



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**IZKUŠNJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV
IZBRANE ORGANIZACIJE Z EPIDEMIJO
COVID-19**

**HEALTH PROFESSIONALS' EXPERIENCE
OF THE COVID-19 EPIDEMIC IN A
SELECTED ORGANISATION**

Mentorica:
mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Kandidatka:
Suneija Naneh

Jesenice, oktober, 2022

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., za svetovanje, vodenje ter spodbujanje in motiviranje pri ustvarjanju diplomskega dela. Prav tako se zahvaljujem doc. dr. Katji Pesjak za recenzijo ter doc. dr. Maji Šikić Pogačar za pomoč pri statistični obdelavi podatkov. Za lektoriranje se zahvaljujem mag. Nataši Koražija, prof. slov.

Hvala vsem zdravstvenim delavcem Zdravstvenega doma Kočevje, ki so se odzvali na mojo prošnjo za sodelovanje v raziskavi; brez njih tega diplomskega dela ne bi mogla izvesti.

Prav tako se zahvaljujem tudi svoji družini ter prijateljem za vso spodbudo med študijem in opravljanjem diplomskega dela, ki ga posvečam svoji mami.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Epidemija virusa COVID-19 je spremenila način in potek dela v zdravstvenih ustanovah, velik vpliv pa je imela tudi na psihično počutje zdravstvenih delavcev.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti odnos zdravstvenih delavcev do epidemije virusa COVID-19 ter pomen za potek dela na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Metoda: Uporabljena je bila kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja s pomočjo vprašalnika s spletno aplikacijo 1KA. Vprašalnik je bil razdeljen 115 zdravstvenim delavcem Zdravstvenega doma Kočevje. Vrnjenih je bilo 63 vprašalnikov, realizacija je bila 54,8 %. Podatke smo obdelali in predstavili s statističnim orodjem IBM SPSS, verzija 28.0 (IBM Corp. Armonk, NY). Podatki so analizirani s pomočjo bivariatne in opisne statistike (frekvenca, povprečni delež, standardni odklon). Za analizo razlik je uporabljen t-test za neodvisne vzorce in enosmerna analiza variance (ANOVA), za iskanje povezanosti pa Pearsonov korelacijski koeficient. Vrednost $p < 0,05$ je določala mejo statistične značilnosti.

Rezultati: Anketirani so se najbolj strinjali, da so se povečala svetovanja po telefonu s pacienti (PV = 4,4; SO = 0,6) in da je epidemija vplivala na pomanjkanje kadra (PV = 4,3; SO = 0,8). Ugotavljali smo statistično pomembne razlike glede na spol in starost. Ženske so menile, da se je njihovo fizično počutje poslabšalo ($t = 2,415$; $p = 0,019$) in med delom so se hitreje utrudile kot po navadi ($t = 6,286$; $p < 0,001$). Starejši zaposleni pa so bili bolj nagnjeni k strahu za možnost okužbe ($t = 1,173$; $p = 0,046$).

Razprava: Ugotovili smo, da je epidemija virusa COVID-19 spremenila potek in način dela v zdravstveni negi. Spoznali smo, da se je psihično počutje poslabšalo predvsem pri ženskah ter da so bili starejši bolj nagnjeni k strahu pred okužbo. Za prihodnje raziskave bi bilo treba povečati število anketiranih, prav tako bi želeli več sodelujočih v raziskavi, kar bi pripomoglo h kakovostnejšim rezultatom.

Ključne besede: primarno zdravstveno varstvo, obremenjenost zdravstvenih delavcev, COVID-19 in duševno zdravje

SUMMARY

Theoretical background: The COVID-19 epidemic has changed the way healthcare institutions work and has also had a great impact on the psychological well-being of healthcare workers.

Aims: The thesis aims to determine the attitudes of health workers towards the COVID-19 epidemic and its implications for the workflow at the primary level of health care.

Methods: A quantitative method of empirical research was used using a questionnaire with the 1KA online application. The questionnaire was distributed to 115 health care workers in the Community Health Centre Kočevje. 63 questionnaires were returned for the response rate of 54.8%. Data were processed and presented using the IBM SPSS, version 28.0 (IBM Corp. Armonk, NY) statistical software. Data were analysed using bivariate and descriptive statistics (frequency, average proportion, standard deviation). The independent sample t-test and one-way analysis of variance (ANOVA) were used to analyse differences, and the Pearson correlation coefficient was used to find correlations. The value of $p < 0.05$ defined the limit of statistical significance.

Results: Respondents were most likely to agree that the number of phone consultations with patients increased (PV = 4.4; SO = 0.6) and that the epidemic resulted in the lack of staff (PV = 4.3; SO = 0.8). We found statistically significant differences according to gender and age. Women were of the opinion that their physical well-being worsened ($t = 2.415$; $p = 0.019$) and they got tired faster than usual during work ($t = 6.286$; $p < 0.001$). Older employees were more inclined to fear the possibility of infection ($t = 1.173$; $p = 0.046$).

Discussion: We found that the epidemic of the COVID-19 virus has changed the work course and processes in nursing. We came to the realization that the psychological well-being worsened especially among women and that the elderly were more prone to fear of infection. For future research, it would be necessary to increase the number of respondents, and we would also like more participants in the research, which would improve the quality of results.

Key words: primary health care, staff workload, COVID-19 and mental health

KAZALO

1 UVOD	6
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST NA PRIMARNI RAVNI.....	2
2.2 VIRUS COVID 19.....	3
2.2.1 Osebna varovalna oprema v času epidemije.....	5
2.2.2 Obremenjenost kadra v času epidemije	6
2.3 POMEN EPIDEMIJE COVID-19 ZA DUŠEVNO ZDRAVJE.....	8
2.3.1 Opredelitev duševnega zdravja.....	9
2.3.2 Psihična obremenjenost zdravstvenih delavcev med epidemijo.....	10
2.3.3 Samomorilnost med epidemijo in družbena stigmatizacija	11
3 EMPIRIČNI DEL	14
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	14
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	15
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	15
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	15
3.3.2 Opis merskega instrumenta	16
3.3.3 Opis vzorca	17
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	19
3.4 REZULTATI	20
3.5 RAZPRAVA.....	34
4 ZAKLJUČEK	40
5 LITERATURA	42
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Delež anketiranih, ki so ali ne preboleli COVID-19.....	19
Slika 2: Delež anketiranih, ki so se ali niso cepili proti COVID-19	19

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika	17
Tabela 2: Demografski podatki anketiranih	18
Tabela 3: Delovna doba anketiranih	18
Tabela 4: Odnos zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19	21
Tabela 5: Odnos zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 glede na spol	23
Tabela 6: Odnos zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 glede na starost	25
Tabela 7: Odnos zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 glede na izobrazbo	26
Tabela 8: Povezanost med odnosom zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 in delovno dobo.....	31
Tabela 9: Mnenje anketiranih glede poteka dela na primarni ravni zdravstvenega varstva med epidemijo COVID-19.....	33

1 UVOD

Epidemija COVID-19 je bila resna globalna javnozdravstvena katastrofa, ki je povzročila izjemno hitro širjenje bolezni ter terjala veliko število smrtnih primerov (Zhang, et al., 2021). Povzročča jo novi koronavirus SARS-CoV-2 ter predstavlja grožnjo zdravstvenemu varstvu po vsem svetu. Virus SARS-CoV-2 je bil identificiran prvič v skupini bolnikov s simptomi pljučnice v mestu Wuhan na Kitajskem, konec leta 2019. Primarno mesto aktivnosti virusa predstavlja človeški dihalni sistem, čeprav so vključeni tudi drugi organski sistemi. Bolezen COVID-19 se je hitro razširila in presenetila zdravstvene sisteme širom sveta. V večini držav smo bili priča podobnemu poteku dogodkov: hitrem širjenju virusa in posledično preobremenjenosti bolnišnic, pomanjkanju različnih zdravstvenih virov ter preobremenjenosti zdravstvenega osebja (Shakoor, et al., 2021). Preventivni ukrepi so bili osredotočeni na sledenje stikom, karanteno in socialno distanciranje, za zdravstvene delavce pa je prinesla mnogo izzivov (Zhang, et al., 2021).

Epidemija COVID-19 je prinesla veliko sprememb, med te pa štejemo uporabo osebne varovale opreme. Nošenje le-te predstavlja tudi razne komunikacijske ovire. Zaradi vizirjev in mask težje slišimo in razumemo sogovornika, obrazne mimike pa ne moremo brati, ta pa predstavlja ključno orodje za empatično komuniciranje. Hitro sprejetje telekomunikacijske tehnologije, vključno z video posvetovanji in posvetovanji zdravnikov po telefonu, je pomenila tudi manjše tveganje za okužbo in hitrejši dostop do zdravstvenih nasvetov (Bowers, et al., 2020).

Po razpoložljivih podatkih je epidemija, podobno kot predhodne epidemije nalezljivih bolezni, povzročila posledice na duševnem zdravju prebivalstva, ki je še posebej ogroženo sploh pri ranljivih skupinah ljudi, kot na primer pri ljudeh z duševnimi motnjami, migrantih in pri zaposlenih na prvih bojnih linijah. Dolgotrajna karantena oziroma izolacija simptome tesnobe, depresije in samomorilnosti samo še poslabša. Pomembno je, da v času krize in po njej oblikujemo smernice za delo na področju duševnega zdravja najbolj ranljivih skupin, predvsem na področju preprečevanja samomorilnosti. Odziv na to krizo zahteva obsežno mobilizacijo služb in strokovnjakov s tega področja (Alibegović, et al., 2020).

2 TEORETIČNI DEL

Zdravje vpliva na kakovost življenja ljudi in je ena od glavnih človekovih pravic in tako tudi družbena vrednota. Je ravnovesje telesnih, duševnih, duhovnih in čustvenih ter osebnih in socialnih prvin. Skrb za dobro zdravje ni le stvar posameznika, ampak tudi celotne družbe (Dolamič, 2015).

2.1 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST NA PRIMARNI RAVNI

Zdravstvena dejavnost se deli na primarno, sekundarno in terciarno raven, s tem da primarna raven zavzema osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost, zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni zavzema bolnišnično dejavnost in specialistično ambulanto, na terciarni ravni pa zavzema opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih oddelkov ali kliničnih inštitutov ter ostalih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Zdravstveno dejavnost lahko izvajajo domače in tuje pravne in fizične osebe, s pridobljenim dovoljenjem s strani ministrstva za zdravje. Javna zdravstvena služba zavzema zdravstvene storitve, ki se jih opravlja trajno in nemoteno v javnem interesu države in lokalne skupnosti, ki v skladu s predpisi urejajo zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje, tako pa zagotavljajo pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja in se v celoti ali deloma financirajo iz javnih sredstev, v veliki meri pa iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Te storitve izvajalci zdravstvene dejavnosti opravljajo na nepridobiten način. Osnovna zdravstvena dejavnost obsega: spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev ter predlaganje ukrepov za krepitev, izboljševanje in varovanje zdravja ter odkrivanje, preprečevanje, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov, preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin in ostalih v skladu s preventivnimi programi in mednarodnimi konvencijami zdravstvenega varstva, zdravstveno svetovanje ter vzgojo za krepitev in ohranitev zdravja, diagnostične in terapevtske storitve, ugotavljanje nezmožnosti za delo, zdravstveni pregledi nabornikov ter športnikov, nujna medicinska pomoč in reševalna služba, patronažne obiske ter zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo na domu ter v socialnovarstvenih zavodih, zdravstvena rehabilitacija otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni z rehabilitacijo. Naloga

zdravstvenih delavcev v osnovni zdravstveni dejavnosti je tudi sodelovanje in povezovanje z drugimi vzgojno-izobraževalnimi in socialnovarstvenimi zavodi ter vsemi drugimi organizacijami za izvajanje programov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja. Zdravstveni dom je opredeljen kot zdravstveni zavod, ki ima organizirano preventivno zdravstveno varstvo prebivalcev, splošno oz. družinsko medicino, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine, zobozdravstvo ter patronažno službo. Lahko ima organizirano tudi laboratorijsko dejavnost, medicino dela, prometa in športa in ostalo diagnostiko ter fizioterapijo, lahko pa so te dejavnosti organizirane s strani drugih javnih zdravstvenih zavodov (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2021).

Med zdravnike na primarni ravni zdravstvenega varstva štejejo zdravniki splošne in družinske medicine, specialisti šolske medicine, pediatri, zobozdravniki, ginekologi, specialisti medicine dela ter koncesionarji. V današnjem času je primarna raven zdravstvenega varstva postavljena pred številne izzive, ki zahtevajo spremembe v praksi. Med te izzive štejemo povečano število kroničnih bolnikov, prenos dela s sekundarne ravni zdravstvenega varstva na primarno, hiter razvoj medicinskih smernic in priporočil ter vse večja izobrazbenost pacientov. Problem se kaže tudi v staranju zdravnikov, prav tako pa se vse več mladih diplomantov ne odloča za specializacijo iz družinske medicine. Podcenjenost stroke se tudi kaže s prerazporeditvijo v plačilne razrede (Ministrstvo za zdravje RS, 2013).

