



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
PROMOCIJA ZDRAVJA

**ZNANJE IN STALIŠČA O VLOGI IN
UPORABI PROMOCIJE ZDRAVJA V
FIZIOTERAPIJI - EKSPLOLATIVNA
RAZISKAVA**

**KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT
THE ROLE AND PRACTICES OF HEALTH
PROMOTION IN PHYSICAL THERAPY –
EXPLORATORY RESEARCH**

Magistrsko delo

Mentorica: red. prof. dr. Brigita Skela Savič Kandidatka: Danielle Jagodic
Somentorica: doc. dr. Darija Šćepanović

Ljubljana, april, 2021

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici red. prof. dr. Brigiti Skeli Savič za spodbujanje samostojnosti in izkazano zaupanje pri pisanju magistrskega dela. Iskreno se zahvaljujem tudi somentorici doc. dr. Dariji Šćepanović za vodenje in strokovno pomoč.

Zahvaljujem se tudi izr. prof. dr. Maji Sočan za lepe in spodbudne besede ter doc. dr. Branku Bregarju za konstruktivne predloge pri recenziji magistrske naloge.

Za jezikovni pregled se iskreno zahvaljujem Zali Hriberšek, profesorici slovenskega jezika in književnosti.

Posebna zahvala je namenjena Anji Grušovnik za statistično analizo podatkov: HVALA za spodbudo, pripravljenost pomagati, tudi ob najbolj nemogočih urah ter za vso potrpežljivost.

Najlepše se zahvaljujem tudi sošolkam na magistrskem študiju Promocije zdravja za zanimiv in razburljiv študij.

HVALA Matjažu, ki me je ves čas študija spodbujal in razumel. Hvala Niki in Anžetu za vso podporo. Vaša ljubezen mi pomeni največ.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Kronične nenalezljive bolezni so velik javnozdravstveni problem, ki postavlja promocijo zdravja v središče zdravstvene obravnave. Namen magistrskega dela je raziskati znanje in stališča o vlogi in uporabi promocije zdravja v fizioterapiji.

Cilj: Ugotoviti znanje fizioterapevtov o promociji zdravja, njihova stališča o promociji zdravja ter njeno uporabo v fizioterapevtski praksi.

Metoda: Med avgustom in novembrom 2020 je bila izvedena kvantitativna deskriptivno-eksplorativna raziskava. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je vseboval štiri vsebinske sklope. V končni vzorec je bilo vključenih 210 fizioterapevtov (14,05 % vseh fizioterapevtov). Za obdelavo podatkov so bile uporabljene opisne statistike, eksploratorna factorska in bivariatna analiza. Statično pomembnost je predstavljala vrednost $p \leq 0,05$.

Rezultati: Fizioterapevti z boljším poznavanjem determinant zdravja in področij delovanja promocije zdravja pogosteje izvajajo celovito oceno stanja ($\rho = 0,348$, $p = 0,001$), obravnavajo telesno nedejavnost ($\rho = 0,379$, $p = 0,001$), motnje, povezane s stresom in spanjem ($\rho = 0,392$, $p = 0,001$) in nezdrava vedenja ($\rho = 0,393$, $p = 0,001$) ter uporabljajo teoretične modele za podkrepitev vedenja in motiviranje ($\rho = 0,405$, $p = 0,001$). Pogostejša obravnava nezdravih vedenj je povezana z bolj pozitivnimi stališči do njihove obravnave ($\rho = 0,325$, $p = 0,001$) ter bolj pozitivnimi stališči do lastne vloge kot promotorjev zdravja ($\rho = 0,205$, $p = 0,006$).

Razprava: Raziskava je pokazala, da imajo fizioterapevti in fizioterapevtke nevtralna stališča do promocije zdravja in pomanjkljivo znanje o načelih, konceptih in ciljnih promocije zdravja ter da ne izvajajo rutinsko v zdravje osredotočene prakse. Izobraževalni programi bodo morali zagotoviti znanja in veščine za prestrukturiranje načina izvajanja fizioterapevtske prakse v smeri sistematičnega ocenjevanja zdravja in življenjskega sloga, predpisovanja zdravih vedenjskih praks ter večjega in boljšega medpoklicnega sodelovanja na celotnem kontinuumu obravnave.

Ključne besede: kronične nenalezljive bolezni, zdravje, kakovost življenja, dobro počutje, na zdravje osredotočena praksa

SUMMARY

Background: Non-communicable chronic diseases are a major public health problem of modern society that puts health promotion at the centre of health care. The purpose of the master's thesis is to explore the knowledge and attitudes regarding the role and the use of health promotion in physiotherapy.

Goals: The thesis aims to explore the knowledge of physiotherapists about health promotion, their attitudes towards health promotion, and the application of health promotion in physiotherapy practice.

Methods: A quantitative, descriptive, and exploratory research was conducted between August and November 2020. Data were collected using a structured questionnaire consisting of four sets of questions. 210 physiotherapists were included in the final sample (14.05% of all physiotherapists). Descriptive statistics, exploratory factor analysis, and bivariate analysis were used for data processing. A $p \leq 0.05$ was set as the level of statistical significance.

Results: Physiotherapists with better knowledge of health determinants and action areas of health promotion more often perform a comprehensive assessment ($\rho = 0.348$, $p = 0.001$), manage physical inactivity ($\rho = 0.379$, $p = 0.001$), stress and sleep-related disorders ($\rho = 0.392$, $p = 0.001$), and unhealthy behaviors ($\rho = 0.393$, $p = 0.001$) and use theoretical models to reinforce behaviors and motivate patients/clients ($\rho = 0.405$, $p = 0.001$). More frequent management of unhealthy behaviors is also correlated to more positive attitudes towards their management ($\rho = 0.325$, $p = 0.001$) and towards one's role as a promoter of healthy lifestyle ($\rho = 0.205$, $p = 0.006$).

Discussion: The research has shown that physiotherapists have neutral attitudes towards health promotion, poor knowledge about its principles, concepts, and goals, and a lack of routine engagement in health-focused practice. Educational programs will have to provide the knowledge and skills necessary to change physiotherapy practice towards a systematic health and lifestyle assessment, healthy behaviour prescription and greater and improved interprofessional collaboration across the care continuum.

Keywords: non-communicable chronic diseases, health, quality of life, well-being and health-focused practice

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	4
2.1 KONCEPT PROMOCIJE ZDRAVJA.....	4
2.1.1 Koncepti zdravja, dobrega počutja in kakovosti življenja.....	4
2.1.2 Opredelitev promocije zdravja.....	5
2.1.3 Temeljna načela promocije zdravja.....	6
2.2 NA ZDRAVJE OSREDOTOČENA FIZIOTERAPEVTSKA PRAKSA.....	11
2.2.1 Klinična presoja	12
2.2.2 Preverjanje in ocenjevanje zdravja in dejavnikov življenjskega sloga ter evalvacija izidov obravnave.....	13
2.2.3 Intervencijske strategije.....	15
3 EMPIRIČNI DEL	21
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	21
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA / RAZISKOVALNE HIPOTEZE	21
3.3 METODE RAZISKOVANJA	22
3.3.1 Dizajn raziskave.....	24
3.3.2 Instrument raziskave.....	24
3.3.3 Udeleženci raziskave	34
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	37
3.3.5 Obdelave podatkov.....	38
3.4 REZULTATI	38
3.4.1 Preverjanje zastavljenih raziskovalnih vprašanj	38
3.4.2 Preverjanje zastavljenih hipotez.....	52
3.5 RAZPRAVA.....	61
4 ZAKLJUČEK	75
5 LITERATURA	77
6 PRILOGE	94
6.1 INSTRUMENT.....	94
6.2 MATRIKA PODATKOV	104

KAZALO SLIK

Slika 1: Shematični model na zdravje osredotočene fizioterapevtske prakse	13
---	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Intervencije promocije zdravja glede na metode izvajanja.....	17
Tabela 2: Faktorska analiza za sklop Znanje fizioterapevtov o promociji zdravja	29
Tabela 3: Faktorska analiza za sklop Stališča fizioterapevtov do promocije zdravja	30
Tabela 4: Faktorska analiza za sklop Preverjanje/ocenjevanje	32
Tabela 5: Faktorska analiza za sklop Intervencije.....	33
Tabela 6: Faktorska analiza za sklop Teoretični modeli.....	34
Tabela 7: Struktura vzorca po spolu, starosti, delovni dobi, stopnji pridobljene izobrazbe na področju fizioterapije in letu zaključka dodiplomskega študija	35
Tabela 8: Struktura vzorca po zaposlitvi v zdravstvenem varstvu, področju dela in izobraževanju na področju promocije zdravja.....	36
Tabela 9: Znanje o ciljih promocije zdravja.....	39
Tabela 10: Znanje fizioterapevtov o značilnostih promocije zdravja.....	40
Tabela 11: Znanje fizioterapevtov o smernicah in priporočilih	42
Tabela 12: Stališča fizioterapevtov do promocije zdravja	43
Tabela 13: Stališča fizioterapevtov do promocije zdravih vedenj.....	44
Tabela 14: Preverjanje in ocenjevanje zdravja in dejavnikov življenjskega sloga.....	46
Tabela 15: Pomoč pri obvladovanju in spoprijemanju z različnimi stanji/navadami/motnjami	48
Tabela 16: Uporabljene metode za promocijo zdravja	49
Tabela 17: Uporabljene tehnike in kanali/mediji za promocijo zdravja	49
Tabela 18: Uporaba teorij/modelov spreminjanja vedenja in/ali motiviranja.....	50
Tabela 19: Uporaba kliničnih smernic in priporočil.....	51
Tabela 20: Medstrokovno in medsektorsko povezovanje in usmerjanje	52
Tabela 21: Osnovna opisna statistika za sklope Znanje, Stališča, Preverjanje/ocenjevanje, Intervencije in Teoretični modeli.....	52
Tabela 22: Rezultati korelacijske analize za preverjanje prve hipoteze	54
Tabela 23: Rezultati korelacijske analize za preverjanje druge hipoteze	56

Tabela 24: Rezultati korelacijske analize za preverjanje tretje hipoteze	57
Tabela 25: Rezultati korelacijske analize za preverjanje četrte hipoteze.....	58
Tabela 26: Rezultati korelacijske analize za preverjanje pete hipoteze.....	60
Tabela 27: Rezultati korelacijske analize za preverjanje šeste hipoteze.....	61

SEZNAM KRAJŠAV

AIHW	Avstralski inštitut za zdravje in socialo (Australian Institute of Health and Welfare)
APTA	Ameriško združenje fizioterapevtov (American Physical Therapy Association)
CDC	Center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (Centers for Disease Control and Prevention)
CPA	Kanadsko združenje fizioterapevtov (Canadian Physiotherapy Association)
ECDA	Evropska zveza za kronične bolezni (The European Chronic Disease Alliance)
ENSP	Evropska mreža za preprečevanje kajenja in odvisnosti od tobaka (European network for smoking and tobacco prevention)
ICF	Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (International classification of functioning, disability and health)
ITM	Indeks telesne mase
KNB	Kronične nenalezljive bolezni
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OECD	Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)
SSZS	Skupnost socialnih zavodov Slovenije
UNICEF	Mednarodni sklad Združenih narodov za otroke (The United Nations International Children's Fund)
WHOQOL group	Skupina Svetovne zdravstvene organizacije za kakovost življenja (The World Health Organization Quality of Life group)
WP	Svetovna fizioterapija (World Physiotherapy)

WHO	Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization)
ZDA	Združene države Amerike
ZFS	Združenje fizioterapevtov Slovenije

1 UVOD

Kronične nenalezljive bolezni (KNB) so glavni vzrok obolevnosti, oviranosti in umrljivosti na svetu (World Health Organization, (WHO), 2020). Po podatkih WHO (2018a) srčno-žilne bolezni, možganska kap, rak, bolezni dihal in sladkorna bolezen tipa 2 povzročijo okoli 80 % vseh prezgodnjih smrti v svetu. Marsikatera KNB se začne že v mladosti ali celo v otroštvu. V tej populaciji so KNB vzrok za 14,6 % smrti (United Nations Children's Fund, (UNICEF), 2019). Zlasti mladostništvo je obdobje, ko se največkrat izoblikujejo vedenja, ki so povezana z največjim tveganjem za KNB pozneje v življenju (kajenje, škodljiva raba alkohola, nezdravo prehranjevanje in sedeč slog življenja oziroma telesna nedejavnost) (UNICEF, 2019). Podatki kažejo, da 23,5 % delovne populacije v Evropski uniji trpi za vsaj enim kroničnim stanjem (The European Chronic Disease Alliance, (ECDA), 2017). KNB so pomemben vzrok zmanjšane obsega delovno aktivnega prebivalstva, manjše produktivnosti, večje fluktuacije zaposlenih in vse bolj zgodnjega upokojevanja delavcev (ECDA, 2017). Njihova razširjenost s staranjem vse bolj narašča. Prisotnost več sočasnih kroničnih stanj pri starejših osebah ni več izjema in s prevalenco med 55 % do 98 % postaja čedalje bolj »normalno stanje«. Multimorbidni starejši umirajo bolj zgodaj, imajo višjo stopnjo funkcijskega upada in oviranosti ter kar 99-krat večjo verjetnost hospitalizacije in odvisnosti od dolgotrajne oskrbe že v mlajših letih, poročajo o slabši kakovosti življenja, njihova zdravstvena oskrba pa je povezana z višjimi stroški (Kanakadurga, et al., 2018). KNB predstavljajo zelo veliko zdravstveno, ekonomsko in družbeno breme. Zato je, po mnenju WHO (n.d.), njihovo preprečevanje in obvladovanje nujni razvojni imperativ 21. stoletja.

