



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**MOTIVIRANJE PACIENTOV ZA  
SPREMEMBO ŽIVLJENJSKEGA STILA V  
AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE**

**MOTIVATING PATIENTS FOR LIFESTYLE  
CHANGES IN FAMILY MEDICINE CLINICS**

Diplomsko delo

Mentorica: Mateja Bahun, viš. pred.

Kandidatka: Ana Lamovšek

Jesenice, junij 2021

## **ZAHVALA**

Za pomoč, usmerjanje in nasvete pri pisanju diplomskega dela se zahvaljujem mentorici Mateji Bahun, viš. pred., in recenzentki diplomskega dela izr. prof. dr. Maji Sočan. Zahvaljujem se tudi ge. Urški Antolin za pomoč pri statistični obdelavi in lektorici ge. Petri P.

Za pomoč, spodbudo in potrpljenje v času študija bi se rada zahvalila tudi svojim staršem, možu Aleksu, sinu Maksu in hčerki Ajdi. Zahvala gre tudi sodelavcem Zdravstvenega doma Kamnik.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Leta 2011 so bile v Sloveniji uvedene prve referenčne ambulante družinske medicine (danes ambulante družinske medicine – ADM). V delo v teh ambulantah so bile vključene tudi diplomirane medicinske sestre, katerih vloga je promovirati zdrave življenjske navade in motivirati ljudi za zdrav življenjski slog.

**Cilj:** Cilj raziskave je ugotoviti, kako diplomirane medicinske sestre motivirajo paciente, da se odločijo spremeniti življenjski slog. Raziskati želimo, kako ravnajo pri pacientih, ki za to niso zainteresirani.

**Metoda:** Uporabili smo metodo kvantitativnega raziskovanja, podatke pa smo pridobili z anketiranjem. Vprašalnik smo sestavili posebej za ta namen. Za razjasnitev problematike smo si pomagali tudi s predhodnim neformalnim pogovorom z diplomiranimi medicinskimi sestrami iz ADM. V vzorec smo zajeli diplomirane medicinske sestre iz ADM v osrednjeslovenski in gorenjski regiji. Poslanih je bilo 90, vrnjenih pa 54 vprašalnikov, od tega je bilo ustrezno izpolnjenih 52, kar predstavlja 57,8 % vzorca.

**Rezultati:** Ugotovili smo, da večina (90,4 %) anketiranih ocenjuje, da je v ambulanti družinske medicine uspešnost motiviranja pacienta za spremembo življenjskega sloga odvisna od tega, ali pacient diplomirani medicinski sestri zaupa. Vsi anketiranci menijo, da so komunikacijske veščine pomembne za motiviranje pacienta. Po mnenju 73,1 % anketiranih je glavni razlog, da se pacienti ne odzovejo na vabilo za obisk, to, da niso povsem seznanjeni s poslanstvom ADM. Če pacienti sami ne zaznajo odstopanj in se počutijo zdrave, se jim obisk v ADM ne zdi potreben. 65,4 % anketiranih meni, da je alkoholizem pri pacientih značilnost, ki vpliva na njihovo nesodelovanje. Več kot polovica (59,6 %) anketiranih meni, da so dobri motivatorji, svoje uporabne izkušnje pa so pridobili na prejšnjih delovnih mestih. Ugotovili smo, da nobena od družbeno-demografskih značilnosti diplomiranih medicinskih sester ne vpliva na motivacijske sposobnosti.

**Razprava:** Rezultati raziskave kažejo, da se diplomirane medicinske sestre zavedajo pomena dobre komunikacije in vzpostavitve ustreznega, zaupnega odnosa s pacientom v ADM za motiviranje pacienta k spremembi življenjskega sloga. V prihodnje bi si bilo

treba prizadevati za to, da bi bili pacienti bolj seznanjeni z namenom dela ADM, k obisku pa spodbuditi več pacientov, ki menijo, da so zdravi.

**Ključne besede:** referenčna ambulanta, ambulanta družinske medicine, motivacija, preventiva, komunikacija, diplomirana medicinska sestra

## SUMMARY

**Theoretical background:** In Slovenia, general practice clinics with registered nurses as staff members (»ambulanta družinske medicine – ADM«) were first introduced in 2011. The role of registered nurses in general practice clinics is to promote a healthy lifestyle and to motivate patients to adopt healthy habits.

**Aim:** The aim of the study is to determine how registered nurses motivate patients to change their lifestyles. We want to learn how they address the patients that are not interested in changing their habits.

**Methods:** To research the question of the study, we used the qualitative research method. The data was gathered through a questionnaire, designed specifically for this purpose. To further investigate the issue, we also conducted informal interviews with registered nurses from ADMs. The sample consisted of registered nurses from ADMs in the Osrednjeslovenska and the Gorenjska region. We sent out 90 questionnaires and received 54, of which 52 were correctly filled out (57.8% of sample).

**Results:** According to the survey results, respondents (90.4%) believe that a trusting relationship with the registered nurse in ADM is essential to motivating the patients to change their lifestyles. All respondents agree that communication skills play an important role in motivating the patient. According to 73.1% of the respondents, the main reason that patients fail to respond to invitations to visit the ADM is their lack of knowledge about the mission of the clinic. If patients do not detect any deviations and feel that they are in good health, they see the visits in the ADM as unnecessary. The respondents (65.4%) highlighted alcoholism as a factor for non-cooperation of patients. More than half of the respondents (59.6%) see themselves as good motivators and have gained useful experience in their previous workplaces. We also found out that motivational skills do not depend on demographic characteristics of registered nurses.

**Discussion:** This study shows that registered nurses are aware of the significance of good communication and building an appropriate trust-based relationship with patients in ADMs to motivate them to make lifestyle changes. In future, more focus should be put on informing the patients about the mission of general practice clinics and ensuring that more patients respond to invitations to visit ADMs even though they consider themselves healthy.

**Keywords:** general practice clinics, motivation, prevention, communication, registered nurses

# KAZALO

<b>KAZALO</b> .....	<b>7</b>
<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>4</b>
2.1 AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE .....	4
2.1.1 Kazalniki kakovosti .....	5
2.1.2 Vloga diplomirane medicinske sestre .....	5
2.1.3 Motivacija pacientov .....	8
2.1.4 Motivacijski intervju .....	9
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>13</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	13
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	13
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	14
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	14
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	14
3.3.3 Opis vzorca .....	15
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	15
3.4 REZULTATI .....	16
3.4.1 Povezave med spremenljivkami .....	24
<b>3.5 RAZPRAVA</b> .....	<b>29</b>
3.5.1 Omejitve raziskave .....	32
3.5.2 Usmeritve za nadaljnje delo .....	32
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>33</b>
<b>5 LITERATURA</b> .....	<b>34</b>
<b>6 PRILOGE</b> .....	<b>41</b>
6.1 INSTRUMENT .....	41

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Trditve o tem, kaj po mnenju dipl. m. s. pacienti v ADM najbolj potrebujejo in cenijo .....	17
Tabela 2: Kaj dipl. m. s. smatrajo za dobro komunikacijo? .....	18
Tabela 3: Postopki dipl. m. s. v primeru, da pacient ne upošteva priporočil .....	19
Tabela 4: Organiziranje izobraževanj na temo komunikacije v zdravstvenih zavodih ..	19
Tabela 5: Najuspešnejši način napotitve pacientov v ADM.....	20
Tabela 6: Aktivnosti ob neodzivu pacientov na vabilo k obisku v ADM .....	20
Tabela 7: Znanje pacientov o poslanstvu ADM .....	21
Tabela 8: Zadovoljstvo pacientov z delom dipl. m. s. v ADM.....	21
Tabela 9: Kaj paciente odvrne od obiska v ADM? .....	22
Tabela 10: Značilnosti pacientov, ki zavračajo obisk in obravnavo v ADM .....	22
Tabela 11: Mnenje dipl. m. s. o tem, ali so dobri/-e motivatorji/-ke.....	23
Tabela 12: Prejšnje delovno mesto anketirancev .....	24
Tabela 13: Koristnost predhodnih delovnih izkušenj dipl. m. s. pri delu v ADM .....	24
Tabela 14: Mnenje o lastnih motivacijskih sposobnostih glede na spol anketirancev ...	25
Tabela 15: Mnenje o lastnih motivacijskih sposobnostih glede na starost anketirancev	26
Tabela 16: Mnenje o lastnih motivacijskih sposobnostih glede na starost anketirancev	26
Tabela 17: Mnenje o lastnih motivacijskih sposobnostih glede na leta delovnih izkušenj anketirancev v ADM .....	27
Tabela 18: Mnenje o lastnih motivacijskih sposobnostih glede na leta delovnih izkušenj anketirancev v ADM .....	27
Tabela 19: Mnenja dipl. m. s. o tem, ali so za paciente dober motivator, glede na leta delovne dobe.....	28
Tabela 20: Mnenja dipl. m. s. o tem, ali so za paciente dober motivator, glede na leta delovne dobe.....	28



## **SEZNAM KRAJŠAV**

ADM – ambulanta družinske medicine  
dipl. m. s. – diplomirana medicinska sestra  
MI – motivacijski intervju

## **1 UVOD**

Zdravstveni sistemi stremijo h krepitvi primarnega zdravstva, predvsem k ohranjanju in krepitvi zdravja državljanov (Ministrstvo za zdravje, n. d.). V Sloveniji se večja delež starejših, vse več je pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, slab družbeno-ekonomski položaj pa najbolj vpliva na ranljivi del populacije (Ponikvar Žlahtič & Klemenc, 2011). Kronične nenalezljive bolezni so najpogostejši vzrok smrti na svetu. Štiri glavne kronične nenalezljive bolezni so rak, srčno-žilne bolezni, kronične respiratorne bolezni in sladkorna bolezen (World Health Organization, 2013). Zaradi vsega naštetega je v Sloveniji prišlo do odločitve o ustanovitvi ambulant, takrat imenovanih referenčne ambulante. Prve referenčne ambulante so s svojim delom začele 1. 4. 2011. V timski obravnavi pacientov pomenijo zelo pomemben napredek (Ministrstvo za zdravje, 2015) in prvi korak v smer prenosa del in nalog med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravniki (Skela Savič, 2011). Na podlagi sklepa Projektnega sveta projekta referenčne ambulante so se referenčne ambulante družinske medicine (RADM) s 1. 1. 2018 preimenoval v ambulante družinske medicine (ADM) (Ministrstvo za zdravje, 2017).

V ADM dipl. m. s. deluje tako v preventivni kot kurativni dejavnosti. Kurativna dejavnost zajema stanja, ko pacient sam poišče zdravniško pomoč, saj ga v to sili bolezen ali motnja. Na preventivni pregled pride z občutkom, da je zdrav, odhaja pa lahko z občutkom, da je z zdravjem v resnici nekaj narobe (Maučec Zakotnik & Štern, 2013). Ob navedenih dejstvih, da je življenjski slog posameznikov pomemben dejavnik ohranjanja in izboljševanja zdravja, pa se postavi vprašanje, kako doseči zainteresiranost – motivirati, da bi se ljudje vključevali v preventivno dejavnost zdravstvenega varstva (Luznar, 2009). Diplomirana medicinska sestra v ADM se zavzema za motiviranje pacientov, da bi se pogosteje in lažje odločali za zdrav življenjski slog. Diplomirana medicinska sestra spremlja in vodi paciente, ki imajo kronično bolezen, izvaja preventivne preglede ciljne – sicer zdrave – populacije in s tem odkriva zgodnje dejavnike tveganja za obolenje za kroničnimi boleznimi in njihovo preprečevanje (Ministrstvo za zdravje, n. d.). Pomembna je tudi zdravstvena vzgoja, ki jo v ADM izvajajo, in seznanitev z ukrepi, ki izboljšajo

zdravstveno stanje in sodelovanje z drugimi strokovnimi delavci v skrbi za paciente s kronično boleznijo, z urejeno ali napredujočo boleznijo (Eder, 2012).

Potočnik in Lorber (2012) ugotavljata, da je zdravljenje uspešno, kadar je pacient za to motiviran in v samem procesu obravnave aktivno sodeluje. To pomeni, da upošteva podana navodila, kot so redno jemanje predpisanih zdravil, se drži predpisane diete, zmanjša telesno težo, se giba, preneha uživati alkohol in opusti kajenje, se izogiba stresu ter redno hodi na kontrolne preglede za zdravljenje in obvladovanje bolezni. Žalar (2009) ugotavlja, da je za motiviranost pacientov za zdrav način življenja najbolj pomembna informiranost.