2.2 VIRUS COVID-19

Decembra leta 2019 je v kitajskem mestu Wuhan izbruhnila nova infekcijska bolezen. Ta je povzročala hitro širjenje bolezni med ljudmi ter tako prezasedla bolniške postelje. Poimenovali so jo koronavirusna bolezen 2019 oz. COVID-19 (Plankar Srovin, et al., 2020). Virus je najverjetneje uspelo preiti iz živali na človeka na trgu morske hrane v Wuhanu, Kitajska. Raziskave iz leta 2020, izvedene na 425 primerih, kažejo, da ta epidemija podvoji število okuženih na vsakih sedem dni in vsak bolnik razširi okužbo na še 2,2 posameznika (Velavan & Meyer, 2020). Virus se je v nadaljnjih treh mesecih razširil po celem svetu in razglašena je bila pandemija, ki je do konca meseca maja 2020 terjala več kot 370.000 smrtnih žrtev. Zbolevalo tako otroci kot odrasli, čeprav je pri

otrocih bolezni redkejša in ima blažji potek. Koronavirusi so skupina RNK virusov in pod električnim mikroskopom imajo koničasto obliko, vidno kot krono. Delimo jih v štiri skupine, in sicer koronavirusi alfa in beta ter koronavirusi gama in delta (Plankar Srovin, et al., 2020). Bolezen COVID-19 je prizadela tudi Slovenijo z velikim številom obolelih in prav tako zaradi številnih ukrepov samoizolacije oziroma karantene, to pa je na naše življenje zelo vplivalo (Tomašič, 2020). Za COVID-19 je značilen zlasti kapljični prenos, kar pomeni, da se pri kihanju in kašljanju okuženega te kapljice širijo še na druge osebe in pridejo v stik s sluznico nosu, oči ter ust vsem osebam, ki stojijo dovolj blizu okuženega. Te kapljice lahko padejo tudi na površine. Kužnost virusa je zelo visoka, zato je zelo pomembno razkuževanje površin ter dosledno upoštevanje socialne distance. V asimptomatskem stanju se virus veže na epiteljske celice nosne votline ter se tam razmnožuje. Razmnoževanje je najintenzivnejše v prvih dneh, zato so osebe v tistem času najbolj kužne, ni pa nujno, da imajo simptome bolezni. Inkubacijska doba traja od 2 do 14 dni (povprečno od 4 do 6 dni), količina virusa v nosno-žrelnem prostoru pa začne padati po sedmih dneh okužbe, po dveh tednih pa je v nosu prisotna le še neznatna količina (Tomašič, 2020). Virus lahko preživi tudi na različnih površinah, to pa je odvisno od temperature in vlage. V posebnih pogojih se širi tudi po zraku pri določenih medicinskih posegih. Virus je bil prav tako dokazan v blatu okuženih pacientov, kar nakazuje na oralnofekalni prenos, vendar so potrebne dodatne raziskave za potrditev te možnosti. Virus je dokazan v krvi, slini ter urinu. Trajanje kužnosti je odvisno od intenzitete same bolezni, saj lahko pri kritično bolnih zaznavamo kužnost v izločkih tudi do smrti (Teršek & Fortuna, 2020). Za lažjo obliko bolezni so značilni slabo počutje, bolečine v mišicah in sklepih, utrujenost, nahod, najpogosteje pa se pojavita kašelj in povišana telesna temperatura. Pri približno 20 % bolnikov pa bolezen napreduje in lahko pride do okužbe spodnjih dihalnih poti, kar lahko pripelje do hipoksemije in poškodbe pljuč. Pri teh bolnikih je velika nevarnost akutne dihalne stiske, kar se lahko konča s smrtnim izidom. Bolezen COVID-19 se deli na asimptomatsko in blago okužbo, pri kateri na potrebuje zdravljenja, ali pa zmerno okužbo COVID-19 s pljučnico, pri kateri pa je potrebno bolnišnično zdravljenje. Za hudo obliko je značilna pljučnica s hipoksemijo, za to pa je potreben bolnišnični sprejem in pa tudi poostreno opazovanje zaradi morebitnega poslabšanja hipoksemije. Bolezen je kritična ter zahteva zdravljenje v intenzivni enoti zaradi dihalne odpovedi, pacienta pa je potrebno umetno predihavati (Tomašič, 2020). Za

okužbo z virusom COVID-19 je značilno, da je potek bolezni povezan s starostjo pacienta ter njegovimi že znanimi kroničnimi boleznimi. Pri 80 % bolnikov je potek blag, hujši pri 15 % bolnikov ter pri 5 % hud. Pri polovici kritičnih pacientov je bolezen usodna. Mlajši od 20 let zbolijo redkeje, prav tako je tudi potek bolezni lažji, ravno nasprotno pa je pri starejših osebah. Kajenje povzroči tveganje za težji potek bolezni, saj okvari funkcijo in strukturo dihalne sluznice. Klinična slika COVIDA-19 ni bistveno drugačna od drugih virusnih bolezni dihal, najbolj pogosta je blaga oblika bolezni, ki se kaže s prehladom, povišano telesno temperaturo, suhim kašljem ter bolečinami v mišicah. Manjši delež ljudi po sedmih dneh pridobi pljučnico, ki se kaže z dispnejo ter obojestranskimi intersticijskimi infiltrati v pljučih, kar lahko vidimo z rentgensko sliko prsnega koša. Če se klinična slika pacienta poslabša, je potrebna hospitalizacija z dodajanjem kisika. Glavna grožnja je akutna dihalna stiska, za katero je značilno nabiranje tekočine v pljučih in je dihanje oteženo, to pa vodi v dihalno odpoved (Teršek & Fortuna, 2020). Okužba se ne kaže s specifičnimi znaki ali pa simptomi, na podlagi katerih bi jo lahko razlikovali od drugih virusnih okužb dihal, zaradi tega je potrebno mikrobiološko testiranje za potrditev ali izključitev bolezni. To se izvede na podlagi brisa iz nosno-žrelnega prostora, žrela, izmečka dihal ali drugih kužnin (Tomašič, 2020). Prav tako je dokaz okužbe možen z bronhoalveolarno lavožo, ki omogoča analizo iz perifernih delov pljučnega parenhima. Specifična protitelesa dokazujemo s serološkimi testi (Teršek & Fortuna, 2020). Obolele paciente se načeloma zdravi simptomatsko. Zelo pomembno je nadzorovati temeljne življenjske funkcije, pod to spada saturacija, dihalna in srčna frekvenca in telesna temperatura. Zelo je pomemben dovod kisika, v primeru dihalne odpovedi pa je potrebna intubacija in mehanska ventilacija. Če pride do razvoja šoka, moramo pacientu nuditi še dodatne tekočine in vazopresorna zdravila, ki povišujejo krvni tlak (Teršek & Fortuna, 2020).

2.2.1 Osebna varovalna oprema v času epidemije

V delovnem okolju se zdravstveni delavci srečujejo tako s pacienti in svojci, ki so okuženi z virusom COVID-19, pri tem pa morajo uporabljati osebno varovalno opremo. V diplomskem delu želimo predstaviti in raziskati problematiko doživljanja psihofizične obremenitve zdravstvenih delavcev v času epidemije COVID-19. Uporaba osebne

varovalne opreme med epidemijo predstavlja velik izziv. Komunikacija je ovirana, prav tako pa vizirji in maske otežujejo slišanje mehkih glasov, branje obraznih izrazov pa je nemogoče, kar pa je ključnega pomena za empatično komuniciranje (Bowers, et al., 2020). Zakonsko je določeno, da mora delodajalec delavcu zagotoviti ustrezno varovalno opremo pri delu. Prav tako se mora delavec tudi usposobiti za uporabo te opreme, saj slabo prilegajoča maska poveča tveganje za okužbo. Tveganje je povečano, če je oprema uporabljena predolgo. Pri delu z bolniki, ki imajo sum na virus COVID-19, je po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije treba nositi masko N95 ali FFP2, zaščitni plašč, rokavice ter vizir ali zaščitna očala. Javno zdravstvo Anglije je priporočilo uporabo maske FFP3, če je na voljo, vendar se maska FFP2 lahko uporabi, če prve ni na voljo (Herron, et al., 2020).

Uporaba osebne varovalne opreme pa lahko zaradi dolgotrajne uporabe vpliva na psihično zdravje zdravstvenih delavcev, vpliva pa tudi na pogostost neželenih dogodkov med zdravstvenimi delavci. Zdravstvene ustanove bi morale sprejeti previdnostne ukrepe in spremeniti delovne pogoje v času epidemije (npr. redni odmori, krajše izmene, zadostna oskrba z osebno varovalno opremo, klimatske naprave in ustrezna prezračevnost prostorov, boljši materiali za oblačenje, ustrezne maske). Ustvarjanje varnega delovnega okolja za zdravstvene delavce bi vodilo k boljšemu obvladovanju epidemije in večji delovni uspešnosti (Galanis, et al., 2021). Raziskano je bilo (Galanis, et al., 2021), da so kožne reakcije najpogostejši neželeni dogodki po uporabi osebne varovalne opreme, zato je pomembno paziti na ustrezno higieno in zaščito kože (Galanis, et al., 2021).

2.2.2 Obremenjenost kadra v času epidemije

Delovno okolje v zdravstveni negi je že samo po sebi zelo stresno, saj se zdravstveni delavci srečujejo z različnimi situacijami, ki vplivajo na njihovo razpoloženje. Srečujejo se s težje bolnimi pacienti, smrtjo in s težkimi delovnimi pogoji, kot je na primer delo ponoči, delo ob praznikih ter opravljanje nadur. Samo delo zdravstvene nege je velikokrat izjemno zahtevno, delovni standardi, norme ter delovni normativi pa neupoštevani in nepriznani. Prav tako se tudi neustrezna kadrovska zasedba delovišč šteje kot obremenitev ter izpadi osebja in s tem povezano nujno nadomeščanje. Prevelika

obremenjenost kadra med zdravstvenimi delavci predstavlja veliko nevarnost za paciente in izvajalce (Krajnc, 2016). Povečana obremenitev na delu pa povzroča večji pritisk na delovnem mestu, razne poškodbe pri delu in pa tudi manjšo zmogljivost odločanja, kar pa lahko medicinske sestre pripelje do izgorelosti (Šinkovec, 2020).

Izzivi, ki so bili postavljeni pred zdravstvene delavce v času epidemije, niso vključevali le delovne obremenitve, ampak tudi strah pred okužbo, ki bi lahko prešla na njih ali njihove družine, prav tako pa so se delovni protokoli ves čas spreminjali in bila je uvedena osebna varovalna oprema. Stres so povzročali dejavniki, kot so skrb za zelo obolele paciente ter tudi njihove sodelavce, ki so zboleli. Odločitve, ki jih morajo zdravstveni delavci sprejemati glede tega, kdo je primeren za invazivna zdravljenja in kdo ne, so zelo težke. Te odločitve se bodo v nekaterih primerih razlikovale od odločitev, ki bi bile sprejete v primeru, če bolezen ne bi bila tako virulentna in če bi bila sredstva za zdravljenje večja. Resnost situacije lahko razumejo le zdravstveni delavci, težje pa javnost, zaradi tega se je razmeram tudi težje prilagoditi. V času epidemije morajo medicinske sestre zdraviti več pacientov hkrati, kar pa odstopa od normalnih standardov zdravljenja. Pacientova družina in prijatelji morda ne smejo obolelega obiskati, zaradi tega je povečan občutek krivde pri zdravstvenih delavcih, ker pacient umre sam. Običajni postopki o obveščanju pacientove smrti svojcem so se prav tako spremenili, povečala so se obveščanja po telefonu ali Skypu. Možnost ogleda trupa in prevzem lastnine tudi ni bila mogoča (Walton, et al., 2020). Raziskave (Walton, et al., 2020) so pokazale, da osebje, ki je v karanteni, čuti krivdo, ker je zapustilo delovno okolje, bojijo se prenosa okužbe svojim družinskim članom, trpijo zaradi monotonosti karantene, izčrpanosti in osamljenosti, saj delajo kot del tesno povezane ekipe. Po karanteni so lahko zaskrbljeni in se ne radi vrnejo na delo. Zgodi se tudi, da določeni zdravstveni delavci ne smejo delati na oddelkih, kjer je tveganje za okužbo največje zaradi določenih zdravstvenih težav ali nosečnosti, kar tudi povzroča občutek krivde. Akutne stresne reakcije so lahko zelo izrazite in navadno izzvenijo v približno nekaj tednih. Vključujejo čustvene, kognitivne, fizične in socialne reakcije in se pojavljajo v kombinacijah. Pomembno je, da se zdravstveni delavci teh reakcij zavedajo in da je to doživljanje normalno, saj stiska izvira iz občutka krivde ali sramu doživljanja le-teh. Bolnišnice so se morale pripraviti na večje število smrti kot običajno, poleg tega se je pojavila grožnja telesne invalidnosti, s čim se

sooča osebje in pacienti svoji, to pa povečuje možnost pojava posttravmatske stresne motnje. Za osebje, ki dela z okuženimi pacienti, je pojavnost le-te večja od 10 % (Walton, et al., 2020).

Med epidemijo virusa COVID-19, kot smo že omenili, se je zdravstveno osebje soočalo z velikimi izzivi, pri spoprijemanju s tem virusom pa so izpostavljeni za okužbo. Prav tako obstaja tveganje za pojav težav v duševnem zdravju in tesnobe, zaradi tega je pomembno, da uporabimo najnovejša znanja za zaščito zdravstvenega osebja. Izvajalci morajo pridobiti znanja s področja o nevarnosti bolezni ter o pravilni rabi osebne varovalne opreme ter pravilne osebne higijene in s tem povezanimi okoljskimi ukrepi. Zdravje zdravstvenih delavcev in njihova varnost sta ključnega pomena za varno in neprekinjeno oskrbo pacientov ter nadzor izbruha nalezljivih bolezni. Naraščanje števila okuženih z virusom COVID-19 je prinašal strah pred preobremenitvijo zdravstvenega sistema, kar pa je bilo vidno v sosednji Italiji ter se kazalo s prevelikim številom pacientov, prostorsko stisko, pomanjkanjem osebne varovalne opreme in nenazadnje s pomanjkanjem zdravstvenega kadra (Šinkovec, 2020).

2.3 POMEN EPIDEMIJE COVID-19 ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

Epidemija COVID-19 je povzročila posledice na duševnem zdravju posameznikov. Posebej ogroženi so bili posamezniki ranljivih skupin, sem štejemo ljudi z duševnimi motnjami, neposredno izpostavljene posameznike k stresnim okoliščinam v času epidemije in migrante. Izolacija ali karantena simptome anksioznosti, samomorilnosti in depresije še dodatno povečuje, zaradi tega je zelo pomembno oblikovati razne smernice na področju duševnega zdravja, še sploh ranljivim skupinam na področju samomorilnosti in preprečevanju le-te (Alibegović, et al., 2020). Trenutni dokazi raziskav torej nakazujejo na neko vrsto psihiatrične epidemije, ki se pojavlja sočasno z izbruhom virusa COVID-19 in zahteva pozornost Svetovne zdravstvene organizacije (Hossain, et al., 2020).

2.3.1 Opredelitev duševnega zdravja

Svetovna zdravstvena organizacija duševno zdravje opredeljuje kot stanje dobrega počutja, kjer se posameznik svojih zmožnosti zaveda, se uspešno sooča s svojimi stresorji, je sposoben uspešnega delovanja ter prispevanja k svoji skupnosti. Tradicionalno je opredeljeno kot odsotnost psihopatologije. Duševno zdravje še zmeraj predstavlja stigmo, saj ljudje o teh težavah težje spregovorijo. Koncept dobrega počutja je še zmeraj verodostojen na področju duševnega zdravja in bolezni, saj je vzrok za slabo počutje duševna bolezen. Negativno duševno zdravje se odraža v pojavnosti duševnih motenj in bolezni, ki pa sta pomemben indikator zdravja, kljub temu pa nezadostna za realen prikaz stanja duševnega zdravja (Trdan, 2019).

V času epidemije COVID-19 je pridobljeno in raziskano le majhno število dokazov s področja duševnega zdravja, prav tako pa ti dokazi prihajajo iz držav, kjer se je epidemija najprej začela, kot na primer na Kitajskem, kjer je bila pretirana tesnoba najpogostejša psihična reakcija. To si lahko razlagamo zaradi dolge inkubacijske dobe virusa ter prenosa virusa od navidezno zdravih posameznikov na ostale. Prav tako je izpostavljenost stresu in negotovost povečala nezadostnost in pomanjkljivost zdravstvene oskrbe. Med najpogostejše reakcije štejemo depresijo in tesnoba, ki se gibljeta med 16–28 %, stres v 8 % primerov in motnje spanja v 2 %. Podobni so tudi dokazi raziskav iz Kanade in ZDA. Ugotovitve raziskave (Ettman, et al., 2020) prikazujejo do celo trikrat večje razširjenosti simptomov depresije med epidemijo COVID-19 v ZDA. Gre za posameznike iz nižjih socialnih razredov, ki so izpostavljeni takšnim in drugačnim stresorjem med samo epidemijo kot recimo izguba službe in podobno (Ettman, et al., 2020). Rezultati raziskave posledic epidemije COVID-19 na duševno zdravje prebivalstva v Španiji (Gonzàles - Sanguino, et al., 2020) so pokazali 18,7 % simptomov depresije, 21,6 % anksioznosti in 15,8 % posttravmatske stresne motnje (Gonzàles - Sanguino, et al., 2020). Splošne ugotovitve nakazujejo na to, da so bili ti simptomi pri večini posameznikov blagi do zmerni, manjši del populacije je doživljalo resnejše oziroma hude simptome duševne stiske. Med skupine ljudi z večjim tveganjem za duševno stisko so bili prištrevani zdravstveni delavci in okuženi bolniki, prav tako osebe ženskega spola in mlajši ljudje (Talevi, et al., 2020).