Razvoj KNB je močno povezan z zdravstvenimi vedenji in izbirami posameznika (Dean, et al., 2014a; Bezner, 2015). Telesna nedejavnost, kajenje, slabe prehranske izbire in navade, škodljiva raba alkohola, stres in slaba higiena spanja so vedenja, ki najbolj pripomorejo k razvoju biomedicinskih dejavnikov tveganja, kot so prekomerna telesna teža in debelost, sladkorna bolezen, povišan krvni tlak in povišana raven maščob v krvi, ki vodijo v razvoj vrste KNB in vplivajo na kostno-mišično in psihosocialno zdravje (Australian Institute of Health and Welfare, (AIHW), 2014; Dean, et al., 2014a). V

raziskavi Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije, ki jo je med odraslimi prebivalci Slovenije leta 2016 že petič zapored izvedel Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ, 2018), so ugotovili, da je le polovica odraslih zadostno telesno dejavna ter da na običajen delovni dan Slovenci v povprečju presedijo 5 ur. Ugotovili so tudi, da se polovica odraslih Slovencev prehranjuje pretežno nezdravo in si dosoljuje hrano, da vsak deseti odrasli čezmerno pije alkohol, vsak četrti kadi in vsak deseti spi manj kot 6 ur na dan ter da jih približno četrtina vsakodnevno doživlja stres in ima težave z njegovim obvladovanjem. Podatki kažejo tudi, da je, navkljub umirjanju trenda naraščanja, prevalenca prekomerne telesne teže in debelosti pri otrocih in mladostnikih še vedno precej visoka (Blenkuš Gabrijelčič & Robnik, 2016; NIJZ, 2018). Ocenjujejo, da so v Evropi pri več kot milijon debelih otrocih prisotni kazalniki srčno-žilnih obolenj, vključno z visokim pritiskom, povišanimi vrednostmi holesterola v krvi in da so prisotni vsaj trije indikatorji metabolnega sindroma (Blenkuš Gabrijelčič & Robnik, 2016, p.3). Čeprav je podatkov o vlogi zdravega življenjskega sloga pri preprečevanju in obvladovanju KNB zelo malo, le-ti kažejo, da že manjše spremembe življenjskega sloga pozitivno vplivajo na zmanjšanje tveganja za nastanek KNB (Dean, et al., 2014a). Ricanati, et al. (2011) so na primer v raziskavi, v kateri je 429 oseb s številnimi kroničnimi stanji (debelost, povišan krvni tlak, povišane maščobe v krvi in sladkorna bolezen) sodelovalo v šestmesečnem celostnem programu spreminjanja življenjskega sloga, ki je vključeval telesno vadbo, spreminjanje prehranjevalnih navad in učenje tehnik za obvladovanje stresa, ugotovili, da je pri 244 (57 %) osebah prišlo do klinično pomembnega in trajnega izboljšanja biometričnih kazalnikov (telesna teža, obseg pasu, srčni utrip v mirovanju in krvni tlak), pri 299 (70 %) osebah pa do izboljšanja laboratorijskih vrednosti.

Naraščanje KNB in sociodemografske spremembe zahtevajo drugačno, sodobno razumevanje koncepta zdravja, v središču katerega sta dobro počutje in kakovost življenja (O'Donoghue, et al., 2014). Nove potrebe prebivalstva narekujejo spremembe zdravstvene obravnave iz obravnave, ki je reaktivna in usmerjena v redukcijo in obvladovanje simptomov bolezni, v obravnavo, ki je proaktivna in usmerjena v promocijo zdravega življenjskega sloga (Dean, et al., 2011; Lein, et al., 2017).

Fizioterapevti sodijo med zdravstvene delavce, ki imajo zaradi značilnosti svojega dela edinstveno možnost izvajati t. i. »na zdravje osredotočeno prakso« (v angleščini »health-focused practice«) oziroma promocijo zdravja (Lein, et al., 2017). Delajo v različnih okoljih, tudi izven zdravstvenega varstva in z različnimi starostnimi skupinami prebivalstva. Pri obravnavi pacientov uporabljajo neinvazivne in nefarmakološke postopke dela, ki imajo dokazano večjo učinkovitost kot biomedicinske intervencije in s katerimi lahko naslavljajo vzroke kroničnih stanj oziroma dejavnike tveganja zanje (Dean, et al., 2011; Lein, et al., 2017). V primerjavi z drugimi strokami imajo praviloma pogostejše, dolgotrajnejše in tesnejše stike s pacienti/klienti, s čimer lažje vzpostavljajo zaupanje, prav tako imajo možnost spremljati paciente/kliente po zaključku zdravljenja (Alexander, et al., 2012; Lein, et al., 2017; Morris & Jenkins, 2018). Poleg tega je World Physiotherapy (WP) že leta 2003 podprla implementacijo ICF v fizioterapevtsko prakso, ki predstavlja premik zdravstvene obravnave k paradigmi zdravja (Dufour & Lucy, 2010; Escorpizo, et al., 2010).

Zaradi naraščanja KNB se koncept zdravja na globalni ravni spreminja. Fokus se preusmerja od bolezni k zdravju, dobremu počutju in kakovosti življenja. Paradigma zdravja v ospredje zdravstvene obravnave postavlja promocijo zdravja. Družbene spremembe bodo neizbežno vplivale tudi na način izvajanja fizioterapevtske obravnave v smeri večje usmerjenosti k zdravju. Na zdravje osredotočena fizioterapevtska praksa v središče postavlja obravnavo posameznika v kontekstu njegovega splošnega zdravja in dejavnikov življenjskega sloga, ki predstavljajo tveganje za njegovo zdravje. Njen cilj je podpreti posameznika pri obvladovanju lastnega stanja in pri spoprijemanju z življenjskimi izzivi za doseganje čimbolj avtonomnega in zadovoljnega življenja. V Sloveniji do sedaj ni bila narejena nobena raziskava, ki bi ugotavljala, v kolikšni meri fizioterapevti sploh poznajo promocijo zdravja in jo uporabljajo v svoji vsakodnevni praksi, niti ali jo dojemajo kot pomembno področje dela. Presek znanja, stališč in prakse na področju promocije zdravja med fizioterapevti je kritičnega pomena za sodoben in učinkovit razvoj stroke, izobraževanja in znanosti skladno z družbenimi trendi in potrebami. Zlasti v luči vedno večje potrebe po reformi zdravstva, pojavljanja novih »sorodnih« strok in širjenja kompetenc ostalih zdravstvenih strok na področje gibanja in funkcije, ki v očeh fizioterapevtov tradicionalno še vedno veljata za fizioterapevtsko področje.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 KONCEPT PROMOCIJE ZDRAVJA

2.1.1 Koncepti zdravja, dobrega počutja in kakovosti življenja

Koncept zdravja

Med sodobnimi opredelitvami zdravja je najbolj znana in največkrat uporabljena definicija WHO (n.d.), ki je že leta 1948 v svoji ustanovni listini zapisala, da je zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne zgolj stanje odsotnosti bolezni ali oviranosti. Čeprav kritiki definiciji očitajo, da je utopična in preveč statična, je prva, ki je poleg telesnega in duševnega zdravja poudarila pomen socialnega okolja ter bivalnih in delovnih pogojev za zdravje posameznika (Svalastog, et al., 2017; Leonardi, 2018). Opredelitev je bila tekom let kar nekajkrat revidirana. V 80. letih prejšnjega stoletja je izraelsko-ameriški sociolog Aaron Antonovsky prvi spremenil dotedanje prepričanje, da sta zdravje in bolezen dve ločeni skrajnosti. Utemeljil je salutogenetski model zdravja. Zdravje je predstavil kot dinamičen proces premikanja po daljici, ki ima na eni strani popolno zdravje in pozitivno počutje, na drugi pa nepopolno zdravje in negativno počutje, in ki je odvisno od tega, kako posameznik dojema in razume različne življenjske situacije ter kako zna poiskati in uporabiti različne notranje in zunanje varovalne vire za dejavnike, ki obremenjujejo njegovo življenje. Menil je tudi, da je zdravje sredstvo za doseganje dobrega počutja in višje kakovosti življenja (Eriksson, 2016). Leta 1986 je Ottawska listina po salutogenetskem modelu zdravje opredelila kot vrednoto in vir za vsakodnevno življenje slehernega posameznika in skupnosti kot celote (Leonardi, 2018). Zadnja v vrsti številnih novih definicij zdravje opredeljuje kot zmožnost obvladovanja in spoprijemanja s pogoji za slabo in dobro počutje (Leonardi, 2018).

Koncept dobrega počutja

Da je dobro počutje oziroma blagostanje pomembno, je prva prepoznala že WHO v svoji definiciji zdravja. Dobro počutje je pomemben zdravstveni izid (Hartley, 2018). Po mnenju številnih avtorjev si je dobro počutje najbolje zamisliti kot večdimenzionalni konstrukt oziroma kot kombinacijo pozitivnih občutkov in dobrega funkcioniranja ob odsotnosti negativnih čustev (Tov, 2018; Ruggeri, et al., 2020). Različne raziskave

kažejo, da je dobro počutje povezano z daljšim življenjem, pozitivnim zaznavanjem lastnega zdravja, boljšim telesnim in duševnim zdravjem, zdravimi vedenjskimi praksami, manjšim tveganjem za bolezni in poškodbe, večjo socialno vključenostjo in povezanostjo ter večjo kreativnostjo in produktivnostjo (Centers for Disease Control and Prevention, (CDC), n.d.; Ruggeri, et al., 2020).

Koncept kakovosti življenja

Kakovost življenja je pomemben kazalnik zdravja in koncept v medicini. Koncept se znotraj različnih disciplin in med njimi ter kulturami razlaga in definira na več načinov (Haraldstad, et al., 2019). Definicija WHO, ki se najpogosteje uporablja, pravi, da je kakovost življenja posameznikovo dožemanje trenutnega stanja v življenju v kontekstu kulturnega okolja, v katerem živi in lastnega sistema vrednot ter v povezavi z njegovimi cilji, pričakovanji, standardi in skrbmi (The World Health Organization Quality of Life, (WHOQOL), group, 1995). Kakovost življenja je kompleksen koncept, ki vključuje tako objektivne kot subjektivne dimenzije. Čeprav je odvisna od individualnega doživljanja posameznika in njegovih sociodemografskih značilnosti, raziskave kažejo, da pri večini ljudi obstajajo določene skupne usmeritve o tem, kako se kakovost življenja kaže: kot dobra telesna pripravljenost, pozitiven psihološki kapital, duševno zdravje, čustvena stabilnost, duhovna rast, socialna participacija, socialna povezanost, rekreacija, finančna varnost, dobri življenjski in delovni pogoji ali dostopnost do ustanov in storitev (Bowling, 2017; Oliver, et al., 2018).

2.1.2 Opredelitev promocije zdravja

Zgodovina promocije zdravja se loči na obdobji pred in po Ottawski konferenci leta 1986. Ottawska listina je namreč pomenila premik od patogeneze k salutogenezi oziroma od pristopa k zdravju »od zgoraj navzdol« k pristopu »od spodaj navzgor«. Pristop k zdravju »od zgoraj navzdol« vključuje dejavnosti za varovanje zdravja, preventivo bolezni ter zdravstveno vzgojo. Pristop »od spodaj navzgor« pa zagovarja promocijo zdravja (Mereu, et al., 2015). Prepoznava, da zdravje določajo biopsihosocialni dejavniki ter poudarja, da odgovornost za zdravje ni samo na posamezniku in na zdravstvenem sektorju, temveč da je promocija zdravja kulturni, socialni, okolijski, ekonomski in politični proces, katerega dejavnosti so usmerjene v ustvarjanje življenjskih pogojev za boljše zdravje in dobro počutje (Bezner, 2015; Mereu, et al., 2015). Promocija zdravja je definirana kot proces,

ki ljudem omogoča, da povečajo nadzor nad svojim zdravjem ter na ta način svoje zdravje izboljšajo (WHO, 1986).