Laurant in sodelavci (2018) so v pregledu literature ugotovili, da so pacienti bolj zadovoljni z obravnavo, če imajo prvi stik z medicinsko sestro, ki jim svetuje glede življenja s kronično boleznijo, kot če imajo prvi stik z zdravnikom. Medicinske sestre imajo več časa za posvetovanje s pacienti. Ugotavljajo tudi, da imajo pacienti podobne ali boljše rezultate na področjih zdravja pri boleznih, kot so bolezni srca, diabetes, revmatizem in visok krvni tlak. To pomeni, da se bolezenska stanja pri pacientih odkrijejo prej in so bolje vodeni v smislu preprečevanja poslabšanja, mirovanja bolezni ali celo izboljšanja v primerjavi z obravnavo samo pri osebnem zdravniku v ambulanti, kamor pacient pride, ko že sam zazna neko poslabšanje zdravja. Paniagua (2011) je ugotovil, da so se pacienti pri prvem srečanju in posvetovanju odzvali na dipl. m. s. drugače kot na zdravnika. Pacienti so pri dipl. m. s. bolj sodelovali v pogovoru, izražali svoje mnenje in bili bolj sproščeni pri obravnavi. Omeniti je treba tudi, da je zadovoljstvo in sodelovanje pacientov odvisno tudi od njihovih pričakovanj in potreb (Kartika, et al., 2018).

Jenko (2016) v svoji raziskavi ugotavlja, da dipl. m. s. več znanja za delo v ADM pridobijo z neformalnimi oblikami izobraževanja na področjih znanja komunikacije, znanja o svetovanju in izvajanju diagnostičnih postopkov. V raziskavi ugotavlja tudi, da so za delo v ADM pomembne tudi izkušnje s prejšnjih delovnih mest. Največ izkušenj so dipl. m. s. pridobile na primarni ravni, in sicer v ambulantah družinske medicine ali patronažni zdravstveni negi. Znanja na zdravstvenem področju je treba ves čas obnavljati in nadgrajevati, da ne zastarajo, ugotavlja Klaneček (2013).

S pregledom že obstoječe literature ugotavljamo porast števila ADM. Leta 2011 je začelo delovati 107 referenčnih ambulant, v letu 2019 pa deluje že 812 tovrstnih ambulant (Ministrstvo za zdravje, n. d.). V ADM je pri obravnavi ključnega pomena sodelovanje pacienta, za dipl. m. s. pa velik izziv, da to sodelovanje sploh dosežejo. Zanima nas, na kakšen način dipl. m. s. paciente motivirajo za sodelovanje in kateri dejavniki pripomorejo, da dipl. m. s. večine uspešne motivacije pacientov sploh ima, oz. se jih lahko nauči.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE

V Sloveniji trenutna organizacija zdravstvenega sistema in njegovo financiranje vplivata na to, da so pacienti hitreje odpuščeni iz bolnišnične oskrbe. Tako se velik del obravnave prenaša s sekundarne na primarno raven – na raven družinske medicine. Dejstvo je, da primanjkuje zdravnikov (Poplas Susič, et al., 2013). Zdravniki včasih delujejo nedostopno in pokroviteljsko, a so le tako naučeni, da rešujejo pacientove težave. Pacienta pa kot enakopravnega partnerja pri reševanju njegovih težav vedno ne upoštevajo. V raziskavi je Paniagua (2011) ugotavljala razliko med delom zdravnika in dipl. m. s. s pacienti pri tem, kaj pacienti občutijo med obravnavo. Rezultati so pokazali, da so pacienti čutili, da imajo pri zdravniku malo možnosti za soodločanje in izražanje mnenja o zdravljenju v nasprotju z dipl. m. s.. Rezultati študij iz tujine pa dokazujejo, da so dipl. m. s. sposobne prevzeti določene segmente dela v osnovnem zdravstvenem varstvu. Diplomirane medicinske sestre do uvajanja ADM niso bile članice tima. Z uvedbo ADM pa se je ponudila možnost, da tudi one postanejo del tima ter razbremenijo zdravnike in dvignejo kakovost dela, najbolj na področju vodenja pacientov s kroničnimi boleznimi in preventive (Poplas Susič, et al., 2013).

Družinska medicina zagotavlja celostno in trajno primarno zdravstveno varstvo. Namenjena je vsem članom družine. Temeljiti mora na dostopnosti, celostnosti, splošnosti, stalnosti in biti usmerjena v družino in skupnost (Govc Eržen, 2011). Ambulante družinske medicine delujejo po načelu dispanzerske metode dela, ta pa zahteva poznavanje populacije in vodenje registrov ogrožene in bolne populacije. Orodje za presejanje so vprašalniki za dejavnike tveganja in kronične bolezni (Bulc, 2011). Tekom preventivnih pregledov vsaka ADM vsak mesec odkrije povprečno dva nova pacienta s kronično boleznijo in petnajst pacientov, pri katerih se pojavljajo dejavniki tveganja. Paciente se obravnava aktivno v skladu z njihovimi potrebami in ne željami. Znižala se je starostna meja populacije, ki je vključena v preventivne programe, in sicer na 30 let (Poplas Susič, et al., 2013).

### 2.1.1 Kazalniki kakovosti

V ADM delo usmerjajo kazalniki kakovosti, zato se spremlja: kakovost kliničnega dela, kakovost preventivnega dela in kakovost organizacije. Enkrat letno je treba spremljati zadovoljstvo zaposlenih in pacientov z validiranimi vprašalniki o zadovoljstvu. Mesečno se poroča tudi o registriranih pacientov s KOPB in astmo, pacientov s sladkorno boleznijo, vsaj enkrat letno pa je treba:

- izmeriti krvni tlak registriranim kroničnim pacientom,
- preveriti kadilski status,
- preveriti stranske učinke zdravil za zdravljenje astme (hripavost ob inhalacijskih glukokortikosteroidih) pri astmatikih,
- izvesti spirometrijo pri pacientih s KOPB,
- preveriti stranske učinke zdravil za zdravljenje KOPB (Poplas Susič, et al., 2013).

Pričakovanja pacientov postajajo vedno večja, saj so ti vedno bolj seznanjeni in ozaveščeni o svojih pravicah (Fahy, 2012).

### 2.1.2 Vloga diplomirane medicinske sestre

Diplomirana medicinska sestra v ADM opravlja svoje delo samostojno, zato je ustrezna usposobljenost za uspešno delo nujen pogoj (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2011). Z dodatnimi izobraževanji so dipl. m. s. poostale suverene nosilke preventivne dejavnosti. Diplomirane medicinske sestre ustrezno spremljajo parametre kroničnih bolezni pri urejenih pacientih, obenem pa povezujejo tim ter so za paciente svetovalke in edukatorice (Poplas Susič, et al., 2013).

Kartika in sodelavci (2018) so v svoji raziskavi uporabili Coxov model, da bi ugotovili, kateri od štirih elementov najbolj vplivajo na zadovoljstvo pacientov pri interakciji z medicinskimi sestrami. Coxov model (ang. *Interaction Model of Client Health Behavior*) vključuje naslednje štiri elemente, ki so ključni za delovanje medicinske sestre in njen vpliv na pacienta: čustvena podpora, strokovna usposobljenost, nudenje ustreznih informacij in vključitev pacientov v odločitve. Čustvena podpora se kaže predvsem skozi komunikacijo, spoštovanje in pozornost, ki jo medicinska sestra nameni pacientu, in

ustrezni strokovni skrbi zanj. Pacientom so pomembne majhne pozornosti, s čimer medicinske sestre zagotovijo, da se pacienti v času pregledov in procesa zdravljenja nasploh počutijo varno. Medicinske sestre naj bi z njimi komunicirale na pomirjujoč oz. terapevtski način, se med pregledi občasno tudi nasmehnile in bile vseskozi nadvse pozorne do slehernega pacienta. Horvat (2016) v svoji raziskavi ugotavlja, da je pacientom pomembno, da jim medicinska sestra zna prisluhniti in jih poslušati. Pacienti se počutijo bolje, če se dobro razumejo z medicinsko sestro. Naslednji element – usposobljenost – se nanaša na izvedbo samega pregleda, ki naj bi bila izčrpen in natančen, v pacientovih očeh pa predvsem izveden strokovno in kakovostno. Tudi raziskava, ki so jo izvedli Papastavrou in sodelavci (2012), je pokazala, da so pacientom pomembni znanje in veščine medicinskih sester. Pacienti danes namreč medicinske sestre vrednotijo z vidika strokovnega znanja in cenijo nekoliko širše znanje, kar pa ne sovпада z rezultati študij prejšnjih par desetletij. Ta trend je mogoče razložiti znotraj evropskega okvira zdravstvene nege in izobraževanja, ki je povezan s prizadevanji za poenotenje učnih načrtov zdravstvene nege v Evropi. Prav tako se skozi to kaže prizadevanje za razvoj medicinskih sester v procesu izobraževanja od modela, ki je osnovan na principu »vajeniškega« usposabljanja, k univerzitetno osnovanemu akademskemu modelu. Tretji element Coxovega modela se navezuje na nudenje ustreznih informacij glede zdravja in bolezni, kar vključuje tako podatke o zdravstvenem stanju pacienta kot načine zdravljenja, nege in preventivnih dejavnosti. Če medicinska sestra teh informacij ne nudi ali te niso zadostne oz. natančne, bo pacient nezadovoljen s celotno izkušnjo.

Raziskava Kartike in sodelavcev (2018) je pokazala, da je prvi element, čustvena podpora, dejavnik, ki najbolj vpliva na zadovoljstvo pacientov pri interakciji z medicinskimi sestrami. Večja kot je čustvena podpora medicinske sestre, večje je pacientovo zadovoljstvo. V Veliki Britaniji že od leta 1992 diplomirane medicinske sestre, ki imajo specialna znanja, prevzemajo naloge s področja promocije zdravja, zdravstveno svetovanje, vodenje zdravljenja pacientov s kronično boleznijo in intervencije, ki so v skladu s smernicam zdravljenja (Dubois & Singh, 2009). Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri promociji zdravja. Tradicionalno je poudarek promocije zdravja medicinskih sester na preprečevanju bolezni in spreminjanju vedenja posameznikov glede na njihovo zdravje, vendar pa je njihova vloga promotorjev zdravja

veliko bolj zapletena, saj imajo v svoji praksi zdravstvene nege večdisciplinarno znanje in izkušnje s promocijo zdravja (Kemppainen, et al., 2012).

Finski raziskovalci s področja zdravstvene nege so izvedli pregled literature s področja promocije zdravja in se osredotočili predvsem na vlogo, ki jo pri tem igrajo medicinske sestre. Izpostavili so štiri vrste kompetenc, ki naj bi jih imela medicinska sestra v vlogi promotorke zdravja: večdisciplinarno znanje, specifične spretnosti, pozitiven odnos do promocije zdravja in posebne značajske lastnosti. Vsaka izmed teh pa se nadalje deli še v podskupine, ki podrobneje opredelijo omenjene kompetence. Večdisciplinarno znanje pomeni, da ima medicinska sestra znanje o zdravju različnih starostnih skupin, epidemiologiji in teorijah promocije zdravja. Poleg tega pa mora znati tovrstno teoretično znanje vplesti v prakso promocije zdravja. Od medicinskih sester se pričakuje tudi, da se bodo zavedale gospodarskih, socialnih in kulturnih vprašanj, socialnih in zdravstvenih politik ter njihovega vpliva na življenjski slog in zdravstveno vedenje (Kemppainen, et al., 2012)

Kot izpostavi že raziskava Kartike in sodelavcev (2018), imajo medicinske sestre še posebej pomembno vlogo pri spodbujanju pacientov in njihovih družin k sodelovanju pri sprejemanju odločitev v zvezi z zdravljenjem. Poleg tega naj bi paciente spodbujale k diskusiji in izražanju svojih čustev glede svojega zdravstvenega stanja oz. bolezni. Raziskava poleg sodelovanja in ovrednotenja pacientovih zdravstvenih težav in potreb izpostavi komunikacijo kot najpomembnejšo spretnost. Praksa promocije zdravja pa je lahko uspešna le, če so medicinske sestre tej praksi predane in verjamejo v njeno učinkovitost, poleg tega pa spodbujajo sodelovanje in udeležbo pacientov ter s svojim enakopravnim odnosom do vseh udeleženih delujejo kot zagovornice zdravja in dobrobiti vseh pacientov. Kot dobre promotorke zdravja morajo medicinske sestre imeti določene značajske lastnosti, ki s tem sovpadajo (Kemppainen, et al., 2012). Podoba medicinske sestre oblikujejo poklicne lastnosti in tudi osebnostna podoba. Osebnostna podoba se kaže v duševni, telesni, duhovni in socialni zrelosti (Prebil, et al., 2011). Tudi same naj bi se medicinske sestre ukvarjale z aktivnostmi, ki pripomorejo k zdravemu življenjskemu slogu, in tako veljale za zdrave vzornice. Zdrava vzornica naj bi bila nekadilka in v dobri



telesni formi, kar med drugim pomeni, da ohranja idealno težo. Poleg tega pa naj bi bila tudi samozavestna in prilagodljiva (Kemppainen, et al., 2012).