Izolacije oz. karantene prinašajo, kot smo že omenili, posledice na duševno zdravje v obliki anksioznosti, depresije in celo samomorov, prav tako pa lahko privede do nasilja, samopoškodb, zlorabe otrok in psihoaktivnih snovi. Dokazov raziskav iz Slovenije nimamo, vendar pa so določene svetovalne službe poročale o povečanem številu prejetih klicev. V največ primerih je šlo za ljudi z že prej znanimi težavami z duševnega področja in posamezniki, ki so ogroženi zaradi revščine, invalidnosti in podobno (Alibegović, et al., 2020).

2.3.2 Psihična obremenjenost zdravstvenih delavcev med epidemijo

Delovna angažiranost medicinskih sester na prvih frontnih linijah med epidemijo COVID-19 je bila na Kitajskem večja kot prej. Raven stresa in delovne obremenitve sta bila glavna dejavnika, ki sta vplivala na kakovostno obravnavo bolnikov. Več pozornosti bi morali posvečati zmanjševanju stresa in delovnih obremenitev ter krepitvi samozavesti pri oskrbi pacientov, prav tako ima glavni pomen zagotavljanje ustrezne varovalne opreme za zdravstvene delavce in zalogo le-te (Zhang, et al., 2021).

Pandemija COVID-19 je med ljudmi povzročila precejšnjo obolevnost, umrljivost in spremembe v življenjskem slogu vsakega posameznika. Dokazi raziskav kažejo, da ima virus COVID-19 izjemen vpliv na pojavnost samomorilnega vedenja (John, et al., 2020). V boju proti virusu so se postopoma pojavile psihološke stiske pri zdravstvenem osebju. Najprej sta se pojavila strah in tesnoba ter upadla v zgodnjih fazah epidemije, depresija, psihofiziološki simptomi in simptomi posttravmatskega stresa pa so se pojavili kasneje in trajali dlje časa. Izolacija, delo na visoko tveganih položajih in stalni stik z okuženimi ljudmi so pogosti vzroki za nastanek travme. Pravočasno je treba sprejeti vse ukrepe glede zaščite duševnega zdravja zdravstvenega osebja. Kitajska vlada si je v času epidemije prizadevala zmanjšati pritisk na zdravstveno osebje, tako da je povečala zdravstveni kader, sprejela strog nadzor nad okužbami, zagotovila osebno zaščitno opremo (Kang, et al., 2020). V raziskavi (Kang, et al., 2020) rezultati kažejo, da velik delež zdravstvenega osebja v Wuhanu, ki je izpostavljen virusu COVID-19, trpi zaradi motenj v duševnem zdravju, to pa bi lahko preprečili z večjo oskrbo za duševno zdravje psihoterapevtov in psihiatrov (Kang, et al., 2020). Ugotovljeno je bilo, da so čustvene stiske pogostejše pri

medicinskih sestrah kakor pri zdravnikih ali drugih zdravstvenih delavcih, to pa je zaradi neposrednega in konstantnega stika s pacienti. Visoko tveganje za okužbo na oddelkih pa bo še dodaten razlog za slabo psihološko počutje in bo povečalo strah, tesnobo in stres. Stopnja psihiatrične obolevnosti pri zdravstvenih delavcih zaradi virusa COVID-19 je bila trikrat višja kot v splošni javnosti (Vizheh, 2020). Ženski spol naj bi bil po ugotovitvah zaščitni dejavnik za anksioznost v pandemiji, vendar pa vseeno obstajajo študije, ki nakazujejo, da spol ni povezan z anksioznostjo in da ženske med epidemijo doživljajo več stresa, anksioznosti in depresije kakor moški. Trdi se, da je stopnja depresije pri ženskah na splošno višja. Zdravstveni delavci z urgentnih oddelkov imajo raven anksioznosti dosti višji kakor zdravstveni delavci z drugih enot oz. oddelkov. To je lahko tudi že pričakovano, saj nujna medicinska pomoč nudi storitve zdravstvenega varstva z visokim tveganjem, kjer so bolniki najprej sprejeti. Opažena je tudi povezava med stopnjo anksioznosti in starostjo zdravstvenih delavcev, kar pomeni, da višja starost predstavlja tveganje za okužbo s COVID-19, da so simptomi bolezni hujši ter umrljivost višja. Stopnje anksioznosti so se zvišale tudi ob povečanem številu ur na teden, to pa zopet zvišuje dejavnik tveganja za duševno stisko, ker dolgi delovni časi in vse večja obremenitev zaposlenim onemogoča počitek, ne morejo nameniti dovolj časa sebi in družini (Uzun Şahin & Kulakaç, 2022). Študija v Turčiji je pokazala, da ima 50 % zdravstvenih delavcev blago stopnjo tesnobe, 17 % pa hudo stopnjo tesnobe zaradi epidemije. Moški spol, visoka starost, poklic medicinske sestre oz. tehnika, delo na urgenci, spremenjen in podaljšan delovni čas so povezani s stopnjo tesnobe med zaposlenimi. Med najbolj intenzivna čustva prištevamo osamljenost, jezo, strah pred prenosom bolezni in smrtjo, negotovost in obup (Uzun Şahin & Kulakaç, 2022).

2.3.3 Samomorilnost med epidemijo in družbena stigmatizacija

Od samega izbruha epidemije COVID-19 obstaja velika zaskrbljenost, da bi socialna izolacija, finančni stres, depresija, omejen ali spremenjen dostop do zdravstvenih storitev in drugi stresorji, ki so povezani z epidemijo, prispevali k povečanju samomorilnega vedenja. To je opazno še sploh pri bolnikih, ki so COVID-19 preboleli, medtem ko post-COVID sindrom predstavlja še dodaten potencialni dejavnik tveganja, ki prispeva k samomorilnemu vedenju. Kljub začetnim napovedim o povečanju stopnje samomorov

zaradi epidemije večina do zdaj objavljenih študij kaže, da se težave in stiska ne privedejo v povečano število samomorov, vsaj ne kratkoročno. Kljub temu dolgoročni učinki epidemije niso še popolnoma razkriti. Preprečevanje samomorov in ukrepi spodbujanja dobrega počutja ter ublažitev učinkov COVID-19 na duševno zdravje, še sploh pri ranljivih skupinah posameznikov, bi morali biti zato prednostna naloga zdravstvenih delavcev in stroke. Vse več študij nakazuje, da lahko bolniki s COVID-19 doživljajo nevropsihiatrične manifestacije, tako v akutni fazi in tudi po preboleli bolezni. Zdi se, da je resnost bolezni povezana s poznejšimi psihiatričnimi ali nevrološkimi posledicami, medtem ko lahko sčasoma obstaja težnja k izboljšanju simptomov. Tveganje za samomor spremlja več parametrov, kot na primer poskus samomora v preteklosti, težave z duševnim zdravjem, doživljanje socialne izolacije, soočanje s finančnim stresom ali poklicnimi težavami, kazenske ali pravne težave, resne telesne bolezni, uživanje določenih substanc, slabe izkušnje iz otroštva, spolno nasilje, ovire glede zdravstvene oskrbe, stigma, povezana z duševno boleznijo ali iskanje pomoči glede teh težav, lažji dostop do potencialno nevarnih predmetov ali substanc za izvršitev samomora in nevarni medijski prikazi samomora. Med prejšnjimi izbruhi nalezljivih bolezni je bilo ugotovljeno, da se je stopnja samomorov povišala, to pa je bilo med bubonsko kugo, špansko gripo, med izbruhom SARS na Kitajskem in med ebolo, to pa je bilo značilno za starejše ženske in za osebe z nižjim socialno-ekonomskim razredom. V prejšnji metaanalizi 54 študij, ki so vključevale 308.596 posameznikov, ki so preučevale samomorilno vedenje med ljudmi med epidemijo COVID-19, je bilo ugotovljenih 10,81 % vzorcev samomorilnih misli, 4,68 % poskusov samomora in 9,63 % samopoškodovanj, tako pa se je trend teh stopenj povišal v primerjavi z raziskavami pred epidemijo. Študija, ki je preučevala potek duševnega zdravja v 6 tednih karantene pri odrasli populaciji, je odkrila povečano stopnjo samomorilnih misli v prvih tednih pandemije (Efsthathiou, et al., 2021).

Epidemija COVID-19 je povečala stopnjo samomorilnosti pri ranljivih skupinah posameznikov, na kar bi morali biti kot stroka zelo pozorni za obvladovanje katerihkoli kriznih razmer tudi v prihodnosti, prav tako je treba vključiti strokovnjake z različnih področij za pomoč tem posameznikom (Alibegović, et al., 2020). Mednarodna priporočila s področja duševnega zdravja v času epidemije COVID-19 so zelo splošna ter vključujejo zmanjševanje stigme in diskriminacije, skrb za zdravje in izogibanje psihoaktivnim

snovem ter iskanje pomoči. Priporočena je uporaba psihološke prve pomoči in izvajanje delavnic po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije Mental Health Gap, še sploh za posameznike, ki delajo z obolelimi pacienti z virusom SARS-CoV-2 ter napotek za zagotovitev ustreznih psihiatričnih zdravil. Dejstvo pa je to, da so se številne službe za varovanje duševnega zdravja med epidemijo zaprle, iz psihiatričnih bolnišnic so bolnike odpuščali, ambulante pa so delovale preko interneta in po telefonu, psihiatrični timi pa so poskrbeli le za najnujnejše intervencije (Alibegović, et al., 2020).

Zaradi strahu se je pojavila diskriminacija Kitajcev v povezavi s širjenjem epidemije COVID-19. Posledice tega so bile v veliki večini poplave informacij in dezinformacij (Alibegović, et al., 2020). Pojavila sta se diskriminacija in stigmatizacija celotne kulture in tako se je koronavirusna bolezen poimenovala tudi »vuhanski/kitajski« virus. Najpogostejša poročila o družbenih stigmatizacijah so prihajala iz območij, kjer se je virus najprej pojavil, to pomeni iz žarišč virusa. Stigmatizirani so bili tako zdravstveni delavci, ki so delali z obolelimi, kot tudi sami bolniki. Kot je že omenjeno, so bili tudi zdravstveni delavci žrtev stigmatizacije zaradi same narave in pogojev dela. Dnevno štetje na novo okuženih bolnikov, zmrdovanje nad okuženimi v socialnovarstvenih zavodih in spremljanje lokacije okuženih pacientov so ljudi bolj obremenjevali kot sama bolezen. Družbeni potek bolezni je neodvisen od biološkega poteka. Da bi ta potek razumeli, moramo tako razumeti subjektivne pomene in doživljanja, ki jih pripisujemo bolezni. Osredotočiti se moramo na kulturne in družbene vrednote. Bolezen v času epidemije je odražala veliko stereotipov in predsodkov, kar pa lahko postane velik družbeni problem. Ljudje so tako diskriminirani, stereotipizirani, neenako obravnavani in lahko izgubijo status zaradi povezave z boleznijo. To vse zelo negativno vpliva na obolele ter njihove bližnje. Enako velja za zdrave ljudi, ki imajo značilnosti bolezni. Stigma posameznike vodi v prikrivanje bolezni, ljudje zato nočejo poiskati pomoči, zdravstvenim delavcem pa otežuje njihov družbeni položaj ter nudenje zdravstvene oskrbe bolnim ljudem, okuženim z virusom SARS-CoV-2. Da bi stigmo zmanjšali, se moramo zavedati, da sta strah in neznanje glavna ovira, da bi se ustrezno odzvali, zato je pomembno, da se lahko odprto pogovarjamo o sami bolezni in njenih posledicah, saj s tem širimo preverjena dejstva ter izvajamo ukrepe proti širitvi okužbe, preprečujemo napačne predstave, neresnične informacije in govorice. Zdravstveni delavci pa se moramo držati moralno-družbene odgovornosti, biti strpni ter ostati zvesti za skrb ljudi (Prosen, 2020).

3 EMPIRIČNI DEL

Teoretični del je temeljil na pregledu literature in raziskav na obravnavano temo o virusu COVID-19 in njegovim posledicam. V empiričnem delu diplomskega dela je predstavljena raziskava, ki je bila izvedena med zdravstvenimi delavci izbranega kliničnega okolja.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je v teoretičnem delu predstaviti situacijo epidemije COVID-19 ter z raziskavo v empiričnem delu ugotoviti, kako jo zdravstveni delavci dojemajo ter kako le-ta vpliva na njihovo psihično in fizično počutje ter na sam potek dela na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Cilji teoretičnega dela so:

- predstaviti zdravstveno dejavnost na primarni ravni;
- opredeliti virus COVID-19 in njegove značilnosti ter kako je vplival na obremenjenost kadra zdravstvenih delavcev;
- opredeliti pomen epidemije COVID-19 za duševno zdravje.

Cilji empiričnega dela diplomskega dela:

- C1: Ugotoviti odnos zdravstvenih delavcev do virusa COVID-19.
- C2: Ugotoviti povezavo med epidemijo virusa COVID-19 in psihičnim ter fizičnim počutjem zdravstvenih delavcev.
- C3: Ugotoviti pomen epidemije virusa COVID-19 na potek dela na primarni ravni zdravstvenega varstva.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda domače ter tuje literature in že opravljenih raziskav ter na podlagi zastavljenih ciljev diplomskega dela smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšen odnos imajo zdravstveni delavci do virusa COVID-19?

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšna je povezava med epidemijo virusa COVID-19 in fizičnim ter psihičnim počutjem zdravstvenih delavcev?

