikel (Govekar - Okoliš & Ličen, 2008). Vsebinsko in metodično oblikovanje posameznega izobraževalnega projekta za odrasle običajno poteka po fazah andragoškega ciklusa (Rečnik, et al., 2004):

- ugotavljanje potreb (interesi, aktualne in predvidene potrebe, aspiracije posameznikov),
- programiranje (izbor vsebin glede na učne cilje in skupino),
- priprava (osnovni izvedbeni model, trajanje intenzivnosti, učne metode, sredstva, prostor in oprema),
- izvedba (avtonomno učenje, koordinacija, usmerjanje, svetovanje andragoga),
- evalvacija oziroma vrednotenje doseženih rezultatov (začetna, sprotna, končna evalvacija).

Uspešnost izobraževanja odraslih, ki ga sestavlja niz različnih elementov, je odvisna od njihove strukturiranosti, medsebojnega odnosa in povezanosti v celovit in dopolnjujoč se sistem postopkov. Postopki priprave, izvedbe in vrednotenja, ki so dejansko podsistemi izobraževanja, se dopolnjujejo v smiselno zaporedje in omogočajo doseganje izobraževanja. Doseganje ciljev izobraževanj s progresivnim razvojem postopkov dokazuje pomembnost notranje strukture in povezanost med elementi sistema ter tudi njihovo zaporedje, ki je zelo pomembno, da zaradi tega govorimo o posameznih fazah izobraževanja, o izobraževanju pa kot o ciklu, poimenovanem andragoški cikel (Miglič, 2005).

Raziskovanje in ugotavljanje izobraževalnih potreb je temeljna stopnja izobraževalne dejavnosti, od katere so usodno odvisne vse nadaljnje stopnje, zato jo moramo realizirati celovito in sistematično (Jereb, n.d.). Potrebe moramo ugotavljati večplastno z večfaznim postopkom: z analizo dejavnosti, za katere je posameznika ali skupino treba usposobiti, z določanjem znanja, spretnosti ali drugih osebnostnih lastnosti, ki ji za tako dejavnost potrebujemo, z ugotavljanjem posameznikovega znanja in izkušenj (tudi v skupini) ter z določanjem potrebe po izobraževanju (Rečnik, et al., 2004).

Prva stopnja andragoškega ciklusa je ugotavljanje posameznikovih potreb (z osebo naredimo razgovor oziroma opravimo intervju, da ugotovimo obstoječe znanje, pričakovanja, učne navade, stališča in motivacijo). Sledi ugotavljanje institucionalnih potreb, kjer moramo vzpostaviti stik z vodjem same institucije (za ugotavljanje določenih potreb, kot so finančno stanje organizacije, možnosti prostora itd.). Pri tem moramo upoštevati sam razvoj institucije, delo organizacije, planiranje, vizijo in motivacijske dejavnike za zaposlene. Zadnja stopnja je ugotavljanje potreb skupnosti in družbe (kar pomeni kontinuirano sledenje spremembam, zahtevam skupnosti/družbe in razvoju ter vzpostavitev komunikacije s posamezniki/skupnostjo/organizacijo (Hozjan, n.d.).

Druga stopnja andragoškega ciklusa zajema načrtovanje izobraževanja. Opredeljuje najboljše možnosti za doseganje izobraževalnih ciljev in vsebuje temeljne sestavine izobraževalnega programa (namen izobraževanja, glavne izobraževalne cilje in potrebne ukrepe). V tej stopnji se določijo trajanje izobraževanj, število in termini izvedb, finančna kalkulacija, potrebne prostorske kapacitete in drugi potrebni pogoji. Za načrtovanjem izobraževanja sledi njegovo programiranje. Končni izid te stopnje je program izobraževanja, v katerem se določijo ime programa, ciljna skupina udeležencev, učni cilji, trajanje programa, vsebina in oblika programa ter metode dela. V sami pripravi in organizaciji izobraževanja izberemo izvajalce programa in njihovo morebitno pedagoško-andragoško usposabljanje, organizacijsko in tehnično pripravo izobraževanja (rezervacija/ureditev prostorov), obveščanje izobraževanja, pri daljših oblikah izobraževanja vpisovanje udeležencev in pri velikem številu udeležencev razporejanje v skupine. V predzadnji stopnji andragoškega ciklusa govorimo zgolj o izpeljavi izobraževanja. To je od trenutka, ko se udeleženci vključijo v proces izobraževanja, pa do trenutka, ko odidejo. V zadnji stopnji andragoškega ciklusa pa vrednotimo izobraževanje. Na tej stopnji poteka ugotavljanje, v kolikšni meri izobraževalni program uresničuje zastavljene izobraževalne cilje. Viri podatkov za vrednotenje izobraževanja so udeleženci izobraževanja (izjave udeležencev), izvajalci izobraževanj (vtisi in analiza, ki so lahko zbrani s pomočjo vprašalnika), naročniki oziroma tisti, ki so dali pobudo za izobraževanje, ter drugi deležniki (poslovni partnerji, sodelavci) (Morano, 2013).

Rezultati raziskave (Birman Forjanič, et al., 2008), v kateri so ugotavljali potrebe izobraževalcev, ki so se jih zavedali pri svojem vsakdanjem delu, kažejo, da njihove potrebe izhajajo iz potreb odraslih (posebne potrebe in individualna obravnava udeležencev, temeljno andragoško znanje itd.), iz novonastajajočega učnega okolja (kakšno je sodelovanje z okoljem, elektronsko učenje, oblikovanje gradiva), iz sodelovanja med izobraževalci in njihovim potrebam (timsko delo, sodelovalno učenje, sodelovanje med učitelji in z okoljem), iz družbenih okoliščin (globalizacija, zakonodajne in demografske spremembe) in iz posebnosti razvoja delovnih nalog, ki jih izobraževalci opravljajo (svetovanje v izobraževanju, projektni menedžment, organizator izobraževanja), ter s tem povezanih kompetenc.

2.1.5 Problemi/ovire pri izobraževanju

Rečnik in sodelavci (2004) navajajo, da je pri vključevanju odraslih v učenje pomembno prepoznati ovire, ki odraslim otežujejo učenje. Te lahko nastanejo pred ali med izobraževanjem. Razdelimo jih na: situacijske, ki izhajajo iz posameznikovega trenutnega položaja in se izražajo v pomanjkanju časa, prostoru za učenje, stroških za izobraževanje ter družinskih situacijah (družinske obveznosti), dispozicijske, ki se povezujejo s psihosocialnimi značilnosti posameznika, to so samopodoba, samozavest, prepričanja, sposobnosti, in institucionalne/organizacijske ovire, ki zadevajo neustrezno ponudbo izobraževalnega programa, vpisne pogoje, premajhno podporo zavoda/sodelavcev, neskladja med realnimi in želenimi organizacijskimi pogoji.

Čelebičeva (2012) pojasnjuje, da je pomembna ovira za vključitev posameznikov v izobraževanje tudi v oddaljenosti kraja izobraževanja. Če bi se lahko odrasli vključevali v izobraževalne dejavnosti v svojem okolju, bi to pomembno pripomoglo tudi k izboljšanju stanja v družbi. Možnosti za učenje pa bi morale biti organizirane tako, da zadovoljijo tako potrebe posameznika kot družbene potrebe. To pomeni, da bi morali biti izobraževalni programi in različne izobraževalne dejavnosti prilagojeni potrebam in interesom posameznika ter ne le družbenim potrebam, kar bi povečalo motivacijo odraslih za vključevanje v izobraževanje. Pomemben problem oziroma pogosta ovira pri izobraževanju so tudi visoki stroški, ki si jih posameznik ne more privoščiti. Prav zato

bi morali nekatere materialne spodbude odraslim za izobraževanje nujno preoblikovati tako, da bi bil posameznik deležen vnaprejšnjega financiranja države.

2.2 IZOBRAŽEVALNE POTREBE MEDICINSKIH SESTER

Medicinska sestra je oseba, ki je zaključila najmanj dvanajstletno splošno in/ali strokovno izobraževanje in končala visoko strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege ter ji je ustrezní organ podelil pravico za samostojno delo v zdravstveni dejavnosti (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006, p. 6). Ko ji ustrezní organ podeli pravico za opravljanje samostojnega dela v zdravstveni dejavnosti, lahko zadovoljuje potrebe po zdravstveni negi ter izvaja zdravstveno vzgojo, razvojno-raziskovalno delo in izobraževanje v okviru svojih kompetenc (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006).

Izobraževanje medicinskih sester sestoji iz teoretičnega in praktičnega usposabljanja z namenom pripraviti jih na njihove dolžnosti kot strokovnjake zdravstvene nege (Wikipedija, 2009). Za kakovostno in učinkovito opravljanje poklica pa se morejo dodatno izpopolnjevati, pridobivati nova znanja in spretnosti ter slediti novostim in razvoju stroke (Šinko, 2010). Zato se lahko medicinske sestre in zdravstveni tehniki strokovno izpopolnjujejo tudi na neformalni način z različnimi oblikami funkcionalnih izobraževanj na ravni zavoda, tečajih, seminarjih, učnih delavnicah, kongresih in simpozijih. Za strokovno izpopolnjevanje se šteje tudi udeležba zaposlenih na mednarodnih strokovnih srečanjih (Kaučič, 2005). Ker ima izobraževanje medicinskih sester velik vpliv na varnost pacientov in končne rezultate zdravstvene nege, ugotovitve kažejo, da je treba storiti še več tudi na področju izboljšanja odnosa medicinskih sester do nadaljevalnega formalnega izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi (Altmann, 2012). Zavedati se je treba, da bomo le z znanjem in višjo strokovnostjo pripomogli k dvigu splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva, višji kakovosti življenja posameznika, večji produktivnosti in razvoju družbe nasploh. Z znanjem in razvojem stroke se razvijata tudi samozavest in samopodoba medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, ki sta bistveni za napredek (Kaučič, 2005).

Izobraževalne potrebe medicinskih sester so konkretno zmeraj neposredno pogojene s področjem njihovega dela (Prince & Nelson, 2011; Park & Jung, 2014). Na področju promocije zdravja in vzgojnega svetovalnega dela veljajo medicinske sestre za glavne nosilke vseh aktivnosti promocije in izobraževanja pacientov, vendar te aktivnosti pogosto niso sistematično organizirane in jih medicinske sestre opravljajo priložnostno ter na podlagi lastne presoje in motivacije (Kemppainen, et al., 2013). Glavni problem pri implementaciji promocije zdravja in vzgojnega svetovalnega dela v dejavnosti zdravstvene nege je v številnih primerih pomanjkanje celostne organizacije tako samih promocijskih in vzgojnih svetovalnih aktivnosti kot tudi izobraževanja medicinskih sester za te aktivnosti (Whitehead, 2007). Izobraževalne potrebe medicinskih sester na področju vzgojnega svetovalnega dela pri tem niso vezane zgolj na znanja, ki jih medicinska sestra posreduje pacientu, temveč tudi na načine in tehnike posredovanja informacij (Reed, et al., 2011).

2.2.1 Zdravstvenovzgojno svetovalno delo zdravstvenih delavcev

Skrb za zdravje danes ni več le ozek interes posameznika, temveč vse bolj postaja tudi skrb družbe – ni le zasebna, temveč tudi družbena dobrina. Bistvo primarne preventive je zaščita in promocija zdravja (Čakš, 2011, p. 4).

Zdravstvena vzgoja s svetovanjem za ohranitev in krepitev zdravja je sestavni del sistema zdravstvenega varstva na primarni ravni ter spada med najpomembnejše naloge in oblike dela v osnovni zdravstveni dejavnosti (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005, čl. 7). Pokriva področje vse od preprečevanja bolezni in promocije optimalnega zdravja do zaznave bolezni in zdravljenja, rehabilitacije in skrbi na dolgi rok (Glanz, et al., 2008). Je vsaka kombinacija učnih izkušenj, namenjena za pomoč posameznikom in skupnostim, da izboljšajo svoje zdravje s povečanjem zdravja in vplivanjem na vedenje (World Health Organization, 2009).

Z zdravstveno vzgojo na primarni ravni želimo doseči ravnanje, ki krepi zdravje in posledično preprečuje zbolevanje, saj je namenjena zdravemu prebivalstvu. Doseči želimo čim višjo stopnjo zdravstvene prosvetljenosti, motivacijo in navsezadnje odgovornost za lastno zdravje. Primarni vidik je torej posredovanje informacij, kar

pomeni pripraviti ljudi, da bodo skrbeli za svoje zdravje (Hoyer, 2005). Nosilci primarne zdravstvene vzgoje so zdravstvene organizacije, vzgojno-izobraževalne institucije, sredstva množičnega obveščanja, centri prostočasnih aktivnosti in programi dobrega počutja ter vse sorodne organizacije, katerih cilj je učiti o zdravem življenjskem slogu (Zurc, 2010).

Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni zajema različne skupine prebivalstva, vendar še vedno zdrave ljudi. Njena naloga je opozarjati na nevarnosti za zdravje, ki izhajajo iz življenjskega in delovnega okolja. Udeležence želimo usposobiti za samopomoč in samoopazovanje. Na tej ravni so nosilci sredstva javnega obveščanja in specializirane organizacije, ki obravnavajo posameznike z določenimi zdravstvenimi težavami (Zurc, 2010).

Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni pomeni skrb za ljudi, saj je zdravje že prizadeto. Udeležence želimo usposobiti, da bodo znali preprečevati ponovitev bolezni oziroma kakovostno živeti z nastalo spremembo, kar pomeni, da je namenjena pacientom, invalidom in seveda njihovim svojcem. Nosilci na tej ravni so zdravstvenovzgojne dejavnosti, bolnišnice, zdravilišča, instituti, dispanzerji in patronažna služba (Hoyer, 2005).

Zdravstveni vzgojitelji so pomemben del zdravstvenega tima, katerih naloga je zagotavljanje izobraževanja. Vendar pa se postavlja vprašanje, ali so dovolj pripravljeni za to nalogo (Ettienne - Gittens, et al., 2012). Zdravstvenovzgojno delo je za enkrat praviloma v pristojnosti zdravstvenih delavcev, večinoma diplomiranih medicinskih sester in profesorice zdravstvene vzgoje. Skozi program izobraževanja so pridobile znanje s področja andragogike, didaktike, metodike in raziskovalnega dela, saj je stroka zdravstvene nege že pred desetletjem ugotovila, da so to znanja in veščine, ki jih medicinske sestre skozi svoje izobraževanje ne pridobijo v zadostni meri, za zdravstvenovzgojno svetovalno delo z odraslimi pa so nujno potrebne (Gnezda, 2009).

V procesu zdravstvene vzgoje je izredno pomembna andragogika, saj so v zdravstvenovzgojni učni proces na vseh treh ravneh zdravstvene vzgoje večinoma

vključeni odrasli. Značilnost izobraževanja odraslih je preoblikovanje obstoječega znanja, najtežje pri odraslih je spreminjanje stališč in vrednot, kar pa je eden izmed glavnih ciljev zdravstvene vzgoje (Hoyer, 2005).

Številne študije so pokazale, da medicinske sestre zaznajo in razumejo izobraževanje pacientov kot pomemben del svoje vsakdanje prakse in kot posebno odgovornost. Študije so tudi pokazale, da medicinske sestre, ki zaznajo višjo stopnjo odgovornosti v svojih poučevalnih vlogah, opravljajo dejavnost poučevanja pogosteje (Friberg, et al., 2012).

2.2.2 Programi svetovanja za zdravje – program CINDI

Breme, ki ga KNB – srčno-žilne bolezni, rak, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), sladkorna bolezen in duševne motnje – povzročajo gospodarstvu, zdravstvenim sistemom in družbam vseh držav, članic evropske regije, zahteva iskanje učinkovitejših strategij za reševanje težav na mednarodni, nacionalni in lokalni ravni (World Health Organization, 2004). Prav zato smo v obdobju po letu 2001 v Sloveniji zelo uspešno ustvarili celovit program primarne preventive bolezni srca in ožilja (Fras, et al., 2008). Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni (NPPPSŽB) je organiziran državni program, ki poteka pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje ter pod strokovnim vodenjem in koordiniranjem dejavnosti CINDI Slovenija (Zdravstveni dom Slovenj Gradec, 2015).

Države članice CINDI uporabljajo populacijske strategije za zmanjševanje KNB, s katerimi spodbujajo prebivalce k zdravemu načinu življenja in ustvarjajo zdravju naklonjeno družbeno okolje. Hkrati pa uporabljajo tudi individualne pristope pri tako imenovanem »visokem tveganju«, katerih cilj je zmanjševanje najpogostejših dejavnikov tveganja in ogroženosti za kronične bolezni s pomočjo preventivnih ukrepov na ravni posameznika (World Health Organization, 2004).

Ministrstvo za zdravje je v slovenskem okolju oblikovalo enainšestdeset zdravstvenovzgojnih centrov, ki v okviru NPPPSŽB tvorijo nacionalno mrežo za izvajanje programa zdravstvene vzgoje in promocije zdravja za odraslo populacijo.

Prednost vseh teh centrov je v tem, da so razpršeni po celotni Sloveniji in delujejo v okviru zdravstvenih domov, kar zagotavlja dobro dostopnost vseh zainteresiranih (Vrbovšek, 2012).

Kot že omenjeno, se Programi svetovanja za zdravje ali CINDI delavnice izvajajo v zdravstvenovzgojnih centrih po standardiziranem programu, ki ima določeno vsebino, obseg, čas trajanja, metodo in organizacijo dela ter opredeljen kader (Jelenc & Vrbovšek, 2011).

CINDI delavnice so sestavljene iz začetnega dela programa, ki ga predstavljajo kratke delavnice (življenjski slog, test hoje na 2 km in dejavniki tveganja), ter nadaljevalnega programa, ki zajema daljše delavnice (zdrava prehrana, zdravo hujšanje, telesna dejavnost – gibanje, »da, opuščam kajenje«) (Povšnar, 2008). Program je strukturiran tako, da posameznik najprej vstopa v uvodni del programa, v katerem se udeleži krajših delavnic, nadalje pa se glede na ogroženost, obolevnost in prisotne dejavnike tveganja vključuje v nadaljevalni del programa, ki zajema daljše delavnice, in v individualno svetovanje za opuščanje kajenja. Sestavni del Programov svetovanja za zdravje pa je tudi svetovanje za tvegane pive alkohola, ki se izvaja pri osebnih zdravnikih (Jelenc & Vrbovšek, 2011). V letu 2014 so v okviru posameznih zdravstvenovzgojnih centrov v zdravstvenih domovih po celi Sloveniji začeli izvajati tudi delavnice podpore pri spoprijemanju z depresijo (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015).

2.2.3 Potrebe izvajalcev po izobraževanju v zdravstvenovzgojnih centrih

Kot že omenjeno, je preprečevanje zdravstvenih težav možno doseči z izobraževanjem populacije (Weaver, et al., 2008). Zato je nujno, da se izvajalci preventivnega programa v zdravstvenovzgojnih centrih stalno strokovno izpopolnjujejo z redno udeležbo na strokovnih srečanjih NPPPSŽB. Izvajalci so namreč dolžni svoja znanja ves čas nadgrajevati in slediti najsodobnejšim spoznanjem na področju medicine, zdravstvene nege, fizioterapije, metodike zdravstvene vzgoje, javnega zdravja in promocije zdravja (Vrbovšek, et al., 2011).

V okviru Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije (CINDI Slovenija, n.d.) se organizira in izvaja redni 14-dnevni Program temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini, katerega temeljni sestavni del je 8-dnevna CINDI šola za promocijo zdravja in preprečevanje KNB v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini, v kateri se izvajalci Programov svetovanja za zdravje seznanijo s ključnimi javnozdravstvenimi problemi v Sloveniji in Evropi s ključnimi celostnimi strategijami za njihovo preprečevanje in obvladovanje. Izvajalci se seznanijo z NPPPSŽB in s ključnimi dejavniki tveganja za KNB ter z možnostmi ukrepanja na področjih promocije zdravja in odkrivanja ter obravnave posameznikov z visokim tveganjem za razvoj KNB. Drugi sestavni del so 6-dnevne delavnice o izvajanju zdravstvenovzgojnih programov v praksi, tako imenovane implementacijske delavnice, v katerih se izvajalci usposobijo za izvajanje posameznih zdravstvenovzgojnih delavnic in individualnega svetovanja za opuščanje kajenja, obsegajo pa naslednje vsebine: promocija zdravja v lokalni skupnosti in delovanje zdravstvenovzgojnega centra, izvajanje Programov svetovanja za zdravje v zdravstvenovzgojnih centrih, zdravo prehrano, telesno dejavnost – gibanje, zdravo hujšanje in da, opuščam kajenje.

Program temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja ter preprečevanja KNB v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini je izključno namenjen zdravstvenim delavcem in sodelavcem iz zdravstvenih domov (zdravstvenovzgojnih centrov) ter izvajalcem, ki vstopajo v sistem izvajanja zdravstvenovzgojnih delavnic in individualnih svetovanj v Programih svetovanja za zdravje (v okviru NPPPSŽB) ter se tega izobraževanja še niso udeležili, pri svojem delu pa potrebujejo dodatna znanja o svetovanju in zdravstveno tveganih vedenjih ter pomagajo pri njihovem opuščanju. Prav tako pa je namenjen tudi zdravstvenim delavcem in sodelavcem iz regijskih zavodov za zdravstveno varstvo, ki bodo prevzeli aktivno vlogo pri regijski koordinaciji izvajanja NPPPSŽB (CINDI Slovenija, n.d.).

V okviru Nacionalnega inštituta za javno zdravje poteka projekt Skupaj za zdravje, ki prehaja v drugo fazo, ki je osredotočena na pripravo in izvedbo pilotnega testiranja prenovljenih programov preventivnega zdravstvenega varstva za otroke, mladostnike in

odrasle. V okviru tega projekta se v prihodnosti načrtuje tudi izobraževanje izvajalcev (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

V zdravstvenovzgojnih centrih medicinske sestre izvajajo zdravstveno vzgojo, katere namen je spodbuditi posameznika in skupine prebivalcev, da bi skrbeli za ohranjanje lastnega zdravja (Zdravstveni dom Ljubljana, n.d.). KNB namreč predstavljajo glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti tako v Sloveniji kot v svetu (Hlastan Ribič, 2010). Medicinske sestre kot izvajalke zdravstvenovzgojnega dela morajo v zdravstvenovzgojnih centrih imeti občutek empatičnosti, realnosti in razumevanja posameznika, spoštovati morajo vsakega posameznika ter imeti sposobnost poslušanja in vzpostavljanja partnerskih odnosov oziroma vzpostavitve sodelovalnih odnosov s sodelavci v timu zdravstvenovzgojnih centrov. Pomembne so tudi pozitivna naravnost in motiviranost pri nujenju pomoči za spreminjanje življenjskega sloga ter navsezadnje pripravljenost stalnega strokovnega izpopolnjevanja in opora v menedžmentu delovne organizacije (Vrbovšek, et al., 2011). Še posebej pomembni sta etičnost in kakovost svetovalčevega dela. Kompleksnejša, kot je dejavnost, pomembnejše je razvijati in izpeljevati svetovalno delo, ki temelji na visoki strokovnosti dela izobraževalca, njegovi profesionalnosti in etičnosti delovanja ter pripravljenosti za sodelovanje in povezovanje z drugimi subjekti v polju izobraževanja in učenja odraslih. Prav zato je danes še posebej pomembna skrb za ustrezno usposobljene izobraževalce odraslih, ki delujejo tudi kot svetovalci. Njihove potrebne kompetence (znanje, izkušnje, spretnosti in vrednote) so lahko različne glede na vloge in naloge, ki jih opravljajo. Vsekakor pa velja, da so nekatere kompetence ključne in temeljne vsem, ne glede na strokovni profil ali delovno mesto, ki ga opravljajo (Vilič Klenovšek & Rupert, 2011). Pomembno je še, da svojo kompetentnost tudi sproti vzdržujejo s kontinuiranim izobraževanjem in pri tem dokazujejo, da so kompetentni za to, kar opravljajo (Krajnc, 2010).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil ugotoviti izobraževalne potrebe in ovire, ki jih pri izobraževanju doživljajo izvajalci Programov svetovanja za zdravje iz zdravstvenih domov gorenjske, dolenjske, mariborske in ljubljanske regije.

V ta namen so zastavljeni naslednji cilji diplomskega dela:

C1: Ugotoviti izobraževalne potrebe izvajalcev Programov svetovanja za zdravje z vsebinskega vidika.

C2: Ugotoviti izobraževalne potrebe izvajalcev Programov svetovanja za zdravje z metodološkega vidika.

C3: Ugotoviti glavne izobraževalne ovire, ki nastajajo pri vključevanju izvajalcev Programov svetovanja za zdravje v nadaljnje izobraževanje.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kje so izvajalci programov pridobili znanja za delo v Programih svetovanja za zdravje?
- Kakšna so mnenja izvajalcev Programov svetovanja za zdravje o obsegu in vrsti znanja, ki so ga pridobili z vsebinskega področja?
- Kakšna so mnenja izvajalcev Programov svetovanja za zdravje o obsegu in vrsti znanja, ki so ga pridobili s področja metodike dela?
- Iz kakšnih razlogov so se izvajalci Programov svetovanja za zdravje vključili v Program temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini?
- Kakšne potrebe po izobraževanju imajo izvajalci Programov svetovanja za zdravje z vsebinskega vidika izvajanja programov?
- Kakšne potrebe po izobraževanju imajo izvajalci Programov svetovanja za zdravje z metodološkega vidika izvajanja programov?
- Kakšno je mnenje izvajalcev Programov svetovanja za zdravje o ovirah, ki jih doživljajo pri izobraževanju?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili deskriptivno (opisno) metodo dela. Raziskava je temeljila na neeksperimentalno-kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe teoretičnega in empiričnega dela (vprašalnik) raziskave smo vsebino oblikovali na podlagi analize domače ter tuje strokovne in znanstvene literature, dostopne v splošnih in strokovnih knjižnicah Slovenije. Za iskanje slovenske literature in virov smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. Rezultate smo iskali pod naslednjimi ključnimi besedami: izobraževanje, izobraževanje medicinskih sester, izobraževanje odraslih, neformalno izobraževanje, izobraževalne potrebe, andragoški cikel. Za iskanje tuje literature pa smo uporabili mednarodne podatkovne tuje baze CINAHL, PUBMED in SpringerLink ter tudi vire prek spletnega brskalnika Google. Uporabili smo naslednje ključne besede: educational needs, training of nurses, education and training needs in implementers of health counselling programs.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo kvantitativne raziskave smo uporabili metodo anketiranja. Vprašalnik smo sestavili na osnovi pregleda strokovne literature o izobraževalnih potrebah izvajalcev Programov svetovanja za zdravje (Muršak, et al., 2006; Prostovoljno gasilsko društvo Kamnik, 2007; Hozjan, n.d.; Rečnik, et al., 2004). Sestavljen je bil iz dveh sklopov. V prvem sklopu so bili izpostavljeni socialno-demografski kazalniki (spol, starost, stopnja in vrsta izobrazbe, naziv oziroma poklic, ki so si ga pridobili, trenutno delovno mesto in zdravstveni dom, v katerem so vključeni v izvajanje CINDI delavnic). Sledila so vprašanja o času, načinu opravljanja dela. Drugi tematski sklop pa je vseboval vprašanja o znanju iz posameznih vsebinskih področij in metod dela, izobraževalnih potrebah ter ovirah, ki nastajajo pri vključevanju v izobraževanje. Vprašalnik je sestavljalo 15 zaprtih vprašanj, 3 odprta vprašanja in 7 vprašanj, pri katerih je uporabljena lestvica stališč (Likertova lestvica). Pri Likertovi lestvici anketiranci ocenjujejo z ocenami od 1 do 5. Zanesljivost vprašalnika smo preverjali s Cronbachovim alpha testom, katerega vrednosti nam prikazuje tabela 1.