Zadnji element Coxovega modela, ki so ga Kartika in drugi (2018) uporabili v svoji raziskavi, se nanaša na vključitev pacienta v proces sprejemanja odločitev glede njegovega zdravstvenega stanja in ukrepov za njegovo izboljšanje. Bolj kot je pacient iz tega procesa izključen, manj bo motiviran za sodelovanje z zdravstvenim osebjem in ne bo voljan sprejeti pomoči ter nasvetov. Tudi Kersnik (2010) poudarja, da je vključevanje pacienta v zdravljenje nujno potrebno, saj lahko le na ta način dosežemo pozitivne rezultate. Rezultati Kartikove raziskave (Kartika, et al., 2018) pa so poleg tega pokazali, da bi lahko zadovoljstvo pacientov izboljšali, če bi namenili več časa tretjemu (nudenju ustreznih informacij) in četrtemu Coxovemu elementu (vključitev pacientov v odločitve), saj se je pri teh pokazalo največje nezadovoljstvo. Pacienti si želijo razumljivih informacij o svojem zdravstvenem stanju, potrebujejo praktične in konkretne nasvete (Gornjak, 2011). Kvas (2011) meni, da je vloga pacienta pri zdravstveno-vzgojnem delu biti aktiven. To pomeni, da aktivno sodeluje v procesu pridobivanja znanja. Diplomirana medicinska sestra mora pacientu pomagati, da iz zgodnje faze preide v fazo, ko sam čuti željo po spremembi in sprejme pomoč dipl. m. s. (Kersnik, 2010). Kartika in sodelavci (2018) predlagajo, da naj medicinske sestre informacije podajajo natančno in jasno, pri čemer naj ne pozabijo na dodatno razlago o ukrepih, ki jih lahko pacienti izvajajo sami doma. Zaradi bolj jasnih informacij naj bi se pacienti počutili bolj gotovo glede načina zdravljenja, ki so ga izbrali.

### 2.1.3 Motivacija pacientov

Po slovarju Slovenskega knjižnega jezika beseda motivacija izhaja iz glagolnika motivirati – motivirati za duševna dejanja; motivacija ravnanja, učenja, motivacija za delo (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2000).

Raziskave na temo vključevanja motivacije v preventivno zdravstveno dejavnost imajo različne rezultate. Žalar (2009) trdi, da je pomembno ugotoviti, kakšno znanje imajo posamezni pacienti, in to upoštevati. Anderle in Skela Savič (2011) sta v svoji raziskavi razdelili motivacijske dejavnike na notranje in zunanje. Pri notranjih motivacijskih

dejavnih je najvišje uvrščeno zdravje kot vrednota, pri zunanjih motivacijskih dejavnih pa so bili najvišje uvrščeni zdravstveni delavci kot motivatorji. Višjo stopnjo motiviranosti so izrazile ženske, ki tudi bolj poznajo dejavnike tveganja. Žalar (2009) ugotavlja, da seznanjenost z dejavniki tveganja raste tudi s stopnjo izobrazbe. Anderle in Skela Savič (2011) sta leta 2010 ugotovili, da so pacienti v veliki meri v vlogi motivatorja prepoznali zdravnika, in sicer bolj kot medicinsko sestro, s tem pa ugotovili, da je pri medicinskih sestrah glede motiviranja za zdravstveno vzgojo še veliko neizkoriščenih možnosti, ki bi pomembno prispevale h krepitvi promocije zdravja med zdravimi in ogroženimi pacienti.

Pacientov ni mogoče prisiliti k izbiri življenjskega sloga, ki jim ga narekujejo drugi. Ravno zaradi tega sta pacientovo opolnomočenje in sposobnost samooskrbe ključnega pomena pri zagotavljanju pacientove motivacije za izboljšanje življenja. Pacienti se nemalokrat počutijo, kot da so izgubili nadzor nad svojim življenjem, zato jih je treba motivirati s posebnimi metodami, ki bodo to poskušale preprečiti. Avtorica McCarley (2009) predlaga motivacijski intervju, ki bi spodbudil paciente k ponotranjenju svojih ciljev in sprejetju odgovornosti za samooskrbo. Raziskava temelji na primeru dializnih pacientov, v širšem kontekstu pa se članek ukvarja z vprašanji motivacije in opolnomočenja pacientov nasploh.

#### 2.1.4 Motivacijski intervju

Koncept motivacijskega intervjuja je nastal v osemdesetih letih prejšnjega stoletja, tehnika pa se je prvotno uporabljala za izboljšanje vedenja pacientov, ki so se soočali z zlorabo substanc. Poznejše raziskave pa so pokazale, da lahko motivacijsko intervjuvanje pomaga izboljšati izide zdravljenja tudi pri pacientih s kroničnimi boleznimi (npr. diabetesom, boleznimi srca in ožilja, visokim krvnim tlakom, hiperlipidemijo, astmo) tako na psihološki kot tudi na fiziološki ravni, prav tako pa lahko vpliva na spremembe v življenjskem slogu (Hartwell, 2006, cited in; McCarley, 2009). Motivacijski intervju (ang. motivational interviewing) je pristop dela v zdravstveni negi, ki izhaja iz psihoterapevtskih ved. Njegov namen je poiskati in okrepiti motivacijo pri pacientu, ki bi pripomogla k spremembi vedenja. Predpostavka tega pristopa je, da je posameznik tisti,

ki najbolj učinkovito vpliva na svoje vedenje in spremembo življenjskega sloga (Davies, 2011; Brobeck, et al., 2011). Motivacijski intervju spodbudi paciente in zdravstvene delavce k sodelovanju ter temelji na zastavljanju ciljev. Z uporabo modela motivacijskega intervjuja zdravstveni delavec pomaga pacientu izraziti svoje razloge za in proti vedenjskim spremembam, kako lahko trenutno zdravstveno vedenje nasprotuje osebnim zdravstvenim ciljem in kako trenutno vedenje ali zdravstveno stanje vpliva na sposobnost doseganja teh ciljev. Ključnega pomena v tem procesu je oblikovanje dosegljivega in realnega cilja, ki ga postavi pacient sam, nikakor pa ga ne sme medicinska sestra (Knols, 2010). Pacientu pomaga tudi pri obravnavanju in preseganju njegove ambivalentnosti glede sprememb, to je istočasnih nasprotujočih si stališč o tem, ali naj spremeni vedenje ali ne (npr.: »Moral bi prenehati s kajenjem, vendar v njem uživam«). Pacienti so podali nekaj nasvetov, kako lahko zdravstveno osebje spodbudi njihovo aktivno sodelovanje v procesu. Od zdravstvenih delavcev želijo, da podajo vizijo o prihodnosti in v pacientovo rutino vnesejo nekoliko zabave in raznolikosti; od pacienta naj zahtevajo, da v načrt zdravstvenega varstva vnese nekaj svojih idej; pomagajo naj mu pri razvijanju ciljev in tega ne storijo brez njegove participacije; razvijejo naj postopke, s katerimi bodo ponazorili izboljšave; spodbujajo naj druženje med pacienti; zastavljajo naj vprašanja in poslušajo pacientove povratne informacije (Hartwell, 2006, cited in; McCarley, 2009). Uspešnejši so tisti svetovalci, ki so na tem področju usposobljeni in se ravnaajo po protokolih (Hallgren, et al., 2018).

Medicinske sestre morajo pridobiti nekaj t. i. terapevtskih veščin. V prvi vrsti se morajo naučiti upreti nagonu, da poskušajo pacientov problem rešiti na način vsiljevanja rešitev. Z motivacijskim intervjujem ravnamo ravno na nasproten način, saj upoštevamo pacientove razloge za spremembo, ga spodbujamo k razvijanju idej, kako spremembe izvesti, in jim pomagamo sprejemati utemeljene odločitve (McCarley, 2009). Kmetec in sodelavci (2016) ugotavljajo, da MI pomaga medicinski sestri, da pacient sam pride do spoznanja in uvidenja slabih vedenjskih vzorcev pri sebi, ki vodijo v številne kronične bolezni.

Naučiti se je treba tehnike t. i. reflektivnega poslušanja (McCarley, 2009). MI mora temeljiti na pogovoru, empatiji in poslušanju pacienta (Kmetec, et al., 2016), kar pomeni,

da medicinska sestra na vsakem koraku parafrazira pacientove izjave in s tem zagotovi, da njegove želje razume popolnoma, s čimer ga odvrča od upora do sprememb. V pogovoru MI je pacient glavni govorec, medicinska sestra pa poskuša ves čas ohranjati dialog, ki se osredotoča na pacienta. To zagotavlja s postavljanjem odprtih vprašanj in se izogiba vprašanjem, pri katerih zadostujejo kratki odgovori, kot sta »da« in »ne« (McCarley, 2009).

Interakcija med pacientom in medicinsko sestro pogosto vključuje podajanje specifičnih informacij glede zdravstvenega stanja, zato se mora to izvajati na način, ki je skladen z metodo motivacijskega intervjuja. To lahko dosežemo s pristopom, ki ga avtorica McCarley (2009) imenuje vprašaj–nudi–vprašaj. Najprej medicinska sestra vpraša, kaj pacient o določeni bolezni že ve. Če se izkaže, da pacient potrebuje dodatno razlago, ga v naslednjem koraku prosi za dovoljenje, da mu to razlago poda ona (»Z vami bi želela deliti še dodatne informacije glede bolezni, če se s tem strinjate.«). V zadnjem koraku pa medicinska sestra pacienta vpraša po kakršnihkoli mislih, ki so se pacientu glede obravnavanih informacij porajale, ter se nato odzove s tehniko reflektivnega poslušanja in odprtimi vprašanji (»Kaj menite o tem, kar sem delila z vami, torej o vplivih bolezni na kakovost vašega življenja?«).

Zadnji veščini, potrebni za korektno izvajanje motivacijskega intervjuja, sta potrjevanje in povzemanje. Potrjevanje pomeni, da medicinska sestra podaja trditve, ki podpirajo, spodbujajo in prepoznavajo pacientove težave. Pozitivne spremembe, ki jih naredijo pacienti, je treba potrditi v obliki komplimentov in pohval (Droppa & Lee, 2014). Potrjevalne trditve so lahko čisto preproste in neposredne, kot npr. »Čudovito je, da ste se uspeli udeležiti vseh pregledov ta mesec.« S tem damo pacientu vedeti, da njegov trud ni zaman. Povzemanje pa povezuje vse informacije, ki smo jih diskutirali s pacientom, vključno z njegovimi izjavami o želji po spremembi, pomembnih točkah, ki so bile izpostavljene skozi celoten proces, in kako bo medicinska sestra pomagala spremljati razvoj načrta za spremembo, ki si ga je pacient zastavil sam (McCarley, 2009).

Problematična je želja po spremembi oz. želja po izboljšanju zdravstvenega stanja pri starejših pacientih s kroničnimi boleznimi. Predvsem se to kaže z nepripravljenostjo na

redno jemanje zdravil. To pa ima neznanske učinke na zdravje posameznikov in prebivalstva nasploh. Neupoštevanje napotkov za izboljšanje zdravja s pomočjo zdravil vodi do nepotrebnega napredovanja bolezni, zapletov bolezni, zmanjšanih funkcionalnih sposobnosti, hospitalizacij in institucionalizacije v domovih za starejše, slabše kakovosti življenja, zdravstvenih stroškov in celo smrti (Oliveira, et al., 2017). Oliveira in sodelavci so ugotavljali, kateri ukrepi so pripomogli k večji pripravljenosti pacientov na upoštevanje navodil glede jemanja zdravil. Podobno kot pri že obravnavanih raziskavah tudi ta izpostavi ukrep, ki temelji na izobraževanju, kako lahko starejši čim boljše poskrbijo sami zase in se držijo predpisanega načrta. Prav tako je bil rezultat boljši v primerih, kjer so medicinske sestre opravljale obiske na domu, kjer so govorile o pravilni prehrani, preprečevanju poškodb doma in relaksacijski terapiji. Pomembnost obiska dipl. m. s. na domu v svoji raziskavi ugotavlja tudi Ženova (2019). Starejši, ki so gibalno oziroma na kakršen koli način omejeni, da obiščejo ADM, so se zelo dobro odzvali na zdravstveno vzgojo patronažne službe, dipl. m. s. v patronažni službi pa so se dobro izkazale tudi na področju ocene sposobnosti samooskrbe in primernosti bivalnega okolja pacienta. Eden od ukrepov, ki je prav tako pripomogel k izboljšanju rezultatov, je bil individualizirani program, ki naj bi pomagal izboljšati pripravljenost na jemanje zdravil. V sklopu tega so pacienti imeli osebna srečanja z zdravstvenimi delavci, opravljali so se redni telefonski pogovori, vse skupaj pa je potekalo v sodelovanju z odgovornim zdravnikom (Oliveira, et al., 2017). Raziskava Oliveire in sodelavcev (2017) spodbuja tovrstne ukrepe, saj mnogo kroničnih pacientov potrebuje več podpore za samooskrbo, kot jih večina zdravstvenih sistemov lahko zagotovi. Modeli, ki povečujejo kakovost in intenzivnost podpore s pomočjo vrstniške podpore, si zaslužijo nadaljnje raziskovanje.

Pacienti so referenčne ambulante odlično sprejeli in so navdušeni nad dejavnim pristopom in nad časom, ki jim ga da na razpolago diplomirana medicinska sestra, ko jih seznanja predvsem z ukrepi, kako izboljšati svoje zdravstveno stanje (Poplas Susič, et al., 2013).

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je s pomočjo kvantitativne raziskave ugotoviti, kako dipl. m. s. v ADM motivirajo paciente, da spremenijo življenjske navade, in kako so pri tem uspešne.