2.1.3 Temeljna načela promocije zdravja

Povlsen in Borup (2015, p. 47) po Rootman, et al. (2001, p 4-5) povzemata, da temeljna načela promocije zdravja vključujejo naslednje: opolnomočenje, aktivno participacijo, celostni pristop, medsektorsko sodelovanje, enakost in socialno pravičnost, trajnost in uporabo različnih strategij ali kombinacij strategij.

Opolnomočenje

WHO (1998, pp. 6-7) opolnomočenje v promociji zdravja definira kot proces krepitev nadzora nad odločitvami in dejavnostmi, povezanimi z zdravjem. Opolnomočenje je načelo, ki ni uveljavljeno le v promociji zdravja, temveč se čedalje bolj uveljavlja tudi v različnih znanstvenih disciplinah. V zdravstvu predstavlja odmik od klasičnega paternalizma k pravičnejšim in bolj sodelovalnim modelom zdravstvene obravnave (Bravo, et al., 2015). Avtorji navajajo, da so cilji opolnomočenja okrepiti avtonomnost, samoučinkovitost, notranjo motivacijo, samoregulacijo oziroma samokontrolo (zmožnost voljnega usmerjenja vedenja in nadzora misli in čustev ter doseganja ciljev ali idealov v skladu z osebnimi vrednotami), samozavest in zadovoljstvo posameznika oziroma njegovo sposobnost obvladovanja in spoprijemanja z boleznijo in življenjem nasploh (Ng, et al., 2012; Tol, et al., 2015). Proces opolnomočenja se začne z vzpostavitvijo zaupnega odnosa, v katerem se posameznik počuti vredno, spoštovano in varno ter ima nekaj ključnih značilnosti: upošteva potrebe, prioritete, preference, vrednote in prepričanja posameznika; poudarja posameznikova močna področja in ne njegovih primanjkljajev; prenaša moč in odločanje na posameznika; omogoča informirano odločanje (posameznik sprejema odločitve na podlagi ustreznih informacij) ter skupno postavljanje ciljev in načrtovanje dejavnosti; spodbuja posameznikovo samorefleksijo in samostojnost pri iskanju pomenskih rešitev za težave in pri razvoju alternativnih možnosti ter krepi posameznikove podporne mreže in mu nudi pomoč pri iskanju virov pomoči (Tol, et al., 2015; Areskoug Josefsson & Andersson, 2017; Werbrouck, et al., 2018).

Po mnenju Bravo, et al. (2015) opolnomočenje v zdravstvu ni niti dobro definiran niti sistematično uporabljen koncept. Mudge, et al. (2013) v etnografski raziskavi ugotavljajo,

da v fizioterapevtski praksi še vedno prevladuje biomedicinski diskurz, v katerem je fizioterapevt v vlogi strokovnjaka, pacient/klient pa v vlogi prejemnika storitev. Koščak Tivadar in Filej (2015) sta v raziskavi med 100 zdravstvenimi strokovnjaki, med katerimi je bilo 25 fizioterapevtov in s katero sta preučevali njihova stališča do lastne vloge in do vloge pacientov v zdravstveni obravnavi, ugotovili, da le-ti slabo poznajo termin »opolnomočenje«. Raziskava je prav tako pokazala, da zdravstveni delavci še vedno ne prepoznajo pacienta kot enakovrednega člana zdravstvenega tima, v nekaterih primerih ga celo ne prepoznajo kot del tima nasploh. Bastemeijer, et al. (2020) navajajo, da je med zdravstvenimi delavci prisotno pomanjkljivo razumevanje konceptov osebnih potreb in vrednot pacientov/klientov. V kvalitativni raziskavi, ki jo je avtorica izvedla s sodelavci, je 17 nizozemskih pacientov s kostno-mišičnimi težavami izpostavilo, da so jim v kliničnih interakcijah s fizioterapevti najpomembnejši upoštevanje njihove individualnosti in avtonomije, profesionalne vrednote fizioterapevta (tehnične spretnosti, vestnost, sočutnost in odzivnost), enakopravnost v partnerstvu in opolnomočenje (ohranjanje nadzora nad lastnimi situacijami in fizioterapevtova podpora ob težavah).

Celostni pristop

Celostni pristop je multidimenzionalni pristop, ki posameznika postavlja v središče obravnave in ga obravnava kot celoto, upoštevajoč njegov biološki, psihološki, socialni, kulturni in okolijski kontekst (Sanders, et al., 2013; Hartley, 2018; Daluiso-King & Hebron, 2020). Poudarja enakopravno partnerstvo med posameznikom in fizioterapevtom pri načrtovanju in izvajanju zdravljenja na način, da je to prilagojeno posameznikovim specifičnim potrebam, družbenim okoliščinam, preferencam in željam (Dukhu, et al., 2018; Hartley, 2018). Na posameznika osredotočena obravnava spodbuja zdrava vedenja, izboljša zdravje, izide bolezni in zadovoljstvo posameznika (Lein, et al., 2017). WP poziva k uporabi ICF v fizioterapiji (Escorpizo, et al., 2010). ICF temelji na biopsihosocialnem pristopu k zdravju in priznava pomen bioloških, psiholoških in kontekstualnih dejavnikov za zdravje in delovanje posameznika (Dufour & Lucy, 2010).

Biopsihosocialni model oziroma celostni pristop počasi pridobiva veljavo v fizioterapevtski praksi (Fritz, et al., 2018; Hartley, 2018; Holopainen, et al., 2020). Pernambuco, et al. (2018) so v raziskavi o poznavanju in uporabi ICF med brazilskimi fizioterapevti in delovnimi terapevti ugotovili, da skoraj tretjina sodelujočih, med

katerimi je bilo 85 % fizioterapevtov, ICF sploh ni poznala ter da se je le polovica strokovnjakov seznanila z ICF med dodiplomskim študijem. Burniston, et al. (2012) navajajo, da se »tradicionalni« model v fizioterapiji kaže tudi v pomanjkanju literature na področju obravnave vedenj, povezanih z življenjskim slogom. Delež raziskav, ki preučujejo vlogo promocije zdravja v fizioterapiji, je namreč majhen, čeprav v zadnjem času narašča, vendar predvsem na področju promocije telesne dejavnosti (Burniston, et al., 2012; Lowe, et al., 2018). Lowe, et al. (2018) dodajajo, da na področju promocije telesne dejavnosti prevladujejo pregledni članki. V sistematičnem pregledu literature so ugotovili, da je med enaintridesetimi raziskavami, ki so bile objavljene med leti 2008 in 2015, bilo le 8 intervencijskih.

Aktivna participacija

Areskoug Josefsson in Andersson (2017) aktivno participacijo vidita kot proces soustvarjanja med fizioterapevtom in posameznikom, ki je sestavljen iz štirih faz in katerega cilj je optimiziranje izidov obravnave. Ključne dimenzije procesa so vključenost in dejavnost posameznika ter njegovo zaznavanje stopnje moči in avtoritete vi-a-vis fizioterapevtu (Schoeb & Bürge, 2011). Proces soustvarjanja se po mnenju Areskoug Josefsson in Andersson (2017) začne s skupnim načrtovanjem obravnave, ki ima cilj v razumevanju lastnih izzivov, s katerimi se sooča fizioterapevt, in izzivov, s katerimi se sooča posameznik. Med sodelujoče deležnike v procesu načrtovanja avtorici prištevata tudi svojece, prijatelje in sodelavce ter druge strokovnjake, ki so udeleženi v posameznikovi obravnavi. Po mnenju avtoric je naslednja faza v procesu soustvarjanja skupno oblikovanje obravnave, ki med drugim vključuje skupno postavljanje ciljev ter skupno odločanje. Schoeb in Bürge (2011) v narativni sintezi 11 kvalitativnih raziskav ugotavljata, da za razliko od medicinske literature, fizioterapevska literatura k aktivni vlogi posameznika redko prišteva tudi izbiro postopkov zdravljenja. Tretja faza procesa soustvarjanja vključuje skupno praktično izvedbo obravnave. Četrta faza, ki je pogosto zanemarjena, je faza evalvacije in vključuje skupno oceno uspešnosti obravnave (Areskoug Josefsson & Andersson, 2017).

Schoeb in Bürge (2011) navajata, da tako fizioterapevti kot pacienti aktivno participacijo zaznavajo kot dragocen, a zahteven proces. Po mnenju pacientov se namreč njihova dejanska participacija pri obravnavi pogosto ne ujema z želeno vlogo. Schoeb in Bürge

(2011) dodajata, da imajo fizioterapevti težave s konceptualizacijo pojma in da jim primanjkuje strokovnih veščin za ugotavljanje pacientovih/klientovih preferenc.

Medsektorsko sodelovanje

Ker so determinante zdravja kompleksne narave in obstajajo tudi izven zdravstvenega sektorja, strokovno znanje pa je razdrobljeno med različnimi disciplinami, kakor tudi znotraj stroke, se izkazuje potreba po partnerskem povezovanju in sodelovanju v stroki, z drugimi poklici in z različnimi sektorji (Perreault, et al., 2014; 2016; Morris & Jenkins, 2018; WHO, 2018b). Povezovalna in sodelovalna praksa je osredotočena na posameznika in celovito podpira njegove potrebe, izboljša dostopnost storitev, pripomore k skrajšanju čakalnih dob in k učinkovitejši in racionalnejši rabi virov ter k večji varnosti posameznika, zagotavlja koordiniranost obravnave, povečuje zadovoljstvo, strokovnjakom pa omogoča vzajemno komunikacijo, izmenjavo znanj in veščin, skupno ustvarjanje in udejanjanje ciljev ter izboljšuje medsebojno zaupanje (Canadian Physiotherapy Association, (CPA), 2012; Perreault, et al., 2014; 2016; Hartley, 2018). Morris in Jenkins (2018) poudarjata, da mora fizioterapevt biti sposoben prepoznati potrebo po sodelovanju z drugimi strokovnjaki in/ali napotovanju pacienta/klienta ter da mora poznati obstoječe storitve, ki so na voljo, in obvladati načine komuniciranja znotraj in izven lastne stroke. Čeprav WP (2019) od fizioterapevtov pričakuje, da imajo oblikovan komunikacijski protokol z opredeljenimi načini sodelovanja s pacienti/klienti, zdravstvenimi strokovnjaki in drugimi relevantnimi deležniki, raziskave kažejo, da fizioterapevti posameznika redko usmerijo ali napotijo k drugim virom pomoči in podpore, četudi za to obstaja jasna indikacija (Johnson, et al., 2012; O'Donoghue, et al., 2014; Abaraogu, et al., 2016; Lowe, et al., 2017).

Enakost in socialna pravičnost

Enakost oziroma nediskriminacija pomeni, da ima vsak posameznik pravico doseči optimalno zdravje (Braveman, et al., 2011). Številni dokazi jasno kažejo na socialni gradient v posameznikovem zdravju oziroma na močno povezanost zdravja s socialnimi, ekonomskimi, bivalnimi in okoljskimi pogoji vsakodnevnega življenja (Allen, et al., 2013; Organization for Economic Co-operation and Development, (OECD), n.d.). Socialna pravičnost je eno od ključnih etičnih načel v zdravstvu, poleg avtonomije, nezlonamernosti ali nemarnosti (»ne delaj narobe«) in dobrotljivosti (»delaj dobro/prav«).

V zdravstveni praksi pomeni, da bi morale osebe z enakimi zdravstvenimi stanji imeti enake možnosti doseganja in dostopanja do zdravljenja ter do poštene in kakovostne obravnave (Krau, 2015). Načeli enakosti in socialne pravičnosti sta zapisani v Kodeksu etike fizioterapevtov Slovenije (Fizioterapija, 2017). Allen, et al. (2013), ko opisujejo vlogo zdravstvenih delavcev pri zmanjševanju zdravstvenih neenakosti, navajajo tri ključne dejavnosti, ki k temu pripomorejo: (1) vzpostavljanje zaupnega in spoštljivega odnosa s pacientom/klientom, (2) zbiranje socialne anamneze pacienta/klienta in (3) napotovanje k drugim zdravstvenim in ne-zdravstvenim strokovnjakom za odpravljanje vzrokov slabega posameznikovega zdravja.