Tabela 1: Preverjanje zanesljivost merskega instrumenta

Vprašanja	Cronbachov alpha test	Zanesljivost
13. vprašanje – Razlogi izvajalcev za vključitev v Programe svetovanja za zdravje	0,499	Nespremenljiva
14.a vprašanje – Ocena izvajalcev o pridobljenih znanjih s posameznih vsebinskih področij v formalnem izobraževanju	0,910	Odlična
14.b vprašanje – Ocena izvajalcev o pridobljenih znanjih s posameznih vsebinskih področij v neformalnem izobraževanju	0,870	Dobra
14.c vprašanje – Ocena izvajalcev o pridobljenih znanjih s posameznih vsebinskih področij v samoizobraževanju	0,872	Dobra
16.a vprašanje – Ocena izvajalcev o znanju iz posameznih metod oziroma načinov dela v formalnem izobraževanju	0,946	Odlična
16.b vprašanje – Ocena izvajalcev o znanju iz posameznih metod oziroma načinov dela v neformalnem izobraževanju	0,931	Odlična
16.c vprašanje – Ocena izvajalcev o znanju iz posameznih metod oziroma načinov dela v samoizobraževanju	0,927	Odlična
18. vprašanje – Potrebe izvajalcev po dodatnem znanju glede na vsebine delavnic Programov svetovanja za zdravje	0,935	Odlična
19. vprašanje – Potrebe izvajalcev po metodoloških znanjih v delavnicah Programov svetovanja za zdravje	0,865	Dobra
20. vprašanje – Potrebe izvajalcev Programov svetovanja za zdravje o drugih podpornih znanjih	0,928	Odlična
21. vprašanje – Mnenja izvajalcev Programov svetovanja za zdravje o najpogostejših problemih/ovirah, ki nastajajo pri izobraževanju	0,723	Dobra

Tavakol in Dennick (2011) navajata, da rezultati pomenijo, da je pri vseh vprašanjih zanesljivost dobra oziroma odlična, razen pri 13. vprašanju, za katerega je izračunana zanesljivost slaba oziroma nespremenljiva.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskovalni nalogi smo uporabili neslučajnostni (nerandomizirani) namenski vzorec, namenjen izvajalcem Programov svetovanja za zdravje v zdravstvenih domovih gorenjske (v zdravstvenih domovih Škofja Loka, Bled, Kranj, Tržič, Radovljica in Bohinj), ljubljanske (v zdravstvenih domovih Ljubljana Bežigrad, Ljubljana Center, Ljubljana Vič - Rudnik, Ljubljana Moste - Polje in Ljubljana Šiška), mariborske (v zdravstvenih domovih Maribor, Lenart in Ptuj) in dolenjske (v zdravstvenih domovih Črnomelj, Novo mesto in Trebnje) regije. V vseh omenjenih zdravstvenih domovih je bilo po osebem in ustnem dogovoru razdeljenih 2–6 vprašalnikov. Skupno je bilo razdeljenih 66 vprašalnikov, vrnjenih pa 53, kar pomeni 80,3-odstotno realizacijo vzorca. Skupaj je bilo iz gorenjske regije vrnjenih 23 vprašalnikov (88,4-odstotna

realizacija vzorca), iz ljubljanske regije 12 vprašalnikov (75-odstotna realizacija vzorca), iz mariborske regije 8 vprašalnikov (66,6-odstotna realizacija vzorca) in iz dolenjske regije 10 vprašalnikov (83,3-odstotna realizacija vzorca). Podrobnejša predstavitev odzivnosti anketiranih po posameznih regijah in zdravstvenih domovih je prikazana v tabeli 2.

Tabela 2: Odzivnost anketiranih po posameznih zdravstvenih domovih

Zdravstveni domovi (ZD)	Število poslanih vprašalnikov	Število vrnjenih vprašalnikov	Realizacija vzorca
Gorenjska regija	26	23	88,4 %
ZD Škofja Loka	2	1	
ZD Bled	3	3	
ZD Bohinj	3	3	
ZD Radovljica	6	6	
ZD Kranj	5	5	
ZD Tržič	5	5	
ZD Jesenice	2	0	
Ljubljanska regija	16	12	75 %
ZD Ljubljana Bežigrad	5	5	
ZD Ljubljana Center	2	1	
ZD Ljubljana Vič - Rudnik	2	1	
ZD Ljubljana Moste - Polje	2	2	
ZD Ljubljana Šiška	3	3	
ZD Ljubljana Šentvid	2	0	
Mariborska regija	12	8	66,6 %
ZD Maribor	3	3	
ZD Lenart	3	3	
ZD Ptuj	2	2	
ZD Ormož	2	0	
ZD Slovenske Bistrice	2	0	
Dolenjska regija	12	10	83,3 %
ZD Črnomelj	2	2	
ZD Novo mesto	3	3	
ZD Trebnje	5	5	
ZD Metlika	2	0	
SKUPAJ	66	53	80,3 %

V raziskavi je sodelovalo 47 žensk (88,7 %) in 6 moških (11,3 %). 46,9 % jih je bilo starih od 46 do 55 let. Najvišja dosežena stopnja izobrazbe izvajalcev Programov svetovanja za zdravje je bila podiplomska – specialistična (3,8 %), najnižja pa srednješolska stopnja izobrazbe (5,7 %). Kar 62,3 % izvajalcev Programov svetovanja za zdravje je dokončalo visokošolsko strokovno stopnjo izobrazbe. Med vrstami študija pa je prevladoval poklic diplomirane medicinske sestre (60,0 %).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je po predhodni pridobitvi soglasja zavodov potekalo v zdravstvenih domovih gorenjske, dolenske, ljubljanske in mariborske regije od meseca decembra do meseca aprila 2015. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost podatkov, seznanjeni so bili z namenom in cilji raziskave. Rezultati raziskave so bili uporabljeni izključno v namen diplomskega dela. Pridobljene podatke smo obdelali z deskriptivno statistiko s pomočjo računalniškega programa SPSS 20. Za spremenljivke smo ugotavljali frekvence, odstotke, mere srednjih vrednosti (aritmetično sredino) in mere razpršenosti (standardni odklon). Statistično pomembne razlike smo ugotavljali s t - testom za neodvisne vzorce in s Kendallovim W-testom, s katerim smo preverjali razlike v povprečjih med tremi skupinami; statistično pomembnost je predstavljala vrednost $p \leq 0,05$. S Cronbachovim koeficientom smo preverjali zanesljivost vprašalnika. Vprašanja odprtega tipa so predstavljena opisno. Za statistični prikaz podatkov smo uporabili tabele in grafe.

3.4 REZULTATI

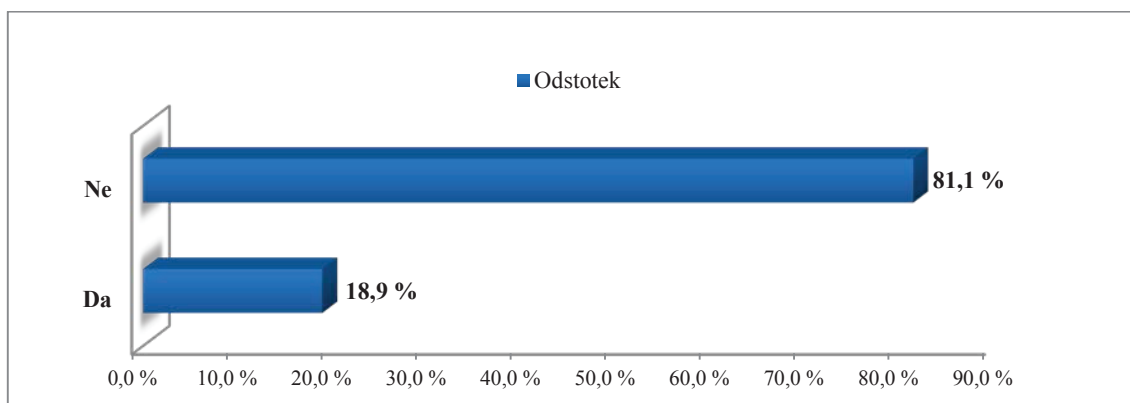
Rezultate prikazujemo glede na postavljena raziskovalna vprašanja.

Tabela 3: Delovno mesto izvajalcev Programov svetovanja za zdravje

Delovno mesto izvajalcev Programov svetovanja za zdravje	F	%
Fizioterapija	5	9,4
Koordinator zdravstvene vzgoje in promocije zdravja	7	13,2
Diplomirana medicinska sestra v promociji zdravja in zdravstveni negi	13	24,4
Svetovalka promocije zdravja	1	1,9
Izvajalka CINDI delavnic in referenčna ambulanta	1	1,9
Glavna medicinska sestra	2	3,8
Referenčna ambulanta	2	3,8
Diplomirana medicinska sestra v patronažni službi	16	30,2
Vodja zdravstvene nege	1	1,9
Strokovni sodelavec	1	1,9
Psiholog	1	1,9
Laborant	1	1,9
Vaditelj	1	1,9
Srednja medicinska sestra v ambulanti	1	1,9
Skupaj	53	100,0

Opomba: F = frekvenca, % = odstotek

Tabela 3 prikazuje, da je najpogostejše delovno mesto izvajalcev Programov svetovanja za zdravje v patronažni službi, saj je tako odgovorilo 30,2 % diplomiranih medicinskih sester, sledijo diplomirane medicinske sestre v promociji zdravja in zdravstveni negi, kjer je skupno zaposlenih 24,4 % anketiranih. Le 1,9 % jih je zaposlenih kot srednja medicinska sestra v ambulanti.



Slika 1: Programi svetovanja za zdravje v zdravstvenovzgojnem centru kot edina zaposlitev

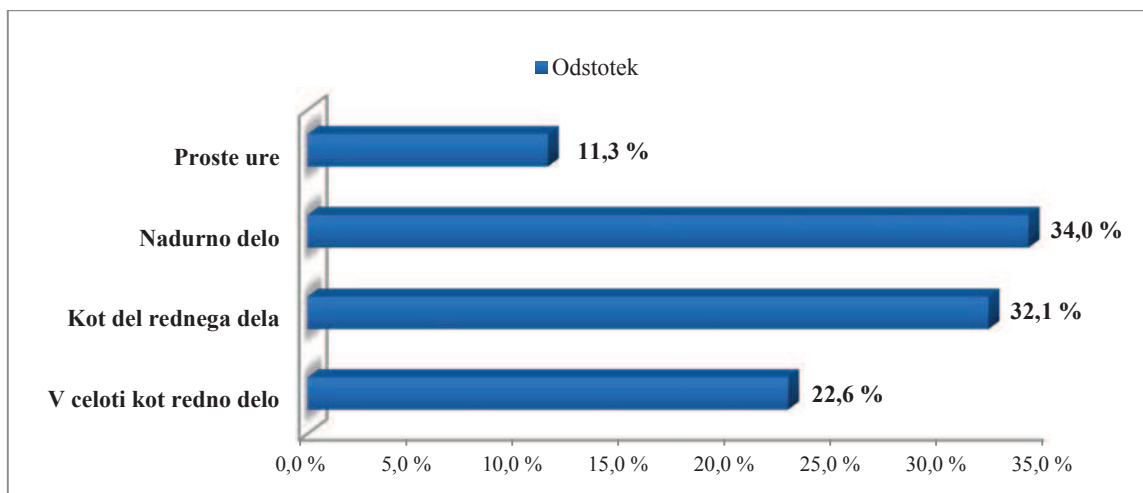
Iz slike 1 lahko razberemo, da je največ (81,1 %) izvajalcev Programov svetovanja za zdravje odgovorilo, da izvajanje Programov svetovanja za zdravje ni njihova edina zaposlitev.