Cilji diplomskega dela so:

C 1: Ugotoviti, kakšna je vloga dipl. m. s. v ADM pri motivaciji pacientov za zdrav življenjski slog.

C 2: Ugotoviti, katere so po mnenju dipl. m. s. ovire za spremembo življenjskega sloga pri pacientih.

C 3: Ugotoviti, katere značilnosti pacientov vplivajo na njihovo sodelovanje v ADM.

C 4: Ugotoviti, katere družbeno-demografske značilnosti dipl. m. s. vplivajo na njihove sposobnosti motiviranja pacienta.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Glede na postavljene cilje smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako dipl. m. s. v ADM motivira paciente za spremembo življenjskega sloga?
2. Kateri so glavni razlogi za neudeležbo pacientov na vabilo v ADM?
3. Katere značilnosti pacientov vplivajo na sodelovanje pacientov v ADM po mnenju dipl. m. s.?
4. Katere so po mnenju dipl. m. s. v ADM ovire, zaradi katerih pacienti niso pripravljeni spremeniti svojih življenjskih navad?
5. Kako dipl. m. s. ocenjujejo uporabnost delovnih izkušenj, ki so jih pridobile na predhodnih delovnih mestih, za delo v ADM?
6. Katere družbeno-demografske značilnosti dipl. m. s. vplivajo na njihove motivacijske sposobnosti?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na kvantitativni deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Namen deskriptivne metode je, da določen pojav podrobno opredelimo in količinsko ocenimo. V teoretičnem delu smo podatke pridobili s pomočjo pregleda slovenske in tuje literature. Literaturo smo iskali v slovenskih in mednarodnih bazah podatkov: COBISS, PubMed, PROQUEST, Medline, Springer Link, CINAHL in brskalniku Google Scholar. Iskali smo po ključnih besedah »zdravstvena vzgoja«, »referenčna ambulanta«, »ozaveščanje pacientov«, »preventiva«, »komunikacija«, »motivacija«. Pri iskanju tuje literature smo uporabili ključne besede v angleščini: »health education«, »reference clinic«, »patient awareness«, »communication«, »prevention«, »motivation«. Uporabili smo različne kombinacije naštetih ključnih besed z uporabo Boolovega operatorja »AND«. Uporabili smo literaturo, staro 5, izjemoma 10 let, dostopno brezplačno in v polnem besedilu. Za zbiranje podatkov v empiričnem delu smo uporabili metodo anketiranja dipl. m. s. v ADM.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za potrebe priprave diplomskega dela smo podatke zbrali s pomočjo ankete. Anketo smo sestavili po pregledu literature (Potočnik, 2012; Pečelin, 2016; Jenko, 2016) in ugotovili, kaj je na izbrano temo ADM že znanega. V pomoč nam je bil tudi predhodni neformalni pogovor z dipl. m. s., ki delajo v ADM. Anketni vprašalnik je bil razdeljen na 3 sklope. V prvem sklopu sprašujemo po demografskih značilnostih anketirancev in je sestavljen iz treh vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Drugi sklop se imenuje »Motiviranje pacientov za sodelovanje v ADM« in je sestavljen iz 13 vprašanj. Vprašanja so različna, eno odprtega, ostala zaprtega tipa ter eno vprašanje z Likertovo lestvico. Tretji sklop se navezuje na delovne izkušnje dipl. m. s. s preteklih delovnih mest in na to, kakšen vpliv imajo te izkušnje za delo v ADM. Vprašanje je bilo eno, in sicer zaprtega tipa z možnostjo lastnega odgovora. Zanesljivost za sklop trditev z lestvico pomembnosti je zmerna, saj je koeficient Cronbach Alfa 0,77.

### 3.3.3 Opis vzorca

Za raziskavo smo uporabili namenski vzorec anketirancev. V naši anketi so sodelovale dipl. m. s., ki so bile zaposlene v ADM. Ankete smo razdelili dipl. m. s. v ADM v Zdravstvenem domu OZG Kranj, Zdravstvenem domu Ljubljana, Zdravstvenem domu Kamnik in Zdravstvenem domu Domžale. V vzorec smo zajeli tri moške in 49 žensk. Pet anketiranih je bilo starih med 20 in 30 let, 17 anketiranih (32,7 %) je bilo starih med 31 in 40 let, 14 anketiranih (26,9 %) med 41 in 50 let ter 16 anketiranih (30,8 %) starih več kot 50 let. Preverili smo tudi, koliko let so anketirani opravljali delo medicinske sestre oz. diplomiranega zdravstvenika. Manj kot 2 leti je to delo opravljalo 10 oz. 19,2 % anketiranih, 22 (42,3 %) jih je imelo s tem delovnim mestom izkušenj med 3 in 5 let in le nekaj manj, 20 (38,5 %), jih je imelo več kot 5 let izkušenj, torej smo v vzorec zajeli tako manj kot bolj izkušene dipl. m. s. oz. diplomirane zdravstvenike. Tudi glede skupne delovne dobe, ki so jo imeli anketiranci, so bili rezultati dokaj podobni oz. je bila porazdelitev odgovorov zmerno enakomerno porazdeljena med različne razrede glede dolžine delovne dobe. Do 10 let delovne dobe je imelo 15 anketiranih (28,8 %), med 11 in 20 let delovne dobe je imelo 13 (25,0 %) anketiranih in med 21 in 30 let delovne dobe 12 oz. 23,1 % anketiranih. Preostalih 12 anketirancev je navedlo med 31 in 40 let delovne dobe. Opisne statistike so pokazale, da so imeli anketiranci med najmanj 1 in največ 39 let delovne dobe. V povprečju so anketiranci delali 20,45 leta, standardni odklon pa je znašal 11,29 leta.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo v septembru 2019 najprej poslali prošnjo za odobritev izvedbe raziskave glavnim medicinskim sestram v izbranih zdravstvenih domovih. Privolitev smo dobili s strani vseh izbranih zdravstvenih domov. Vprašalnike in vso drugo potrebno dokumentacijo (po navodilih Fakultete za zdravstvo Angele Boškin) smo poslali po pošti diplomiranim medicinskim sestram v ADM. V Zdravstveni dom Ljubljana z vsemi enotami smo poslali 49 vprašalnikov, v Zdravstveni dom Domžale 7, v Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik 5 in v OZG Kranj 29 vprašalnikov. Skupaj je bilo poslanih 90 vprašalnikov, ustrezno izpolnjenih in vrnjenih pa smo dobili 54 vprašalnikov, kar pomeni



57,8 % realizacijo vzorca. Podatke smo vnašali v program Microsoft Office Excel 365 ter jih nato statistično obdelali s programom IBM SPSS Statistics 21. Opisne spremenljivke so predstavljene s frekvencami in deleži, številske spremenljivke pa z ustreznimi merami srednjih vrednosti in razpršenosti, to je s povprečno oceno in standardnim odklonom. Za testiranje povezanosti med spremenljivko glede motivacije z demografskimi spremenljivkami smo uporabili test hi-kvadrat oz. navajali rezultat testa *likelihood ratio*, če pogoji za izvedbo testa hi-kvadrat niso bili izpolnjeni (prenizko število pričakovanih frekvenc v celicah).

### 3.4 REZULTATI

Pri odgovoru na prvo raziskovalno vprašanje, ki se glasi »Kako dipl. m. s. v ADM motivira paciente za spremembo življenjskega sloga?« se bomo najprej oprli na odgovore anketirancev o tem, kako pomembni so po njihovem mnenju različni vidiki obravnave in odnosa med dipl. m. s. in pacientom. Ponujene odgovore so anketirani ocenili z ocenami od 1 do 4, kjer je 1 pomenilo, da navedeno pacientom ni pomembno, in 4, da jim je zelo pomembno.

Podatki iz Tabele 1 kažejo, da je večina anketiranih ocenila, da je pacientom v ADM zelo pomembno zaupanje diplomirani medicinski sestri. Odgovor 4 je izbralo kar 90,4 % vprašanih, večina preostalih pa odgovor 3, kar pomeni, da je po njihovem mnenju zaupanje pomembno. Povprečna ocena znaša visokih 3,88 (SO = 0,38). Na prvi dve mesti po pomembnosti se je uvrstila tudi možnost, da pacienti postavijo vprašanja, ter dejstvo, ali si dipl. m. s. vzame dovolj časa za pacienta. Obe navedeni trditvi je več kot 80 % vprašanih ocenilo kot zelo pomembni in dobrih 15 % kot pomembni, povprečni oceni znašata 3,85 (SO = 0,36) in 3,83 (SO = 0,38). Sledijo nekoliko manj, vendar vseeno dokaj pomembne trditve o dostopnosti dipl. m. s. (PV = 3,77; SO = 0,43), o praktičnosti in uporabnosti nasvetov (PV = 3,76; SO = 0,43), o prijaznosti dipl. m. s. (PV = 3,75; SO = 0,48), o ustrezni komunikaciji s pacientom (PV = 3,73; SO = 0,45) ter o spremljanju parametrov pri pacientu (PV = 3,73; SO = 0,45). Pri vseh navedenih dejavnikih obravnave pacienta je okrog tri četrtine vprašanih navedlo, da so ti zelo pomembni, okrog četrtina pa, da so pomembni. Kot nekoliko manj, vendar še vseeno dokaj pomemben dejavnik, pa

je glede na izračunano povprečno oceno na zadnjem mestu svetovanje glede zdravega načina življenja, ki ga je kot zelo pomembnega ocenilo 67,3 % vprašanih, kot pomembnega pa 30,8 % (PV = 3,65 ; SO = 0,52).

**Tabela 1: Trditve o tem, kaj po mnenju dipl. m. s. pacienti v ADM najbolj potrebujejo in cenijo**

	1 Pacientom ni pomembno		2 Pacientom je malo pomembno		3 Pacientom je pomembno		4 Pacientom je zelo pomembno		Skupaj	
	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	PV	SO
Zaupanje diplomirani medicinski sestri	0	0,0	1	1,9	4	7,7	47	90,4	3,88	0,38
Možnost, da pacienti postavijo vprašanja	0	0,0	0	0,0	8	15,4	44	84,6	3,85	0,36
Da si diplomirana medicinska sestra vzame dovolj časa	0	0,0	0	0,0	9	17,3	43	82,7	3,83	0,38
Dostopnost diplomirane medicinske sestree	0	0,0	0	0,0	12	23,1	40	76,9	3,77	0,43
Praktični in uporabni zdravstveni nasveti	0	0,0	0	0,0	12	23,5	39	76,5	3,76	0,43
Prijaznost diplomirane medicinske sestree	0	0,0	1	1,9	11	21,2	40	76,9	3,75	0,48
Komunikacijske spretnosti diplomirane medicinske sestree	0	0,0	0	0,0	14	26,9	38	73,1	3,73	0,45
Spremljanje parametrov pri pacientu (merjenje pljučne funkcije, krvnega tlaka, krvnega sladkorja, teže, obsega pasu itd.) kot prvih kazalnikov začetka bolezenskega stanja	0	0,0	0	0,0	14	26,9	38	73,1	3,73	0,45
Svetovanje glede zdravega načina življenja	0	0,0	1	1,9	16	30,8	35	67,3	3,65	0,52

Legenda: PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

Nadalje je v sklopu prvega raziskovalnega vprašanja pomemben odgovor na vprašanje, kaj je tisto, kar anketiranci smatrajo za dobro komunikacijo s pacientom. V tem primeru gre za odprto vprašanje, kjer so anketiranci podali svoj odgovor z lastnimi besedami, mi pa smo odgovore pregledali in uvrstili v vsebinsko podobne kategorije, da lahko preverimo, katerih opredelitev in opisov se pojavi največ. Iz tabele 2 je razvidno, da se je kot najbolj pogost opis dobre komunikacije pojavilo aktivno poslušanje in opazovanje pacienta oz. sposobnost pridobiti pomembne informacije od pacienta (17 navedb). Sledijo dvosmerna komunikacija, kjer imata oba sogovornika enako možnost za vključitev v

pogovor (8 navedb), prijazna, vljudna in spoštljiva obravnava sogovornika (7 navedb) ter sposobnost zagotoviti jasne in razumljive odgovore pacientu (6 navedb). Ostale navedbe so se pojavile redkeje oz. le pri nekaj anketiranih, prav vse pa govorijo o pomembnih vidikih komunikacije, tako o vsebini komunikacije in vzpostavljanju odnosa s pacientom kot tudi o neverbalni komunikaciji in zagotavljanju ustreznega komunikacijskega okolja brez šumov.