Trajnost

Trajnost je v literaturi opisana kot kontinuirano, dolgotrajno izvajanje nove vedenjske prakse na način, ki še naprej prinaša predvidene koristi (Aria & Archer, 2020). Dean, et al. (2014b) poudarjajo, da je za zagotavljanje trajnosti sprememb vedenjskih praks posameznike potrebno spremljati tudi po zaključku obravnave. Čeprav imajo fizioterapevti zaradi značilnosti svojega dela možnosti spremljati paciente skozi daljši čas, to počnejo v zelo majhnem deležu (Bodner, et al., 2012). Frerichs, et al. (2012) so v sistematskem pregledu sedmih raziskav ugotovili, da fizioterapevti v povprečju izvajajo med 0 in 2 spremljanj, pri tem je najkrajši čas od zaključka zdravljenja do prvega spremljanja 6 tednov, najdaljši pa 2 leti. Alexander, et al. (2012) v pregledu literature poročajo, da se fizioterapevti pri spremljanju pacientov/klientov največ poslužujejo kratkih telefonskih pogovorov, s katerimi preverjajo adherenco pacientov/klientov, predvsem pri telesni vadbi, ocenjujejo učinkovitost vadbenih programov in motivirajo paciente/kliente za vadbo. Avtorji dodajajo, da več kot 60 % fizioterapevtov ocenjuje, da sta spremljanje pacientov/klientov in evalviranje učinkov svetovanja pri spremembi življenjskega sloga zahtevna in nelagodna procesa. Tudi Taukobong, et al. (2013) navajajo pomanjkljivo ugotavljanje učinkovitosti in spremljanje trajnosti izidov obravnave v fizioterapevtski praksi.

Uporaba različnih strategij ali kombinacij strategij

Literatura priporoča uporabo populacijskega pristopa kot komplementarnega pristopa v fizioterapevtski praksi (Giuffre, et al., 2018; Magnusson, et al., 2019). Populacijski pristop se odmika od individualističnih interpretacij zdravja in poudarja pomen

upoštevanja kompleksnih vplivov socialnih in okolijskih dejavnikov na zdravje (Magnusson, et al., 2019). Giuffre, et al. (2018) navajajo, da populacijski pristop vključuje tri ključna področja osredotočenja oziroma delovanja, ki se lahko med seboj prepletajo: sistemskega, skupnostnega in individualnega. Sistemska raven delovanja vključuje na primer članstvo v profesionalnih organizacijah, sodelovanje pri oblikovanju javnih politik in zakonodaje, zagovorništvo ter socialni marketing. Skupnostne intervencije hočejo vplivati na spremembe v zdravju ali zdravstvenih vedenjih določene skupnosti ali podskupine v skupnosti. Pri čemer skupnost sestavljajo ljudje, ki skupaj živijo ali delajo (na primer zaposleni v določeni delovni organizaciji ali učenci na določeni šoli) ali si delijo določene značilnosti (na primer starost ali diagnozo). Individualne strategije pa vključujejo ozaveščanje in presejanje, vzgojo za zdravje, medpoklicno/medsektorsko sodelovanje, napotovanje in spremljanje (Giuffre, et al., 2018).

V fizioterapiji še vedno prevladuje pogled na promocijo zdravja z biomedicinske perspektive (McMahon & Connolly, 2013; Abaraogu, et al., 2019). Čeprav se v nekaterih, predvsem afriških državah, v večji meri zavedajo tudi njenega širšega pomena za krepitev dejavnosti skupnosti ter podpiranje in spodbujanje izvajanja zdravstvenih politik (Joseph, 2011; Taukobong, et al., 2015; Boakye, et al., 2018; Kapapa, 2018). Bezner (2015) kot vzroke, da fizioterapevska stroka ni prepoznana in profilirana kot pomembna na področju promocije zdravja, izpostavlja pomanjkljivo izobraževanje, raziskovanje, politično delovanje in udejstvovanje fizioterapevtov na tem področju. Tudi McMahon in Connolly (2013) in Taukobong, et al. (2013) ugotavljajo, da vloga fizioterapevtov pri promociji zdravja ni niti jasna niti prepoznana.

2.2 NA ZDRAVJE OSREDOTOČENA FIZIOTERAPEVTSKA PRAKSA

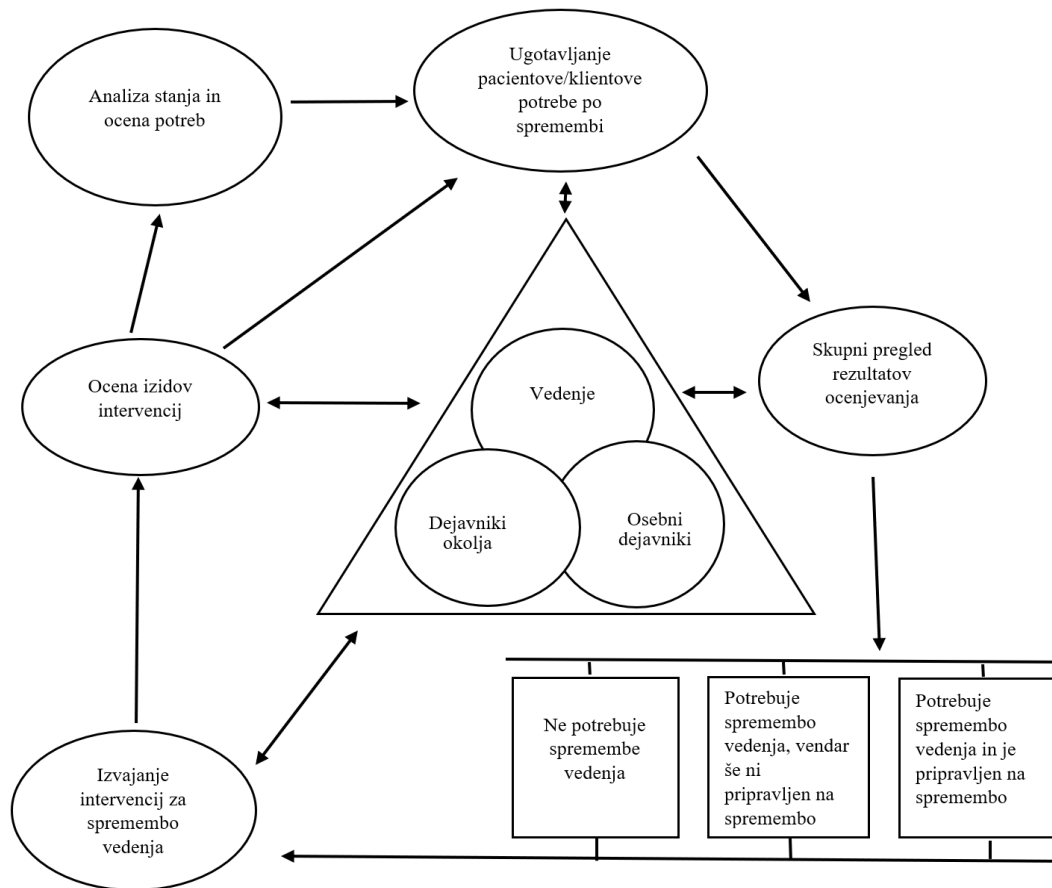
Na zdravje osredotočena fizioterapevska praksa je definirana kot praksa, ki ima za cilj promocijo zdravja oziroma maksimiziranje pacientovega/klientovega zdravja in dobrega počutja ter izidov obravnave v najširšem pomenu definicije zdravja WHO in ICF (Dean, et al., 2014a; 2019).

2.2.1 Klinična presoja

Dean, et al. (2014b) so predstavili algoritem, ki opisuje korake v procesu klinične presoje pri implementaciji na zdravje osredotočene zdravstvene prakse. Opisujejo, da se proces začne z oceno zdravja in vedenjskih praks pacienta/klienta, prisotnosti KNB ali tveganja za KNB, dejavnikov tveganja za KNB in pripravljenosti za spremembo vedenja. Ocena pripravljenosti za spremembo vedenja vključuje oceno osebne motivacije pacienta/klienta, njegovih podpornih sistemov ter fizičnega okolja. Drugi korak vključuje določitev strategij, ukrepov in dejavnosti spreminjanja vedenja ter potrebe po usmeritvi ali napotitvi k drugim virom pomoči in podpore. Vključuje tudi evalvacijo izvedenih intervencij. Dean, et al. (2014b) nadalje poudarjajo, da ne glede na to, ali zdravstveni delavec sam izvaja dejavnosti, ali pacienta/klienta napoti k drugemu strokovnjaku, je, za zagotavljanje trajnosti učinkov, odgovoren za ustrezno spremljanje pacienta/klienta med obravnavo in po zaključku obravnave.

Leta 2017 je bil algoritem podlaga za oblikovanje in validacijo modela na zdravje osredotočene fizioterapevtske prakse kot okvirja za izobraževanje študentov fizioterapije in fizioterapevtov ter integracijo promocije zdravja v klinično prakso (Lein, et al., 2017) (slika 1).

Algoritem vključuje pet korakov: (1) Identifikacija/opredelitev prevalentne populacije v fizioterapevtski praksi ter analiza njenega zdravstvenega stanja, vključno z ugotavljanjem njenega življenjskega sloga ter pojavnosti in razširjenosti nezdravih vedenj, ki imajo največji vpliv na njeno zdravje; (2) Objektivna ocena zdravja pacienta/klienta in določitev njegovih potreb, zdravstvenih prepričanj, motivacije in virov za spremembo vedenja; (3) Skupni pregled rezultatov ocenjevanja ter ugotavljanje pacientove/klientove subjektivne potrebe po spremembi in njegove pripravljenosti za spremembo; (4) Izvajanje ukrepov in dejavnosti za spremembo vedenja, vključno z usmerjanjem in napotovanjem k drugim strokovnjakom; (5) Ocenjevanje izidov intervencij in ustrezna modifikacija osnovnega načrta.



Slika 1: Shematični model na zdravje osredotočene fizioterapevtske prakse

Vir: Lein, et al., 2017

2.2.2 Preverjanje in ocenjevanje zdravja in dejavnikov življenjskega sloga ter evalvacija izidov obravnave

Ključni elementi na zdravje osredotočene prakse, ne glede na okolje in področje fizioterapevtskega dela, poleg obravnave osnovne okvare, zaradi katere je posameznik poiskal fizioterapevtsko pomoč, vključujejo celovito anamnezo, sistematično ocenjevanje zdravja, vključno z vsemi dimenzijami dobrega počutja, kakovosti življenja in zadovoljstva z življenjem ter ocenjevanje okolijskega in socialnega konteksta posameznika, presejanje za nespremenljive (dednost, spol, starost) in spremenljive dejavnike tveganja za zdravje ter ugotavljanje morebitne prisotnosti KNB (Dean, et al., 2014b; Bezner, 2015; Magnusson, et al., 2019).

Dean, et al. (2014b) kot okvir za ocenjevanje zdravja posameznika ter vrednotenje izidov obravnave priporočajo uporabo ICF, ki omogoča ocenjevanje funkcijskih in strukturnih okvar, oviranosti na nivojih dejavnosti in participacije ter kontekstualnih in osebnih dejavnikov. Poleg rutinskega preverjanja biometričnih in biokemičnih dejavnikov tveganja za razvoj KNB kot so vrednosti krvnega tlaka, glukoze in holesterola v krvi, raziskave priporočajo tudi sistematično ocenjevanje sledečih dejavnikov življenjskega sloga, ki predstavljajo tveganje za zdravje: kajenje, škodljiva raba alkohola, nezdravo prehranjevanje, prekomerna telesna teža/debelost, daljša obdobja sedenja, nezadostna telesna dejavnost, moten spanec in neobvladljiv stres, ne glede na to, ali so ti dejavniki neposredno povezani z osnovno težavo, boleznijo ali okvaro (Dean, et al., 2011; 2014b; Magnusson, et al., 2019; 2020). Dean, et al. (2014b; 2019) poudarjajo, da je za ocenjevanje tveganja dejavnikov življenjskega sloga za zdravje potrebno uporabiti veljavna in zanesljiva merilna orodja, ki temeljijo na longitudinalnih epidemioloških in populacijskih raziskavah, kot sta na primer Health Improvement Card in STEPS instrument WHO. Tudi Raphael (2000) se strinja, da je potrebno upoštevati in uporabljati podatke iz trenutne razpoložljive znanstvene literature, vendar opozarja, da je o obstoječih ugotovitvah potrebno kritično presojati ter poiskati in upoštevati lokalne dokaze. Avtor navaja tudi, da je k pridobivanju podatkov o posamezniku in evalvaciji učinkovitosti terapevtskih intervencij potrebno pristopiti na tradicionalni način, ki temelji na pridobivanju kvantitativnih podatkov ter na interaktiven način, katerega osnova so kvalitativni podatki, s katerimi poskušamo razumeti izvore oziroma determinante zdravja posameznika ter njegov pogled na svet. V zbirko t. i. subjektivnih kazalnikov zdravja se prištevajo počutje, kakovost življenja in zaznavanje lastnega zdravja.