Tabela 4: Področja rednega dela izvajalcev Programov svetovanja za zdravje

Področja rednega dela izvajalcev	F	%
Zdravstvena in zobozdravstvena vzgoja predšolskih otrok, šolarjev in mladine	9	22,5
Edukacija diabetikov v specialističnih ambulantah za sladkorne bolnike	3	7,5
Avdiometrija in preprečevanje bolnišniških okužb	1	2,5
Vodenje zdravstvenovzgojnega centra	1	2,5
Pljučni dispanzer in delo v referenčni ambulanti	1	2,5
Glavna medicinska sestra	3	7,5
Preventiva in kurativa v patronažni zdravstveni negi	12	30,0
Paliativna zdravstvena nega	2	5,0
Vodja zdravstvene nege in reševalec	1	2,5
Izvajanje fizioterapije v ambulantah	4	10,0
Sistemski pregledi 3-letnikov in medicinska hipnoza	1	2,5
Laborant	1	2,5
Pospeševanje prodaje	1	2,5
Skupaj	40	100,0
Ni odgovora	3	

Opomba: F = frekvenca, % = odstotek

V tabeli 4 smo poleg zaposlitve v izvajanju Programov svetovanja za zdravje ugotavljali tudi področja rednega dela izvajalcev. Med najpogostejšimi področji rednega dela je patronažna služba s 30,0 %, sledi pa ji zdravstvena in zobozdravstvena vzgoja predšolskih otrok, šolarjev in mladine z 22,5 %.



Slika 2: Oblika opravljanja dela (izvajanje Programov svetovanja za zdravje)

Slika 2 prikazuje, v kakšni obliki izvajalci opravljajo delo (izvajanje Programov svetovanja za zdravje). Največ, to je 34,0 %, jih to delo opravlja kot nadurno delo, 32,1 % izvajalcev pa kot del rednega dela. V celoti kot redno delo to delo opravlja 22,6 % izvajalcev, kot proste ure pa 11,3 %.

Tabela 5: Čas sodelovanja izvajalcev v Programih svetovanja za zdravje

Čas sodelovanja izvajalcev v Programih svetovanja za zdravje	F	%
0–5 let	15	29,4
6–9 let	12	23,4
Nad 10 let	24	47,2
Skupaj	51	100,0
Ni odgovora	2	
Skupaj	53	

Opomba: F = frekvenca, % = odstotek

Tabela 5 prikazuje odgovore na vprašanje, koliko časa izvajalci sodelujejo v Programih svetovanja za zdravje. Ugotovili smo, da kar 24 izvajalcev (47,2 %) sodeluje v Programih svetovanja za zdravje že več kot 10 let.

Tabela 6: Vrste delavnic, v katerih sodelujejo izvajalci

Vrste delavnic, v katerih sodelujejo izvajalci	F	%
Promocija zdravja	25	12,1
Test hoje	39	18,9
Dejavniki tveganja	28	13,6
Zdrava prehrana	24	11,7
Telesna aktivnost – gibanje	21	10,2
Šola zdravega hujšanja	29	14,1
Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja	14	6,8
Podporna delavnica pri spoprijemanju z depresijo	10	4,9
Individualno svetovanje za opuščanje kajenja	14	6,8
Individualno svetovanje za tvegano pitje alkohola	2	1,0
Skupaj	206	100,0

Opomba: F = frekvenca, % = odstotek

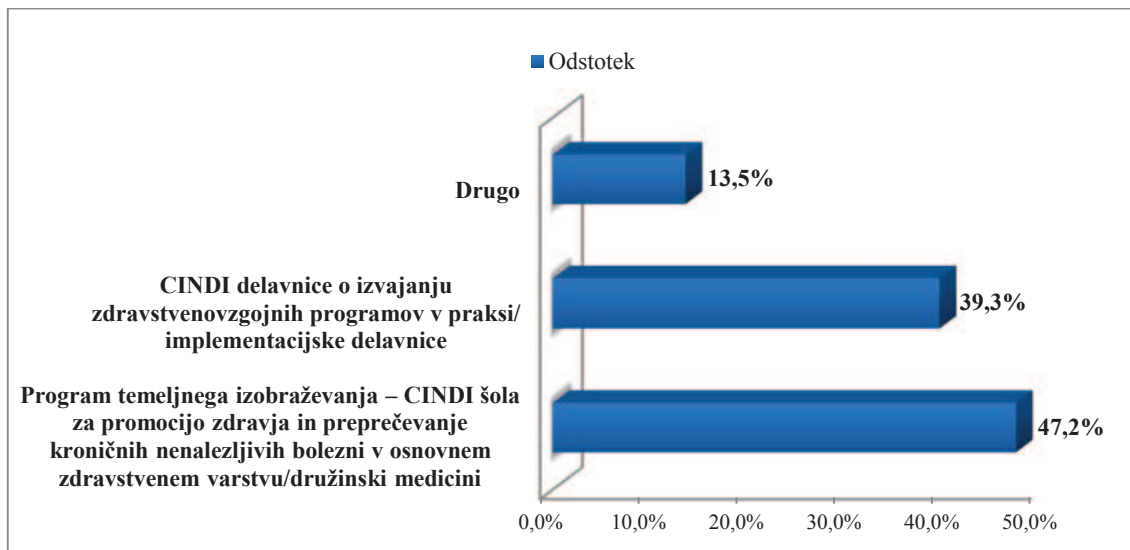
Iz tabele 6 lahko razberemo, katere delavnice izvajajo izvajalci Programov svetovanja za zdravje. Kar 39 (18,9 %) izvajalcev izvaja delavnico test hoje. Sledijo šola zdravega hujšanja s 14,1 % in dejavniki tveganja s 13,6 %. Le 2 izvajalca (1,0 %) pa izvajata individualno svetovanje za tvegano pitje alkohola.

Tabela 7: Razlogi izvajalcev za vključitev v Programe svetovanja za zdravje

Razlogi	N	PV	SO
Zaradi potreb, povezanih z delom	53	4,19	1,14
Zaradi potreb, povezanih z osebnostnim razvojem	51	3,94	1,19
Zaradi zahteve zavoda	52	4,04	1,34
Zaradi nacionalne zahteve programa CINDI	48	3,81	1,57

Opomba: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam

Tabela 7 prikazuje, zaradi katerih potreb oziroma zahtev so se izvajalci Programov svetovanja za zdravje vključili v Program izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini. Najpogostejši razlog za vključitev v omenjen program, pri katerem so bili tudi najbolj enotni, so bile potrebe, povezane z delom (PV = 4,19; SO = 1,14), sledijo zahteve zavoda (PV = 4,04; SO = 1,34), nato potrebe, povezane z osebnostnim razvojem (PV = 3,94; SO = 1,19), in nacionalne zahteve programa CINDI (PV = 3,81; SO = 1,57).



Slika 3: Izobraževalni programi, ki so se jih udeležili izvajalci delavnic

Slika 3 prikazuje, v katere izobraževalne programe so se izvajalci vključili za izvajanje delavnic. Največ izvajalcev (47,2 %) se je vključilo v Program temeljnega izobraževanja – CINDI šola za promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini. V CINDI delavnice o izvajanju zdravstvenovzgojnih programov v praksi (implementacijske delavnice) pa se je vključilo 35 izvajalcev (39,3 %). Imeli so tudi možnost prostega odgovora in tako je svoj odgovor podalo 12 (13,5 %) izvajalcev. Najpogostejši odgovor je bil udeležba na tečajih za izvajalce rekreacij odraslih (OWN zone tečaj, nordijska hoja).

V tabeli 8 so zbrani podatki ocen o znanju, ki so ga izvajalci pridobili z različnimi vrstami izobraževanja. Izvajalci so najboljšo oceno s posameznih vsebinskih področij v formalnem izobraževanju namenili življenjskemu slogu (PV = 3,75; SO = 1,05), najslabšo oceno pa nordijski hoji (PV = 2,57; SO = 1,55). Najboljšo oceno s posameznih vsebinskih področij v neformalnem izobraževanju so prav tako namenili življenjskemu slogu (PV = 4,02; SO = 0,80), najslabšo oceno pa prav tako nordijski hoji (PV = 3,00; SO = 1,43). Pri samoizobraževanju pa so izvajalci namenili najboljšo oceno prehrani (PV = 4,30; SO = 0,89), najslabšo oceno pa alkoholu (PV = 3,30; SO = 1,18). Kot je razvidno iz primerjave med različnimi oblikami izobraževanja, ima formalno

izobraževanje v povprečju najnižjo oceno pridobljenega znanja, medtem ko ima najvišjo samoizobraževanje.

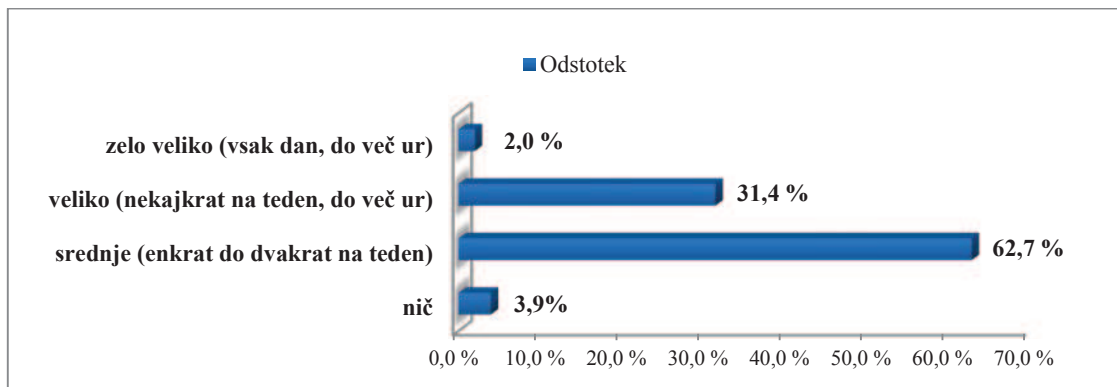
Tabela 8: Ocena izvajalcev o pridobljenih znanjih iz posameznih vsebinskih področij glede na različne vrste izobraževanj

Vsebina	Formalno izobraževanje		Neformalno izobraževanje		Samoizobraževanje		Kendallov W-test	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Življenjski slog	3,75	1,05	4,02	0,80	4,29	0,81	0,066	0,034
Dejavniki tveganja za bolezni srca in ožilja	3,68	1,01	4,00	0,74	4,10	0,94	0,070	0,028
Prehrana	3,63	1,19	3,90	0,92	4,30	0,89	0,133	0,001
Telesna dejavnost – gibanje	3,17	1,18	3,56	0,96	4,10	0,89	0,192	0,000
Nordijska hoja	2,57	1,55	3,00	1,43	3,54	1,28	0,192	0,000
Telesna masa in zdravo hujšanje	3,54	1,28	3,78	1,05	4,08	0,92	0,071	0,029
Opuščanje kajenja	3,04	1,31	3,24	1,24	3,37	1,21	0,029	0,237
Alkohol	2,65	1,25	3,14	1,25	3,30	1,18	0,102	0,007
Depresija	2,88	1,31	3,22	1,35	3,40	1,44	0,055	0,063
Povprečje	3,21		3,54		3,83			

Opomba: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; lestvica: 1 – nič, 2 – zelo malo, 3 – nimam pravega mnenja, 4 – veliko, 5 – zelo veliko; p = vrednost statistično pomembne razlike ($p \leq 0,05$)

S Kendallovim W-testom pri posameznih ocenah pridobljenega znanja preverjamo še skladnost ocen med izvajalci, pri čemer lahko ugotovimo, da se ocene posameznih izvajalcev zelo razlikujejo, saj znaša vrednost koeficienta konkordance med 0,03 do največ 0,19. Medtem pa rezultati Kendallovega W-testa kažejo, da obstajajo statistično pomembne razlike med formalnim, neformalnim in samoizobraževanjem pri določenih vsebinah. Statistično pomembne razlike obstajajo pri življenjskem slogu ($p = 0,034$), dejavnikih tveganja za bolezni srca in ožilja ($p = 0,028$), prehrani, telesni dejavnosti in nordijski hoji ($p = 0,001$), telesni masi in zdravem hujšanju ($p = 0,029$) ter alkoholu ($p = 0,007$).

Slika 4 prikazuje, koliko časa namenijo izvajalci Programov svetovanja za zdravje samoizobraževanju. Največ izvajalcev, to je 32 (62,7 %), mu nameni srednje veliko časa (enkrat do dvakrat na teden). 16 (31,4 %) izvajalcev nameni samoizobraževanju veliko časa (nekajkrat na teden, do več ur). Le 1 (2,0 %) izvajalec pa nameni samoizobraževanju zelo veliko časa (tudi vsak dan, do več ur).