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšen pomen ima epidemija virusa COVID-19 na potek dela na primarni ravni zdravstvenega varstva?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na deskriptivni neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu je uporabljena opisna oz. deskriptivna metoda na podlagi pregleda literature na nanašajočo tematiko. Uporabili smo vire in raziskave iz dostopnih tujih in domačih baz podatkov, kot so Cobiss, PubMed in Google učenjak, z omejitvenimi kriteriji, in sicer obdobje od leta 2012 do leta 2022, članki dostopni v celotnem besedilu ter dostopni v slovenskem in angleškem jeziku. Prav tako smo uporabili vire digitalne knjižnice Slovenije. Pregledana je strokovna znanstvena literatura ter strokovne revije Obzornik zdravstvene nege, Zdravniški vestnik in Farmaceutski vestnik ter druge monografije na proučevano temo. Zadetke smo iskali s ključnimi besedami v slovenskem jeziku: »primarno zdravstveno varstvo«, »obremenjenost kadra v času pandemije«, »koronavirus«, »COVID-19 in duševno zdravje«, »COVID-19 in osebna varovalna oprema«, »COVID-19 in zdravstveni delavci« in »duševno zdravje« in »COVID-19 in samomorilnost«; ter v angleškem jeziku: »primary health care«, »staff workload during the pandemic«, »coronavirus«, »COVID-19 and mental health«, »COVID-19 and

personal protective equipment«, »COVID-19 and healthcare workers« in »mental health«. V podatkovni bazi Google učenjak je uporabljen boolov operator »AND«, ki je povezan z besedami »depression symptoms« AND »COVID-19« AND »mental health« AND »COVID-19 pandemic« AND »personal protective equipment« AND »healthcare workers« AND »COVID-19 pandemic & suicidality«.

V empiričnem delu smo uporabili deskriptivno metodo kvantitativnega raziskovanja. Podatke smo zbrali z metodo anketiranja, in sicer s pomočjo strukturiranega spletnega vprašalnika, ki je bil izdelan v namen raziskav. Vprašalnik temelji na pregledu domače in tuje literature (Šinkovec, 2020; Bowers, et al., 2020; Mitchell, et al., 2021). Anketirani so bili zdravstveni delavci, zaposleni v Zdravstvenem domu v Kočevju. Zbrani podatki so bili kvantitativno obdelani. Vprašalnik je sestavljen in distribuiran preko spletne strani www.1ka.si.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Merski instrument v diplomskem delu je strukturiran vprašalnik, ki je izdelan na podlagi pregleda strokovne literature na nanašajočo tematiko. Vprašalnik je anonimen. Na začetku je uvodno povabilo ter pojasnilo o načinu reševanja vprašalnika, nato pa mu je sledil vsebinski sklop, ki je sestavljen iz spoznanj več avtorjev (Šinkovec, 2020, Bowers, et al., 2020, Mitchell, et al., 2021).

V prvem sklopu so vprašanja o demografskih podatkih anketiranih zdravstvenih delavcev: spol, starost, leta delovne dobe ter stopnja dosežene izobrazbe oz. naziv in ali je oseba cepljena oz. ali je prebolela virus COVID-19. Drugi oz. vsebinski sklop vprašalnika je vseboval 22 trditev, s katerimi so zdravstveni delavci poskušali odgovoriti na raziskovalna vprašanja. Zajete so trditve o splošnem počutju in zdravju, psihičnem in fizičnem počutju ter mnenja glede oskrbe pacientov v času epidemije. Vprašanja so bila zaprtega tipa in so ocenjevala stališča s 5-stopenjsko lestvico, pri čemer 1 pomeni – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti/niti, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Zanesljivost vprašalnika smo preverili s Cronbach Alpha koeficientom. Zanesljivost instrumenta je zelo dobra, če znaša koeficient 0,80 ali več; zmerna pri vrednosti 0,60–0,80 in slaba pri vrednosti koeficienta manj kot 0,60 ali če ni podatka o zanesljivosti (Ferligoj & Leskošek Kogovšek, 1995; povz. po Cencič, 2009). Na podlagi vrednosti koeficienta Cronbach Alfa sklepamo, da je zanesljivost vprašalnika zelo dobra, saj je v sklopu trditev o vplivu epidemije COVID-19 na fizično in psihično počutje zdravstvenih delavcev presegla vrednost 0,8 (tabela 1).

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika

Lestvica iz posameznega sklopa	Cronbach Alfa	Število trditev
Vpliv epidemije COVID-19 na fizično in psihično počutje anketirancev	0,823	22

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili vse zaposlene s področja zdravstva v Zdravstvenem domu Kočevje. Skupaj jih je zaposlenih 115, sem pa spadajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, tehniki zdravstvene nege, srednje medicinske sestre, magistri zdravstvene nege, fizioterapevti, zdravniki splošne in družinske medicine, pediatri, zobozdravniki, ortodont, zobni asistenti in tehniki, zdravniki specialističnih ambulant ter zasebniki.

Po pridobitvi soglasja za izdelavo raziskave s strani Komisije za diplomska in podiplomska zaključna dela ter soglasja Zdravstvenega doma Kočevje smo sodelujoče povabili k sodelovanju preko elektronske pošte kot tudi ustno. Anketirane osebe so bile seznanjene z namenom in ciljem raziskave, prav tako so bila upoštevana moralna in etična načela ter zagotovljena je bila anonimnost in prostovoljnost sodelujočih.

V raziskavi je sodelovalo skupno 63 zdravstvenih delavcev, zaposlenih v Zdravstvenem domu Kočevje, kar pomeni 54,8 % realizacijo vzorca. Zaposlene smo k sodelovanju pozvali trikrat. V tabeli 2 so prikazani demografski podatki anketiranih. Sodelovalo je 17 (27,0 %) moških in 46 (73,0 %) žensk. Več kot polovica anketiranih je bila starih med 21 in 40 let ($n = 34$; 54,8 %), nekoliko manj med 41 in 60 let ($n = 28$; 45,2 %). Noben

anketiranec ni bil mlajši od 20 let ($n = 0$; 0,0 %) ali starejši od 61 let ($n = 0$; 0,0 %). Manj kot polovica anketiranih ima srednjo strokovno izobrazbo ($n = 39$, 50 %). Nekaj več kot polovica anketiranih ($n = 40$, 51 %) dela v COVID ambulanti, ostali ($n = 38$, 49 %) delajo drugje.

Najnižja stopnja izobrazbe anketiranih je bila zaključena srednja šola ($n = 2$; 3,2 %). Največ anketiranih je bilo diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov ($n = 27$; 43,6 %), nekoliko manj višjih medicinskih sester/višjih medicinskih tehnikov ($n = 20$; 32,3 %). Enajst anketiranih je imelo zaključen magisterij ($n = 11$; 17,7 %). V raziskavi sta sodelovala tudi dva zdravnika ($n = 2$; 3,2 %).

Tabela 2: Demografski podatki anketiranih

	N = 63	%
Spol		
Moški	17	27,0
Ženski	46	73,0
Starost		
< 20 let	0	0,0
21–40 let	34	54,8
41–60 let	28	45,2
> 61 let	0	0,0
Izobrazba		
Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	2	3,2
Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	20	32,3
Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	27	43,6
Magisterij	11	17,7
Zdravnik	2	3,2

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

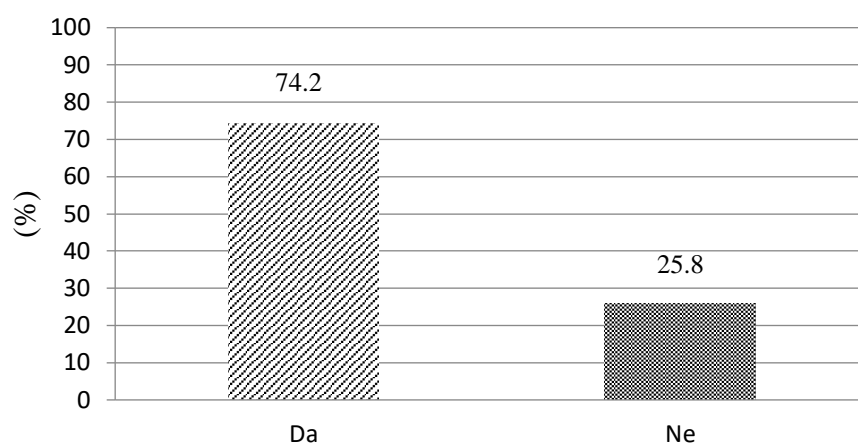
Povprečna delovna doba anketiranih je bila v razponu od najmanj pol leta do največ 40 let (PV = 15,6; SO = 10,3 let) (tabela 3).

Tabela 3: Delovna doba anketiranih

	min	maks	PV	SO
Delovna doba (leta)	0,5	40	15,6	10,3

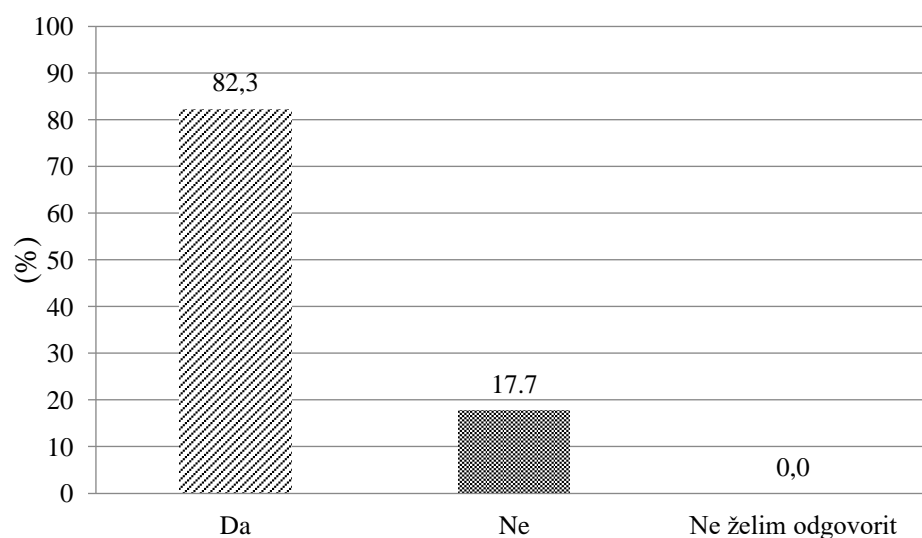
Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

COVID-19 je prebolelo 47 (74,2 %) anketiranih, 16 (25,8 %) pa jih koronavirusne bolezni ni prebolelo (slika 1).



Slika 1: Delež anketiranih, ki so ali ne preboleli COVID-19

Preverili smo tudi, koliko anketiranih se je odločilo za cepljenje proti bolezni COVID-19. Rezultati so pokazali, da se je 52 (82,3 %) anketiranih cepilo proti COVID-19 in 11 (17,7 %) anketiranih se ni cepilo (slika 2).



Slika 2: Delež anketiranih, ki so se ali niso cepili proti COVID-19

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Uporabljen je bil spletni vprašalnik, natančneje spletna anketa na portalu 1KA. Anketiranim smo v uvodu predstavili namen in cilje samega vprašalnika ter zbiranje podatkov. Zagotovljena jim je bila anonimnost in prostovoljnost oz. možnost zavrnitve sodelovanja. Vprašalnik je bil distribuiran zaposlenim po pridobitvi soglasja s strani vodstva Zdravstvenega doma Kočevje. Zdravstvenim delavcem je bila preko elektronskega naslova poslana povezava do vprašalnika v elektronski obliki s strani vodstva. Anketiranje je potekalo od meseca aprila do julija 2022. K sodelovanju in izpolnjevanju vprašalnika so bili zaposleni pozvani večkrat.

Analiza podatkov izpolnjenih vprašalnikov je bila kvantitativno obdelana s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel in statističnega orodja IBM SPSS, verzija 28.0 (IBM Corp. Armonk, NY). Podatki so analizirani s pomočjo bivariatne in opisne statistike (frekvenca, povprečje, delež, standardni odklon). Za analizo razlik je uporabljen t-test za neodvisne vzorce in enosmerna analiza variance (ANOVA), za iskanje povezanosti pa Pearsonov korelacijski koeficient. Vrednost $p < 0,05$ je določala mejo statistične značilnosti. V diplomskem delu smo pridobljene rezultate prikazali s pomočjo tabel in grafov.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju bomo predstavili analizo podatkov glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšen odnos imajo zdravstveni delavci do bolezni COVID-19?

Anketirani zdravstveni delavci so se najbolj strinjali, da so se povečala svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja/oskrbe na domu (PV = 4,4; SO = 0,6) in da je epidemija vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah (PV = 4,3; SO = 0,8). 28 (44,4 %) anketiranih se je popolnoma strinjalo s trditvijo »Povečala so se svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja/oskrbe na domu« in se

strinjalo 32 (50,8 %) anketiranih, prav tako 28 (44,4 %) anketiranih se je popolnoma strinjalo s trditvijo »Epidemija je vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah«.

Zdravstveni delavci so se manj strinjali, da so intervencije zdravstvene nege postale časovno zamudnejše zaradi potrebe po uporabi osebne varovalne opreme (PV = 4,1; SO = 0,7), da je epidemija povečala število obravnav na primarnem nivoju zdravstvenega varstva (PV = 4,0; SO = 0,9) in da se je po njihovem mnenju število delovnih ur v času epidemije povečalo (PV = 4,0; SO = 1,1). S trditvijo »Intervencije zdravstvene nege so postale časovno zamudnejše zaradi potrebe po uporabi osebne varovalne opreme« se je popolnoma strinjalo 16 (25,4 %) anketiranih in strinjalo se jih je 37 (58,7 %) anketiranih. S trditvijo »Epidemija je povečala število obravnav na primarnem nivoju zdravstvenega varstva« se je popolnoma strinjalo 19 (30,2 %) anketiranih, strinjalo pa se jih je 33 (52,4 %). Tudi s trditvijo »Menim, da se je število delovnih ur v času epidemije povečalo« se je popolnoma strinjalo 24 (38,1 %) anketiranih, 23 (36,5 %) anketiranih pa se jih je strinjalo. Najmanj so se strinjali, da med samo epidemijo ni bilo veliko čustvene podpore s strani vodij (PV = 2,9; SO = 1,1), da se je njihovo fizično počutje med epidemijo poslabšalo (PV = 2,9; SO = 1,1), da se med delom hitreje utrudijo kot po navadi (PV = 2,7; SO = 1,2) ter da med delom s pacienti doživljajo strah zaradi možnosti okužbe z virusom COVID-19 (PV = 2,5; SO = 1,2).

V tabeli 4 je prikazan odnos, ki ga imajo zdravstveni delavci do bolezni COVID-19 glede na izraženo strinjanje z navedenimi trditvami.