V raziskavi (Johnson, 2006), v kateri je avtorica raziskovala, kako fizioterapevti zbirajo podatke o pacientih/klientih, je bilo ugotovljeno, da ti večinoma uporabljajo tradicionalne načine, saj so najpogosteje jemali zdravstveno anamnezo, ugotavljali funkcijsko stanje, ocenjevali raven telesne dejavnosti posameznika ter preverjali uživanje zdravil. Manj pogosto so se odločali za celovitejši pristop. V doktorski disertaciji je avtorica ugotovila tudi, da je med 216 vključenimi fizioterapevti le okoli dve tretjini zanimalo tudi splošno zdravstveno stanje in okoli polovico socialne in zdravstvene navade pacientov/klientov. Prav tako je ugotovila, da je le 45 % fizioterapevtov preverjalo socialno zgodovino, tretjina pa družinsko anamnezo posameznika. Holopainen, et al. (2020) menijo, da

fizioterapevti znajo le delno prepoznati psihosocialne izzive, s katerimi se soočajo pacienti/klienti in celo stigmatizirajo tiste paciente, ki imajo tovrstne težave. O'Donoghue, et al. (2014) v raziskavi med irskimi fizioterapevti poročajo, da jih približno polovica občasno ocenjuje prehranski status, a le okoli tretjina jih rutinsko preverja kadilski status in krvni tlak. Skoraj nikoli ne ocenjujejo rabe alkohola in ne izvajajo antropometričnih meritev. Abaraogu, et al. (2015) v presečni raziskavi med 103 fizioterapevti v jugovzhodni Nigeriji navajajo, da jih večina redno preverja krvni tlak in skoraj dve tretjini tudi stopnjo telesne (ne)dejavnosti, medtem ko jih 61 % redko izvaja antropometrične meritve. V dveh kanadskih raziskavah so ugotovili, da malo manj kot polovica fizioterapevtov ob prvem pregledu paciente/kliente vpraša po vrednosti glukoze v krvi, tri četrtine paciente/kliente vpraša, če kadijo (Bodner, et al., 2012; Doehring, et al., 2016). Siengasukon, et al. (2015) so v raziskavi, ki so jo izvedli na vzorcu 76 doktorskih študentov fizioterapije v ZDA, ugotovili, da jih polovica ocenjuje spalne navade in kakovost spanja pacientov/klientov, običajno ob sočasni prisotnosti kostno-mišičnih težav. Soh, et al. (2011) navajajo, da fizioterapevti ne vključujejo rutinsko mer kakovosti življenja v klinično ocenjevanje.

2.2.3 Intervencijske strategije

Alexander, et al. (2012) navajajo, da je pri izbiri promocijske intervencije potrebna osredotočenost na pacienta/klienta. Nadaljujejo, da je najprej potrebno natančno ugotoviti oziroma določiti ciljno zdravstveno vedenje, oceniti pacientovo/klientovo pripravljenost za spremembo, v nadaljevanju pa vzpostaviti redno komunikacijo s pacientom/klientom s cilji izmenjave informacij, odpravljanja ali zmanjševanja morebitnih ovir (npr. odpor ali dvomi pacienta/klienta) in krepitev spodbujajočih dejavnikov sprememb (notranji in zunanji motivacijski dejavniki). Dean, et al. (2011; 2019) in Alexander, et al. (2012) poudarjajo, da je pri izbiri intervencije pomembno upoštevati tudi njihovo teoretično osnovo in podprtost z dokazi.

Teoretični modeli fizioterapevtu pomagajo pri razlagi determinant posameznikovega zdravstvenega vedenja. Na podlagi česar lahko nato izbere ustrezne intervencije, individualno prilagojene posamezniku in njegovim osebnim okoliščinam, kar zagotavlja najučinkovitejši končni izid. Teoretični okvirji fizioterapevtu nudijo proces ocenjevanja napredka pri spreminjanju vedenja (Hartley, 2018). Uporaba teoretičnih modelov

spodbuja tudi razvoj partnerskega odnosa med fizioterapevtom in pacientom/klientom (Morris & Jenkins, 2018). Obstajajo številne z dokazi podprte teorije spreminjanja vedenja. Med najbolj uporabljenimi v zdravstvu sodijo transteoretični model spreminjanja vedenja, model zdravstvenih prepričanj in teorija načrtovanega vedenja (Hartley, 2018). Vsak model ima svojo osnovo za ocenjevanje zdravstvenega vedenja in izbiro intervencije. Za razvoj posameznikovih zmogljivosti za pričetek spreminjanja vedenja ter za krepitev njegove motivacije, adherence, zavzetosti in samoučinkovitosti, fizioterapevska literatura priporoča tudi različne psihološke strategije, kot so socialno-kognitivna teorija, motivacijski intervju ter pristopa 5-Ajev in 5-R-jev (Dean, et al., 2014b; 2019; Hartley, 2018; Morris & Jenkins, 2018). Metodologija 5-Ajev in 5-R-jev je na primer uveljavljena kot zlati standard pri odvajanju od kajenja (Pignataro, 2017; European network for smoking and tobacco prevention, (ENSP), 2018). Njeno uporabo v fizioterapiji, kot strategijo spreminjanja vedenja, priporočajo tako literatura kot ameriško združenje fizioterapevtov (American Physical Therapy Association, (APTA)) (Bodner, et al., 2012; Dean, et al., 2014b). Frerichs, et al. (2012) poudarjajo, da je pred izbiro metode intervencije potrebno ugotoviti tudi zdravstveno pismenost ter stil učenja posameznika.

Po mnenju Alexander, et al. (2012) so za učinkovito implementacijo promocijskih intervencij v praksi ključne sledeče komponente: uporabljen teoretični model, čas izvajanja, način izvajanja ter uporabljene tehnike in kanali oziroma mediji. Avtorica s sodelavci v pregledu literature navaja, da večina fizioterapevske literature preučuje predvsem metode intervencij (način izvajanja, uporabljene tehnike in diseminacijske kanale oziroma medije). V tabeli 1 so prikazane intervencije, glede na metode izvajanja, ki jih navaja literatura (Alexander, et al., 2012; Frerichs, et al., 2012; Healey, et al., 2012; Johnson, et al., 2012; Delany, et al., 2015; Hartley, 2018; Kunstler, et al., 2018; Wittink & Oosterhaven, 2018; Hutting, et al., 2019; Aria & Archer, 2020).

Tabela 1: Intervencije promocije zdravja glede na metode izvajanja

Čas izvajanja intervencije	začetno ocenjevanje; končno ocenjevanje izidov; spremljanje po zaključku aktivnega zdravljenja.
Način izvajanje intervencije	kratak posvet; individualna obravnava; skupinska obravnava; svetovanje/razgovor.
Uporabljene tehnike	telesna vadba; vadba veččin; učenje vaj za doma; vodenje pacienta/klienta; stopnjevanje vaj/nalog; podajanje povratne informacije; individualno načrtovanje; skupno postavljanje ciljev; dogovor o realnih pričakovanjih; skupno odločanje; skupna identifikacija ovir; skupno reševanje težav; skupno spremljanje napredka in izidov; prilagajanje fizičnega okolja pacienta/klienta; nudenje socialne podpore; nagrajevanje za ustrezno vedenje.
Uporabljeni kanali/mediji	demonstracija; razlaga; zloženke; brošure; pisna/ustna navodila; pisni dogovor; usmerjanje na ustrezne spletne strani; priporočanje ustrezne literature; avdio/video posnetki; video /računalniške igrice; vodenje dnevnika; igranje vlog; uporaba kviza; opomnik.; sms sporočilo; sodobne tehnologije (aplikacije itd.).

Uporaba promocijskih intervencij v fizioterapevtski praksi

Taukobong, et al. (2013) v pregledu literature poročajo, da fizioterapevti za promocijo zdravja najpogosteje uporabljajo zdravstvenovzgojne metode. Kumar in Preetha (2012) pišeta, da je namen zdravstvene vzgoje zagotavljanje zdravstvenih informacij pacientu/klientu ali skupini/skupnosti s cilji povečati njegovo/njihovo znanje in izboljšati stališča do zdravja. Metode zdravstvene vzgoje vključujejo svetovanje, informiranje o boleznih, pogovor, vadbo, učenje vaj itd. A vzgoja za zdravje, ki je značilna za promocijo zdravja, pa predstavlja vzajemni zdravstveni dialog med pacientom/klientom in terapevtom. Vključuje ozaveščanje o vplivu vedenja na zdravje, skupno postavljanje ciljev in razvijanje strategije obravnave, avtonomno odločanje in informirano soglasje, podporo in spodbujanje, identifikacijo težav ter povratno informacijo (Frerichs, et al., 2012; Delany, et al., 2015). Delany, et al. (2015) poudarjajo, da vloga zdravstvenega strokovnjaka ni zgolj v podajanju informacij in navodil na transakcijski način, marveč v zagotavljanju, da posameznik informacijo razume in jo prostovoljno integrira v lastno življenje. V raziskavi, s katero so raziskovali intervencije za pomoč starejšim pacientom/klientom pri spreminjanju vedenja v smeri večje telesne dejavnosti, so ugotovili, da ti najbolj cenijo avtonomijo pri odločanju, informiranost o posledicah telesne neaktivnosti, kredibilnost informacij, inštrukcije o načinu izvajanja novega

vedenja, socialno podporo in ciljno orientirane strategije (Arnautovska, et al., 2017). Alexander, et al. (2012) v pregledu literature poročajo, da fizioterapevti za posredovanje želenih informacij pacientu/klientu favorizirajo uporabo pisnih navodil in brošur, čeprav raziskave ugotavljajo, da se nanje spomni in jih prebere manj kot polovica pacientov/klientov. Johnson, et al. (2012) navajajo, da se fizioterapevti v Minnesoti najpogosteje poslužujejo pogovora za posredovanje informacij pacientu/klientu. Barrett, et al. (2013) so v presečni raziskavi med 89 fizioterapevti v osnovnem zdravstvenem varstvu na Irskem ugotovili, da se pri promociji telesne dejavnosti najpogosteje poslužujejo neformalnega svetovanja in podajanja pisnih materialov. Tudi O'Donoghue, et al. (2014) ugotavljajo, da irski fizioterapevti za promocijo telesne dejavnosti pacientom/klientom najpogosteje posredujejo pisna navodila, ki jih oblikujejo sami ali uporabijo obstoječe publikacije. Pri obravnavi prekomerne telesne teže in debelosti pa se najpogosteje poslužujejo predpisovanja telesne vadbe.

Taukobong, et al. (2013) v pregledu literature poročajo, da le slaba tretjina fizioterapevtov v svoji praksi redno uporablja modele spreminjanja vedenja. Kunstler, et al. (2018) so v sistematičnem pregledu dvanajstih eksperimentalnih in treh opazovalnih raziskav ugotovili, da fizioterapevti v klinični praksi uporabljajo majhno število tehnik spreminjanja vedenja.

Fizioterapevtske intervencije najpogosteje ciljajo na krepitev telesne dejavnosti (Johnson, et al., 2012; Abaraogu, et al., 2016). Fizioterapevti se v največji meri tudi strinjajo, da imajo pomembno vlogo pri njeni promociji (Johnson, et al., 2012; Mohan, et al., 2012; Aweto, et al., 2013; Mouton, et al., 2014; Abaraogu, et al., 2015; Freene, et al., 2017). Johnson, et al. (2012) in Snodgrass, et al. (2014) navajajo, da se fizioterapevtom v večjem deležu zdi pomembna njihova vloga pri promociji zdrave telesne teže. Med 74 % in 87 % fizioterapevtov na Irskem in v Nigeriji se strinja, da je svetovanje o zdravem prehranjevanju pomembno področje fizioterapije (O'Donoghue, et al., 2014; Abaraogu, et al., 2016). Tudi Sarfraz, et al. (2016) navajajo, da se 93 % fizioterapevtov od 100 vključenih v presečni raziskavi v Karačiju v Pakistanu strinja, da imajo fizioterapevti pomembno vlogo pri obravnavi debelosti. Preko 95 % od 851 sodelujočih kanadskih fizioterapevtov v raziskavi se je strinjalo, da je obravnava prekomerne telesne teže pomembna (You, et al., 2012). Johnson, et al. (2012) so v raziskavi med 234 fizioterapevti

ugotovili, da je 81 % sodelujočih pogosto pomagalo pacientom/klientom pri vzdrževanju zdrave telesne teže. V presečni raziskavi Snodgrass, et al. (2014) med 65 fizioterapevti v Avstraliji je 84,6 % respondentov navedlo, da pri obravnavi prekomerne telesne teže redno svetujejo pacientom/klientom o telesni dejavnosti, a le 41,5 % jih svetuje tudi o spremembi prehranjevanja. V Nigeriji fizioterapevti pacientom/klientom svetujejo o ustrezni dieti na oportunistični način (Abaraogu, et al., 2016). V raziskavi Mohan, et al. (2012) med 71 irskimi fizioterapevti, jih je le 22 (30,98 %) navedlo, da imajo potrebno samozavest za predpisovanje ustreznega vadbenega programa za paciente/kliente s prekomerno telesno težo. V raziskavi, ki so jo Siengsukon, et al. (2015) opravili v Kansasu v ZDA, se je 82 % fizioterapevtov strinjalo, da bi fizioterapevti morali ocenjevati spalne navade in kakovost spanja pacientov/klientov. Vendar je le približno polovica respondentov navedla, da rutinsko svetujejo pacientom/klientom glede spanja. Tisti, ki tega ne počnejo, so kot vzrok navedli nepoznavanje tehnik za izboljšanje spanca. Fizioterapevtom se zdi najmanj pomembna njihova vloga pri promociji opuščanja in abstinence kajenja in pitja alkohola (Johnson, et al., 2012; O'Donoghue, et al., 2014). V raziskavi Johnson, et al. (2012) je tri četrtine fizioterapevtov navedlo, da pomagajo pacientom/klientom pri abstinenci kajenja. V štirih raziskavah so prišli do popolnoma drugačnih rezultatov, saj je v njih le do tretjina fizioterapevtov poročala, da redno pomagajo pacientom/klientom pri opuščanju kajenja (Bodner, et al., 2012; Healey, et al., 2012; O'Donoghue, et al., 2014; Pignataro, 2017). O'Donoghue, et al. (2014) poročajo, da večina irskih fizioterapevtov nikoli ne pomaga pri opuščanju prekomernega pitja alkohola. Iz raziskave Johnson, et al. (2012) je razvidno, da čeprav se 88,7 % anketiranim fizioterapevtom obravnava težav, povezanih s stresom, zdi pomembna, jih le 74 % pomaga pacientom/klientom pri njegovem obvladovanju.