Slika 4: Čas, namenjen samoizobraževanju

Tabela 9: Ocena izvajalcev o znanju iz posameznih metod oziroma načinov dela glede na različne vrste izobraževanj

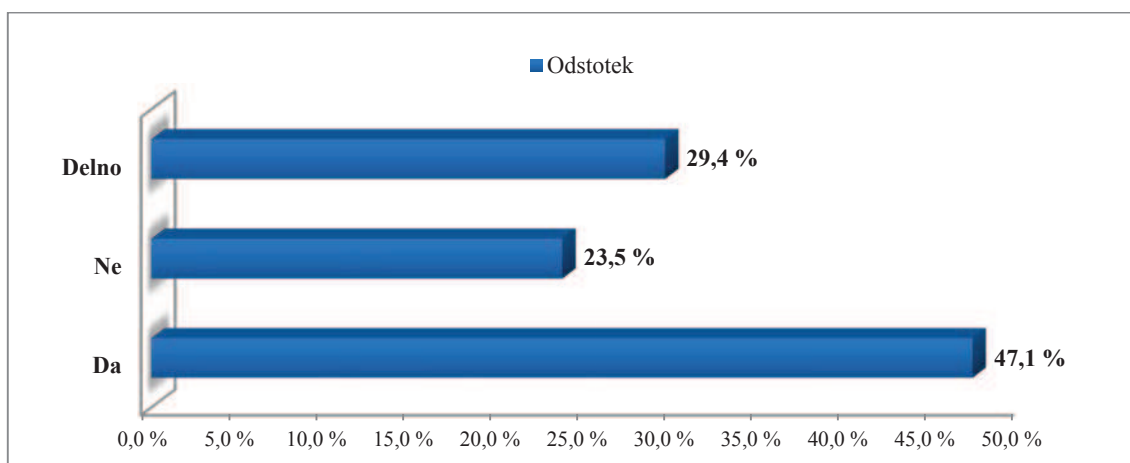
Metode/načini	Formalno izobraževanje		Neformalno izobraževanje		Samoizobraževanje		Kendallov W-test	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Metode masovnega izobraževanja	2,64	0,98	2,75	1,21	2,81	1,21	0,049	0,100
Metode skupinskega izobraževanja	2,96	1,03	3,21	1,13	3,29	1,15	0,047	0,106
Metode individualnega izobraževanja	2,96	1,18	2,96	1,22	3,37	1,30	0,096	0,011
Metoda predavanja	3,21	1,09	3,37	1,07	3,55	1,08	0,065	0,045
Metoda razgovora	3,17	0,98	3,29	1,08	3,62	1,03	0,069	0,042
Metoda diskusije	3,22	0,99	3,16	1,12	3,54	1,13	0,069	0,039
Metoda igranja vlog	2,94	1,12	3,08	1,11	3,19	1,14	0,013	0,555
Metoda proučevanja primerov	2,98	1,12	3,17	1,22	3,31	1,17	0,051	0,091
Metoda dela s pisanimi viri	3,04	1,03	3,08	1,23	3,58	1,07	0,135	0,002
O svetovanju	3,22	1,10	3,36	1,14	3,50	1,15	0,019	0,410
O motivacijskem intervjuju	2,88	1,24	3,08	1,23	3,02	1,38	0,033	0,229
Povprečje	3,02		3,14		3,34			

Opomba: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; lestvica: 1 – nič, 2 – zelo malo, 3 – nimam pravega mnenja, 4 – veliko, 5 – zelo veliko; p = vrednost statistično pomembne razlike ($p \leq 0,05$)

V tabeli 9 so zbrani podatki ocene o znanju, ki so ga izvajalci Programov svetovanja za zdravje pridobili o posameznih metodah oziroma načinih dela glede na različne vrste izobraževanj. Izvajalci so najboljšo oceno s posameznih metod dela v formalnem izobraževanju namenili metodi diskusije (PV = 3,22; SO = 0,99) in svetovanju (PV = 3,22; SO = 1,10), najslabšo pa metodam masovnega izobraževanja (PV = 2,64; SO =

0,98). Najboljšo oceno so v neformalnem izobraževanju namenili metodi predavanja (PV = 3,37; SO = 1,07) in svetovanju (PV = 3,36; SO = 1,14), najslabšo pa nasploh metodam masovnega izobraževanja (PV = 2,75; SO = 1,21). Najboljšo oceno so izvajalci v samoizobraževanju namenili metodi razgovora (PV = 3,62; SO = 1,03), najslabšo pa nasploh metodam masovnega izobraževanja (PV = 2,81; SO = 1,21).

S Kendallovim W-testom pri ocenah pridobljenega znanja o metodah/načinih dela preverjamo še skladnost ocen med izvajalci, pri čemer lahko ugotovimo, da se ocene posameznih izvajalcev zelo razlikujejo, saj znaša vrednost koeficienta konkordance med 0,01 do največ 0,13. Medtem pa rezultati Kendallovega W-testa kažejo, da obstajajo statistično pomembne razlike med formalnim in neformalnim izobraževanjem ter samoizobraževanjem pri metodi predavanja ($p = 0,045$), metodi razgovora ($p = 0,042$), metodi diskusije ($p = 0,039$), metodi dela s pisanimi viri ($p = 0,002$) in nasploh metodah individualnega izobraževanja ($p = 0,011$).



Slika 5: Mnenja izvajalcev o praktičnih izkušnjah o oblikah in metodah dela, pridobljenih v formalnem izobraževanju

Slika 5 prikazuje, da je 24 (47,1 %) izvajalcev Programov svetovanja za zdravje imelo v času rednega izobraževanja priložnost metode in oblike praktično preizkusiti. 15 (29,4 %) izvajalcev je na to vprašanje odgovorilo, da delno. 12 (23,5 %) izvajalcev pa ni imelo te priložnosti.

Tabela 10: Potrebe izvajalcev po izobraževanju glede na vsebine delavnic Programov svetovanja za zdravje

Vsebina	N	PV	SO
Življenjski slog	52	3,00	1,15
Dejavniki tveganja	52	3,17	1,18
Test hoje	51	3,02	1,19
Prehrana	51	3,35	1,11
Telesna dejavnost – gibanje	53	3,55	1,12
Nordijska hoja	51	3,84	1,10
Telesna masa in zdravo hujšanje	52	3,48	1,26
Opuščanje kajenja	53	3,51	1,09
Alkohol	51	3,59	1,15
Depresija	53	4,00	1,09

Opomba: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam

V tabeli 10 so zbrane potrebe izvajalcev po dodatnem znanju glede na vsebine delavnic Programov svetovanja za zdravje. Ugotovitve kažejo, da bi več znanj s posameznih vsebinskih področij potrebovali predvsem na področju depresije (PV = 4,00; SO = 1,09), najmanj pa na področju življenjskega sloga (PV = 3,00; SO = 1,15).

Tabela 11: Potrebe izvajalcev po metodoloških znanjih v delavnicah Programov svetovanja za zdravje

Vsebina	N	PV	SO
Življenjski slog	49	2,29	0,94
Dejavniki tveganja	49	2,33	0,94
Test hoje	49	2,18	1,07
Prehrana	49	2,39	1,02
Telesna dejavnost – gibanje	51	2,59	1,15
Nordijska hoja	48	3,19	1,23
Telesna masa in zdravo hujšanje	49	2,47	0,98
Opuščanje kajenja	50	3,26	1,24
Alkohol	50	3,40	1,28
Depresija	51	3,57	1,25

Opomba: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam

V tabeli 11 so zbrane potrebe izvajalcev po metodoloških znanjih v delavnicah Programov svetovanja za zdravje. Izvajalci Programov svetovanja za zdravje so najbolj metodološko šibki v izvajanju podporne delavnice pri spoprijemanju z depresijo (PV = 3,57; SO = 1,25), svetovanju pri tveganem pitju alkohola (PV = 3,40; SO = 1,28) in opuščanju kajenja (PV = 3,26; SO = 1,24).

Tabela 12: Potrebe izvajalcev Programov svetovanja za zdravje po drugih podpornih znanjih

Znanja	N	PV	SO
Pedagoško-andragoška znanja	52	3,57	1,36
Znanja o vodenju in razvoju skupine	51	3,59	1,37
Znanja o vodenju individualnih razgovorov	52	3,50	1,32
Znanja o načinu motivacije pacientov (motivacijski intervju)	51	3,57	1,32
Svetovanje	50	2,44	1,13
Druga psihološka znanja	52	3,98	1,02
Oblikovanje in priprava gradiv	52	3,52	1,18
Timsko delo	51	2,94	1,22
Projektni menedžment in organizacija dela	50	3,34	1,21

Opomba: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam

Tabela 12 prikazuje, da bi izvajalci Programov svetovanja za zdravje potrebovali več znanj iz drugih psiholoških vsebin (PV = 3,98; SO = 1,02), znanj o vodenju in razvoju skupine (PV = 3,59; SO = 1,37), pedagoško-andragoških znanj (PV = 3,57; SO = 1,36) in znanj o načinu motivacije pacientov (motivacijski intervju) (PV = 3,57; SO = 1,32). Najmanj znanj pa bi potrebovali o svetovanju (PV = 2,44; SO = 1,13).

Tabela 13: Mnenja izvajalcev Programov svetovanja za zdravje o najpogostejših problemih/ovirah, ki nastajajo pri izobraževanju

Problemi/ovire pri izobraževanju	N	PV	SO
Pomanjkanje časa	52	3,38	1,25
Oddaljenost kraja izobraževanja	52	2,77	1,35
Družinske situacije (družinske obveznosti)	53	3,17	1,17
Psihosocialne ovire posameznika (sposobnosti, samopodoba)	49	2,20	1,17
Denar	48	2,88	1,14
Vzpostaviti učne navade, se zbrati, se lotiti učnega gradiva in si zapomniti učne vsebine	50	2,44	1,09
Premajhna podpora zavoda	51	2,67	1,16
Premajhna podpora sodelavcev	49	2,33	1,09
Dodatno pridobljena znanja niso upoštevana pri nagrajevanju, plači	53	3,74	1,33
Neskladje med realnimi in želenimi organizacijskimi pogoji	50	3,54	1,11

Opomba: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam

V tabeli 13 so zbrana mnenja izvajalcev Programov svetovanja za zdravje o najpogostejših problemih/ovirah, ki nastajajo pri izobraževanju. Kot najpogostejši problem/oviro so izvajalci izpostavili, da dodatno pridobljena znanja niso upoštevana pri nagrajevanju oziroma plači (PV = 3,74; SO = 1,33). Tudi neskladja med realnimi in želenimi organizacijskimi pogoji (PV = 3,54; SO = 1,11), pomanjkanje časa (PV = 3,38;

SO = 1,25) ter družinske situacije (družinske obveznosti) predstavljajo problem/oviro izvajalcem. Najmanj pa so izvajalci za problem v izobraževanju izpostavili psihosocialne ovire posameznika (PV = 2,20; SO = 1,17).

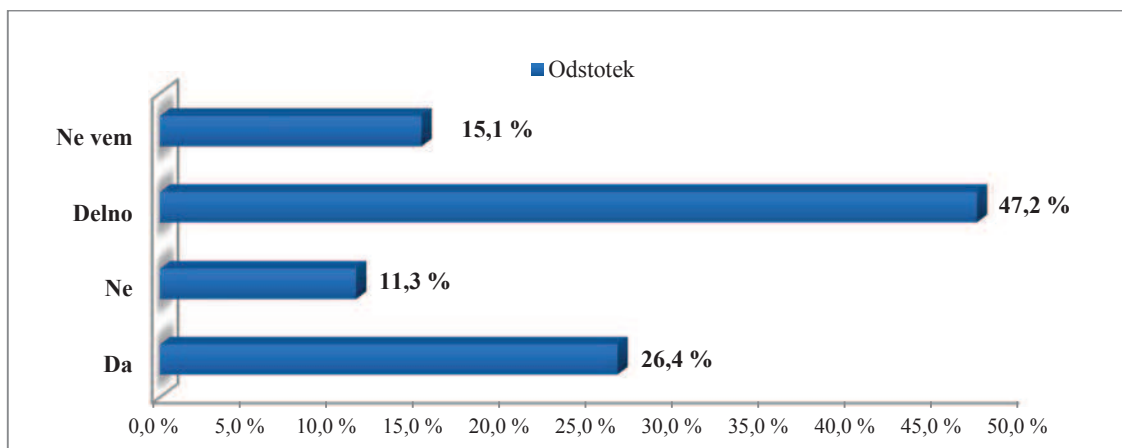
Tabela 14: Ocena izvajalcev Programov svetovanja za zdravje o najpogostejših problemih/ovirah, ki nastajajo pri izobraževanju, glede na starost izvajalcev

Problemi/ovire pri izobraževanju	25–45 let		nad 46 let		t	p
	PV	SO	PV	SO		
Pomanjkanje časa	3,61	1,20	3,27	1,28	0,954	0,345
Oddaljenost kraja izobraževanja	3,05	1,21	2,46	1,33	1,574	0,122
Družinske situacije (družinske obveznosti)	3,30	1,18	3,04	1,04	0,837	0,407
Psihosocialne ovire posameznika (sposobnosti, samopodoba)	1,90	0,97	2,48	1,33	-1,636	0,109
Denar	2,71	1,27	3,09	1,08	-1,050	0,300
Vzpostaviti učne navade, se zbrati, se lotiti učnega gradiva in si zapomniti učne vsebine	2,35	1,04	2,58	1,17	-,683	0,498
Premajhna podpora zavoda	2,45	1,26	2,76	1,05	-,905	0,370
Premajhna podpora sodelavcev	2,19	1,08	2,36	1,15	-,512	0,611
Dodatno pridobljena znanja niso upoštevana pri nagrajevanju, plači	3,61	1,23	3,73	1,48	-,311	0,757
Neskladje med realnimi in želenimi organizacijskimi pogoji	3,43	1,12	3,58	1,14	-,447	0,657

Opomba: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam; t = test; p = vrednost statistično pomembne razlike ($p \leq 0,05$)

Z analizo rezultatov v tabeli 14, kjer so izvajalci Programov svetovanja za zdravje po Likertovi lestvici ocenjevali najpogostejše probleme/ovire, ki nastajajo pri izobraževanju, glede na starost, smo ugotovili, da ne obstajajo statistično pomembne razlike, ker je vrednost $p > 0,05$.

Slika 6 prikazuje, da je slaba polovica (47,2 %) izvajalcev Programov svetovanja za zdravje mnenja, da so izobraževanja le delno skladna s potrebami, ki jih zaznavajo med udeleženci programov.