**Tabela 2: Kaj dipl. m. s. smatrajo za dobro komunikacijo?**

	Možnih več odgovorov	
	f	f %
aktivno poslušam in opazujem pacienta, znam pridobiti pomembne informacije	17	32,7
obojestranska komunikacija, pogovor	8	15,4
prijaznost, vljudnost, spoštovanje sogovornika	7	13,5
zagotovim jasne, razumljive odgovore in navodila pacientu	6	11,5
znam približati strokovne vsebine na preprost, razumljiv način	5	9,6
vzpostavim dober medsebojni odnos s pacientom, da mi zaupa	4	7,7
ustrezna neverbalna komunikacija	3	5,8
doseganje skupnega dogovora v sodelovanju s pacientom	3	5,8
individualni pristop do vsakega pacienta	3	5,8
empatija, odprtost, dostopnost pacientu	1	1,9
brez drugih motenj, šumov	1	1,9
pacientu posvetim dovolj časa	1	1,9
brez odgovora	22	42,3

V primeru, da pacient ne sodeluje ali ne upošteva navodil, večina anketiranih (tabela 3) pacienta ponovno opozori o tveganjih, povezanih z njegovim stanjem (90,4 %), ga poskusi motivirati za uvedbo sprememb (82,7 %) in z njim naredi nov načrt, ki bi se ga morda lažje držal (75,0 %). Precej jih prav tako poskuša mirno in ponovno razložiti pomen držanja dogovora (67,3 %). O ustreznosti motivacijskega pristopa medicinskega osebja in trudu, da bi pacienta pritegnili v program, priča podatek, da sta le 2 anketirana odgovorila, da se s pacienti, ki ne sodelujejo, sploh ne ukvarjajo ter jih pošljejo k zdravniku, ter da nihče ni izbral trditve »Nastopim strogo, saj s prijaznostjo ne dosežem ničesar«.

**Tabela 3: Postopki dipl. m. s. v primeru, da pacient ne upošteva priporočil**

	Možnih več odgovorov	
	f	f %
Povem, kakšna so tveganja, ki so zelo verjetna glede na njegovo stanje.	47	90,4
Poskusim ga motivirati za spremembe.	43	82,7
Poskusim z njim narediti nov načrt, ki bi se ga morda lažje držal.	39	75,0
Mirno in ponovno razložim pomen tega, da se dogovora drži.	35	67,3
Se ne ukvarjam z njim, pošljem ga k zdravniku.	2	3,8
Nastopim strogo, saj pri nekaterih s prijaznostjo ne dosežem nič.	0	0,0

Pri vprašanju o tem, ali se anketiranim zdi znanje komunikacije v zvezi z motivacijo pomembno, so vsi anketiranci odgovorili pritrdilno (52 oz. 100 %). Iz tabele 4 je razvidno, da je kar 80,8 % anketiranih navedlo, da imajo v njihovem zdravstvenem zavodu organizirana izobraževanja na temo komunikacije. Pri tem jih je skoraj polovica z izobraževanji zadovoljna, tretjina pa si želi še več izobraževanj.

**Tabela 4: Organiziranje izobraževanj na temo komunikacije v zdravstvenih zavodih**

	F	f %
Imamo	17	32,7
Imamo; toliko kot jih imamo, se mi zdi zadosti	7	13,5
Imamo, želel/-a bi si jih še več	17	32,7
Imamo, vendar niso koristna	1	1,9
Ne	10	19,2
Skupaj	52	100,0

Pri odgovoru na prvo raziskovalno vprašanje smo se oprli na vprašanja o motivaciji, pristopu do pacientov in komuniciranju. Ugotovili smo, da so po mnenju anketiranih vsi vidiki motivacije in pristopa do pacienta precej pomembni, kot najbolj pomembno pa se izpostavlja vzpostavljanje zaupnega odnosa s pacientom, možnost dvosmerne komunikacije ter celostna obravnava vsakega pacienta, kar pomeni, da si mora dipl. m. s. vzeti dovolj časa ter ustrezno izpeljati komunikacijo s pacientom. Pristop k bolj zahtevnim pacientom, ki potrebujejo več motivacije, temelji na prilagajanju strategije in načrta za doseganje ciljev ter dodatni motivaciji pacienta za uvedbo sprememb v svoje življenje. Rezultati so pokazali tudi, da so komunikacijske spretnosti v povezavi z motiviranjem zaznane kot zelo pomembne, hkrati pa se zdravstvenemu osebju na tem področju zagotavljajo ustrezna izobraževanja z nekaj možnostmi za izboljšave.

Na drugo raziskovalno vprašanje, ki se glasi: »Kateri so glavni razlogi za neudeležbo v ambulanti družinske medicine?«, smo dobili rezultate, prikazane v tabeli 5. Najboljši način za napotitev pacientov na prvi obisk v ADM je po mnenju anketiranih zdravnikova usmeritev pacientov v ADM po pogovoru. Tako meni skoraj tri četrtine anketiranih.

**Tabela 5: Najuspešnejši način napotitve pacientov v ADM**

	<b>f</b>	<b>f %</b>
Pacient v ADM po pogovoru usmeri zdravnik	38	73,1
Vabim jih sam/-a prek pošte, telefona, e-pošte	5	9,6
Drugo*	9	17,3
Skupaj	52	100,0

\*Drugo: kombinacija obeh načinov (8), po priporočilu prijateljev in znancev (1).

Pri pacientih, ki se na vabilo ne odzovejo v določenem času (tabela 6), točno polovica anketiranih navaja, da uporabijo strategijo ponovnega klica in verbalne komunikacije z navajanjem razlogov za dodatno motivacijo za obisk. Desetina manj, 40,4 %, samo ponovno pošlje vabilo oz. e-pošto, okrog tretjina pa takšnih pacientov ne vabi ponovno, ampak o neodzivnosti pacienta obvestijo zdravnika.

**Tabela 6: Aktivnosti ob neodzivanju pacientov na vabilo k obisku v ADM**

	<b>Možnih več odgovorov</b>	
	<b>F</b>	<b>f %</b>
Pokličem po telefonu, ker z verbalno komunikacijo lahko povem več o tem, zakaj je obisk priporočljiv, pogovoriva se o ovirah, ki ga odvrčajo, in nasploh pacienta lažje motiviram.	26	50,0
Ponovno pošljem vabilo, e-pošto.	21	40,4
Ne vabim ponovno. Obvestim zdravnika in upam, da se pri naslednjem obisku zdravnika po pogovoru z njim za obisk odloči.	17	32,7
Ponovno povabim.	8	15,4
Ne storim nič.	0	0,0

Tabela 7 prikazuje, da je le 5,8 % anketiranih pritrdilno odgovorilo na vprašanje o tem, ali pacienti vedo, kakšno je poslanstvo ADM. Skoraj tri četrtine jih meni, da so pacienti s tem le delno seznanjeni, dobra petina pa meni, da pacienti s tem sploh niso seznanjeni.

**Tabela 7: Znanje pacientov o poslanstvu ADM**

	<b>f</b>	<b>f %</b>
Da	3	5,8
Delno	38	73,1
Ne	11	21,2
Skupaj	52	100,0

Večji del anketiranih je na vprašanje, ali so pacienti po njihovem občutku z njihovim samostojnim delom v ADM zadovoljni (tabela 8), odgovoril pritrdilno (57,7 %), dobra polovica pa je izbrala odgovor, da so pacienti sicer zadovoljni z njihovim delom, vendar pa morebitne sprotne težave rešujejo skupaj z zdravnikom (53,8 %). Le nekaj anketiranih je izbralo odgovore, ki pričajo o nezadovoljstvu pacientov.

**Tabela 8: Zadovoljstvo pacientov z delom dipl. m. s. v ADM**

	<b>Možnih več odgovorov</b>	
	<b>f</b>	<b>f %</b>
Da, imam občutek, da so pacienti zadovoljni z mojim samostojnim delom v ADM.	30	57,7
Pacienti so zadovoljni z mojim delom, če imajo težavo, pa jo rešimo skupaj z zdravnikom.	28	53,8
Kljub moji obravnavi v ADM si želijo še potrditev zdravnika.	3	5,8
Ne, nekateri pacienti niso zadovoljni z obravnavo in jasno povedo, da ne bodo prihajali v ADM.	1	1,9
Drugo.	1	1,9

Pri razlogih, ki lahko po mnenju anketiranih paciente odvrnejo od obiska v ADM, je v tabeli 9 razvidno, da je na prvem mestu mišljenje pacientov, da so čisto zdravi in jim nič ne manjka (73,1 %), sledi pa nepoznavanje tega, kaj sploh je ADM (57,7 %). Okrog polovica anketiranih meni, da je razlog za to, da se pacienti ne odločijo za obisk v ADM, strah pred boleznijo, saj ta razlog postavlja na tretje mesto. Več kot 20 % vprašanih je omenilo še pomanjkanja časa pacientov ter strah pred grajo zaradi napačnega ravnanja.

**Tabela 9: Kaj paciente odvrne od obiska v ADM?**

	Možnih več odgovorov	
	f	f %
Mišljenje »sem čisto zdrav, nič mi ni«	38	73,1
Ne vedo povsem, kaj sploh je ADM	30	57,7
Strah, da bi odkrili bolezen	25	48,1
Pomanjkanje časa pacienta	14	26,9
Strah, »da me bodo grajali«	13	25,0
Vse to se jim na sploh zdi nepomembno	10	19,2
Drugo	3	5,8

Ključni odgovor na naše drugo raziskovalno vprašanje o glavnih razlogih za neudeležbo pacientov na vabilo v ADM je na podlagi rezultatov to, da pacienti dejansko bodisi ne poznajo dovolj dobro tveganj, ki jih prinaša njihova bolezen, bodisi niso dovolj seznanjeni z namenom delovanja ADM.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, katere demografske značilnosti vplivajo na sodelovanje pacientov v ADM. V tabeli 10 lahko vidimo, da so po mnenju anketiranih ključne značilnosti pacientov, ki zavračajo obisk in obravnavo v ADM, alkoholizem (65,4 %), zavedanje lastnega nezdravega načina življenja (63,5 %) ter mladost (55,8 %). Pogosteje je bilo omenjeno še naslednje: previsoka teža (36,5 %), nižja stopnja izobrazbe (25,0 %) ter kajenje (23,8 %). Ostali dejavniki so bili izpostavljeni redkeje.

**Tabela 10: Značilnosti pacientov, ki zavračajo obisk in obravnavo v ADM, po mnenju anketirancev**

	Možnih več odgovorov	
	F	f %
Alkoholizem	34	65,4
Tisti, ki se zavedajo svojega nezdravega načina življenja	33	63,5
Mlajši od 50 let	29	55,8
Pacienti s previsoko težo	19	36,5
Pacienti z nižjo izobrazbo ali brez izobrazbe	13	25,0
Kajenje	12	23,1
Pacienti z višjo izobrazbo	9	17,3
Prebivalci vasi	5	9,6
Prebivalci mest	4	7,7
Starejši od 50 let	2	3,8
Psihične težave, bolezni	2	5,8
Brezposelnost	1	2,9
Mlajši od 35 let	1	2,9

Četrto raziskovalno vprašanje, ki se je glasilo »Katere so ovire, zaradi katerih pacienti niso pripravljeni spremeniti svojih življenjskih navad?«, smo prav tako lahko povezali z odgovori iz tabele 9 in 10. Ovira so torej lahko mišljenje, da so zdravi in jim nič ne manjka, pomanjkanje časa in določene demografske značilnosti pacienta. Najvišje ocenjeni dejavnik je alkoholizem in dejstvo, da se nekateri nezdravega načina življenja zavedajo, vendar jim je za to vseeno in jim nasploh manjka motivacije. Pomembo pri tem je, da to motivacijo v pacientih poskušajo doseči dipl. m. s. v ADM.

**Tabela 11: Mnenje dipl. m. s. o tem, ali so dobri/-e motivatorji/-ke**

	f	f %
Da	31	59,6
Ne	0	0,0
Niti da niti ne	4	7,7
Odvisno od osebnosti pacienta	17	32,7
Skupaj	52	100,0

Tabela 11 prikazuje, da je kar 59,6 % anketiranih odgovorilo, da so dober motivator, 32,7 % pa je na to vprašanje odgovorilo, da je to povezano z osebnostjo pacienta. Večinoma anketiranih meni, da znajo dobro motivirati paciente za spremembo življenjskih navad, tako da to ne bi smela biti ovira, zaradi katere pacienti ne bi želeli spremeniti svojega vedenja, in so v ozadju verjetno drugi dejavniki (nepripravljenost za spremembe ipd.). Pokazalo pa se je, da jim morda ob soočanju s specifičnimi pacienti, ki potrebujejo drugačen pristop, manjka dodatnih specializiranih znanj, kako pristopiti k takšnim pacientom. Četrto raziskovalno vprašanje in odgovore nanj lahko povežemo s tabelama 9 in 10, ki prikazujeta, da so ovira lahko nepoznavanje tveganj, ki jih prinaša nezdravo vedenje, neseznanjenost z delom ADM ter značilnosti posameznikov.

Odgovore na peto raziskovalno vprašanje, ki se je glasilo »Kako diplomirane medicinske sestre ocenjujejo uporabnost delovnih izkušenj, ki so jih pridobile na predhodnih delovnih mestih, za delo v ADM?«, prikazuje tabela 12. Nekaj manj kot 40 % anketiranih ima pretekle delovne izkušnje z različnih oddelkov v bolnišnici (navajali so klinični oddelek, porodnišnico, intenzivno terapijo), nekaj več kot 30 % pa jih je svoje delovne izkušnje nabiralo v različnih ambulantah (otroški dispanzer, splošna ambulanta, itd.), v patronaži



(5 oseb), na urgenci (5 oseb), v domu za starejše (3 osebe) ali na drugih delovnih mestih (marketing, sterilizacija, šola, zobna asistentka).