Tabela 4: Odnos zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19

Trditev	min	maks	PV	SO
Moje fizično počutje se je med epidemijo poslabšalo.	1	5	2,9	1,1
Moje psihično počutje se je poslabšalo med samo epidemijo.	1	5	3,3	1,2
Pri delu s pacienti imam občutek strahu za možnost okužbe z virusom SARS-CoV-2.	1	5	2,5	1,2
Bojim se, da bi lahko okužbo prenesel/prenesla na svoje družinske člane/prijatelje.	1	5	3,7	1,1
Menim, da se je število delovnih ur v času epidemije povečalo.	1	5	4,0	1,1

Trditev	min	maks	PV	SO
Menim, da sem v času epidemije COVID-19 psihično izgorela.	1	5	3,0	1,2
Menim, da se med delom hitreje utrudim kot po navadi.	1	5	2,7	1,2
Zdravstvena nega in oskrba v času epidemije je postala vse bolj nepredvidljiva.	2	5	3,9	0,9
Število delovnih ur se je med epidemijo povečalo.	1	5	3,8	1,0
Povečan obseg ur ni dovolj plačan.	1	5	3,8	1,1
Povečale so se obravnave bolnikov z bolj zapletenimi zdravstvenimi stanji, ki pa niso bile povezane z okužbo COVID-19.	1	5	3,7	0,9
Pacienti z napredovalo kronično boleznijo so bili pri oskrbi na domu zapostavljeni.	1	5	3,6	1,1
Med epidemijo se je povečalo timsko delo.	1	5	3,8	0,9
Povečala so se svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja/oskrbe na domu.	3	5	4,4	0,6
Epidemija je povečala število obravnav na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.	1	5	4,0	0,9
Epidemija je vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah.	2	5	4,3	0,8
Epidemija je negativno vplivala na moje čustveno počutje.	1	5	3,2	1,2
Med samo epidemijo ni bilo veliko čustvene podpore s strani vodij.	1	5	2,9	1,1
Oskrba je v času pandemije postala izziv zaradi komunikacijskih šumov, ki lahko nastanejo z nošenjem osebne varovalne opreme.	2	5	3,4	1,0
Intervencije zdravstvene nege so postale časovno zamudnejše zaradi potrebe po uporabi osebne varovalne opreme.	2	5	4,1	0,7
Primarno zdravstveno varstvo je zagotavljalo neposredno oskrbo pacienta v času epidemije.	1	5	3,6	1,0
Število smrti na domu se je v času epidemije povečalo.	1	5	3,3	0,8

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V tabeli 5 smo s t-testom za neodvisne vzorce ugotavljali statistično pomembne razlike v odnosu zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 glede na spol. Statistično značilne razlike so bile ugotovljene pri naslednjih trditvah:

- »*Moje fizično počutje se je med epidemijo poslabšalo*« (t = 2,415; p = 0,019). Slednjo trditev so moški ocenili s PV = 2,4 (SO = 1,1) in ženske s PV = 3,1 (SO = 1,0).
- »*Moje psihično počutje se je poslabšalo med samo epidemijo*« (t = 3,287; p = 0,002). Slednjo trditev so moški ocenili s PV = 2,6 (SO = 1,2) in ženske s PV = 3,6 (SO = 1,0).
- »*Pri delu s pacienti imam občutek strahu za možnost okužbe z virusom SARS-CoV-2*« (t = 2,121; p = 0,038). Slednjo trditev so moški ocenili s PV = 2,0 (SO = 1,0) in ženske s PV = 2,7 (SO = 1,2).

- »Menim, da sem v času epidemije COVID-19 psihično izgorel-a« ($t = 3,574$; $p = 0,001$). Slednjo trditev so moški ocenili s $PV = 2,2$ ($SO = 1,1$) in ženske s $PV = 3,3$ ($SO = 1,1$).
- »Menim, da se med delom hitreje utrudim kot po navadi« ($t = 6,286$; $p < 0,001$). Slednjo trditev so moški ocenili s $PV = 1,7$ ($SO = 0,6$) in ženske s $PV = 3,1$ ($SO = 1,1$).
- »Zdravstvena nega in oskrba v času epidemije je postala vse bolj nepredvidljiva« ($t = 2,063$; $p = 0,046$). Slednjo trditev so moški ocenili s $PV = 3,5$ ($SO = 1,0$) in ženske s $PV = 4,0$ ($SO = 0,8$).
- »Pacienti z napredovalo kronično boleznijo so bili pri oskrbi na domu zapostavljeni« ($t = 1,994$; $p = 0,050$). Slednjo trditev so moški ocenili s $PV = 3,1$ ($SO = 1,2$) in ženske s $PV = 3,7$ ($SO = 1,0$).
- »Epidemija je negativno vplivala na moje čustveno počutje« ($t = 3,905$; $p < 0,001$). Slednjo trditev so moški ocenili s $PV = 2,4$ ($SO = 0,9$) in ženske s $PV = 3,5$ ($SO = 1,1$).
- »Intervencije zdravstvene nege so postale časovno zamudnejše zaradi potrebe po uporabi osebne varovalne opreme« ($t = 2,129$; $p = 0,037$). Slednjo trditev so moški ocenili s $PV = 4,4$ ($SO = 0,5$) in ženske s $PV = 4,0$ ($SO = 0,7$).
- »Število smrti na domu se je v času epidemije povečalo« ($t = 3,249$; $p = 0,002$). Slednjo trditev so moški ocenili s $PV = 2,8$ ($SO = 0,7$) in ženske s $PV = 3,6$ ($SO = 0,8$).

Pri ostalih trditvah o odnosu zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 se niso pokazale statistično značilne razlike glede na spol anketiranih ($p > 0,05$).

Tabela 5: Odnos zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 glede na spol

Trditev	Spol	N	PV	SO	t	p
Moje fizično počutje se je med epidemijo poslabšalo.	Moški	17	2,4	1,1	2,415	0,019
	Ženski	46	3,1	1,0		
Moje psihično počutje se je poslabšalo med samo epidemijo.	Moški	17	2,6	1,2	3,287	0,002
	Ženski	46	3,6	1,0		
Pri delu s pacienti imam občutek strahu za možnost okužbe z virusom SARS-CoV-2.	Moški	17	2,0	1,0	2,121	0,038
	Ženski	46	2,7	1,2		
Bojim se, da bi lahko okužbo prenesel/prenesla na svoje družinske člane/prijatelje.	Moški	17	3,4	1,0	1,308	0,196
	Ženski	46	3,8	1,1		
Menim, da se je število delovnih ur v času epidemije povečalo.	Moški	17	3,8	1,1	0,564	0,575
	Ženski	46	4,0	1,1		
	Moški	17	2,2	1,1	3,574	0,001

Trditev	Spol	N	PV	SO	t	p
Menim, da sem v času epidemije COVID-19 psihično izgorela.	Ženski	46	3,3	1,1		
Menim, da se med delom hitreje utrudim kot po navadi.	Moški	17	1,7	0,6	6,284	0,001
	Ženski	46	3,1	1,1		
Zdravstvena nega in oskrba v času epidemije je postala vse bolj nepredvidljiva.	Moški	17	3,5	1,0	2,063	0,046
	Ženski	46	4,0	0,8		
Število delovnih ur se je med epidemijo povečalo.	Moški	17	3,6	0,9	1,034	0,305
	Ženski	46	3,9	1,0		
Povečan obseg ur ni dovolj plačan.	Moški	17	3,8	1,1	0,389	0,699
	Ženski	46	3,9	1,1		
Povečale so se obravnave bolnikov z bolj zapletenimi zdravstvenimi stanji, ki pa niso bile povezane z okužbo COVID-19.	Moški	17	3,6	1,1	0,486	0,629
	Ženski	46	3,8	0,9		
Pacienti z napredovalo kronično boleznijo so bili pri oskrbi na domu zapostavljeni.	Moški	17	3,1	1,2	1,994	0,050
	Ženski	46	3,7	1,0		
Med epidemijo se je povečalo timsko delo.	Moški	17	3,9	0,8	0,314	0,755
	Ženski	46	3,8	1,0		
Povečala so se svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja/oskrbe na domu.	Moški	17	4,2	0,4	1,483	0,146
	Ženski	46	4,4	0,6		
Epidemija je povečala število obravnav na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.	Moški	17	3,8	0,9	1,415	0,162
	Ženski	46	4,1	0,9		
Epidemija je vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah.	Moški	17	4,1	0,8	0,955	0,067
	Ženski	46	4,3	0,8		
Epidemija je negativno vplivala na moje čustveno počutje.	Moški	17	2,4	0,9	3,905	0,001
	Ženski	46	3,5	1,1		
Med samo epidemijo ni bilo veliko čustvene podpore s strani vodij.	Moški	17	2,6	1,2	4,176	0,358
	Ženski	46	2,9	1,1		
Oskrba je v času pandemije postala izziv zaradi komunikacijskih šumov, ki lahko nastanejo z nošenjem osebne varovalne opreme.	Moški	17	3,1	1,1	1,499	0,139
	Ženski	46	3,5	0,9		
Intervencije zdravstvene nege so postale časovno zamudnejše zaradi potrebe po uporabi osebne varovalne opreme.	Moški	17	4,4	0,5	2,129	0,037
	Ženski	46	4,0	0,7		
Primarno zdravstveno varstvo je zagotavljalo neposredno oskrbo pacienta v času epidemije.	Moški	17	3,6	0,9	0,330	0,743
	Ženski	46	3,6	1,0		
Število smrti na domu se je v času epidemije povečalo.	Moški	17	2,8	0,7	3,249	0,002
	Ženski	46	3,6	0,8		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore; p = statistična značilnost ($p < 0,05$).

V nadaljevanju smo preverili, ali se je odnos anketiranih do bolezni COVID-19 razlikoval glede na njihovo starost. V tabeli 6 smo s t-testom za neodvisne vzorce ugotavljali statistično pomembne razlike v odnosu zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 glede na starost anketiranih. Statistično značilne razlike so bile ugotovljene pri naslednjih trditvah:

- »Pri delu s pacienti imam občutek strahu za možnost okužbe z virusom SARS-CoV-2« ($t = 1,173$; $p = 0,046$). Slednjo trditev so anketirani stari od 21 do 40 let

- ocenili s PV = 2,4 (SO = 1,3) in anketirani stari od 41 do 60 s PV = 2,7 (SO = 1,0);
- »Povečan obseg ur ni dovolj plačan« (t = 1,370; p = 0,050). Slednjo trditev so anketirani stari od 21 do 40 let ocenili s PV = 4,0 (SO = 1,1) in anketirani stari od 41 do 60 z nižjo povprečno oceno PV = 3,6 (SO = 1,1);
 - »Med samo epidemijo ni bilo veliko čustvene podpore s strani vodij« (t = 1,324; p = 0,037). Slednjo trditev so anketirani stari od 21 do 40 let ocenili s PV = 2,6 (SO = 1,2) in anketirani stari od 41 do 60 z višjo PV = 3,1 (SO = 1,0).

Pri ostalih trditvah o odnosu zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 se niso pokazale statistično značilne razlike glede na starost anketiranih ($p > 0,05$).

Tabela 6: Odnos zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 glede na starost

Trditev	Starost	N	PV	SO	t	p
Moje fizično počutje se je med epidemijo poslabšalo.	21–40 let	34	2,9	1,2	0,570	0,571
	41–60 let	28	2,8	1,0		
Moje psihično počutje se je poslabšalo med epidemijo.	21–40 let	34	3,4	1,2	0,352	0,726
	41–60 let	28	3,3	1,1		
Pri delu s pacienti imam občutek strahu za možnost okužbe z virusom SARS-CoV-2.	21–40 let	34	2,4	1,3	1,173	0,046
	41–60 let	28	2,7	1,0		
Bojim se, da bi lahko okužbo prenesel/prenesla na svoje družinske člane/prijatelje.	21–40 let	34	3,7	1,1	0,716	0,477
	41–60 let	28	3,5	1,1		
Menim, da se je število delovnih ur v času epidemije povečalo.	21–40 let	34	4,0	1,1	0,615	0,538
	41–60 let	28	3,9	1,0		
Menim, da sem v času epidemije COVID-19 psihično izgorel-a.	21–40 let	34	2,9	1,2	0,308	0,759
	41–60 let	28	3,0	1,2		
Menim, da se med delom hitreje utrudim kot po navadi.	21–40 let	34	2,7	1,3	0,248	0,805
	41–60 let	28	2,8	1,0		
Zdravstvena nega in oskrba v času epidemije je postala vse bolj nepredvidljiva.	21–40 let	34	4,0	0,9	0,651	0,521
	41–60 let	28	3,8	0,9		
Število delovnih ur se je med epidemijo povečalo.	21–40 let	34	3,9	1,0	0,893	0,375
	41–60 let	28	3,7	1,1		
Povečan obseg ur ni dovolj plačan.	21–40 let	34	4,0	1,1	1,370	0,050
	41–60 let	28	3,6	1,1		
Povečale so se obravnave bolnikov z bolj zapletenimi zdravstvenimi stanji, ki pa niso bile povezane z okužbo COVID-19.	21–40 let	34	3,9	0,9	1,304	0,197
	41–60 let	28	3,6	1,0		
Pacienti z napredovalo kronično boleznijo so bili pri oskrbi na domu zapostavljeni.	21–40 let	34	3,7	1,1	1,343	0,184
	41–60 let	28	3,4	1,1		
Med epidemijo se je povečalo timsko delo.	21–40 let	34	3,9	1,0	0,286	0,776
	41–60 let	28	3,8	0,8		
Povečala so se svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja/oskrbe na domu.	21–40 let	34	4,4	0,6	0,506	0,615
	41–60 let	28	4,4	0,6		
Epidemija je povečala število obravnav na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.	21–40 let	34	4,2	0,9	1,366	0,177
	41–60 let	28	3,9	0,9		
Epidemija je vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah.	21–40 let	34	4,4	0,8	0,318	0,067
	41–60 let	28	4,1	0,8		

Trditev	Starost	N	PV	SO	t	p
Epidemija je negativno vplivala na moje čustveno počutje.	21–40 let	34	3,2	1,3	1,688	0,097
	41–60 let	28	3,1	1,0		
Med samo epidemijo ni bilo veliko čustvene podpore s strani vodij.	21–40 let	34	2,6	1,2	1,324	0,037
	41–60 let	28	3,1	1,0		
Oskrba je v času pandemije postala izziv zaradi komunikacijskih šumov, ki lahko nastanejo z nošenjem osebne varovalne opreme.	21–40 let	34	3,4	1,0	1,213	0,230
	41–60 let	28	3,5	1,0		
Intervencije ZN so postale zamudnejše zaradi potrebe po uporabi osebne varovalne opreme.	21–40 let	34	4,0	0,8	0,981	0,209
	41–60 let	28	4,2	0,5		
Primarno zdravstveno varstvo je zagotavljalo neposredno oskrbo pacienta v času epidemije.	21–40 let	34	3,6	1,0	0,068	0,946
	41–60 let	28	3,6	1,0		
Število smrti na domu se med epidemijo povečalo.	21–40 let	34	3,5	0,7	1,449	0,154
	41–60 let	28	3,2	1,0		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzorce; p = statistična značilnost ($p < 0,05$).

Prav tako smo preverili, če se je odnos anketiranih do bolezni COVID-19 razlikoval glede na izobrazbo anketiranih. V tabeli 7 smo z enosmernim testom varianc (ANOVA) ugotavljali statistično pomembne razlike v odnosu zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 glede na izobrazbo anketiranih.

Pri dveh trditvah so se pokazale statistično značilne razlike v odnosu do COVID-19 glede na izobrazbo:

- “Med samo epidemijo ni bilo veliko čustvene podpore s strani vodij” ($F = 2,583$; $p = 0,047$). Slednjo trditev so srednje medicinske sestre ocenile z najnižjo povprečno oceno (PV = 2,5; SO = 0,8), medtem ko so isto trditev zdravstveni delavci z magisterijem ocenili z višjo PV = 4,5 (SO = 0,7) oceno.
- “Število smrti na domu se je v času epidemije povečalo” ($F = 3,213$; $p = 0,019$). Slednjo trditev so ocenile diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki z najnižjo povprečno oceno (PV = 2,0; SO = 0,4), medtem ko so isto trditev zdravstveni delavci z magisterijem ocenili višje PV = 4,5 (SO = 0,7).