Slika 6: Mnenja izobraževalcev o skladnosti izobraževanj s potrebami, ki jih zaznajo med udeleženci programov

Z vprašanjem odprtega tipa smo zbrali odgovore o razlogih za delno neskladnost, nanj pa je odgovorilo 16 izvajalcev. V večini so mnenja, da so izobraževanja le delno skladna s potrebami zaradi prepočasnega prilagajanja potrebam udeležencev.

3.5 RAZPRAVA

Izobraževanje medicinskih sester pomembno prispeva k varni in kakovostni zdravstveni negi, saj bomo le s strokovnim znanjem lahko aktivno pripomogli k višji kakovosti življenja posameznika in skupine prebivalstva. V raziskavi smo ugotavljali izobraževalne potrebe izvajalcev Programov svetovanja za zdravje z vsebinskega in metodološkega vidika ter glavne izobraževalne ovire.

Naša raziskava je pokazala, da je med izvajalci Programov svetovanja za zdravje največ diplomiranih patronažnih medicinskih sester ter diplomiranih medicinskih sester, ki se ukvarjajo s promocijo zdravja in zdravstveno nego. Izvajalci poleg izvajanja Programov svetovanja za zdravje v veliki večini opravljajo tudi drugo ali celo predvsem drugo redno delo. Med najpogostejšimi področji rednega dela tako prevladujeta patronažna zdravstvena nega ter zdravstvena in zobozdravstvena vzgoja predšolskih otrok, šolarjev in mladine. Izvajanje Programov svetovanja za zdravje opravlja le slaba četrtnina izvajalcev izključno kot redno zaposlitev na delovnem področju v zdravstvenovzgojnih centrih, tretjina izvajalcev kot nadurno delo in enak delež kot del rednega dela, katerega

glavnina poteka na drugih področjih dela. Nekateri izvajalci to delo opravljajo celo v svojem prostem času in zanj koristijo tako imenovane »proste ure«.

Rezultati raziskave kažejo, da ima formalno izobraževanje pri pridobivanju znanja izvajalcev Programov svetovanja za zdravje manjšo vlogo kot neformalno izobraževanje in samoizobraževanje. Največji pomen pripisujejo izvajalci Programov svetovanja za zdravje samoizobraževanju, ki mu v več kot polovici primerov namenjajo čas enkrat do dvakrat tedensko. Slaba polovica izvajalcev Programov svetovanja za zdravje ima zaključen Program temeljnega izobraževanja – CINDI šola za promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini in dobra tretjina izvajalcev CINDI delavnice o izvajanju zdravstvenovzgojnih programov v praksi (implementacijske delavnice). Delež je sorazmerno majhen, saj bi to izobraževanje morali imeti opravljeno vsi izvajalci Programov svetovanja za zdravje, saj CINDI Slovenija (n.d.) navaja, da je program temeljnega izobraževanja za vse izvajalce Programov svetovanja za zdravje v zdravstvenovzgojnih centrih obvezen. S svojo metodološko in vsebinsko zasnovo omogoča zapolnitev vrzeli na področju usposabljanja in izobraževanja zdravstvenih delavcev za potrebe promocije zdravja in zdravstvene vzgoje odrasle populacije na primarni ravni.

Izvajalci Programov svetovanja za zdravje z neformalnim izobraževanjem in samoizobraževanjem v povprečju ne pridobijo le več znanja s področja samih vsebin, temveč tudi metodološkega znanja, med katerim izpostavljajo motivacijski intervju. To je edina izmed metod, o kateri izvajalci pridobijo največ znanj z neformalnim izobraževanjem. Izvajalci so mnenja, da največ znanj o vsebinah programov pridobijo s samoizobraževanjem. Razlike med formalnim in neformalnim načinom pridobivanja znanj ter samoizobraževanjem so statistično pomembne. Podobno stališče imajo tudi glede večine metodoloških znanj. Fahlman (2013) v zvezi s tem v svoji študiji opozarja na velik pomen neformalnega učenja in samoizobraževanja s pomočjo mobilnih naprav, in sicer neposredno na delovnem mestu. Avtorica na vzorcu 1.450 registriranih medicinskih sester ugotavlja, da uporaba mobilnih aplikacij pomaga medicinskim sestram pri stalni strokovni izobrazbi, strokovnem razvoju in stalni usposobljenosti za

izpolnjevanje zahtev njihovega dela. V okviru študije so medicinske sestre mobilne aplikacije uporabljale tudi za pomoč pri svetovanju in izobraževanju pacientov.

Velik pomen neformalnega izobraževanja in samoizobraževanja potrjujeta tudi Cross (2007) in Eraut (2004), ki opozarjata, da pravzaprav večino izobraževalnih potreb na delovnem mestu zadovoljuje neformalno učenje, ki predstavlja primarni način razvoja delovnih sposobnosti in znanj. Wihak in sodelavci (2011) pri tem izpostavljajo prav medicinsko delovno okolje, kjer naj bi bilo neformalno učenje še posebej pomembno in prisotno v večji meri kot formalno izobraževanje. Nekatere študije celo predlagajo, da formalno izobraževanje v zdravstvenih vedah ne zagotavlja zadostnega kliničnega znanja in presoje, ki bi bila potrebna za nudenje varne in kompetentne zdravstvene storitve (Del Bueno, 2005; Li & Kenward, 2006). Glede na obseg temeljnega izobraževanja CINDI, ki poteka štirinajst dni, sklepamo, da tudi to formalno izobraževanje ne zadosti vsem potrebam izvajalcev Programov svetovanja za zdravje. Hkrati je ob tem treba pripomniti, da namen tega in celostnega formalnega izobraževanja tudi ni pokriti celoten obseg vedenj, ki ga zdravstveni delavci potrebujejo za svoje delo, temveč, kot navajata Dyess in Sherman, (2009) zagotoviti temelje in usmeritve za nadaljnje izobraževanje.

Da s Programom temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini ni mogoče pokriti vseh potreb izvajalcev Programov svetovanja za zdravje, je jasno tudi glede na njihove različne delovne naloge, ki jih opravljajo, saj te zajemajo različne delavnice. Rezultati naše raziskave kažejo, da izvajalci pogosteje sodelujejo oziroma izvajajo delavnice promocija zdravja, test hoje, dejavniki tveganja, zdrava prehrana, telesna dejavnost – gibanje in šola zdravega hujšanja kot pa delavnice skupinskega/individualnega svetovanja za opuščanje kajenja, individualnega svetovanja za tvegano pitje alkohola in podporne delavnice pri spoprijemanju z depresijo. Iz raziskave je razvidno, da izvajalci v povprečju potrebujejo tudi največ dodatnega izobraževanja na področju depresije, nordijske hoje, svetovanja tveganim pivcem alkohola in opuščanja kajenja, najmanjšo pa na področju življenjskega sloga, testa hoje in dejavnikov tveganja. Poleg tega izvajalci Programov svetovanja za

zdravje izražajo tudi potrebo po dodatnih znanjih na področjih psiholoških znanj, vodenja in razvoja skupine, pedagogike in andragogike ter znanj o načinu motivacije pacientov (motivacijski intervju). Najmanjši primanjkljaj znanja pa izvajalci opažajo na področju svetovanja. Skoraj polovica izvajalcev v zvezi s formalnim izobraževanjem potrjuje, da so imeli med rednim izobraževanjem možnost praktično preizkusiti metode in oblike dela, kar deloma sovпада z rezultati raziskav o razkoraku med izobraževalnimi programi in praktičnimi potrebami zdravstvenih storitev na splošno (Scully, 2011). Strategija CINDI iz leta 2004 navaja, da imajo države članice CINDI velik potencial za sodelovanje na področju poklicnega izobraževanja ter da bi lahko sodelovale pri razvoju virov in materialov oziroma organizaciji izobraževanja za usposabljanje svetovalcev za zdravje. Pri tem poudarja, da so zdravstveni delavci potrebni zlasti usposabljanja na področju komunikacije in svetovanja, skupinske dinamike, motiviranja in timskega dela. Med tri glavne načine za izobraževanje svetovalcev strategija uvršča usposabljanje na dodiplomski ravni, usposabljanje na podiplomski ravni in vseživljenjsko učenje (World Health Organization, 2004). Ugotavljamo, da se tudi izobraževanje izvajalcev Programov svetovanja za zdravje v Sloveniji realizira na ravni vseživljenjskega učenja.

V raziskavi smo ugotavljali tudi glavne izobraževalne probleme/ovire izvajalcev, ki nastajajo pri izobraževanju. Kot najpogostejši problem/oviro so izvajalci izpostavili, da dodatno pridobljena znanja niso upoštevana pri nagrajevanju oziroma plači, kot drugi najbolj pereči problem izobraževanja pa izstopa neskladje med realnimi in želenimi organizacijskimi pogoji (slabši organizacijski pogoji). Obe težavi, ki ju izvajalci dojemajo kot najbolj problematični, pa lahko rešujemo na sistemski ravni in ravni zavodov, torej tako priznavanje izobraževanj CINDI pri vrednotenju in nagrajevanju zaposlenih kot tudi boljše usklajevanje med realnimi in želenimi organizacijskimi pogoji. Opravljen in ustrezno zaključen Program temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini je namreč ovrednoten kot specialna znanja. Vloga zavodov oziroma posameznih zdravstvenih domov pa je v upoštevanju določitve plačnega razreda zaposlenega. Tretja ovira, s katero se izvajalci srečujejo ob izobraževanju, je pomanjkanje časa, kar bi na sistemski in organizacijski ravni težje reševali. Ker kot problem v izobraževanju izvajalci navajajo tudi družinske situacije

oziroma družinske obveznosti, bi lahko sklepali, da morda prav te pogojujejo pomanjkanje časa. Med manj pomembnimi problemi/ovirami pri izobraževanju izvajalci navajajo še finančna sredstva, oddaljenost kraja izobraževanja, premajhno podporo zavoda, vzpostavljanje učnih navad, premajhno podporo sodelavcev in nazadnje še posameznikove psihosocialne ovire.

Ker izvajalci Programov svetovanja za zdravje kot glavni način svojega izobraževanja poleg neformalnih oblik izobraževanja navajajo tudi samoizobraževanje, je tem oviram vredno posvetiti pozornost, saj sta glavna načina izobraževanja odvisna tudi od njihove motivacije in samoiniciativnosti. Ker nekatere raziskave (Feng Wei, 2011; Mulube & Jooste, 2014; Suangga & Tuppal, 2011) kažejo relativno nizko motivacijo zdravstvenih delavcev za vseživljenjsko izobraževanje, bi bilo še toliko pomembneje omiliti probleme in ovire, s katerimi se pri izobraževanju srečujejo. Kljub temu pa rezultati raziskave kažejo na višji delež izvajalcev, ki se v programe izobraževanja vključujejo zaradi potreb, povezanih z delom, kot pa izvajalcev, ki se v programe izobraževanja vključujejo zaradi zahtev zavoda ali zaradi zahtev programa CINDI. Med izvajalci je celo višji delež tistih, ki se v izobraževanje vključujejo zaradi potreb, povezanih z osebnostnim razvojem, kot pa tistih, ki se vanj vključijo zaradi zahtev programa CINDI.

Omejitev raziskave se kaže v majhnem vzorcu izvajalcev Programov svetovanja za zdravje, še posebej s področja zdravstvene nege. Zelo majhen je bil tudi vzorec izvajalcev, zaposlenih izključno v zdravstveni vzgoji. Rezultate zato sprejemamo z zadržkom.

Na osnovi dobljenih rezultatov diplomskega dela zaključujemo, da bi bilo treba v prihodnosti izvesti bolj poglobljene raziskave in analize na področju izobraževalnih potreb izvajalcev Programov svetovanja za zdravje. Predlagamo več raziskav o dopolnitvah izobraževanj, predvsem z vidika pridobivanja metodoloških praktičnih znanj in dopolnilnih znanj s področja psihologije in dela v skupini.

4 ZAKLJUČEK

Ministrstvo za zdravje je v slovenskem okolju oblikovalo enainšestdeset zdravstvenovzgojnih centrov, ki tvorijo nacionalno mrežo za izvajanje programov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja za odraslo populacijo. Zaposleni v zdravstveni negi v sodelovanju z drugimi zaposlenimi v zdravstveni dejavnosti igrajo ključno vlogo pri implementaciji zdravstvenovzgojnih programov in strategij. Da lahko uspešno sodelujejo in opravljajo svoje delo, pa morajo imeti tudi sami priložnosti za usposabljanje in izobraževanje. V raziskavi, izvedeni med izvajalci Programov svetovanja za zdravje, smo se osredotočali na izobraževalne potrebe zaposlenih, ki izvajajo CINDI delavnice za izboljšanje zdravja in zmanjševanje obolevnosti in umrljivosti zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni z zmanjševanjem dejavnikov tveganja. Izvajalci Programov svetovanja za zdravje tako posameznikom pomagajo pridobiti znanja, (pre) oblikovati stališča in spremeniti vedenjske vzorce za zdrav način življenja oziroma bolj zdrav življenjski slog. Da te naloge lahko opravljajo, pa je potrebno njihovo stalno strokovno izpopolnjevanje z redno udeležbo na strokovnih srečanjih, seminarjih, kongresih in konferencah ter z drugimi dopolnilnimi načini izobraževanja.

Kot problematično se pri neformalnem izobraževanju izvajalcev kaže neupoštevanje pridobljenih znanj pri nagrajevanju oziroma napredovanju po plačilnih razredih. Ker gre za sistemsko oviro, bi se veljalo lotiti načrtovanja strategij, ki bi prinesle njuno odpravljanje in tako prispevale k izboljšanju sistema izobraževanja izvajalcev.