**Tabela 12: Prejšnje delovno mesto anketirancev**

	Možnih več odgovorov	
	F	f %
To je prva zaposlitev	5	9,6
Delo v bolnišnici	20	38,5
Delo v ambulanti	18	34,6
Patronaža	5	9,6
Urgenca, nujna medicinska pomoč, reševalna postaja	5	9,6
Dom za starejše	3	5,8
Drugo	6	11,5

\*Drugo: marketing (1), šola (1), sterilizacija (1), medicina dela in športa (1), zobna asistentka (1), tehnik zdravstvene nege v zdravstveno varstveni organizaciji (1)

Po mnenju večjega dela anketiranih (tabela 13) jim predhodne izkušnje pomagajo pri delu v ADM, saj 57,7 % anketiranih meni, da imajo na podlagi tega širše strokovno znanje ter tudi boljši občutek za delo s pacienti, poleg tega hitreje najdejo skupni jezik z vsemi pacienti (51,9 %).

**Tabela 13: Koristnost predhodnih delovnih izkušenj dipl. m. s. pri delu v ADM**

	Možnih več odgovorov	
	f	f %
Da, imam širše strokovno znanje.	30	57,7
Da, imam boljši občutek za delo s pacienti, hitreje najdem skupni jezik z vsemi pacienti.	27	51,9
Ne, moje prejšnje delovno mesto je bilo povsem druge narave in ga ne morem povezovati z delom v ADM.	2	3,8
Drugo	1	1,9

### 3.4.1 Povezave med spremenljivkami

Pri zadnjem, šestem raziskovalnem vprašanju, ki se glasi »Katere demografske značilnosti dipl. m. s. vplivajo na njihove motivacijske sposobnosti?«, smo preverili, ali med spremenljivko, ki meri motivacijske sposobnosti dipl. m. s., in demografskimi spremenljivkami spol, starost in delovne izkušnje obstaja statistično značilna povezanost, zanimalo nas namreč je, ali katere od teh značilnosti vplivajo na motivacijske sposobnosti.

Prva spremenljivka, s katero smo opravili primerjalno analizo, je spol. V vzorcu imamo 3 moške in 49 žensk in zanimalo nas je, kako so bili porazdeljeni njihovi odgovori na vprašanje o samooceni motivacijskih sposobnosti.

Kot je razvidno v tabeli 14, je porazdelitev odgovorov glede na spol pretežno podobna porazdelitvi na celotnem vzorcu; največji delež moških in žensk je izbral odgovor »Da«, sledijo tisti, ki so izbrali odgovor »Odvisno od osebnosti pacienta«, najmanj anketiranih pa je izbralo odgovor »Niti da niti ne«; med moškimi takšnih sploh ni bilo.

**Tabela 14: Mnenje o lastnih motivacijskih sposobnostih glede na spol anketirancev**

			Spol		Skupaj
			Moški	Ženski	
Menite, da ste za paciente dober motivator?	Da	f	2	29	31
		f %	66,7 %	59,2 %	59,6 %
	Niti da niti ne	f	0	4	4
		f %	0,0 %	8,2 %	7,7 %
	Odvisno od osebnosti pacienta	f	1	16	17
		f %	33,3 %	32,7 %	32,7 %
Skupaj	f	3	49	52	
	f %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Ker pogoji za interpretacijo testa hi-kvadrat niso izpolnjeni, navajamo rezultate testa razmerja verjetij (*likelihood ratio*), ki nam je pokazal, da med spremenljivkama motivacijska sposobnost in spol ni statistično značilne povezanosti ( $p = 0,778 > 0,05$ ).

Kot je prikazano v tabeli 15, se porazdelitev odgovorov glede na starost v določenih točkah razlikuje od tiste na celotnem vzorcu. Opazno je odstopanje odgovorov v skupini najmlajših in najstarejših anketirancev. Med anketiranimi, starimi med 20 in 30 let, ter tistimi, ko so stari več kot 50 let, je opaziti nadpovprečen delež tistih, ki so izbrali odgovor »Da«. Med anketiranimi, starimi med 31 in 40 let oz. 41 in 50 let, pa nadpovprečno izstopa odgovor »Odvisno od osebnosti pacienta«.

**Tabela 15: Mnenje o lastnih motivacijskih sposobnostih glede na starost anketirancev**

			Starost				Skupaj
			20–30 let	31–40 let	41–50 let	več kot 50 let	
Menite, da ste za paciente dober motivator?	Da	f	4	9	6	12	31
		f %	80,0 %	52,9 %	42,9 %	75,0 %	59,6 %
	Niti da niti ne	f	1	1	1	1	4
		f %	20,0 %	5,9 %	7,1 %	6,3 %	7,7 %
	Odvisno od osebnosti pacienta	f	0	7	7	3	17
		f %	0,0 %	41,2 %	50,0 %	18,8 %	32,7 %
			Starost				Skupaj
			20–30 let	31–40 let	41–50 let	več kot 50 let	
Skupaj		f	5	17	14	16	52
		f %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Ker pogoji za interpretacijo testa hi-kvadrat niso izpolnjeni, navajamo rezultate testa razmerja verjetij (*likelihood ratio*), ki nam pokaže, da med spremenljivkama motivacijska sposobnost in starost ni statistično značilne povezanosti (tabela 16;  $p = 0,209 > 0,05$ ). Zgoraj navedene ugotovitve veljajo torej samo za naš vzorec anketiranih in jih ne moremo posploševati na širšo raziskovano populacijo.

**Tabela 16: Mnenje o lastnih motivacijskih sposobnostih glede na starost anketirancev**

	Vrednost statistike	Stopnje prostosti	p-vrednost
<b>Pearsonova hi-kvadrat statistika*</b>	7,119 <sup>a</sup>	6	0,310
<b>Test razmerja verjetij</b>	8,419	6	0,209
<b>Število enot</b>	52		

\*7 celic (58,3 %) ima pričakovane frekvence nižje od 5. Minimalno število pričakovanih frekvenc znaša 0,38.

Sledi primerjava odgovorov glede na leta zaposlitve v ADM. Kot prikazuje tabela 17, je porazdelitev odgovorov glede na to, ali je anketirani v ADM zaposlen med 3 in 5 let ali več kot 5 let, pretežno podobna porazdelitvi na celotnem vzorcu; največji delež anketiranih je izbral odgovor »Da«, sledijo tisti, ki so izbrali odgovor »Odvisno od osebnosti pacienta«, najmanj anketiranih pa je izbralo odgovor »Niti da niti ne«. Opazno pa je določeno odstopanje v odgovorih med tistimi, ki to delo opravljajo manj kot dve leti, in sicer jih je polovica izbrala odgovora »Da«, druga polovica pa odgovor »Odvisno

od osebnosti pacienta«. Takšna porazdelitev bi lahko nakazovala dejstvo, da imajo anketirani z manj izkušnjami v ADM več težav s pacienti, ki potrebujejo več svetovanja in drugačen pristop, oz. da jim takšni pacienti predstavljajo malo večji izziv.

**Tabela 17: Mnenje o lastnih motivacijskih sposobnostih glede na leta delovnih izkušenj anketirancev v ADM**

			Koliko let ste zaposleni kot diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik v ambulanti družinske medicine?			Skupaj
			Manj kot 2 leti	3–5 let	Več kot 5 let	
Menite, da ste za paciente dober motivator ?	Da	f	5	13	13	31
		f %	50,0 %	59,1 %	65,0 %	59,6 %
	Niti da niti ne	f	0	3	1	4
		f %	0,0 %	13,6 %	5,0 %	7,7 %
	Ovisno od osebnosti pacienta	f	5	6	6	17
		f %	50,0 %	27,3 %	30,0 %	32,7 %
Skupaj		f	10	22	20	52
		f %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Ker pogoji za interpretacijo testa hi-kvadrat niso izpolnjeni, navajamo rezultate testa razmerja verjetij (*likelihood ratio*), ki nam pokaže, da med spremenljivkama motivacijska sposobnost in leta dela v ADM ni statistično značilne povezanosti (tabela 18;  $p = 0,423 > 0,05$ ). Zgoraj navedene ugotovitve veljajo torej samo za naš vzorec anketiranih in jih ne moremo posploševati na širšo raziskovano populacijo.

**Tabela 18: Mnenje o lastnih motivacijskih sposobnostih glede na leta delovnih izkušenj anketirancev v ADM**

	Vrednost statistike	Stopnje prostosti	p-vrednost
Pearsonova hi-kvadrat statistika*	3,380 <sup>a</sup>	4	0,496
Test razmerja verjetij	3,876	4	0,423
Število enot	52		

\*4 celice (44,4 %) imajo pričakovane frekvence nižje od 5. Minimalno število pričakovanih frekvenc znaša 0,77.

Nazadnje smo opravili še primerjavo odgovorov glede na celotno delovno dobo anketiranih. V tabeli 19 je razvidno, da je porazdelitev odgovorov glede na to, ali ima anketirani med 21 in 30 let oz. od 31 do 40 let delovne dobe, pretežno podobna porazdelitvi na celotnem vzorcu; največji delež anketiranih je izbral odgovor »Da«,

sledijo tisti, ki so izbrali odgovor »Odvisno od osebnosti pacienta«, najmanj anketiranih pa je izbralo odgovor »Niti da niti ne«. Opazno pa je določeno odstopanje v odgovorih med tistimi, ki imajo do 10 let delovne dobe, in sicer so nadpovprečno pogosto izbrali odgovor »Niti da niti ne« in podpovprečno odgovor »Odvisno od osebnosti pacienta«. Anketirani z 11 do 20 let delovne dobe pa so manj pogosto izbrali odgovor »Da« ter precej bolj pogosto kot ostali odgovor »Odvisno od osebnosti pacienta«.

**Tabela 19: Mnenja dipl. m. s. o tem, ali so za paciente dober motivator, glede na leta delovne dobe**

			Skupna delovna doba				Skupaj
			Do 10 let	Od 11 do 20 let	Od 21 do 30 let	Od 31 do 40 let	
Menite, da ste za paciente dober motivator?	Da	f	10	5	8	8	31
		f %	66,7 %	38,5 %	66,7 %	66,7 %	59,6 %
	Niti da niti ne	f	2	1	0	1	4
		f %	13,3 %	7,7 %	0,0 %	8,3 %	7,7 %
	Odvisno od osebnosti pacienta	f	3	7	4	3	17
		f %	20,0 %	53,8 %	33,3 %	25,0 %	32,7 %
Skupaj	f	15	13	12	12	52	
	f %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Ker pogoji za interpretacijo testa hi-kvadrat niso izpolnjeni, navajamo rezultate testa razmerja verjetij (*likelihood ratio*), ki nam pokaže, da med spremenljivkama motivacijska sposobnost in leta delovne dobe ni statistično značilne povezanosti (tabela 20;  $p = 0,383 > 0,05$ ). Zgoraj navedene ugotovitve veljajo torej samo za naš vzorec anketiranih in jih ne moremo posploševati na širšo raziskovano populacijo.

**Tabela 20: Mnenja dipl. m. s. o tem, ali so za paciente dober motivator, glede na leta delovne dobe**

	Vrednost statistike	Stopnje prostosti	p-vrednost
Pearsonova hi-kvadrat statistika*	5,588 <sup>a</sup>	6	0,471
Test razmerja verjetij	6,374	6	0,383
Število enot	52		

\*8 celic (66,7 %) ima pričakovane frekvence nižje od 5. Minimalno število pričakovanih frekvenc znaša 0,92.

Pri raziskovalnem vprašanju lahko sklenemo, da nismo uspeli dokazati vpliva nobene od demografskih značilnosti dipl. m. s. na njihove motivacijske sposobnosti.

### **3.5 RAZPRAVA**

Osnovno zdravstvo je izpostavljeno vse večjim obremenitvam, ki so posledica sprememb, kot so ozaveščenost ljudi ter demografske in organizacijske spremembe v zdravstvu (Pečelin & Sočan, 2016). Razvoj osnovnega zdravstvenega varstva je stvar, ki terja dolgoročne spremembe, ki vplivajo na krepitev kazalnikov zdravja v državi. Ambulante družinske medicine pri tem predstavljajo večjo dostopnost prebivalcev do varne in kakovostne zdravstvene oskrbe (Ministrstvo za zdravje, n. d.).

V naši raziskavi smo ugotovili, kakšno vlogo ima dipl. m. s. v ADM pri motivaciji pacientov za zdrav življenjski slog. Ugotovitve so potrdile naša pričakovanja, da ima dipl. m. s. pri tem zelo pomembno vlogo. Največjo vlogo pri motivaciji igrajo komunikacijske spretnosti dipl. m. s. – takšnega mnenja so bili kar vsi anketiranci. Podobno ugotavljajo tudi v raziskavi avtorjev Pečelin & Sočan (2016), kjer menijo, da dipl. m. s. za delo v ADM potrebujejo naslednja znanja: komunikacijo, strokovnost, znanje o medicini, svetovanje glede zdravega življenjskega sloga, motivacijo za nenehno izobraževanje, sposobnost in veselje za delo, prilagodljivost in zanesljivost, empatijo do sočloveka in natančnost, te pa so vodilo za dobro motivacijo pacientov. Potočnik (2012) v svoji raziskavi ugotavlja, da je pomembno, da si dipl. m. s. vzame dovolj časa za pacienta pri obravnavi v ADM. Ta dejavnik je tudi v naši raziskavi visoko število anketiranih prepoznalo kot zelo pomemben.