Tabela 7: Odnos zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 glede na izobrazbo

Trditev	Izobrazba	PV	SO	F	p
Moje fizično počutje se je med epidemijo poslabšalo.	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	4,0	0,0	0,879	0,482
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	2,9	1,0		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	2,9	1,0		
	Magisterij	2,8	1,5		
	Zdravnik	2,0	0,0		

Trditev	Izobrazba	PV	SO	F	p
Moje psihično počutje se je poslabšalo med epidemijo.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	3,0	1,4	0,666	0,618
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,3	1,2		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,2	1,1		
	Magisterij	3,5	1,1		
	Zdravnik	4,5	0,7		
Pri delu s pacienti imam občutek strahu za možnost okužbe z virusom SARS-CoV-2.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	4,0	0,0	1,473	0,222
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	2,6	1,1		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	2,5	1,3		
	Magisterij	2,1	1,2		
	Zdravnik	3,5	0,7		
Bojim se, da bi lahko okužbo prenesel/prenesla na svoje družinske člane/prijatelje.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	4,0	0,0	0,322	0,862
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,8	1,0		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,6	1,3		
	Magisterij	3,7	0,9		
	Zdravnik	3,0	1,4		
Menim, da se je število delovnih ur v času epidemije povečalo.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	5,0	0,0	0,631	0,643
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	4,0	0,8		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,9	1,1		
	Magisterij	3,9	1,5		
	Zdravnik	4,5	0,7		
Menim, da sem v času epidemije COVID-19 psihično izgorel-a.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	4,0	1,4	0,590	0,671
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,1	1,1		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	2,8	1,0		
	Magisterij	3,0	1,7		
	Zdravnik	3,5	0,7		
Menim, da se med delom hitreje utrudim kot po navadi.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	4,5	0,7	1,312	0,276
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	2,6	1,0		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	2,7	1,2		
	Magisterij	2,6	1,4		

Trditev	Izobrazba	PV	SO	F	p
	Zdravnik	3,0	0,0		
Zdravstvena nega in oskrba v času epidemije je postala vse bolj nepredvidljiva.	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	4,5	0,7	1,601	0,187
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	4,0	0,8		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,6	1,0		
	Magisterij	4,3	0,6		
	Zdravnik	4,5	0,7		
Število delovnih ur se je med epidemijo povečalo.	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	4,5	0,7	0,515	0,725
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,7	0,8		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,8	1,0		
	Magisterij	3,7	1,4		
	Zdravnik	4,5	0,7		
Povečan obseg ur ni dovolj plačan.	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	4,0	1,4	0,651	0,628
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,8	1,2		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,7	1,1		
	Magisterij	4,0	1,2		
	Zdravnik	5,0	0,0		
Povečale so se obravnave bolnikov z bolj zapletenimi zdravstvenimi stanji, ki pa niso bile povezane z okužbo COVID-19.	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	4,5	0,7	0,958	0,438
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,7	1,0		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,6	0,9		
	Magisterij	4,1	0,9		
	Zdravnik	4,0	0,0		
Pacienti z napredovalo kronično boleznijo so bili pri oskrbi na domu zapostavljeni.	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	4,0	0,0	1,488	0,218
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,3	1,3		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,6	1,0		
	Magisterij	4,1	0,9		
	Zdravnik	2,5	0,7		
Med epidemijo se je povečalo timsko delo.	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	4,0	0,5	0,421	0,793
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,9	0,9		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,5	1,2		

Trditev	Izobrazba	PV	SO	F	p
	Magisterij	3,5	2,1		
	Zdravnik	4,5	0,7		
Povečala so se svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja/oskrbe na domu.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	4,4	0,5	0,763	0,554
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	4,3	0,6		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	4,5	0,7		
	Magisterij	5,0	0,0		
	Zdravnik	4,5	0,7		
Epidemija je povečala število obravnav na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	4,0	0,7	1,146	0,964
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	4,0	1,1		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	4,1	0,9		
	Magisterij	4,0	1,4		
	Zdravnik	4,5	0,7		
Epidemija je vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	4,2	0,9	0,229	0,921
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	4,3	0,8		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	4,3	0,6		
	Magisterij	4,5	0,7		
	Zdravnik	4,0	1,4		
Epidemija je negativno vplivala na moje čustveno počutje.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	3,1	1,1	0,569	0,686
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,1	1,2		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,3	1,3		
	Magisterij	4,0	0,0		
	Zdravnik	4,5	0,7		
Med samo epidemijo ni bilo veliko čustvene podpore s strani vodij.	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	2,5	0,8	2,583	0,047
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,0	1,3		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,5	0,7		
	Magisterij	4,5	0,7		
	Zdravnik	3,5	0,8		
Oskrba je v času pandemije postala izziv zaradi komunikacijskih	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	3,1	1,0	1,641	0,176
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,8	0,9		

Trditev	Izobrazba	PV	SO	F	p
šumov, ki lahko nastanejo z nošenjem osebne varovalne opreme.	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,5	2,1		
	Magisterij	4,5	0,7		
	Zdravnik	4,0	0,6		
Intervencije ZN so postale zamudnejše zaradi potrebe po uporabi osebne varovalne opreme.	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	4,1	0,7	0,964	0,434
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	4,3	0,6		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	3,5	0,7		
	Magisterij	4,0	1,4		
	Zdravnik	3,5	0,8		
Primarno zdravstveno varstvo je zagotavljalo neposredno oskrbo pacienta v času epidemije.	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	3,7	1,1	0,510	0,729
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,4	0,9		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	4,0	1,4		
	Magisterij	4,5	0,7		
	Zdravnik	3,3	0,9		
Število smrti na domu se med epidemijo povečalo.	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	3,3	0,7	3,213	0,019
	Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik	3,7	0,8		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	2,0	0,4		
	Magisterij	4,5	0,7		
	Zdravnik	4,0	0,8		

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = Enofaktorska analiza varianc; $p < 0,05$

Preverili smo tudi, če se je odnos anketiranih do bolezni COVID-19 razlikoval glede na delovno dobo anketiranih. V tabeli 8 smo s Pearsonovim korelacijskim koeficientom preverili povezanost med odnosom zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 in delovno dobo. Statistično značilna, negativna in šibka povezanost med delovno dobo in trditvijo »Povečan obseg ur ni dovolj plačan« ($r = -0,326$; $p = 0,011$).

Prav tako se je pokazala statistično značilna, negativna in zmerna povezanost med delovno dobo anketiranih in trditvijo »Epidemija je vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah« ($r = -0,423$; $p = 0,001$).

Tabela 8: Povezanost med odnosom zdravstvenih delavcev do bolezni COVID-19 in delovno dobo

Trditev	Korelacijski koeficient	Delovna doba
Moje fizično počutje se je med epidemijo poslabšalo.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,070
	p – vrednost	0,597
	N	63
Moje psihično počutje se je poslabšalo med samo epidemijo.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,112
	p – vrednost	0,395
	N	63
Pri delu s pacienti imam občutek strahu za možnost okužbe z virusom SARS-CoV-2.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	0,140
	p – vrednost	0,285
	N	63
Bojim se, da bi lahko okužbo prenesel/prenesla na svoje družinske člane/prijatelje.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	0,002
	p – vrednost	0,989
	N	63
Menim, da se je število delovnih ur v času epidemije povečalo.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,238
	p – vrednost	0,067
	N	63
Menim, da sem v času epidemije COVID-19 psihično izgorela.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,022
	p – vrednost	0,869
	N	63
Menim, da se med delom hitreje utrudim kot po navadi.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,034
	p – vrednost	0,798
	N	63
Zdravstvena nega in oskrba v času epidemije je postala vse bolj nepredvidljiva.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,079
	p – vrednost	0,551
	N	63
Število delovnih ur se je med epidemijo povečalo.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,252
	p – vrednost	0,052
	N	63
Povečan obseg ur ni dovolj plačan.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,326
	p – vrednost	0,011
	N	63
Povečale so se obravnave bolnikov z bolj zapletenimi zdravstvenimi stanji, ki pa niso bile povezane z okužbo COVID-19.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,250
	p – vrednost	0,055
	N	63
Pacienti z napredovalo kronično boleznijo so bili pri oskrbi na domu zapostavljeni.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,235
	p – vrednost	0,071
	N	63
Med epidemijo se je povečalo timsko delo.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	0,047
	p – vrednost	0,721
	N	63
Povečala so se svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja/oskrbe na domu.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	0,056
	p – vrednost	0,671
	N	63
Epidemija je povečala število obravnav na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,143
	p – vrednost	0,277
	N	63
Epidemija je vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,423
	p – vrednost	0,001
	N	63
Epidemija je negativno vplivala na moje čustveno počutje.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,108
	p – vrednost	0,409

Trditev	Korelacijski koeficient	Delovna doba
	N	63
Med samo epidemijo ni bilo veliko čustvene podpore s strani vodij.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	0,170
	p – vrednost	0,196
	N	63
Oskrba je v času pandemije postala izziv zaradi komunikacijskih šumov, ki lahko nastanejo z nošenjem osebne varovalne opreme.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	0,079
	p – vrednost	0,549
	N	63
Intervencije zdravstvene nege so postale časovno zamudnejše zaradi potrebe po uporabi osebne varovalne opreme.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	0,217
	p – vrednost	0,096
	N	63
Primarno zdravstveno varstvo je zagotavljalo neposredno oskrbo pacienta v času epidemije.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,143
	p – vrednost	0,277
	N	63
Število smrti na domu se je v času epidemije povečalo.	Pearsonov korelacijski koeficient (r)	-0,110
	p – vrednost	0,402
	N	63

Legenda: *korelacija je statistično značilna na nivoju 0,05

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšna je povezava med epidemijo COVID-19 in fizičnim ter psihičnim počutjem zdravstvenih delavcev?

Vpliv epidemije COVID-19 na fizično počutje anketiranih smo preverili s trditvami:

- *»Moje fizično počutje se je med epidemijo poslabšalo«*. Slednjo trditev so anketirani ocenili s PV = 2,9 (SO = 1,1). Pri omenjeni trditvi so se pokazale statistično značilne ($t = 2,415$; $p = 0,019$) razlike glede na spol saj so ženske z višjo povprečno oceno (PV = 3,1; SO = 1,0) ocenile trditev kot moški (PV = 2,9; SO = 1,1). Glede na starost se niso pokazale statistično značilne razlike pri slednji trditvi ($t = 0,570$; $p = 0,571$) in tudi ne glede na izobrazbo ($F = 0,879$; $p = 0,482$).
- *»Menim, da se med delom hitreje utrudim kot po navadi«*. Slednjo trditev so anketirani ocenili s PV = 2,7 (SO = 1,2). Pri omenjeni trditvi so se pokazale statistično značilne ($t = 6,286$; $p < 0,001$) razlike glede na spol saj so ženske z višjo povprečno oceno (PV = 3,1; SO = 1,1) ocenile trditev kot moški (PV = 1,7; SO = 0,6). Glede na starost se niso pokazale statistično značilne razlike pri slednji trditvi ($t = 0,248$; $p = 0,805$) in tudi ne glede na izobrazbo ($F = 1,312$; $p = 0,276$).

Vpliv epidemije COVID-19 na psihično počutje anketiranih smo preverili s trditvami:

- *»Moje psihično počutje se je poslabšalo med samo epidemijo«*. Slednjo trditev so anketirani ocenili s PV = 3,3 (SO = 1,2). Pri omenjeni trditvi so se pokazale statistično značilne ($t = 3,287$; $p = 0,002$) razlike glede na spol saj so ženske z višjo povprečno oceno (PV = 3,6; SO = 1,0) ocenile trditev kot moški (PV = 2,6;

- SO = 1,2). Glede na starost se niso pokazale statistično značilne razlike pri slednji trditvi ($t = 0,352$; $p = 0,726$) in tudi ne glede na izobrazbo ($F = 0,666$; $p = 0,618$).
- *»Menim, da sem v času epidemije COVID-19 psihično izgorel-a«*. Slednjo trditev so anketirani ocenili s PV = 3,0 (SO = 1,2). Pri omenjeni trditvi so se pokazale statistično značilne ($t = 3,574$; $p = 0,001$) razlike glede na spol saj so ženske z višjo povprečno oceno (PV = 3,3; SO = 1,1) ocenile trditev kot moški (PV = 2,2; SO = 1,1). Glede na starost se niso pokazale statistično značilne razlike pri slednji trditvi ($t = 0,308$; $p = 0,759$) in tudi ne glede na izobrazbo ($F = 0,590$; $p = 0,671$).

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšen pomen ima epidemija COVID-19 na potek dela na primarni ravni zdravstvenega varstva?

V tabeli 9 smo prikazali trditve, s katerimi so anketirani navedli svoje mnenje glede poteka dela na primarni ravni zdravstvenega varstva med epidemijo COVID-19. Iz tabele je razvidno, da so se anketirani najbolj strinjali s trditvijo *»Povečala so se svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja/oskrbe na domu«* (PV = 4,4; SO = 0,6). Nekoliko manj so se strinjali s trditvijo *»Epidemija je vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah«* (PV = 4,3; SO = 0,8). Anketirani so se najmanj strinjali s trditvijo *»Oskrba je v času pandemije postala izziv zaradi komunikacijskih šumov, ki lahko nastanejo z nošenjem osebne varovalne opreme«* (PV = 3,4; SO = 1,0).

Tabela 9: Mnenje anketiranih glede poteka dela na primarni ravni zdravstvenega varstva med epidemijo COVID-19

Trditev	min	maks	PV	SO
Menim, da se je število delovnih ur v času epidemije povečalo.	1	5	4,0	1,1
Zdravstvena nega in oskrba v času epidemije je postala vse bolj nepredvidljiva.	2	5	3,9	0,9
Število delovnih ur se je med epidemijo povečalo.	1	5	3,8	1,0
Povečale so se obravnave bolnikov z bolj zapletenimi zdravstvenimi stanji, ki pa niso bile povezane z okužbo COVID-19.	1	5	3,7	0,9
Pacienti z napredovalo kronično boleznijo so bili pri oskrbi na domu zapostavljeni.	1	5	3,6	1,1
Med epidemijo se je povečalo timsko delo.	1	5	3,8	0,9
Povečala so se svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja/oskrbe na domu.	3	5	4,4	0,6
Epidemija je povečala število obravnav na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.	1	5	4,0	0,9

Trditev	min	maks	PV	SO
Epidemija je vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah.	2	5	4,3	0,8
Oskrba je v času pandemije postala izziv zaradi komunikacijskih šumov, ki lahko nastanejo z nošenjem osebne varovalne opreme.	2	5	3,4	1,0
Intervencije zdravstvene nege so postale časovno zamudnejše zaradi potrebe po uporabi osebne varovalne opreme.	2	5	4,1	0,7
Primarno zdravstveno varstvo je zagotavljalo neposredno oskrbo pacienta v času epidemije.	1	5	3,6	1,0

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

3.5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bil podrobneje raziskati, kako zdravstveni delavci izbrane organizacije dojemajo situacijo epidemije COVID-19 ter kako le-ta vpliva na njihovo psihično in fizično počutje ter na sam potek dela.