Kot kažejo rezultati, izvajalci Programov svetovanja za zdravje velik pomen pripisujejo neformalnemu izobraževanju in samoizobraževanju, kar je razumljivo, saj od formalnih programov ne moremo pričakovati zadovoljitve vseh izobraževalnih potreb. Še posebej to velja za področje Programov svetovanja za zdravje, ki je relativno mlado področje in se šele razvija. Izvajalci bi potrebovali več znanja z vidika vsebin delavnic, več znanja za izvajanje podporne delavnice pri spoprijemanju z depresijo, sicer pa predvsem na področju psihologije, pedagogike in andragogike ter na področju vodenja in razvoja skupin.

Formalna izobraževanja so namenjena zlasti pridobivanju temeljnih znanj in veščin, vendar pa imamo na tem področju kljub vsemu še veliko možnosti za izboljšave, ki bi pripomogle tudi h kakovostnejšemu izvajanju vzgojnih svetovalnih programov. V Sloveniji je v pripravi prenova preventivnih zdravstvenovzgojnih programov. Projekt Skupaj za zdravje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014) prehaja v drugo fazo, ki je osredotočena na pripravo in samo izvedbo pilotnega testiranja prenovljenih programov preventivnega zdravstvenega varstva za otroke, mladostnike in odrasle. V pilotno testiranje bodo vključeni novi pristopi in nove preventivne vsebine. Strokovnjaki v delovnih skupinah že pripravljajo predloge za dopolnitve in nadgradnjo sistema preventivnega varstva, novih zdravstvenovzgojnih vsebin ter intervencij za ogrožene skupine. Posebna pozornost pa je namenjena tudi pripravi kazalnikov za spremljanje učinkovitosti in uspešnosti programov.

5 LITERATURA

Altmann, T.K., 2012. Nurses' attitudes toward continuing formal education: a comparison by level of education and geography. *Nursing education perspectives*, 33(2), pp. 80-84.

Bijelić, N., 2010. *Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji: diplomsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Birman Forjančič, Z., Dorđević, N., Klemenčič, S., Vilič Klenovšek, T., Možina, T. & Orešnik Cunja, J., eds., 2008. *Prikaz dosežkov in razvojnih izzivov izobraževalne dejavnosti andragoškega centra Slovenije*. [pdf] Andragoški center Slovenije. Available at:

http://arhiv.acs.si/porocila/Prikaz_dosezkov_in_razvojnih_izzivov_izobrazevalne_dejavnosti_ASC.pdf [Accessed 25 January 2015].

Bračič, S., 2009. Pomen e – izobraževanja za odrasle. *Andragoška spoznanja*, 15(2), pp. 29-35.

CINDI Slovenija, n.d. *Ciljna populacija »Programa temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini«*. [pdf] Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Available at:

http://menuwap.ancelutil.com.uy.deciquesi-mobsite.appspot.com/www.cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/strokovna_javnost/izobrazevanja_cindi_ciljna_populacija.pdf [Accessed 30 August 2015].

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J. & Mitchell, P., eds., 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), pp. 122-131.

Cross, J., ed. 2007. *Informal learning: Rediscovering the natural pathways that inspire innovation and performance*. San Francisco, CA: Pfeiffer.

Čakš, T., 2011. *Letni program javne službe javnega zdravja Zavoda za zdravstveno varstvo Ljubljana za leto 2012*. [pdf] Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana.

Available at:

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/letni_program_ZZV_IVZ_2012/LP_2012_ZZV_Ljubljana.pdf

[Accessed 1 February 2013].

Del Bueno, D.J., 2005. A crisis in critical thinking. *Nursing education perspectives*, 26(5), pp. 278-282.

Dyess, S.M. & Sherman, R.O., 2009. The first year of practice: New graduate nurses' transition and learning needs. *Journal of continuing education in nursing*, 40(9), pp. 403-410.

Eraut, M., 2004. Informal learning in the workplace. *British journal of educational psychology*, 26(2), pp. 247-273.

Ettienne - Gittens, R., Lisako, E., McKyer, J., Goodson, P., Guidry, J. & Outley, C., 2012. What about health educators? Nutrition education for allied health professionals: A review of the literature. *American Journal of Health Education*, 43(5), pp. 288-309.

Fahlman, D.W., 2013. Examining informal learning using mobile devices in the healthcare workplace. *Canadian journal of learning and technology*, 39(4), pp. 1-21.

Feng Wei, D.O.N.G., 2011. Investigation and analysis of the motivation and expectation for continuing education in the nurses of Shanghai municipal hospitals. *Shanghai Nursing*, 11(1), pp. 3-11.

Ferjan, M., 2005. *Management izobraževalnih procesov*. Kranj: Založba moderne organizacije.

Fras, Z., 2008. Nacionalni program primarne preventive bolezni srca in žilja – Kaj smo opravili v prvem petletnem obdobju? In: J. Maučec Zakotnik, Z. Fras, N. Luznar & A. Backović Juričan, eds. *IV. Strokovno srečanje izvajalcev nacionalnega programa primarne preventive srčno žilnih bolezni: zbornik predavanj. Šmarješke Toplice, 1.-2. februar 2008*. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana CINDI Slovenija, pp. 14-18.

Friberg, F., Granum, V. & Bergh, A.L., 2012. Nurses' patient – education work: Conditional factors – an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 20(2), pp. 170-186.

Glanz, K., Rimer, K. & Viswanath, K., eds. 2008. *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey - bass a wiley imprint.

Gnezda, M., 2009. *Andragog kot svetovalec odraslemu za zdravje v starosti: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

Govekar - Okoliš, M. & Ličen, N., 2008. *Poglavja iz andragogike*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, Oddelek za pedagogiko in andragogiko, pp. 19-53.

Hlastan Ribič, C., Djomba, J.K., Zaletel - Kragelj, L., Maučec Zakotnik, J. & Fras, Z., 2010. *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: Rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2008 – Z zdravjem povezan vedenjski slog*. [pdf] Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Available at: https://www.google.si/?gws_rd=cr&ei=lNnpVbypHuLgyQOI7rxQ#q=Tvegana+vedenja+%2C+povezana+z+zdravjem+in+nekatera+zdravstvena+stanja+pri+odraslih+prebivalcih+Slovenije [Accessed 28 April 2013].

Hozjan, D., n.d. *Andragogika – 2. del*. [online] Available at: <http://www.slideserve.com/rosemary/andragogika-2-del> [Accessed 2 February 2013].

Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Ljubljana.

Hrovatič, D., 2006. *Neformalno izobraževanje in vrednotenje znanja: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Ivanuša - Bezjak, M., 2006. *Zaposleni – največji kapital 21. stoletja*. Maribor: Pro-andy.

Jelenc Krašovec, S., Knaflič, L., Perme, E., Radovan, M., Rupert, J. & Vilič Klenovšek, T., eds., 2007. *Svetovalni pripomočki v izobraževanju odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije, pp. 5-8.

Jelenc, A. & Vrbovšek, S., 2011. *Izvedba programirane zdravstvene vzgoje za odrasle v zdravstveno vzgojnih centrih v letu 2011 – Program svetovanja za zdravje*. [pdf] Ljubljana: CINDI Slovenija. Available at:
http://cindi-slovenija.net/images/stories/cindi/strokovna_javnost/zvc-programirana_zdravstvena_vzgoja-porocilo_2011.pdf [Accessed 25 January 2015].

Jelenc, Z., 2008. Vseživljenjskost učenja in strokovno izrazje v vzgoji in izobraževanju. *Andragoška spoznanja*, 14(3-4), pp. 21-30.

Jereb, E., n.d. *Izobraževalna dejavnost v organizacijah. Cilji in naloge izobraževalne dejavnosti v organizacijah*. [online] Available at:
https://www.google.si/?gws_rd=cr&ei=hN3pVY7KK8XgyQPB3qMY#q=Izobra%C5%BEEevalna+dejavnost+v+organizacijah.+Cilji+in+naloge+izobra%C5%BEEevalne+dejavnosti+v+organizacijah [Accessed 4 January 2013].

Kaučič, B.M., 2005. Management v izobraževanju – Stališča medicinskih sester do vseživljenjskega izobraževanja v Zdravstvenem domu Maribor. *Obzornik Zdravstvene nege*, 39(2), pp. 153-162.

Keleva, P., 2006. Primerjalna analiza priznavanja neformalno pridobljenega znanja v petih evropskih državah. In: J. Muršak, T. Vidmar, P. Keleva, D. Hozjan, V. Šlander, M. Accetto & I. Komac, eds. *Neformalno izobraževanje odraslih nova možnost ali zgolj nova obveznost*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete, pp. 63-82.

Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. 2013. Nurses' roles in health promotion practice: An integrative review. *Health promotion international*, 28(4), pp. 490-501.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006. *Mednarodni kodeks etike za babice*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Korpič - Hrovat, E., 2007. Izobraževanje, pravica in dolžnost delavca. *Strokovna revija za ravnanje z ljudmi pri delu*, 18(5), pp. 42-47.

Krajnc, A., 2010. Pospešeno in kakovostno izobraževanje odraslih je pot iz gospodarske krize. *Andragoška spoznanja*, 16(1), pp. 10-22.

Kralj, B., 2006. *Izobraževanje odraslih po metodi projektno učno delo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Ličen, N., 2006. *Uvod v izobraževanje odraslih*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko in andragogiko.

Ličen, N., Franko, P. & Birman Forjančič, Z., 2012. *Ugotavljanje izobraževalnih potreb posameznika in okolja*. [pdf] Andragoški center Slovenije.

Available at: <http://izobrazevanje.acs.si/dokumenti/N-714-1.pdf> [Accessed 4 Mai 2015].

Li, S. & Kenward, K., 2006. A national survey of nursing education and practice of newly licensed nurses. *JONA'S Healthcare law, ethics, and regulation*, 8(4), pp. 110-115.

Ložar, B., Kozmelj, A., Tuš, J. & Škrbec, T., 2012. *Izobraževanje v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Miglič, G., 2005. *Načrtovanje usposabljanja v državni upravi*. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije.

Morano, M., 2013. *Učno gradivo za udeležence programov usposabljanja za andragoško delo: Sodobni pristopi, metode in tehnike v izobraževanju odraslih*. [pdf] Andragoški center Republike Slovenije. Available at: http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/odrasli/Gradiva_ESS/ACS_Izobrazevanje/ACSIzobrazevanje_56Sodobni.pdf [Accessed 15 July 2015].

Mulube, S.M. & Jooste, K., 2014. First-year learner nurses' perceptions of learning motivation in self-directed learning in a simulated skills laboratory at a higher education institution: part 1: contemporary issues in nursing. *South African Journal of Higher Education*, 28(6), pp. 1776-1794.

Muršak, J., 2006. Informalno ali priložnostno učenje kot del vseživljenskega učenja in njegovi učinki v povezavi s formalnim in neformalnim izobraževanjem. In: J. Muršak, T. Vidmar, P. Keleva, D. Hozjan, V. Šlander, M. Accetto & I. Komac, eds. *Neformalno izobraževanje odraslih nova možnost ali zgolj nova obveznost*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete, pp. 7-32.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. *Delavnica »Podpora pri spoprijemanju z depresijo«* [online] Available at: <http://www.nijz.si/delavnica-podpora-pri-spoprijemanju-z-depresijo> [Accessed 4 Mai 2015].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Priprava na izvedbo pilotov*. [pdf] Bilten Skupaj za zdravje. Available at:

<http://www.skupajzazdravje.si/aktualno/bilten-skupaj-za-zdravje-302/>

[Accessed 30 August 2015].

Park, H.S. & Jung, S.Y., 2014. Development of expert competency model for preventing adolescent addictive behavior and educational needs of psychiatric mental health nurses. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(4), pp. 199-207.

Povšnar, E., 2008. Vloga in pomen zdravstvenovzgojnih delavnic za znižanje holesterola. In: Z. Klemenc - Ketiš & A. Stepanovič, eds. *Interna medicina, psihiatrija, ortopedija, preprečevanje bolezni: zbornik predavanj. Kranjska Gora 24.–25. oktober 2008*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 105-111.

Povšnar, E., 2013. Čezmerna telesna teža in debelost - težava sodobnega človeka. In: J. Slak & J. Lavrinec, eds. *Prehrana sodobnega človeka med alternativo in stroko: zbornik predavanj. Ribno pri Bledu, 7. marec 2013*. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, pp. 21-25.

Prince, A. & Nelson, K., 2011. Educational needs of practice nurses in mental health. *J Prim Health Care*, 3(2), pp. 142-149.

Prostovoljno gasilsko društvo Kamnik, 2007. *125 let PGD Kamnik: 1882-2007*. Kamnik: PGD.

Rečnik, F., Slivar, B., Dekleva, J., Stavanja, M., Kuntarič Hribar, I. & Šinkovec, I., eds., 2004. *Pedagoško-andragoško usposabljanje odraslih: Priročnik za usposabljanje izobraževalcev*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Reed, C.C., Williams, H., Medellin, K., Beadle, R., Robertson, K., & Gerhardt, S., 2011. Meeting educational needs with portable technology: Adapting to the next

generation of Nurses. National Teaching Institute Research Abstracts. *American Journal of Critical Care*, 19(3), pp. 15-28.

Scully, N.J., 2011. The theory-practice gap and skill acquisition: An issue for nursing education. *Collegian*, 18(2), pp. 93-98.