Potočnik (2012) v svoji raziskavi ugotavlja, da dipl. m. s. potrebujejo več znanja za vodenje ADM. Diplomiranim medicinskim sestram je treba omogočiti izobraževalne module in podiplomska izobraževanja v ADM. Delo dipl. m. s. zahteva vseživljenjsko učenje. V naši raziskavi ugotavljamo, da si dipl. m. s. želijo izobraževanj na temo uspešne komunikacije med dipl. m. s. in pacienti. Tretjina dipl. m. s. si želi več tovrstnih izobraževanj. Tudi Pečelin & Sočan (2016) sta v svoji raziskavi ugotovili to potrebo, saj so anketiranci želeli boljšo informacijsko podporo in več možnosti dodatnega izobraževanja. Z našo raziskavo ugotavljamo tudi, da je izobraževanj dipl. m. s. v ADM organiziranih kar nekaj, vendar so le redka ali celo nobeno osredotočeno oziroma

namenjeno le komunikaciji, ki pa ima kot kaže ogromno vlogo pri kakovosti obravnave, motivaciji in izidih obiska pacientov v ADM.

Na vprašanje, katere so po mnenju dipl. m. s. ovire za spremembo življenjskega sloga pri pacientih, so anketirani na prvem mestu izpostavili mišljenje pacientov, da so čisto zdravi in jim nič ne manjka, zato se takšnim pacientom obisk v ADM zdi nesmiseln. Težavo predstavlja tudi nezavedanje tveganj, ki jih prinaša njihova bolezen. Benedičič Katona (2011) je izvedla raziskavo pri pacientih s srčnim popuščanjem, ki nimajo dovolj znanja o svoji bolezni. Raziskava je pokazala pozitivne učinke poučevanja pacientov o njihovi bolezni, o tveganjih, ki jih bolezen prinaša, in o pomenu samooskrbe. Podobne ugotovitve smo dobili tudi v naši raziskavi. Nezavedanje tveganja v povezavi z boleznijo in neobvladovanjem bolezni je v veliki meri povezano tudi z neznanjem o bolezni. Pacienti med drugim potrebujejo informacije o bolezni.

Ugotovili smo, katere značilnosti pacientov po mnenju anketiranih v večji meri vplivajo na večino tistih pacientov, ki ne sodelujejo. Na prvem mestu so izpostavili alkoholike, na drugem tiste, ki se sicer zavedajo svojega nezdravega načina življenja, vendar jim je za to vseeno. Mlajši od 50 let in pacienti s previsoko telesno težo, ki imajo manj zdravstvenih težav, se počutijo bolj zdrave in zato ne vidijo potrebe po spremembah. Za učinkovito preprečevanje nastanka bolezni je namreč treba delovati v čim zgodnejšem življenjskem obdobju (Zaletel Kragelj, et al., 2009).

Zdravstveno-vzgojno delo mora biti usmerjeno individualno na pacientove zmožnosti, motivacijo in prioritete. ADM nudijo pacientom več opore za obvladovanje čustvenih odzivov na kronične bolezni in spodbujajo pacientovo aktivno vlogo v procesu zdravljenja, da postane urejen kronični pacient (Vodopivec Jamšek, 2013). Potočnik in Lorber (2012) prav tako ugotavljata, da sta motivacija in pacientovo aktivno sodelovanje v procesu obravnave ključna za uspešno zdravljenje.

Diplomiranim medicinskim sestram pacienti včasih povejo kaj, česar zdravniku ne zaupajo, zato je pomembno, da se posvetujeta in pogovarjata o pacientu, saj se s tem osvetlijo težave pacienta, ki zdravniku niso poznane (Poplas Susič, et. al., 2013). Dve

raziskavi, in sicer raziskava Lauranta in sodelavcev (2018) ter raziskava Paniague (2011), ugotavljata, da so se pacienti zelo dobro odzvali na dipl. m. s., izražali svoje mnenje in bili bolj sproščeni kot pri zdravniku. Nasprotno pa so rezultati raziskave avtoric Anderle & Skela Savič (2011) pokazali, da so anketiranci glavno vlogo in zaupanje izrazili zdravniku. Glede na to, da je bila ta raziskava izvedena že pred devetimi leti, smo mi na področju zaupanja pacientov v strokovnost dipl. m. s. ugotovili, da je že prišlo do napredka, saj pacienti v veliki meri zaupajo diplomiranim medicinskim sestram. Enako Potočnik (2012) v raziskavi ugotavlja, da imajo dipl. m. s. občutek (dobra polovica anketiranih), da so pacienti zadovoljni z njihovim samostojnim delom v ADM in jim zaupajo. Kar nekaj anketiranih pa tudi meni, da so pacienti sicer zadovoljni z njihovim delom, v nasprotnem primeru pa težave rešujejo skupaj z zdravnikom.

Raziskava je pokazala, da dobra polovica anketiranih meni, da znajo dobro motivirati paciente. Kar dobra tretjina jih meni, da je njihova uspešnost motiviranja odvisna od osebnosti pacienta. Za delo s specifičnimi pacienti, ki potrebujejo drugačen pristop, pa se kaže potreba po dodatnih specializiranih znanjih. Anderle & Skela Savič (2011) sta v svoji raziskavi oblikovali lestvico pomembnosti motivacijskega dejavnika. Zdravje kot vrednota je bil najvišje uvrščen notranji motivacijski dejavnik, kot zunanji motivacijski dejavnik pa zdravstveni delavci kot motivatorji. Na podlagi tega lahko znova potrdimo pomembnost dipl. m. s. kot glavne motivatorke za spremembe življenjskega sloga.

Izpostavili bi lahko dve družbeno-demografski značilnosti dipl. m. s., ki nekoliko vplivajo na njihove sposobnosti motiviranja pacientov. Ena od teh značilnosti je, da imajo dipl. m. s., ki imajo manj izkušenj v ADM, več težav s pacienti, ki potrebujejo več svetovanja in drugačen pristop, predstavljajo jim večji izziv. Diplomirane medicinske sestre, za katere delo v ADM ni njihova prva zaposlitev, so navajale, da so svoje uporabne izkušnje pridobile na prejšnjih delovnih mestih. Velik pomen lahko pripišemo dejstvu, da izkušnje iz prejšnjih služb veliko pripomorejo k uspešnosti, zato zaposlovanje dipl. m. s. neposredno po koncu študija ali z delovnih mest izven zdravstvenih dejavnosti v ADM ni priporočljivo. Sicer pa nismo uspeli dokazati vpliva nobene druge od demografskih značilnosti dipl. m. s. na njihove sposobnosti motiviranja.



### 3.5.1 Omejitve raziskave

Rezultati raziskave so pridobljeni na premajhnem vzorcu, da bi ugotovitve raziskave lahko posplošili. Vprašalnike smo razdelili dipl. m. s. v ADM v osrednjeslovenski in gorenjski regiji, vendar bi bilo dobro, da bi anketo razdelili v vseh regijah Slovenije in tako dobili večji vzorec, ki bi rezultate natančneje opredelil.

### 3.5.2 Usmeritve za nadaljnje delo

Porajajo se nam dodatna raziskovalna vprašanja, ki jih naša raziskava ne naslavlja, in sicer: kako motivirati paciente, da v čim zgodnejšem življenjskem obdobju začnejo živeti na bolj zdrav način. Morda tudi, kako bi zdravo populacijo poučili o boleznih, ki so povezane z nezdravim življenjskim slogom. V povezavi z motivacijo bi bilo pomembno tudi raziskati, kako paciente, ki so motivirani za samooskrbo in preprečevanje napredka kronične bolezni, motivirati naprej, da tak življenjski slog vzdržujejo, kajti doživljenjska aderenza s priporočili za zdrav način življenja je za paciente velik izziv. Porajajo se nam tudi vprašanja, kako pomembno bi bilo povezovanje patronažne službe in ADM. Pacienti, ki zaradi zdravstvenega stanja ali drugega razloga ne zmorejo obiskati ADM, se namreč zelo dobro odzivajo na obisk dipl. m. s. na domu. Korak naprej bi torej lahko naredili tudi pri preventivni dejavnosti na domu.

## **4 ZAKLJUČEK**

Zdravje je največje bogastvo posameznika, za katerega smo v največji meri odgovorni sami. S svojimi življenjskimi navadami veliko pripomoremo k svojemu zdravju in dobremu psihofizičnemu počutju. Zdravje in skrb zanj naj ne bosta le interes posameznika, pač pa odgovornost celotne družbe. Zdravstveni delavci smo tu, da pacientom pomagamo, jim svetujemo, jih vodimo in motiviramo, kar je ključno pri njihovem vzdrževanju zdravega življenjskega sloga.

Ne moremo delati čudežev ali spremeniti stvari namesto pacienta. Uspeh ne pride čez noč, ampak je povezan z dolgotrajnim spreminjanjem nezdravih navad. V izziv nam naj bodo pacienti, ki jim je vseeno za svoje zdravstveno stanje, tveganja in posledice. Pomagajo nam lahko izobraževanja, vendar se komunikacije in uspešne motivacije ne moremo naučiti kot matematične formule. Dobiti moramo občutek za človeka, naša komunikacija mora zveneti pristno in biti moramo sposobni vzpostaviti zaupen odnos s pacientom. Pri pacientih, pri katerih motiviranost težje dosežemo, bi diplomirane medicinske sestre morale videti priložnost za strokovno nadgradnjo, nikakor pa jih ne smemo videti zgolj kot paciente, pri katerih ni upanja za spremembe.

## 5 LITERATURA

Anderle, D. & Skela Savič, B., 2011. Motivacijski dejavniki posameznika pri vključevanju v delavnice CINDI. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1) pp. 31 – 8.

Benedičič Katona, D., 2011. *Vloga poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Brobeck, E., Odencrants, S., Berhg, H., & Hildingh, C., 2014. Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(13), pp. 1-7.

Bulc, M., 2011. *Presejanje in preventiva v referenčni ambulanti*. [online] Available at: <http://www.e-cho.org/learner/> [Accessed 17. april 2020].

Davies, N., 2011. Healthier Lifestyles: *Behaviour Changes*. *Nursing Times*, 107(23), pp. 20-23.

Droppa, M. & Lee, H., 2014. Motivational Interviewing. *Nursing*, 44(3) pp. 40-45.

Dubois, C.A. & Singh, D., 2009. From staff - mix to skill – mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 2009, 7:87, pp. 5.

Gornjak, D., 2011. Vloga medicinske sestre pri enteralnem hranjenju pacienta. In: A. Trdin, ed. *Celostna obravnava pacienta, obolelega za rakom grla in vratu: zbornik predavanj, Maribor, 27. maj 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolaringologiji, pp. 30-8.

Govc Eržen J., 2011. Pomen in vloga sodelovanja zdravnika družinske medicine in medicinske sestre v referenčni ambulanti. In: A. Bobnar, eds. *Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti – izziv za prihodnost. Dan Stane Kavalič; 2011 December; Ljubljana, Slovenija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, zdravstvena fakulteta.

Eder, J., 2012. Organizacija dela diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti. In: B. Istenič. ed. *Referenčne ambulante po prvem letu delovanja: strokovni seminar, Ljubljana, 12 april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, pp. 5-11.

Fahy, N., 2012. Who is shaping the future of European health systems? *British Medical Journal*, 344, p. e1712[online] Available at: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1712> [Accessed 28 . July 2020].

Hallgren, K.A., Dembe, A., Pace, B.T., Imel, Z.E., Lee, C.M. & Atkins, D.C., 2018. Variability in motivational interviewing adherence across sessions, providers, sites, and research contexts. *Journal of substance abuse treatment*, 84, pp. 30-41.

Horvat, M., 2016. *Pomen komunikacije med medicinsko sestro in pacientom s končno odpovedjo ledvic: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Jenko, G., 2016. *Kompetence diplomirane medicinske sestre za delo v referenčni ambulanti: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Kartika, I.R., Hariyati, T.S., Nelwati, I., 2018. Nurses–patients interaction model and outpatients' satisfaction on nursing care. *Nursing & Care Open Access Journal* 5(2), pp. 70–76. [online] Available at: <https://medcraveonline.com/NCOAJ/NCOAJ-05-00123.pdf> [Accessed 17. April 2019].

Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H., 2012. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International* 28(4), pp. 490–501. [online] Available at: [https://pdfs.semanticscholar.org/adff/6b0cb5dc5a349f1f992020e7168293314dc3.pdf?\\_ga=2.246199876.1534363807.1555933434-2016776190.1555258835](https://pdfs.semanticscholar.org/adff/6b0cb5dc5a349f1f992020e7168293314dc3.pdf?_ga=2.246199876.1534363807.1555933434-2016776190.1555258835) [Accessed 17. April 2019].