Na podlagi raziskave smo pri prvem raziskovalnem vprašanju ugotavljali odnos zdravstvenih delavcev do epidemije COVID-19 in ugotovili, da so se najbolj strinjali s tem, da so se povečala svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja oz. oskrbe na domu. Iyengar in sodelavci (2020) ugotavljajo pomembnost pametnih telefonov med epidemijo COVID-19 pri izogibanju osebnih stikov s pacienti in tako preprečujejo prenos in širjenje virusa. Telefoni so bili ključnega pomena pri klinični oceni, diagnozi, pravočasnem svetovanju, predpisovanju receptov in tudi pri spremljanju pacientov od doma do drugih oddaljenih področij (Iyengar et. at., 2020). Anketiranci so se prav tako strinjali s tem, da je epidemija vplivala na pomanjkanje kadra, k temu lahko prištevamo dejstvo, da se je virus širil seveda tudi med zaposlenimi in je bilo treba v samoizolacijo, prav tako lahko k temu prištevamo še razne bolniške staleže zaradi takšnih in drugačnih razlogov med epidemijo. Anketirani se strinjajo, da so intervencije postale časovno zamudnejše zaradi uporabe osebne varovalne opreme, saj je oblačenje same opreme dosti zamudno in izvajanje intervencij zahtevnejše (slabše tipanje žil zaradi uporabe trojnih rokavic pri odvzemu krvi). Število delovnih ur se je povečalo zaradi povečanega obsega dela in ni bilo dovolj plačano. Povečale so se obravnave na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

Bowers in sodelavci (2020) navajajo, da so se pacienti raje odločali, da ostajajo doma in prejema oskrbo, kot pa da bi bili sprejeti v bolnišnico, kar pa je predstavljalo velike delovne obremenitve. Delovni čas se je spreminjal glede na potrebe, pri čemer so bile te spremembe pogosto urejene neformalno in pogosto tudi neplačane (Bowers et al., 2020). Anketirani so se nekoliko manj strinjali s trditvami, da je zdravstvena nega postala nepredvidljiva v času epidemije, povečalo pa se je timsko delo, saj so bile potrebe po delovnem kadru izjemno velike, zaradi tega so bili zdravstveni delavci z različnih področij vpeti tudi v COVID enoto.

Z anketo ugotavljamo, da se je pojavil občutek strahu pred prenosom okužbe na družinske člane in prijatelje. V raziskavi (Nabe-Nielsen et al., 2021) je opisano, kako je strah pred okužbo najpogostejši v ambulantni dejavnosti (49 %), prisoten je tudi strah pred prenosom okužbe na bližnje (68 %). Strah pred prenosom okužbe med delom je bil najpogostejši med negovalci. Ugotovitve kažejo, kako je pomembno posvetiti pozornost ne le zdravstvenim delavcem, temveč tudi drugim skupinam zaposlenih v prvih bojnih linijah v smislu potrebe po zaščiti sebe, svoje družine in svojih pacientov v preprečevanju širjenja virusa. Negotovost glede smernic v povezavi s pacienti, ki so bili okuženi ali ne, izpostavljenost okužbi, pomanjkanje osebne varovalne opreme in pomanjkanje dostopa do testiranja so povezani s še večjo stopnjo doživljanja strahu pri zdravstvenih delavcih in prenosom virusa na bližnje (Nabe-Nielsen et al., 2021).

Anketiranci so se strinjali, da so se povečale obravnave pacientov z zapletenimi zdravstvenimi stanji, ki niso bile posledica okužbe s COVID-19, pacienti s kroničnimi obolenji pa so bili v času epidemije zapostavljeni. Anketiranci so se prav tako strinjali, da je primarno zdravstveno varstvo še vedno zagotavljalo neposredno oskrbo pacientov. Preprečevanje, zgodnje odkrivanje bolezni in stalno spremljanje pacientov so ključnega pomena v primarnem zdravstvenem varstvu. Med epidemijo virusa COVID-19 so pacienti in zdravniki zaradi krize epidemije veliko obravnav odpovedali ali prestavili. Čeprav je malo verjetno, da bodo bolniki nenadoma umrli zaradi tega, bo veliko bolnikov, ki bi sicer lahko bili odkriti in zdravljeni prej, prišli na urgentno zdravljenje zaradi, na primer nezdravljenega ali na novo odkritega diabetesa ali katerekoli druge kronične bolezni. Resnično skrb vzbujajoče so dolgoročne posledice neuspeha pri odkrivanju,

preprečevanju in zdravljenju stanj, kot so sladkorna bolezen in srčna obolenja (Wright et al., 2020).

Ugotavljamo, da je za anketirane sama oskrba postala velik izziv zaradi različnih komunikacijskih šumov pri uporabi osebne varovalne opreme. Da lahko zdravstveni delavci nudijo ustrezno in varno zdravstveno oskrbo, potrebujejo tudi ustrezno zaščito in usposabljanje za uporabe le-te (Herron, et al., 2020). Kot je že omenjeno, je komunikacija ovirana, prav tako pa vizirji in maske otežujejo slišanje mehkih glasov, branje obraznih izrazov pa je nemogoče, kar pa je ključnega pomena za empatično komuniciranje (Bowers, et al., 2020).

Ugotavljali smo statistično pomembne povezave med odnosom zdravstvenih delavcev do epidemije in starostjo in prišli do zaključka, da so bili starejši anketiranci bolj nagnjeni k strahu pred možnostjo okužbe od mlajših anketirancev ter prav tako so se starejši bolj strinjali s trditvijo, da ni bilo veliko čustvene podpore s strani vodij. Vedeti moramo, da so starejši bolj ranljivi in dovzetni za okužbo. Čeprav je socialna distanca bila glavna strategija v boju proti virusu COVID-19, je bil glavni problem osamljenost. Avtor Banerjee (2020) poudarja, da je zelo pomembna družbena povezanost med kriznim obdobjem. Večina starejših se na telekomunikacijske storitve ne spozna, zato je pomembno, da jim določene stvari pokažemo ali pojasnimo. Pomembna so redna telefonska posvetovanja, zdrav stik z družino, ustrezne in posodobljene informacije, skrb za splošne zdravstvene in psihološke potrebe ter spoštovanje njihovega osebnega prostora in dostojanstva, pomembne sestavine skrbi za duševno zdravje starejših (Banerjee, 2020). Mlajši anketiranci so se bolj strinjali s tem, da povečan obseg ur ni bil dovolj plačan in da se je število ur povečalo. Opisano je bilo (Cutler, 2022), da veliko zdravstvenih delavcev zapušča poklic, hkrati pa je povpraševanje po kadru pri zdravstvenih delavcih izjemno veliko. Zdravstvene ustanove so v zadnjih letih deležne velikih finančnih kriz, pri tem pa zdravstveni delavci za svoj poklic pričakujejo tudi višje plače, zmanjšanje ur in druge ugodnosti. Bolnišnice in zdravniške ordinacije poročajo o vse nižjem številu zaposlenih, večjih nadurah in vse več potreb po patronažnih obiskih, saj številnih pacientov ne morejo tako hitro odpustiti, ker v postakutni oskrbi tudi ni prostora za paciente. Za premagovanje krize epidemije bodo potrebne spremembe v načinu

obravnave zdravstvenih delavcev. Zdravstveni delavci so na svoje delo ponosni, vendar doživljajo veliko razočaranje nad tem, kako težko ga je prakticirati. Na začetku pandemije so bili zelo motivirani, saj so množice ljudi navijale za njih, ko pa je pandemija vstopila v tretje leto, pa je prisotna samo še frustracija (Cutler, 2022).

Pri drugem raziskovalnem vprašanju ugotavljamo povezavo med epidemijo COVID-19 in fizičnim ter psihičnim počutjem zdravstvenih delavcev. Rezultati kažejo, da se je psihično počutje zdravstvenih delavcev poslabšalo ter da je epidemija negativno vplivala na njihovo čustveno počutje. Povečala se je psihična izgorelost zaposlenih. Ugotovili smo, da so se v povprečju ženske bolj strinjale s trditvami, da se je njihovo psihično in fizično počutje poslabšalo, da se je povečala psihična izgorelost, da je zdravstvena nega postala nepredvidljiva, da je epidemija negativno vplivala na čustveno počutje, da se je povečal strah za možnost okužbe pri delu s pacienti ter da se med delom hitreje utrudijo kot po navadi. Moški pa so se najbolj strinjali s trditvijo, da so intervencije zdravstvene nege postale časovno zamudnejše zaradi uporabe osebne varovalne opreme. Thibaut in van Wijngaarden Cremers (2020) pojasnjujeta, da je epidemija na več področij bolj prizadela ženske kot moške, tako na delovnem mestu kot doma, in sicer zaradi večje delovne obremenitve. Po vsem svetu 70 % delovne sile v zdravstvu sestavljajo ženske (medicinske sestre, babice, diplomirane medicinske sestre itd.). Prav tako ima pomembno vlogo finančna kriza, ki se samo še stopnjuje, kar lahko privede do težav z duševnim zdravjem. Številne države so poročale o povečanju primerov nasilja v družini po izbruhu virusa zaradi uvedenih izolacij oz. karanten, zaradi tega bi morali posvetiti več pozornosti nasilju v družinah. Pretekle izkušnje s prejšnjimi epidemijami so že pokazale, da takšna izredna stanja povečujejo neenakosti, vključno s tistimi, ki temeljijo na spolu in ekonomskem statusu. Pomanjkanje ustrezne domače in čustvene podpore ima lahko posledice na duševno zdravje žensk, tudi tveganje za anksioznost, depresijo in posttravmatsko stresno motnjo je veliko večje pri ženskah. Svetovna zdravstvena organizacija je domnevala, da bi številni zdravstveni delavci med in po epidemiji razvili posttravmatsko stresno motnjo, depresijo, anksioznost in izgorelost. Na Kitajskem je leta 2020 bila izvedena študija (Thibaut & van Wijngaarden Cremers, 2020) pri zdravstvenih delavcih, ki so zdravili bolnike s COVID-19. 71,5 % jih je poročalo o simptomih depresije, anksioznosti in nespečnosti in več kot 70 % o psihološki stiski. Ženski spol je

bil povezan z doživljanjem hujše depresije. Poleg tega sta konflikt strokovnosti in osebni strah za svoje zdravje prispevala k izgorelosti ter fizičnim in duševnim simptomom pri zdravstvenih delavcih. Povečana delovna obremenitev, izolacija in diskriminacija so bili zelo pogosti in so povzročili telesno izčrpanost, strah, čustvene motnje in motnje spanja. Poleg tega v času epidemije le malo ustreznih služb opravi preglede zdravstvenega osebja, ki so v stiku z okuženimi bolniki, glede anksioznosti, depresije in samomorilnosti ter jim zagotovi svetovanje (Thibaut & van Wijngaarden Cremers, 2020).

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju smo poizvedovali o tem, kakšen pomen je imela epidemija virusa COVID-19 na potek dela na primarni ravni zdravstvenega varstva. Anketiranci so se najbolj strinjali s trditvami, da so se povečala posvetovanja po telefonu s pacienti glede njihovega zdravstvenega stanja in oskrbe na domu. Malo manj so se strinjali s tem, da je epidemija vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah in najmanj, da je, kot smo že prej omenili, oskrba zdravstvene nege postala velik izziv zaradi komunikacijskih šumov, ki nastanejo zaradi uporabe osebne varovalne opreme.

Študija v Španiji je pokazala (Martos-Pérez et al., 2021), da je mogoče v nujnih primerih predhodno načrtovane obiske spremeniti v telefonske pogovore brez predhodnega pregleda, pri čemer se s tem zmanjšata odsotnost ter število opravljenih testov in napotitev. Zdravnikom je bil omogočen varen dostop do elektronskega zdravstvenega kartona, da so lahko delali od svojega doma. Videokonference so bile opuščene zaradi tehničnih težav in heterogenosti pacientov, saj je bilo veliko njih starejših. Telefonski pogovori so potekali po standardiziranem postopku: identifikacija zdravnika, informiranje pacienta o namenu klica, ustni sprejem pacientovega telefonskega obiska, anamneza (zdravstvena anamneza, glavna težava in trenutno stanje), pregled izvidov, testiranje in zahteve za napotitev, če je potrebno, klinična presoja in načrt spremljanja, predpisovanje in/ali obnavljanje zdravil prek elektronskega sistema receptov, pisanje in pošiljanje kliničnega poročila o obisku, vodenje terminov in beleženje dejavnosti s strani tehnikov za nego pacienta in načrtovanje terminov za osebni obisk po mnenju zdravnika.

Poleg tega je to mogoče izvesti z veliko stopnjo zadovoljstva s strani pacientov in zdravnikov ter brez povečanja stopnje sprejemov v bolnišnico ali nujnih obiskov. V tej

raziskavi se je pokazala visoka stopnja zadovoljstva s telefonskimi posveti, saj jih pacienti običajno dobro sprejmejo. V študiji, v kateri so zdravniki petih specialnosti (psihatrije, nevrologije, kardiologije, onkologije in splošne prakse) zagotavljali virtualne video obiske, večina bolnikov ni občutila zmanjšanja kakovosti obravnave med obiskom in se opredelila, da raje nadaljuje s telekomunikacijskimi posveti namesto z osebnimi obiski pri zdravniku. Nekatere študije pa so pokazale, da zdravnike in paciente vseeno skrbi pomanjkanje fizičnega pregleda (Martos-Pérez et al., 2021).

Omejitve raziskave

Omejitev raziskave je prav gotovo premalo literature na samo temo odnosa zdravstvenih delavcev v povezavi z epidemijo virusa COVID-19. Tudi statističnih podatkov na to temo je zelo malo glede na omenjena raziskovalna vprašanja, na podlagi katerih bi lahko naredili primerjavo. Za nadaljnjo obdelavo bi lahko uporabili še druge inštrumente, kot na primer intervju, povečali bi število anketiranih (vsaj 100 udeleženi), dobljene rezultate pa bi tako lahko primerjali tudi s tujino. Omejitve vidimo tudi v odzivnosti anketiranih. Želeli bi več sodelujočih.

4 ZAKLJUČEK

Namen diplomskega dela je dosežen. Ugotovili smo, kakšen je odnos zdravstvenih delavcev izbrane organizacije z epidemijo COVID-19. Prav tako smo ugotovili, kakšno je psihično in fizično počutje v času epidemije in kako je potekalo delo.