Suangga, F.S. & Tuppal, C.P., 2011. Motivation of the staff nurses in pursuing continuing education and its relationship to their competencies. In: C.A. Tanner & M.J. Kim, eds. *The 8th International Nursing Conference. Seoul, 27.-28. october 2011*. Seoul: Korean Society of Nursing Science, p. 338.

Šinko, S., 2010. Evalvacija v neformalnem izobraževanju odraslih. *Andragoška spoznanja*, 16(2) pp. 52-60.

Tavakol, M. & Dennick, R., 2011. Making sense of cronbach's alpha. *Int J Med Educ*, 2(53), pp. 53-55

Vilič Klenovšek, T. & Rupert, J., 2011. *Svetovalna dejavnost v izobraževanju odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije, pp. 7-13.

Vrbovšek, S., 2012. *Izvedba programirane zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo v zdravstvenovzgojnih cetih v letu 2012*. [pdf] Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Available at:

http://cindislovenija.net/index.php?Itemid=30&id=17&option=com_content&task=blog_category [Accessed 28 April 2013].

Vrbovšek, S., Jelenc, A. & Djomba, J., 2011. *Delovanje zdravstvenovzgojnega centra in izvajanje programa svetovanje za zdravje*. [pdf] Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni, Oddelek za kronične bolezni. Available at:

http://cindislovenija.net/images/stories/cindi/strokovna_javnost/delovanje%20VC_financiranje.pdf [Accessed 1 February 2013].

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPBI), 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 23.

Zdravstveni dom Ljubljana, n.d. *Zdravstveno vzgojni center* [online] Available at: http://www.zd-lj.si/zdlj/index.php?option=com_k2&view=item&id=504&Itemid=555 [Accessed 5 September 2013].

Zdravstveni dom Slovenj Gradec, 2015. *CINDI predstavitev* [online] Available at: http://www.zd-sg.si/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=76 [Accessed 5 Mai 2015].

Zurc, J., 2010. Vloga in pomen metodike zdravstvene vzgoje v slovenskem zdravstvu. In: B. Skela Savič, eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo. 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, 16.-17. september 2010b*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 224-237.

Weaver, N.F., Hayes, L., Unwin, N.C. & Murtagh, M.J., 2008. »Obesity« and »Clinical obesity« Men's understanding of obesity and its relation to the risk of diabetes: A qualitative study. *BMC Public health*, 8(1), pp. 1-8.

Whitehead, D., 2007. Reviewing health promotion in nursing education. *Nurse education today*, 27(3), pp. 225-237.

Wihak, C., Hall, G., & Durand, C., 2011. Workplace informal learning: Understanding research and practice. *The Canadian Learning Journal*, 14(2), pp. 20-30.

World Health Organization, 2009. *Health education and promotion - Reproductive health*. [online] Available at: <http://www.who.int/en/> [Accessed 10 September 2012].

World Health Organization, 2004. *A strategy to prevent chronic disease in Europe*.
[pdf] Available at:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/134848/E83057.pdf
[Accessed 7 February 2014].

Wikipedija, n.d. *Nurse education*. [online] Available at:
http://en.wikipedia.org/wiki/Nurse_education [Accessed 11 February 2013].

6 PRILOGA

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Sem Alenka Gerjevič, absolventka Fakultete za zdravstvo Jesenice. Opravljam raziskavo za diplomsko delo z naslovom »Izobraževalne potrebe izvajalcev Programov svetovanja za zdravje« pod mentorstvom Erike Povšnar, pred. Izpolnjevanje vprašalnika vam bo vzelo nekaj vašega dragocenega časa, vendar bodo odgovori in rezultati pripomogli h kakovostnejšemu izvajanju zdravstvenovzgojnih programov. Zagotavljam vam anonimnost podatkov, saj bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje in pomoč se vam že vnaprej zahvaljujem.

Alenka Gerjevič

ANKETNI VPRAŠALNIK

Navodilo za izpolnjevanje: prosim, obkrožite ustrezno številko pred odgovorom ali dopišite odgovor na črto.

SOCIALNO-DEMOGRAFSKI KAZALNIKI

1. SPOL (obkrožite):

1	ženska
2	moški

2. STAROST (dopišite):

_____ let

3. STOPNJA IN VRSTA IZOBRAZBE:

	STOPNJA (obkrožite):	VRSTA ŠTUDIJA (dopišite):
1	srednješolska – V	
2	višja strokovna – VI	
3	visoka strokovna – VII	
4	univerzitetna – VII	
5	podiplomska-specialistična – VII/1	
6	magisterij – VIII	

4. VAŠ NAZIV OZ. POKLIC, KI STE GA PRIDOBILI (dopišite):

5. VAŠE DELOVNO MESTO (dopišite):

6. JE VAŠA EDINA ZAPOSLOITEV IZVAJANJE PROGRAMOV SVETOVANJA ZA ZDRAVJE?
(Obkrožite.)

1	DA
2	NE

7. ČE STE NA PREJŠNJE VPRAŠANJE ODGOVORILI Z NE, KATERA SO POTEM ŠE VAŠA
PODROČJA REDNEGA DELA? (Dopišite.)

8. V KAKŠNI OBLIKI OPRAVLJATE DELO (IZVAJANJE PROGRAMOV SVETOVANJA ZA
ZDRAVJE)? (Obkrožite.)

1	V celoti kot redno delo
2	Kot del rednega dela
3	Nadurno delo
4	Pogodbeno delo
5	Proste ure
6	Drugo (dopišite):

9. KOLIKO ČASA SODELUJETE V PROGRAMIH? (Dopišite.)

_____ let

10. KATERE DELAVNICE IZVAJATE? (Obkrožite.)

1	Promocija zdravja
2	Test hoje
3	Dejavniki tveganja
4	Zdrava prehrana
5	Telesna dejavnost – gibanje
6	Šola zdravega hujšanja
7	Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenje
8	Podporna delavnica pri spoprijemanju z depresijo
9	Individualno svetovanje za opuščanje kajenja
10	Individualno svetovanje za tvegano pitje alkohola

11. V KATEREM ZDRAVSTVENEM DOMU IZVAJATE DELAVNICE? (Dopišite.)

12. V KATERE IZOBRAŽEVALNE PROGRAME ZA IZVAJANJE DELAVNIC STE SE VKLJUČILI? (Obkrožite.)

- a) Program temeljnega izobraževanja – CINDI šola za promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini.
- b) CINDI delavnice o izvajanju zdravstvenovzgojnih programov v praksi/ implementacijske delavnice.
- c) Drugo (dopišite):

VPRAŠANJA O ZNANJU, IZOBRAŽEVALNIH POTREBAH, OVIRAH

13. Iz kakšnih razlogov ste se vključili v Program temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) v osnovnem zdravstvenem varstvu/družinski medicini? (Prosim, označite, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami, pri čemer pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se popolnoma strinjam.)

RAZLOGI	1	2	3	4	5
Zaradi potreb, povezanih z delom					
Zaradi potreb, povezanih z osebnostnim razvojem					
Zaradi zahteve zavoda					
Zaradi nacionalne zahteve programa CINDI					
Drugo (dopišite):					

14. Koliko znanja ste si pridobili iz posameznih vsebinskih področji z različnimi vrstami izobraževanj? (Prosim, označite ustrezno polje, pri čemer pomenijo: 1 – nič; 2 – zelo malo; 3 – nimam pravega mnenja; 4 – veliko; 5 – zelo veliko.)

FORMALNO IZOBRAŽEVANJE (zaključen študij)	1	2	3	4	5
Življenjski slog					
Dejavniki tveganja za bolezni srca in ožilja					
Prehrana					
Telesna dejavnost – gibanje					
Nordijska hoja					
Telesna masa in zdravo hujšanje					
Opuščanje kajenja					
Alkohol					
Depresija					

NEFORMALNO IZOBRAŽEVANJE (strokovna izpopolnjevanja)	1	2	3	4	5
Življenjski slog					
Dejavniki tveganja za bolezni srca in ožilja					
Prehrana					
Telesna dejavnost – gibanje					
Nordijska hoja					
Telesna masa in zdravo hujšanje					
Opuščanje kajenja					
Alkohol					
Depresija					

SAMOIZOBRAŽEVANJE	1	2	3	4	5
Življenjski slog					
Dejavniki tveganja za bolezni srca in ožilja					
Prehrana					
Telesna dejavnost – gibanje					
Nordijska hoja					
Telesna masa in zdravo hujšanje					
Opuščanje kajenja					
Alkohol					
Depresija					

15. Koliko časa namenite samoizobraževanju? (Obkrožite en odgovor.)

- a) Nič.
- b) Srednje (enkrat do dvakrat na teden).
- c) Veliko (nekajkrat na teden, do več ur).
- d) Zelo veliko (vsak dan, do več ur).

16. Koliko znanja ste pridobili iz posameznih metod dela z različnih vrst izobraževanj? (Prosim, označite ustrezno polje, pri čemer pomenijo: 1 – nič; 2 – zelo malo; 3 – nimam pravega mnenja; 4 – veliko; 5 – zelo veliko.)

FORMALNO IZOBRAŽEVANJE (zaključen študij)	1	2	3	4	5
Metode masovnega izobraževanja					
Metode skupinskega izobraževanja					
Metode individualnega izobraževanja					
Metoda predavanja					
Metoda razgovora					
Metoda diskusije					
Metoda igranja vlog					
Metoda proučevanja primerov					
Metoda dela s pisanimi viri					
O svetovanju					
O motivacijskem intervjuju					
Druge metode (dopišite): _____					

NEFORMALNO IZOBRAŽEVANJE (strokovna izpopolnjevanja)	1	2	3	4	5
Metode masovnega izobraževanja					
Metode skupinskega izobraževanja					
Metode individualnega izobraževanja					
Metoda predavanja					
Metoda razgovora					
Metoda diskusije					
Metoda igranja vlog					
Metoda proučevanja primerov					
Metoda dela s pisanimi viri					
O svetovanju					

O motivacijskem intervjuju					
Druge metode (dopišite): _____					

SAMOIZOBRAŽEVANJE	1	2	3	4	5
Metode masovnega izobraževanja					
Metode skupinskega izobraževanja					
Metode individualnega izobraževanja					
Metoda predavanja					
Metoda razgovora					
Metoda diskusije					
Metoda igranja vlog					
Metoda proučevanja primerov					
Metoda dela s pisanimi viri					
O svetovanju					
O motivacijskem intervjuju					
Druge metode (dopišite): _____					

17. Ste v času rednega izobraževanja imeli priložnost metode in oblike praktično preizkusiti? (Obkrožite en odgovor.)

- a) Da.
b) Ne.
c) Delno: _____

18. Na katerih vsebinskih področjih bi potrebovali več znanj? (Prosim, označite, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami, pri čemer pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se popolnoma strinjam.)

VSEBINA	1	2	3	4	5
Življenjski slog					
Dejavniki tveganja					
Test hoje					
Prehrana					

Telesna dejavnost – gibanje					
Nordijska hoja					
Telesna masa in zdravo hujšanje					
Opuščanje kajenja					
Alkohol					
Depresija					

19. Pri katerih vsebinah ste metodološko najšibkejši? (Prosim, označite, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami, pri čemer pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se popolnoma strinjam.)

VSEBINA	1	2	3	4	5
Življenjski slog					
Dejavniki tveganja					
Test hoje					
Prehrana					
Telesna dejavnost – gibanje					
Nordijska hoja					
Telesna masa in zdravo hujšanje					
Opuščanje kajenja					
Alkohol					
Depresija					

20. Katera znanja bi še potrebovali? (Prosim, označite, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami, pri čemer pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se popolnoma strinjam.)

ZNANJA	1	2	3	4	5
Pedagoško-andragoška znanja					
Znanja o vodenju in razvoju skupine					
Znanja o vodenju individualnih razgovorov					
Znanja o načinih motivacije pacientov (motivacijski intervju)					
Svetovanje					

Druga psihološka znanja					
Oblikovanje in priprava gradiv					
Timsko delo					
Projektni menedžment in organizacija dela					
Drugo (dopišite):					

21. Kaj je za vas predstavljalo največji problem/oviro pri izobraževanju? (Prosim, označite, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami, pri čemer pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne niti se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – se popolnoma strinjam.)

PROBLEM/OVIRA PRI IZOBRAŽEVANJU	1	2	3	4	5
Pomanjkanje časa					
Oddaljenost kraja izobraževanja					
Družinske situacije (družinske obveznosti)					
Psihosocialne ovire posameznika (sposobnosti, samopodoba, samozavest, prepričanja)					
Denar					
Vzpostaviti učne navade, se zbrati, se lotiti učnega gradiva in si zapomniti učne vsebine					
Premajhna podpora zavoda					
Premajhna podpora sodelavcev					
Dodatno pridobljena znanja niso upoštevana pri nagrajevanju, plači					
Neskladje med realnimi in želenimi organizacijskimi pogoji					
Drugo (dopišite):					

22. Ali menite, da so izobraževanja skladna s potrebami, ki jih zaznavate med udeleženci programov? (Obkrožite.)

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Delno.
- d) Ne vem.
- e) Drugo (dopišite):

23. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z ne ali delno, na spodnjo črto zapišite, zakaj.

24. Kako ocenjujete sodelovanje z drugimi izvajalci in kakšne izboljšave predlagate? (Dopišite.)

25. Vaša razmišljanja in predloge, ki jih bomo zelo veseli, zapišite v spodnje vrstice.

Hvala za sodelovanje!