Kersnik, J., 2010. Kdo je kronični bolnik – medicinski vidik, In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, eds. *12. simpozij zdravstvene in babiške nege: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: Zbornik predavanj z recenzijo, Portorož, 12. maj 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic. Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic, pp. 6-11.

Klaneček, A., 2013. *Pomen izobraževanja v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Kmetec, S., Novak, Ž., Štiglic, G., Vrbnjak, D., & Pajnkihar, M., 2016. Percepcija motivacijskega intervjuja s strani medicinskih sester. In: M. Pajnkihar, ed. *Mednarodna znanstvena konferenca »Raziskovanje in izobraževanje v zdravstveni negi«: zbornik predavanj. Maribor, 16. junij 2016*. Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 74 – 78.

Knols, R., 2010. Physical Activity Interventions to Approve Daily Walking Activity in Cancer Survivors. *BMC Cancer*, 10, pp. 406.

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana 2011*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 33- 43.

Laurant, M., van der Biezen, M., Watananirunn, K., Kontopantelis, E. & van Vught AJAH., 2018. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018;(7). [online] Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub3/full> [Accessed 20. January 2021].

Luznar N. Programirana zdravstvena vzgoja za odrasle: program svetovanja za zdravje in delovanje zdravstveno vzgojnih centrov (2002-2008). In: S. Vrbovšek & N. Luznar, eds. *Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009, pp. 44-53.

Maučec - Zakotnik, J. & Štern, B., 2013. *Vloga diplomirane medicinske sestre v preventivni dejavnosti referenčne ambulante*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni, Oddelek za kronične bolezni.

McCarley, P., 2009. Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manage their own care. *Nephrology Nursing Journal* 36(4), pp. 409–413. [online] Available at: [https://www.researchgate.net/publication/26774936\\_Patient\\_empowerment\\_and\\_motivational\\_interviewing\\_Engaging\\_patients\\_to\\_self-manage\\_their\\_own\\_care](https://www.researchgate.net/publication/26774936_Patient_empowerment_and_motivational_interviewing_Engaging_patients_to_self-manage_their_own_care) [Accessed 13. April 2019].

Ministrstvo za zdravje, 2015. *Referenčne ambulante*. [online] Available at: [http://www.mz.gov.si/si/pogoste\\_vsebine\\_za\\_javnost/referencne\\_ambulante/](http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/referencne_ambulante/) [Accessed 14. March 2019].

Ministrstvo za zdravje, 2017. *Sklep o preimenovanju referenčnih ambulant družinske medicine (RADM) v ambulante družinske medicine (ADM)*. [online] Available at: [http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Dopis\\_Preimenovanje-v-ADM.pdf](http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Dopis_Preimenovanje-v-ADM.pdf). [Accessed 21. November 2019].

Ministrstvo za zdravje, n. d. *Referenčne ambulante družinske medicine*. [online] Available at: <https://www.scribd.com/doc/59465490/Referen%C4%8Dne-ambulante-splo%C5%A1no-gradivo> [Accessed 14. March 2019].

Oliveira, C.J.D.S., José, H., Castro Caldas, A., 2017. Interventions to Improve Medication Adherence in Aged People with Chronic Disease – Systematic Review. *Universal Journal of Public Health* 5(1), pp. 25–31. [online] Available at: <https://www.researchgate.net/publication/312971482> *Interventions to Improve Medication Adherence in Aged People with Chronic Disease - Systematic Review* [Accessed 17. April 2019]

Paniagua, H., 2011. Advanced nurse practitioners and GPs: what is the difference? *Practice nursing*. 22(7): 386-8, [online] Available at: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/pnur.2011.22.7.383> [Accessed 21. November 2019].

Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E. & Merkouris, A., 2012. A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. *Journal of Advanced Nursing* 68(5), pp. 1026–1037. [online] Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2011.05807.x> [Accessed 13. April 2019].

Pečelin, S. & Sočan, M., 2016. Referenčne ambulante: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 157-162.

Ponikvar Žlahtič, K. & Klemenc, D., 2011. Kako so nastajale referenčne ambulante – pogled zdravstvene nege. In: Bobnar, A. ed. *Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti – izziv za prihodnost: zbornik predavanj. Ljubljana, 2. december 2011*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 18-30.

Poplas Susič, T., Švab, I. & Kersnik J., 2013. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravstveni Vestnik* 82, pp. 635 – 647.

Potočnik, B., 2012. *Vloga diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Potočnik, Š. & Lorber, M. 2012. Življenjske navade pacientov z arterijsko hipertenzijo v domačem okolju. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(3), pp. 245 - 250.

Prebil, A., Mohar, P. & Fink, A., 2011. *Etika in zakonodaja v zdravstvu: učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Založba Grafenauer, pp. 17-18.

Skela Savič, B., 2011. Za delo v referenčnih ambulantah današnje znanje ne zadošča. *Medicina danes*, 9. marec (5), pp. 23 – 24.

*Slovar slovenskega knjižnega jezika*, 2000. S.l.: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, znanstveno raziskovalni center SAZU in Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovža, DZS.

Vodopivec Jamšek, V., 2013. Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. *Zdravniški vestnik*, 82(11), pp. 711 – 717.

World Health Organization, 2013. *Ten facts on noncommunicable diseases*; [online] Available at: [https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/en/](https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/) [Accessed 7. January 2021].

Zaletel Kragelj, L., Maučec Zakotnik, J. & Fras, Z., 2009. Spremljanje stanja na področju nekaterih kroničnih bolezni ter dejavnikov tveganja zanje pri odraslih prebivalcih Slovenije po metodologiji Country-wide integrated non-communicable diseases intervention (CINDI) Svetovne zdravstvene organizacije. In: S. Vrbovšek, N. Luznar, J. Maučec Zakotnik, eds. *Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih*



*osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni 2009.* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 116-120.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulantni družinske medicine.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege-Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1-47.

Žalar, A., 2009. Ocena seznanjenosti prebivalcev Slovenije z dejavniki tveganja nastanka bolezni srca in ožilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(2), pp. 95-101.

Žen, S., 2019. *Pomembnost patronažnih obiskov pri ohranjanju kakovosti življenja starejših s poudarkom na preprečevanje padcev: diplomsko delo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### VPRAŠALNIK ZA DIPL. M. S. V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Moje ime je Ana Lamovšek, sem absolventka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru svoje diplomske naloge z naslovom »Motiviranje pacientov za spremembo življenjskega sloga v ambulantah družinske medicine« pod mentorstvom Mateje Bahun, viš. pred., bi z vami želela opraviti anketiranje z namenom pridobitve podatkov za izdelavo diplomskega dela. Zato vas vljudno prosim, da si vzamete nekaj minut časa za izpolnitev anketnega vprašalnika. Anonimnost anketirancev je zagotovljena, sodelovanje v raziskavi pa je popolnoma prostovoljno. Odgovori na vprašanja bodo uporabljeni izključno za raziskovalne namene diplomskega dela.

Že vnaprej se vam iskreno zahvaljujem za vašo pomoč in dragocen prispevek.

Ana Lamovšek.

#### Sklop 1 – demografski podatki

##### 1. Spol (ustrezno označite)

- a) Moški
- b) Ženski

##### 2. Starost

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) Več kot 50 let

##### 3. Koliko let ste zaposleni kot diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik v ambulanti družinske medicine? (obkrožite)

- a) Manj kot 2 leti
- b) 3–5 let

- c) Več kot 5 let

**4. Koliko let imate skupne delovne dobe? (napišite na črto)**

\_\_\_\_\_

**5. Prejšnje delovno mesto (če to ni vaša prva zaposlitev)**

\_\_\_\_\_

**SKLOP 2**

**6. Menite, da ste za paciente dober motivator?**

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Niti da niti ne.
- d) Odvisno od osebnosti pacienta.

**7. Kateri način se vam zdi boljši za prvi obisk v ADM? (dopišite, če želite)**

- a) Paciente v ADM po pogovoru usmeri zdravnik
- b) Vabim jih sam/-a prek pošte, telefona, e-pošte
- c) Drugo: \_\_\_\_\_

**8. Paciente, ki se na vabilo ne odzovejo v določenem času ...?**

- a) Ne vabim ponovno. Obvestim zdravnika in upam, da se pri naslednjem obisku zdravnika po pogovoru z njim za obisk odloči.
- b) Ponovno pošljem vabilo, e-pošto.
- c) Pokličem po telefonu, ker z verbalno komunikacijo lahko povem več o tem, zakaj je obisk priporočljiv, pogovoriva se o ovirah, ki ga odvrčajo, in nasploh pacienta lažje motiviram.
- d) Ponovno povabim čez (dopiši) \_\_\_\_\_ let.
- e) Ne storim nič.

## 9. Kaj po vašem mnenju pacienti v ADM najbolj potrebujejo in cenijo?

Prosimo, da z X označite svojo stopnjo strinjanja za vsako trditev.

TRDITEV	1 – pacientom ni pomembno	2 – pacientom je malo pomembno	3 – pacientom je pomembno	4 -pacientom je zelo pomembno
Znanje komunikacije s strani dipl. m. s.				
Svetovanje glede zdravega načina življenja				
Praktični in uporabni zdravstveni nasveti				
Prijaznost dipl. m. s.				
Dostopnost dipl. m. s.				
Zaupanje dipl. m. s.				
Da si dipl. m. s. vzame dovolj časa				
Možnost, da pacienti postavijo vprašanja				
Spremljanje parametrov pri pacientu (merjenje pljučne funkcije, krvnega tlaka, krvnega sladkorja, teže, obsega pasu itd.) kot prvih kazalnikov začetka bolezenskega stanja				

## 10. Se vam zdi, da pacienti vedo, kakšno je poslanstvo ambulant družinske medicine?

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

## 11. Se vam zdi znanje komunikacije v povezavi z motivacijo pomembno?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Bistvo je, da svoje delo opravim dosledno in natančno, komunikacija pri tem ni bistvo.

**12. Imate v vašem zdravstvenem zavodu organizirana izobraževanja na temo komunikacije?**

- a) Imamo, \_\_\_\_\_ (dopiši) na leto.
- b) Ne.
- c) Imamo, vendar bi si jih želel/-a še več.
- d) Imamo, vendar niso koristna.
- e) Imamo; toliko kot jih imamo, se mi zdi zadosti.

**13. Na kratko napišite, kaj vi smatrate za dobro komunikacijo.**

---

---

---

---

**14. Kaj storite v primeru, da pacient ne sodeluje ali ne upošteva navodil (redno jemanje zdravil, izogibanje nezdravi hrani, znižanje teže itd.), za katera sta se dogovorila? (možnih je več odgovorov)**

- a) Mirno in ponovno razložim pomen tega, da se dogovora drži.
- b) Povem, kakšna so tveganja, ki so zelo verjetna glede na njegovo stanje.
- c) Poskusim ga motivirati za spremembe.
- d) Nastopim strogo, saj pri nekaterih s prijaznostjo ne dosežem nič.
- e) Se ne ukvarjam z njim, pošljem ga k zdravniku.
- f) Poskusim z njim narediti nov načrt, ki bi se ga morda lažje držal.

**15. Ali imate občutek, da so pacienti zadovoljni z vašim delom v ADM?**

- a) Da, imam občutek, da so pacienti zadovoljni z mojim samostojnim delom v ADM.
- b) Kljub moji obravnavi v ADM si želijo še potrditve zdravnika.

- c) Ne, nekateri pacienti niso zadovoljni z obravnavo in jasno povedo, da ne bodo prihajali v ADM.
- d) Pacienti so zadovoljni z mojim delom, če imajo težavo, pa jo rešimo skupaj z zdravnikom.
- e) Drugo.

**16. Kaj po vašem mnenju odvrne paciente od obiska v ADM?**

- a) Strah, da bi odkrili bolezen.
- b) Mišljenje »sem čisto zdrav, nič mi ni«.
- c) Vse skupaj se jim nasploh zdi brezvezno.
- d) Strah, »da me bodo grajali«.
- e) Ne vedo povsem, kaj sploh je ADM.
- f) Pomankanje časa pacienta.
- g) Drugo: \_\_\_\_\_

**17. Katere značilnosti so po vašem mnenju značilne za tiste paciente, ki zavračajo obisk in obravnavo? (možnih je več odgovorov)**

- a) Starejši od 50 let
  - b) Mlajši od 50 let
  - c) Kadilci
  - d) Alkoholiki
  - e) Pacienti s previsoko težo
  - f) Tisti, ki se zavedajo svojega nezdravega načina življenja
  - g) Prebivalci mest
  - h) Prebivalci vasi
  - i) Pacienti z višjo izobrazbo
  - j) Pacienti z nižjo izobrazbo ali brez izobrazbe
  - k) Drugo:
- 

**SKLOP 3**

**18. Menite, da vam predhodne delovne izkušnje pomagajo pri delu v ADM?  
(izpolnite le, če to ni vaša prva zaposlitev)**

- a) Da, imam širše strokovno znanje.
  - b) Ne, moje prejšnje delavno mesto je bilo povsem druge narave in ga ne morem povezovati z delom v ADM.
  - c) Da, imam boljši občutek za delo s pacienti, hitreje najdem skupni jezik z vsemi pacienti.
  - d) Drugo:
-