Pomanjkanje znanja je med fizioterapevti eden od najpogosteje izpostavljenih zaviralnih dejavnikov za izvajanje v zdravje usmerjene prakse. Raziskave ugotavljajo, da fizioterapevti ne poznajo dovolj dobro kliničnih smernic in priporočil za zdravje. V Združenih državah Amerike (ZDA), na Irskem in v Belgiji priporočila za telesno dejavnost pozna okoli polovica fizioterapevtov (Johnson, et al., 2012; Mohan, et al., 2012; Mouton, et al., 2014). V Avstraliji, Veliki Britaniji in Izraelu so se fizioterapevti izkazali z najslabšim poznavanjem smernic za telesno dejavnost, saj je bil delež fizioterapevtov z dobrim znanjem med 4 % – 16 % (Freene, et al., 2017; Lowe, et al., 2017; Yona et al.,

2019). Raziskava Mohan, et al. (2012) je pokazala, da fizioterapevtom primanjkuje znanj tudi na področju predpisovanja vadbe za različne klinične populacije (na primer: nevrolška in kardiorespiratorna stanja, debelost, sladkorna bolezen, duševne težave itd.). Izsledki presečne raziskave Doehring, et al. (2016) med 401 kanadskimi fizioterapevti kažejo, da jih manj kot polovica pozna priporočeno količino aerobne telesne dejavnosti za posameznike s sladkorno boleznijo. V raziskavi je manj kot četrtnina anketirancev navedla, da jih je dodiplomsko izobraževanje ustrezno pripravilo za obravnavo oseb s sladkorno boleznijo. V raziskavi Mohan, et al. (2012) so fizioterapevti izpostavili potrebo po dodatnih znanjih na sledečih področjih: predpisovanje vadbe za sedentarno zdravo populacijo, predpisovanje vadbe za stanja, povezana z življenjskim slogom, intervencije za spodbujanje telesne dejavnosti in strategije za izboljšanje adherence pri telesni vadbi. Med 71 fizioterapevti v raziskavi Mohan, et al. (2012) jih je zgolj 21,2 % (n= 15) poznalo antropometrične mere. Snodgrass, et al. (2014) so pri avstralskih fizioterapevtih ugotovili, da jih večina loči med vrednostmi, ki opredeljujejo prekomerno telesno težo in debelost. V dveh raziskavah v Kanadi in v Pakistanu je okoli 80 % anketiranih fizioterapevtov navedlo, da za učinkovito obravnavo prekomerne telesne teže in debelosti potrebujejo dodatna znanja o fiziologiji in patologiji debelosti, vendar jih je le okoli tretjina bila mnenja, da potrebujejo tudi znanja in veščine antropometričnega merjenja (You, et al., 2012; Sarfraz, et al., 2016).

Bezner (2015) oviro za izvajanje na zdravje osredotočene prakse vidi tudi v pomanjkljivem izvajanju z dokazi podprte prakse.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je bil raziskati znanje fizioterapevtov o promociji zdravja, njihova stališča do nje in njeno uporabo v fizioterapevtski praksi.

Cilji raziskave so bili:

- ugotoviti stopnjo znanja fizioterapevtov o promociji zdravja;
- ugotoviti stališča fizioterapevtov do promocije zdravja;
- ugotoviti rutinskost preverjanja in ocenjevanja zdravja in dejavnikov življenjskega sloga posameznika v fizioterapevtski praksi;
- raziskati intervencije, ki jih fizioterapevti uporabljajo pri izvajanju promocije zdravja;
- ugotoviti uporabo teoretičnih modelov za podkrepitev vedenja in motiviranje v fizioterapevtski praksi;
- ugotoviti povezavo med znanjem fizioterapevtov o promociji zdravja in uporabo promocije zdravja v praksi;
- ugotoviti povezavo med stališči fizioterapevtov o promociji zdravja in uporabo promocije zdravja v praksi.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA / RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Zastavili smo si sledeča raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je stopnja znanja fizioterapevtov o promociji zdravja?
- Kakšna so stališča fizioterapevtov do promocije zdravja?
- V kolikšni meri fizioterapevti preverjajo in ocenjujejo zdravje in dejavnike življenjskega sloga posameznika?
- Kako pogosto fizioterapevti pomagajo pacientom/klientom pri obvladovanju in spoprijemanju z različnimi stanji oziroma težavami?
- Katere intervencije uporabljajo fizioterapevti pri izvajanju promocije zdravja?
- V kolikšni meri fizioterapevti uporabljajo teoretične modele za podkrepitev vedenja in motiviranje?

- V kolikšni meri fizioterapevti uporabljajo smernice in priporočila pri izvajanju promocije zdravja?
- Kako pogosto fizioterapevti, s ciljem zagotavljanja kakovostne obravnave, sodelujejo z drugimi strokovnjaki in/ali usmerjajo svoje paciente/kliente k drugim strokovnjakom?

Preverili smo naslednje raziskovalne hipoteze:

- H1: Fizioterapevti, ki imajo več znanja o promociji zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo presejanje za dejavnike življenjskega sloga kot tisti, ki imajo manj znanja o promociji zdravja.
- H2: Fizioterapevti, ki imajo več znanja o promociji zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo promocijske intervencije kot tisti, ki imajo manj znanja o promociji zdravja.
- H3: Fizioterapevti, ki imajo več znanja o promociji zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo teoretične modele za podkrepitev vedenja in motiviranje kot tisti, ki imajo manj znanja o promociji zdravja.
- H4: Fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do promocije zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo presejanje za dejavnike življenjskega sloga kot tisti, ki imajo manj pozitivna stališča do promocije zdravja.
- H5: Fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do promocije zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo promocijske intervencije kot tisti, ki imajo manj pozitivna stališča do promocije zdravja.
- H6: Fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do promocije zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo teoretične modele za podkrepitev vedenja in motiviranje kot tisti, ki imajo manj pozitivna stališča do promocije zdravja.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Magistrsko delo je sestavljeno iz dveh delov, in sicer teoretičnega in empiričnega dela. V teoretičnem delu smo uporabili metodo pregleda literature, ki smo jo iskali v obdobju od sredine aprila do konca decembra 2020 v podatkovnih bazah CINAHL, PubMed, SpringerLink, Wiley Online, ScienceDirect, Google Scholar in COBISS. V tujih bazah

podatkov smo uporabili različne besede ali kombinacije besed v angleškem jeziku: »health, quality of life, wellbeing, wellness, empowerment, holistic care, active participation, equity, social justice, interdisciplinary, multisectorial, biopsychosocial, collaboration, promotion, attitudes, perceptions, beliefs, opinions, thoughts, knowledge, education, practice(s), strategy(ies), approach(es), screening, assessment, management, interventions, risk factors, chronic conditions/diseases, physical activity, fitness, physical exercise, sedentary lifestyle, obesity, overweight, nutrition, diet, sleep health/hygiene, smoking, tobacco use, alcohol consumption/abuse, stress, anxiety, counselling, tobacco/smoking, cessation, abstinence, behaviour change, lifestyle, theory(ies), model(s), modification, self-management, evidence-based, physiotherapy, physical therapy, physiotherapist«. Kombinacije besed smo prilagajali glede na podatkovno bazo. Pri kombiniranju besed smo uporabili Boolova logična operatorja »AND« in »OR«. Slovenske raziskave v COBISSU smo iskali s pomočjo kombinacije besed: »promocija, zdravje, telesna dejavnost/aktivnost, telesna teža, debelost, zdrava prehrana, prekomerno uživanje/raba alkohola, kajenje, abstinenca, opuščanje, spanec, stres, presejanje, ocenjevanje, merjenje, preverjanje, obvladovanje, obravnava, dejavniki tveganja, kronične nenalezljive bolezni, življenjski slog, teorije spreminjanja vedenja, na dokazih podprta praksa, fizioterapija, fizioterapevti«. Za vključitvene kriterije smo upoštevali: besedilo v slovenskem ali angleškem jeziku, dostopnost vira v celotnem besedilu, tematska ustreznost, obravnavani vzorec tudi vključuje fizioterapevte. Časovno obdobje iskanja smo zaradi slabe raziskanosti področja in s ciljem pridobitve čim večjega števila virov razširili na 10 let (od 2010–2020). Zaradi relevantnosti vsebine smo v teoretičnem delu magistrske naloge uporabili tudi 2 vira, ki sta starejša od leta 2010, in sicer doktorsko disertacijo Stephanie Johnson (2006), ki je edina raziskava, ki smo jo našli, v kateri je avtorica preučevala celovito ocenjevanje stanja pacientov/klientov ter uporabo teoretičnih modelov spreminjanja vedenja. Drugi vir je članek Raphael (2000), ki obravnava vprašanje znanstvenih dokazov v promociji zdravja.

V empiričnem delu smo za zbiranje podatkov uporabili strukturiran vprašalnik, ki je deloma povzet, deloma je avtorsko delo, ki temelji na pregledu literature in različnih smernic in priporočil za zdravje.

3.3.1 Dizajn raziskave

Izvedli smo presečno raziskavo, ki temelji na kvantitativni, neeksperimentalni, eksplorativni metodi dela. Na ta način smo naredili pregled obstoječega stanja, ga opisali in poiskali povezave med spremenljivkami.

3.3.2 Instrument raziskave

Uporabili smo strukturiran vprašalnik. Vprašalnik je sestavljen iz štirih vsebinskih sklopov: znanje fizioterapevtov o promociji zdravja, stališča fizioterapevtov do promocije zdravja, uporaba promocije zdravja v vsakodnevni fizioterapevtski praksi in splošni podatki o anketirancu.

Opis instrumenta raziskave

V prvem sklopu naše raziskave smo raziskovali znanje fizioterapevtov o promociji zdravja. Sklop je sestavljen iz desetih vprašanj. Prvo in drugo vprašanje v tem sklopu sta povzeta po prvem in tretjem vprašanju v sklopu o znanju fizioterapevtov o promociji zdravja v vprašalniku avtoric McMahon in Connolly (2013). Vprašanja smo najprej prevedli iz angleščine v slovenščino. Prvemu vprašanju smo nato, poleg sedmih trditev o promociji zdravja iz verzije McMahon in Connolly (2013), dodali še dve trditvi (prva in druga trditev), ki smo ju povzeli po prvi trditvi v instrumentu, ki izhaja iz raziskave, ki so jo opravili med fizioterapevti v Gani (Abaraogu, et al., 2019). Gansko trditev smo v našem vprašalniku razdelili na dve trditvi. Do trditev so se anketiranci, tako kot v verziji McMahon in Connolly (2013), opredelili s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice z izbirnimi odgovori: 1-se popolnoma strinjam; 2-se strinjam; 3-niti se strinjam niti se ne strinjam; 4-se ne strinjam; 5-sploh se ne strinjam. V naši verziji smo spremenili odgovor pod točko 3 iz: - nevtraln v - niti se strinjam niti se ne strinjam. Drugo vprašanje v naši raziskavi ocenjuje lastno poznavanje temeljnih značilnosti promocije zdravja in je v celoti povzeto po 3. vprašanju v irski verziji ter vsebuje 6 značilnosti promocije zdravja. Razlika med verzijama je le v tipu odgovorov, saj smo v naši raziskavi uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico z odgovori od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni »sploh ne poznam«, 5 pa »zelo dobro poznam«, McMahonova in Connollyjeva pa sta uporabili dihonomna odgovora »da« in »ne«. Ostalih 8 vprašanj v prvem sklopu se nanaša na poznavanje

smernic in priporočil o telesni dejavnosti, obravnavi debelosti in vnosu soli ter ponuja odgovore »drži«, »ne drži« in »ne vem«. Pri tem smo upoštevali smernice WHO za telesno dejavnost otrok, mladostnikov in odraslih, slovenske Smernice za telesno dejavnost otrok in mladostnikov, Resolucijo o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, slovenska priporočila za zdravo prehrano, evropske Smernice za obravnavo debelosti pri odraslih in pediatrični algoritem za debelost (WHO, 2010; Hadžić, et al., 2014; Yumuk, et al., 2015; Cuda & Censani, 2018; Poličnik, 2018).