Epidemija COVID-19 je vplivala na veliko dejavnikov tako v zdravstvu, kakor tudi pri zdravstvenih delavcih. V zdravstvenih ustanovah so se povečale obravnave pacientov po telefonu glede stanja in oskrbe na domu, da bi bila preprečena možnost širjenja virusa, to pa je bilo za zaježitev virusa izrednega pomena. Pacienti so tako kljub epidemiji lahko govorili s svojim zdravnikom glede zdravstvenega stanja, predpisovanja receptov in podobnih stvari. Po drugi strani so intervencije zdravstvene nege postale težje in časovno zamudnejše za izvajanje zaradi osebne varovalne opreme. To pomeni, da ko je bilo treba opraviti določeno intervencijo, se je moral zdravstveni delavec najprej obleči v vso osebno varovalno opremo, nato pa tudi vse potrebne intervencije s to opremo izvesti. Podhranjenost zdravstvenega kadra se je v času epidemije najbolj prepoznala, saj je veliko od zaposlenih zbolelo/se okužilo z virusom in je tako prišlo do kadrovske stiske, obseg delovnih ur pa se je nenadoma povečal, vendar to število ur ni bilo dovolj plačano. Timsko sodelovanje se je v tej krizni situaciji povečalo, hkrati pa so se povečale obravnave pacientov na primarni ravni zdravstvenega varstva in povečane so bile obravnave pacientov z zapletenimi zdravstvenimi stanji.

Epidemija COVID-19 je imela velik pomen na fizično in psihično počutje zdravstvenih delavcev. Veliko jih je poročalo o strahu pred okužbo, ki jo lahko pridobijo na delovnem mestu in da bi to okužbo nato prenesli na bližje družinske člane in prijatelje. K temu še sploh prištevamo starejše zdravstvene delavce z že pridobljenimi kroničnimi boleznimi, saj bi okužba lahko prinesla poslabšanje le-teh. K psihološkim stiskam pa so od moških bolj nagnjene ženske, so psihično bolj izgorele, epidemija je na njihovo psihično in fizično počutje izjemno slabo vplivala, zdravstvena nega se jim je zdela zelo nepredvidljiva, povečan je bil strah pred okužbo in pri določenih opravilih se utrudijo hitreje kot po navadi. Temu lahko prištevamo dejstvo, da večino delovne sile v zdravstvu sestavljajo ženske.

Nadaljnje raziskave v tej smeri so priporočljive, še sploh v primerih nadaljnjih možnih naravnih katastrof, ki se lahko zgodijo. Smiselno bi bilo vzeti večji reprezentativen vzorec, tako bi bili pridobljeni podatki kakovostnejši. Dobljeni rezultati bi tako prikazali dejansko stanje ter kritične točke v primerih angažiranosti zdravstvene nege v času epidemij in tudi na področjih duševnega zdravja posameznikov, še sploh zdravstvenih delavcev, tako pa bi vpeljali izboljšave na teh področjih. Izobraževalni sistem bi moral spodbujati večji vpis v zdravstvene smeri, tako dijake kot študente ter malo zmanjšati kriterije vpisa. Plačilo bi moralo biti višje, tako pa bi bila vsaj v določeni meri preprečena izgorelost in preobremenjenost zdravstvenih delavcev, seveda z uvedenim počitkom in rednimi odmori med delom ter ustreznim prezračevalnim sistemom v prostorih. Bilo bi smiselno uvesti ustanavljanje služb, ki bi preverjale psihično stanje zdravstvenih delavcev in bi jim ponujali terapevtske pogovore ter jim svetovale glede morebitnih težav anksioznosti, depresije in podobno.

5 LITERATURA

Alibegović, A., Balažić, J. & Švab, V., 2020. Trije primeri samomora v času epidemije covid-19 – potreba po ukrepanju? *Zdravniški vestnik*, 89(11–12), pp. 634-639. 10.6016/ZdravVestn.3070.

Banerjee, D., 2020. The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), pp. 1466-1467. 10.1002/gps.5320.

Bowers, B., Pollock, K., Oldman, C. & Barclay, S., 2020. End-of-life care during COVID-19: opportunities and challenges for community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 26(1), pp. 2052-2215. 10.12968/bjcn.2021.26.1.44.

Cutler, D.M., 2022. Challenges for the Beleaguered Health Care Workforce During COVID-19. *JAMA Health Forum*, 3(1), e220143. 10.1001/jamahealthforum.2022.0143.

Dolamič, N., 2015. *Zdravstvena dejavnost na primarni ravni v občini Ljutomer: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta.

Efstathiou, V., Stefanou, M.I., Siafakas, N., Makris, M., Tsivgoulis, G., Zoumpourlis, V., Spandidos, D.A., Smyrnis, N. & Rizos E., 2021. Suicidality and COVID-19: Suicidal ideation, suicidal behaviors and completed suicides amidst the COVID-19 pandemic. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 23(1), pp. 1792-1015. 10.3892/etm.2021.11030.

Ettman, K.C., Abdalla, M.S., Cohen, H.G., Sampson, L., Vivier, M.P. & Galea, S., 2020. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9), pp. 1-12. 10.1001/jamanetworkopen.2020.19686.

Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A. & Kaitelidou D., 2021. Impact of personal protective equipment use on health care workers' physical health during the COVID-19

pandemic: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Infection Control*, 49(10), pp. 1305-1315. 10.1016/j.ajic.2021.04.084.

González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M.A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C. & Muñoz M., 2020. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior & Immunity*, 2020 (87), pp. 172-176. 10.1016/j.bbi.2020.05.040.

Herron, J.B.T, Hay-David, A.G.C., Gilliam, A.D. & Brennan, P.A., 2020. Personal protective equipment and Covid 19 - a risk to healthcare staff? *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(5), pp. 500-502. 10.1016/j.bjoms.2020.04.015.

Hossain, M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E.L., Helal Uddin, A. & Ma, P., 2020. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000 Research*, 9(636), pp. 1-16. 10.12688/f1000research.24457.1.

Iyengara, K., Upadhyayab, G.K., Vaishyac, R. & Jain, V., 2020. COVID-19 and applications of smartphone technology in the current pandemic. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), pp. 733-737. 10.1016/j.dsx.2020.05.033

John, A., Eyles, E., McGuinness, L., Okolie, C., Olorisade, B., Schmidt, L., Webb, R., Arensman, E., Hawton, K., Kapur, N., Moran, P., O'Connor, R., O'Neill, S., Gunnell, D. & Higgins, J., 2020. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: protocol for a living systematic review. *F1000 Research*, 9(644), pp. 1-12. 10.7910/DVN/9JYHLS.

Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Yang, B. X., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C. & Liu Z., 2020. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior & Immunity*, 2020(87), pp. 11-17. 10.1016/j.bbi.2020.03.028.

Krajnc, A., 2016. *Obremenjenost kadra v patronažni zdravstveni negi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Martos-Pérez, F., Martín-Escalante, M.D., Olalla-Sierra, J., Prada-Pardal, J.L., García-de-Lucas, M.D., González-Vega, R., Jiménez-Puente, A. & García-Alegría, J., 2021. *QJM: An International Journal of Medicine*, 114(10), pp. 715-710. 10.1093/qjmed/hcab024.

Ministrstvo za zdravje RS, 2013. *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji*. [pdf] Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Javna-mreza-primarne-zdravstvene-dejavnosti-v-Republiki-Sloveniji.pdf>. [Accessed 9 March 2022].

Mitchell, S., Oliver, P., Gardiner, C., Chapman, H., Khan, D., Boyd, K., Dale, J., Barclay, S. & Mayland, C., 2021. Community end-of-life care during the COVID-19 pandemic: Initial findings of a UK primary care survey. *The preprint server For Health Sciences*. 10.1101/2021.02.15.21251756.

Nabe-Nielsen, K., Juul Nilsson, C., Juul-Madsen, M., Bredal, C., Preisler Hansen, L.O. & Hansen, Å.M., 2021. COVID-19 risk management at the workplace, fear of infection and fear of transmission of infection among frontline employees. *BMJ Journals, Occupational & Environmental Medicine*, 78(4), pp. 248-254. 10.1136/oemed-2020-106831.

Plankar Srovin, T., Avramoska, T., Bahovec, N., Bizjak Vojinovič, S., Granda, A., Lah, L.L., Mrvič, T., Osterman, V., Prunk, P., Rožič, M., Šivic, U., Vincek, K. & Zakotnik B., 2020. Koronavirusna bolezen (COVID-19) pri otrocih. *Slovenska pediatrija*, 27(3), pp. 107-117.

Prosen, M., 2020. Družbena stigmatizacija v času koronavirusne bolezni (COVID-19). *Obzornik zdravstvene nege*, 54(2), pp. 100-103. 10.14528/snr.2020.54.2.3041.

Shakoor, H., Feehar, J., Al Dhaheri, A.S., Ali, H.I., Platat, C., Ismail, L.C., Apostolopoulos, V. & Stojanovska, L., 2021. Immune-boosting role of vitamins D, C, E, zinc, selenium and omega-3 fatty acids: Could they help against COVID-19? *Maturitas*, 143, pp. 1-9.

Šinkovec, L., 2020. *Obremenjenost na delovnem mestu medicinskih sester v patronažnem varstvu med epidemijo COVID-19: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Di Bernardo, A., Capelli, F. & Pacitti, F., 2020. Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic. *Maggio-Giugno*, 55(3), pp. 137-144. 10.1708/3382.33569.

Teršek, Z. & Fortuna, K., 2020. Nova koronavirusna bolezen (COVID-19): od izvora do zdravljenja. *Proteus*, 82(8), pp. 342-354.

Thibaut F. & van Wijngaarden Cremers P.J.M., 2020. Women's Mental Health in the Time of Covid-19 Pandemic, *Front. Glob. Womens Health*, 1:588372. 10.3389/fgwh.2020.588372.

Tomašič, T., 2020. Koronavirus SARS-CoV-2 in bolezen COVID-19. *Farmacevtski vestnik*, 71(2), pp. 107-111.

Trdan, K., 2019. *Duševno zdravje in psihopatološki znaki: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.

Uzun Şahin, C. & Kulakaç, N., 2022. Exploring anxiety levels in healthcare workers during COVID-19 pandemic: Turkey sample. *Current Psychology*, 41, pp. 1057-1064. 10.1007/s12144-021-01730-7.

Velavan, T.P. & Meyer, C.G., 2020. The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine & International Health*, 25(3), pp. 278-280. 10.1111/tmi.13383.

Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S.M., Muhidin, S., Javanmard, Z. & Esmaeili, M., 2020. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19, pp. 1967-1978. 10.1007/s40200-020-00643-9.

Walton, M., Murray, E. & Christian, M.D., 2020. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*, 9(3), pp. 241-247. 10.1177/2048872620922795.

Wright, A., Salazar, A., Mirica, M., Volk, L. & Schiff, G., 2020. The Invisible Epidemic: Neglected Chronic Disease Management During COVID-19. *Journal of General Internal Medicine*, 35, pp. 2816-2817. 10.1007/s11606-020-06025-4.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), 2021. Uradni list Republike Slovenije št. 23/05.

Zhang, M., Zhang, P., Liu, Y., Wang, H., Hu, K. & Du, M., 2021. Influence of perceived stress and workload on work engagement in front-line nurses during COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11-12), pp. 1584-1595. 10.1111/jocn.15707.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Vprašalnik

Spoštovani!

Sem Suneija Naneh, absolventka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Ob koncu dodiplomskega izobraževanja pripravljam diplomsko delo z naslovom Izkušnje zdravstvenih delavcev izbrane organizacije z epidemijo COVID-19 pod mentorstvom mag. Jožice Ramšak Pajk, prof. zdr. vzg., viš. pred.

Pred vami je vprašalnik, s katerim želim ugotoviti pomen situacije COVID-19 pri zdravstvenih delavcih v Zdravstvenem domu Kočevje. Vprašalnik je anonimen, rezultati vprašalnika pa bodo uporabljeni za analizo rezultatov pri mojem diplomskem delu. Pri vprašanjih, kjer so odgovori že podani, jih označite, pri vprašanjih odprtega tipa odgovor dopišite, pri tistih, ki imajo mersko lestvico 1–5, pa označite odgovor, ki vam najbolj ustreza.

Anketa je sestavljena iz 22 trditev in vam bo vzela manj kot 10 minut časa. Na začetku vas anketa sprašuje po demografskih podatkih, na nadaljnje trditve pa poskusite čim bolj realno izraziti vaše strinjanje.

Za vaše sodelovanje se vam vnaprej iskreno zahvaljujem!

Demografski podatki

SPOL, obkrožite:

- a) Moški.
- b) Ženski.

STAROST, dopišite: _____

LETA DELOVNE DOBE, dopišite: _____

STOPNJA DOSEŽENE IZOBRAZBE/NAZIV, dopišite: _____

Ali ste že preboleli COVID-19? Obkrožite.

- **DA.**
- **NE.**

Ali ste cepljeni? Obkrožite.

- **DA.**
- **NE.**
- **NE ŽELIM ODGOVORITI.**

Prosim, preberite naslednje trditve. Pri vsaki trditvi označite, v kolikšni meri se z njo strinjate s pomočjo enega od ponujenih odgovorov: »nikakor se ne strinjam«; »se ne strinjam«; »niti se strinjam/niti se ne strinjam«; »se strinjam«; »popolnoma se strinjam«.

	Nikakor se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se strinjam/niti se ne strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
	1	2	3	4	5
Moje fizično počutje se je med epidemijo poslabšalo.					
Moje psihično počutje se je poslabšalo med samo epidemijo.					
Pri delu s pacienti imam občutek strahu za možnost okužbe z virusom COVID-19.					
Bojim se, da bi lahko okužbo prenesel/prenesla na svoje družinske člane/prijatelje.					
Menim, da se je število delovnih ur v času epidemije povečalo.					
Menim, da sem v času epidemije COVID-19 psihično izgorel/izgorela.					
Menim, da se med delom hitreje utrudim kot po navadi.					
Zdravstvena nega in oskrba v času epidemije je postala vse bolj nepredvidljiva.					
Število delovnih ur se je med epidemijo povečalo.					
Povečan obseg ur ni dovolj plačan.					
Povečale so se obravnave bolnikov z bolj zapletenimi zdravstvenimi					

stanji, ki pa niso bile povezane z okužbo COVID-19.					
Pacienti z napredovalo kronično boleznijo so bili pri oskrbi na domu zapostavljeni.					
Med epidemijo se je povečalo timsko delo.					
Povečala so se svetovanja po telefonu s pacienti glede zdravstvenega stanja/oskrbe na domu.					
Epidemija je povečala število obravnav na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.					
Epidemija je vplivala na pomanjkanje kadra v zdravstvenih ustanovah.					
Epidemija je negativno vplivala na moje čustveno počutje.					
Med samo epidemijo ni bilo veliko čustvene podpore s strani vodij.					
Oskrba je v času pandemije postala izziv zaradi komunikacijskih šumov, ki lahko nastanejo z nošenjem osebne varovalne opreme.					
Intervencije zdravstvene nege so postale časovno zamudnejše zaradi potrebe po uporabi osebne varovalne opreme.					
Primarno zdravstveno varstvo je zagotavljalo neposredno oskrbo pacienta v času epidemije.					
Število smrti na domu se je v času epidemije povečalo.					

Če imate željo izraziti še kakšno mnenje/področje, kar zgoraj ni omenjeno, vas vljudno vabimo, da to dopišete.