Drugi sklop o stališčih fizioterapevtov do promocije zdravja vsebuje dve vprašanji. Prvo vprašanje vključuje 10 trditev zaprtega tipa o promociji zdravja in fizioterapiji. Trditve so povzete in prevedene v slovenščino iz instrumenta McMahon in Connolly (2013). Iz irskega instrumenta smo izpustili zadnjo trditev o tem, da imajo študenti fizioterapije vlogo pri promociji zdravja. Drugo vprašanje obravnava dojemanje fizioterapevtov njihove vloge pri promociji sedmih zdravih vedenjskih navad. Do trditev v obeh vprašanjih so se anketiranci lahko opredelili s pomočjo petstopenjske lestvice Likertovega tipa z definiranimi vrednostmi odgovorov od 1 do 5, pri čemer je ocena 5 pri prvem vprašanju pomenila »se popolnoma strinjam« oziroma »zelo pomembno« pri drugem vprašanju, ocena 1 pa »sploh se ne strinjam« pri prvem vprašanju oziroma »zelo nepomembno« pri drugem vprašanju.

V tretjem sklopu o uporabi promocije zdravja v fizioterapevtski praksi smo anketirance spraševali o tem: - kako pogosto v svoji praksi preverjajo in/ali ocenjujejo dejavnike zdravja; - kako pogosto pomagajo svojim pacientom/klientom in/ali njihovim skrbnikom pri obvladovanju in spoprijemanju z različnimi razvadami, stanji ali motnjami; - kako pogosto uporabljajo teoretične modele spreminjanja vedenja in motiviranja ter - kako pogosto uporabljajo različne klinične smernice in priporočila. Na trditve so anketiranci lahko odgovarjali s pomočjo petstopenjske intervalne lestvice, pri čemer je 1 pomenilo »nikoli«, 5 pa »vedno«. Vmesne vrednosti ocen so bile: »redko«, »včasih« in »pogosto«. S pomočjo čekliste smo nato preverjali, katere promocijske intervencije fizioterapevti uporabljajo glede na uporabljeno tehniko in medij. Možnih je bilo več odgovorov, kar je bilo eksplicitno navedeno v navodilih. Na koncu smo ugotavljali, kako pogosto se fizioterapevti interdisciplinarno in multisektorsko povezujejo. Anketiranci so se imeli

možnost opredeliti z Likertovo lestvico stališč z odgovori: 1-nikoli; 2-redko; 3-včasih; 4-pogosto; 5-vedno. Pri formuliranju vsebine vprašanj in trditev v tretjem sklopu smo se deloma zgledovali po vprašalnikih avtorjev Johnson (2006) in Johnson, et al. (2012), deloma pa vsebina temelji na pregledu literature različnih avtorjev ter različnih smernic in priporočil (WHO, 2010; Dean, et al., 2011; 2014b; Alexander, et al., 2012; Bodner, et al., 2012; Healey, et al., 2012; Snodgrass, et al., 2014; Siengsukon, et al., 2015; 2017; Bezner, 2015; Peek, et al., 2015; Yumuk, et al., 2015; Pignataro, 2017; ENSP, 2018; Hartley, 2018; Kunstler, et al., 2018; Poličnik, 2018; Magnusson, et al., 2019; 2020).

Zadnji del vprašalnika sestavljajo demografski podatki o anketirancih in vključuje: spol, starost, najvišjo stopnjo pridobljene izobrazbe, leto zaključka dodiplomskega študija, število let dela v zdravstvu, navedbo stopnje v zdravstvenem varstvu, na kateri anketiranci delajo, področje dela in dodatna znanja iz promocije zdravja.

Merske značilnosti instrumenta

Pri oblikovanju dela vprašalnika smo si pomagali z vprašalnikom McMahon in Connolly (2013). Vprašalnik sta avtorici povzeli po Mooney, et al. (2011) ter modificirali za potrebe svoje raziskave. Originalni instrument Mooney, et al. (2011) je bil namenjen preučevanju življenjskega sloga in z zdravjem povezanih vedenj irskih študentov zdravstvene nege ter njihovih stališč do promocije zdravja. Namen modificirane verzije po McMahon in Connolly (2013) je bil preučiti znanje irskih fizioterapevtov o promociji zdravja, njihova stališča do promocije zdravja ter uporabo promocije zdravja v vsakodnevni praksi. Celotni vprašalnik vsebuje 4 vsebinske sklope: demografski podatki, znanje fizioterapevtov o promociji zdravja, stališča fizioterapevtov do promocije zdravja in uporaba promocije zdravja v fizioterapevtski praksi. Že avtorici sta v svoji raziskavi ugotavljali dobro zanesljivost sklopov o znanju ($\alpha = 0,72$) in stališčih ($\alpha = 0,73$), iz katerih smo tudi povzemali trditve.

Merske značilnosti našega vprašalnika smo predhodno preverili s pilotno raziskavo, ki smo jo izvedli v avgustu in septembru 2020. Zanesljivost vprašalnika smo preverjali z metodo notranje konsistentnosti. Kot metodo za določanje notranje konsistentnosti smo uporabili koeficient Cronbach alfa za vsak sklop vprašanj posebej. Vrednosti koeficienta Cronbach alfa se gibljejo na intervalu med 0 in 1, pri čemer vrednosti, ki so manjše od

0,50 nakazujejo nesprejemljivo zanesljivost instrumenta. Zanesljivost je slaba, če je $0,50 \geq \alpha > 0,60$ in sprejemljiva, če je med $0,60 \geq \alpha > 0,70$. Dobra zanesljivost je, če je $0,70 \geq \alpha > 0,90$ ter odlična, če je več ali enako kot 0,90 (Cronbach, 1951). Za vsa vključena vprašanja v vprašalniku (brez demografskih vprašanj) z 88 trditvami je vrednost koeficienta Cronbach alfa znašala 0,941, kar predstavlja odlično zanesljivost. Vrednost koeficienta Cronbach alfa izračunana za prvi sklop trditev je znašala 0,808 in je bila dobra. Vrednost koeficienta Cronbach alfa za drugi sklop trditev je bila slabša in je znašala 0,610. Izračun je pokazal, da se je izboljšala po izključitvi trditve »Fizioterapevt, ki kadi, je prav tako dober promotor zdravja kot tisti, ki ne kadi«, saj je znašala 0,699. Zato te trditve v raziskavi nismo uporabili. Za tretji sklop trditev je vrednost koeficienta Cronbach alfa znašala 0,945 in je bila odlična. Zaradi premajhnega vzorca v pilotni fazi nismo izvedli faktorske analize.

Na podlagi povratne informacije o kakovosti vsebine in primernosti oblike vprašalnika, ki smo jo dobili v pilotni raziskavi, smo za namen raziskave le-tega malenkostno spremenili oziroma dopolnili.

V nadaljevanju smo naredili preizkus notranje zanesljivosti končne verzije vprašalnika in izvedli faktorsko analizo. Rezultati so pokazali odlično stopnjo zanesljivosti celotnega vprašalnika ($\alpha = 0,955$). Pri faktorski analizi smo uporabili metodo glavnih komponent, s katero smo število izhodiščnih spremenljivk zmanjšali z novimi spremenljivkami ali faktorji. Pri analizi smo upoštevali kriterij, da faktor pojasnjuje vsaj 60 % celotne variance (Tabachnick & Fidell, 2013). V prvi fazi smo preverjali smiselnost uporabe faktorske analize za naše podatke. Uporabili smo Keiser-Meyer-Olkinovo merilo vzorčne ustreznosti (KMO). Visoke vrednosti KMO (blizu 1) kažejo, da je faktorska analiza smiselna, vrednosti med 0,50 in 0,60 so še sprejemljive, vrednosti pod 0,50 pa niso ustrezne za faktorsko analizo (Šifrer & Bren, 2011). Poleg KMO smo uporabili še Bartlettov test sferičnosti. Z njim preizkušamo ničelno domnevo, da je osnovna korelacijska matrika enaka matriki enote, kar pomeni, da so spremenljivke med seboj neodvisne in zato niso primerne za faktorsko analizo. Stopnja značilnosti $p < 0,05$ pri testu kaže na to, da obstaja povezanost med spremenljivkami, zato je uporaba faktorske analize smiselna (Denis, 2016). V nadaljevanju smo določili faktorje, s katerimi smo želeli pojasniti čim večji delež celotne variance. Uporabili smo komunalitete, lastne

vrednosti in »Scree« diagram. Komunaliteta meri delež variance pri dani spremenljivki, ki je pojasnjena s skupnimi faktorji. Komunalitete morajo biti večje od 0,3, kar pomeni, da spremenljivke merijo in definirajo naš pojav, sicer lahko spremenljivko izločimo (Šifrer & Bren, 2011). Lastne vrednosti faktorjev morajo biti večje od 1 (Hair, et al., 2006). Z diagramom »Scree« potrdimo izbiro ustreznega števila faktorjev. V faktorjski analizi se uporabijo faktorji glede na prelomno točko na grafu, kjer graf preide iz strmega v položnejši del (Jesenko & Jesenko, 2007). Sledi prikaz faktorjske analize za vsak vsebinski sklop vprašalnika.

Znanje fizioterapevtov o promociji zdravja

Vsebinski sklop sestavlja 19 trditev in 4 vprašanja. Stopnja zanesljivosti celotnega sklopa je bila $\alpha = 0,684$. Stopnja zanesljivosti prvih dveh vprašanj (15 trditev) v sklopu je bila dobra, in sicer $\alpha = 0,826$, medtem ko je bila stopnja zanesljivosti dela, ki vključuje 8 vprašanj, ki se nanašajo na poznavanje smernic in priporočil o telesni dejavnosti, obravnavi debelosti in vnosu soli, sprejemljiva ($\alpha = 0,600$).

Naredili smo faktorjsko analizo prvih dveh vprašanj v sklopu, ki imata 5-stopenjsko ocenjevalno lestvico. Z Bartlettovim testom sferičnosti smo preverili ustreznost spremenljivk za faktorjsko analizo. V našem primeru je vrednost znašala $\chi^2 = 1334,744$, $df = 105$, $p = 0,001$, s čimer lahko zaključimo, da so naši podatki primerni za faktorjsko analizo. Tudi test KMO je pokazal, da je faktorjska analiza smiselna, saj je njegova vrednost bila 0,840 (priloga 1). Faktorje smo določili z metodo glavnih komponent s pravokotno Varimax rotacijo s Kaiserjevo normalizacijo. Rotacija je konvergirala v štirih ponovitvah. Dobili smo tri faktorje, ki skupaj pojasnjujejo 60,8 % celotne variance, od tega 30,5 % pojasnjuje prvi faktor, 23,1 % drugi faktor in 7,3 % tretji faktor. Lastne vrednosti faktorjev so bile vse večje kot 1: 4,568; 3,463; 1,093. Tudi vrednosti vseh ekstrahiranih komunalitet so bile večje od 0,3, kar kaže na ustreznost uporabljenih spremenljivk. Prvi faktor smo poimenovali »Znanje o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja«, tvori ga 6 trditev. Drugi faktor smo poimenovali »Znanje o širših ciljih promocije zdravja« in je sestavljen iz 5 trditev. Tretji faktor smo poimenovali »Znanje o ciljih promocije zdravja na individualni ravni« in vsebuje 4 trditve. Zanesljivost prvega faktorja je bila dobra ($\alpha = 0,895$), prav tako zanesljivost

drugega faktorja ($\alpha = 0,797$) in tretjega faktorja ($\alpha = 0,702$) (tabela 2). Vse tri faktorje smo uporabili v nadaljnji statistični obdelavi.

Tabela 2: Faktorska analiza za sklop Znanje fizioterapevtov o promociji zdravja

Faktorji in trditve		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Faktor 1: »Znanje o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja«				4,568	30,451 %	0,895
12	Psihološke determinante/določilnice zdravja	0,861	0,786			
11	Biološke determinante/določilnice zdravja	0,848	0,741			
13	Socialnoekološke determinante/določilnice zdravja.	0,845	0,750			
15	Ključna delovna področja promocije zdravja.	0,769	0,670			
10	Koncepti in načela promocije zdravja.	0,759	0,620			
14	Teorije spreminjanja vedenja	0,744	0,570			
Faktor 2: »Znanje o širših ciljih promocije zdravja«				3,463	23,088 %	0,797
7	Promocija zdravja ima učinke na spreminjanje javnih politik.	0,838	0,737			
9	Cilj promocije zdravja je zmanjšati neenakosti v zdravju.	0,730	0,629			
4	Promocija zdravja stremi k razvoju socialno pravičnejše družbe.	0,845	0,569			
8	Promocija zdravja stremi k opolnomočenju posameznika.	0,644	0,493			
5	Promocija zdravja prispeva k zmanjšanju stroškov za zdravstveno in socialno varstvo.	0,477	0,454			
Faktor 3: »Znanje o ciljih promocije zdravja na individualni ravni«				1,093	7,286 %	0,702
2	Cilj promocije zdravja je podpreti posameznika pri spoprijemanju z zdravstvenimi težavami.	0,789	0,659			
1	Cilj promocije zdravja je podpreti posameznika pri doseganju najvišje možne kakovosti življenja.	0,719	0,578			
6	Promocija zdravja je prvenstveno namenjena spreminjanju in opuščanju zdravju škodljivih vedenj ljudi.	0,610	0,420			
3	Promocija zdravja se osredotoča na preprečevanje bolezni.	0,497	0,449			

Naslovi stolpcev: (1)- vrednost rotirane faktorjske uteži; (2)- komunalitete; (3)- lastna vrednost faktorja; (4)- odstotek s faktorjem pojasnjene variance; (5)- Cronbach α .

Stališča fizioterapevtov do promocije zdravja

Vsebinski sklop vsebuje 16 trditev. Vrednost koeficienta Cronbach α za celoten sklop je bila 0,869, kar kaže na dobro zanesljivost. Stališča fizioterapevtov do promocije zdravja smo pojasnili s faktorsko analizo. Mera KMO je bila 0,832 in Bartlettov preizkus je bil $\chi^2 = 1505,106$, $df = 120$, $p = 0,001$, kar kaže na primernost podatkov za faktorsko analizo (priloga 2). Določili smo štiri faktorje, ki skupaj pojasnjujejo 65 % celotne variance merjenih spremenljivk. Lastne vrednosti faktorjev so bile vse večje kot 1, vrednosti vseh ekstrahiranih komunalitet so bile večje od 0,3. Prvi faktor, ki smo ga poimenovali

»Stališča fizioterapevtov do promocije zdravih vedenj«, pojasnjuje 37 % celotne variance in vsebuje pet trditvev, drugi faktor, ki se imenuje »Stališča fizioterapevtov do njihove vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga« pojasnjuje 13,5 % celotne variance in tudi vsebuje pet trditvev. Tretji faktor z imenom »Stališča fizioterapevtov do pomena promocije zdravja v fizioterapiji« pojasnjuje 7,9 % celotne variance in ravno tako vsebuje pet trditvev. Četrty faktor vključuje le eno trditvev, in sicer »Promocija zdravja sodi med področje fizioterapije, ki ni dobro podprto z znanstvenimi dokazi«, zato smo ga izločili in ga nismo uporabili pri preverjanju hipotez. Pri tem smo sledili splošnemu vodilu, da mora vsak faktor vključevati vsaj tri spremenljivke oziroma da je potrebno rotirane faktorje, ki imajo manj kot dve spremenljivki interpretirati z veliko mero previdnosti (Yong & Pearce, 2013). Zanesljivost prvega faktorja je bila odlična ($\alpha = 0,922$), zanesljivost drugega faktorja je bila dobra ($\alpha = 0,784$), prav tako zanesljivost tretjega faktorja ($\alpha = 0,732$) (tabela 3). V nadaljnjo statistično analizo smo uvrstili le prve tri faktorje.

Tabela 3: Faktorska analiza za sklop Stališča fizioterapevtov do promocije zdravja

Faktorji in trditve		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Faktor 1: »Stališča fizioterapevtov do promocije zdravih vedenj«				5,921	37,007 %	0,922
36	Opuščanje/abstinenca kajenja.	0,911	0,855			
37	Opuščanje/abstinenca tvegane in škodljivega pitja alkohola.	0,908	0,845			
39	Zdrava higiena spanja (kakovost in količina spanja).	0,832	0,747			
35	Zdravo prehranjevanje (zdrave prehranjevalne navade in izbira zdrave hrane).	0,803	0,740			
38	Obvladovanje stresa.	0,766	0,639			
Faktor 2: »Stališča fizioterapevtov do njihove vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga«				2,136	13,517 %	0,784
33	Redna telesna dejavnost.	0,792	0,708			
34	Vzdrževanje zdrave telesne teže.	0,712	0,706			
30	Fizioterapevti bi morali biti vzor zdravega vedenja, da bi lahko delili zdravstvene nasvete.	0,621	0,583			
32	Vsi fizioterapevti bi morali promovirati zdrav življenjski slog.	0,591	0,599			
31	Izvajanje promocije zdravja s strani fizioterapevtov bi moralo biti zahtevano v vladnih politikah.	0,590	0,384			
Faktor 3: »Stališča fizioterapevtov do pomena promocije zdravja v fizioterapiji«				1,266	7,913 %	0,732
26	Fizioterapevti imajo v primerjavi z drugimi zdravstvenimi delavci idealne možnosti za izvajanje promocije zdravja.	0,731	0,586			

Faktorji in trditve		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27	Fizioterapevti imajo običajno preveč drugega dela, da bi lahko izvajali promocijo zdravja.	0,728	0,633			
28	Fizioterapevti ljudem omogočajo, da spremenijo nezdrave vidike svojega življenja.	0,639	0,540			
25	Promocija zdravja je za fizioterapevta manj pomembno področje dela.	0,593	0,558			
24	Promocija zdravja je temeljni del fizioterapije.	0,575	0,453			
*Faktor 4: »Stališča fizioterapevtov do promocije zdravja kot znanstvene discipline«				1,059	6,617 %	
29	Promocija zdravja sodi med področje fizioterapije, ki ni dobro podprto z znanstvenimi dokazi.	0,906	0,832			

Naslavi stolpcev: (1)- vrednost rotirane faktorjske uteži; (2)- komunalitete; (3)- lastna vrednost faktorja; (4)- odstotek s faktorjem pojasnjene variance; (5)- Cronbach α .

*-faktorja nismo uporabljali v nadaljnji analizi in pri preverjanju hipotez zaradi nezadostnega števila spremenljivk.

Varimax rotacija s Kaiserjevo normalizacijo je konvergirala v šestih ponovitvah.

Uporaba promocije zdravja v praksi

Vsebinski sklop je sestavljen iz 41 trditvev. Stopnja zanesljivosti celotnega sklopa je bila $\alpha = 0,945$, kar pomeni odlično zanesljivost. Pri faktorjski analizi smo vsebinski sklop razdelili na tri dele: Preverjanje/ocenjevanje, Intervencije in Teoretični modeli.

Pri faktorjski analizi dela, ki obravnava preverjanje oziroma ocenjevanje smo dobili štiri faktorje, ki skupaj pojasnjujejo 65,3 % celotne variance. Lastne vrednosti dobljenih faktorjev so bile vse nad 1. Tudi vrednosti vseh ekstrahiranih komunalitet so bile višje od 0,3 (tabela 4). Mera KMO je bila 0,895, Bartlettov preizkus je bil izpolnjen ($\chi^2 = 2662,651$, $df = 253$, $p = 0,001$) (priloga 3). Prvi faktor opisuje zbiranje anamnestičnih podatkov (*Zbiranje anamnestičnih podatkov*) in pojasnjuje 19,4 % celotne variance in vključuje 10 trditvev, drugi faktor opisuje celovito ocena stanja (*Celovita ocena stanja*) in pojasnjuje 18,6 % variance ter vsebuje 6 trditvev. Tretji faktor opisuje antropometrične meritve (*Antropometrične meritve*) in pojasnjuje 15,05 % variance ter vključuje 4 trditve, četrti faktor opisuje preverjanje biometričnih in biokemičnih dejavnikov (*Preverjanje biometričnih in biokemičnih dejavnikov*), pojasnjuje 12,3 % variance in vključuje 3 trditve. Zanesljivost vseh štirih faktorjev je bila dobra ($\alpha = 0,881$; $\alpha = 0,897$; $\alpha = 0,883$; $\alpha = 0,889$). Vse štiri faktorje smo tudi uporabili v nadaljnji statistični analizi.

Tabela 4: Faktorska analiza za sklop Preverjanje/ocenjevanje

Faktorji in trditve		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Faktor 1: »Zbiranje anamnestičnih podatkov«				9,852	19,391 %	0,881
41	Zdravstvena anamneza	0,705	0,507			
56	Stopnja telesne dejavnosti.	0,669	0,681			
49	Funkcijski status.	0,669	0,472			
45	Uživanje zdravil.	0,651	0,514			
62	Subjektivno počutje.	0,650	0,680			
44	Fizično okolje.	0,589	0,486			
42	Družinska anamneza.	0,570	0,535			
55	Telesni sistemi.	0,545	0,553			
50	Socialna participacija.	0,494	0,476			
43	Socialna anamneza.	0,458	0,491			
Faktor 2: »Celovita ocena stanja«				2,251	18,604 %	0,897
61	Stopnja stresa.	0,779	0,738			
58	Kadilski status.	0,755	0,719			
59	Raba alkohola.	0,713	0,705			
60	Količina in kakovost spanja.	0,704	0,675			
57	Prehranski status.	0,642	0,710			
63	Kakovost življenja.	0,546	0,635			
Faktor 3: »Antropometrične meritve«				1,685	15,050 %	0,883
52	Telesna teža.	0,853	0,825			
51	Telesna višina.	0,829	0,801			
53	Indeks telesne mase.	0,758	0,699			
54	Obseg pasu.	0,558	0,699			
Faktor 4: »Preverjanje biometričnih in biokemičnih dejavnikov«				1,246	12,320 %	0,889
46	Vrednost krvnega sladkorja.	0,870	0,873			
47	Vrednost holesterola.	0,849	0,826			
48	Vrednost krvnega tlaka.	0,807	0,735			

Naslovi stolpcev: (1)- vrednost rotirane faktorjske uteži; (2)- komunalitete; (3)- lastna vrednost faktorja; (4)- odstotek s faktorjem pojasnjene variance; (5)- Cronbach α .

Varimax rotacija s Kaiserjevo normalizacijo je konvergirala v osmih ponovitvah.

Faktorska analiza dela o fizioterapevtskih intervencijah je podala tri faktorje, ki skupaj pojasnjujejo 74,9 % celotne variance. Vrednost KMO je bila 0,884. Tudi Bartlettov test je pokazal na ustreznost spremenljivk za faktorsko analizo ($\chi^2 = 2260,353$, $df = 105$, $p = 0,001$) (priloga 4). Lastne vrednosti dobljenih faktorjev so bile vse nad 1. Tudi vrednosti vseh ekstrahiranih komunalitet so bile višje od 0,3. Prvi faktor, ki smo ga poimenovali »Obravnava nezdravih vedenj«, pojasnjuje 30,6 % celotne variance in ima 7 trditve. Drugi faktor se imenuje »Obravnava stresa in motenj spanja«, pojasnjuje 23,4 % variance in vključuje 4 trditve. Tretji faktor smo poimenovali »Obravnava telesne nedejavnosti«, pojasnjuje 21 % celotne variance in ima 4 trditve. Zanesljivost prvega in drugega faktorja

je bila odlična ($\alpha = 0,929$; $\alpha = 0,913$), zanesljivost tretjega faktorja je bila dobra ($\alpha = 0,834$) (tabela 5). Vse tri faktorje smo uporabili v nadaljnji statistični analizi.

Tabela 5: Faktorska analiza za sklop Intervencije

Faktorji in trditve		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Faktor 1: »Obravnavanje nezdravih vedenj«				8,415	30,597 %	0,929
68	Prekomerno pitje alkohola.	0,827	0,777			
69	Kajenje.	0,817	0,750			
82	Smernice za preprečevanje kajenja in odvisnosti od tobaka.	0,814	0,791			
83	Smernice za pomoč v primeru tvegane in škodljivega pitja alkohola.	0,811	0,797			
67	Nezdravo prehranjevanje.	0,694	0,704			
81	Smernice zdrave prehrane.	0,587	0,699			
80	Smernice za obravnavo debelosti.	0,540	0,655			
Faktor 2: »Obravnavanje stresa in motenj spanja«				1,657	23,386 %	0,913
85	Smernice za obravnavo stanj, povezanih s stresom.	0,811	0,804			
70	Motnje, povezane s stresom.	0,800	0,746			
71	Motnje spanja.	0,796	0,812			
84	Priporočila za higieno spanja.	0,771	0,800			
Faktor 3: »Obravnavanje telesne nedejavnosti«				1,172	20,974 %	0,834
64	Telesna nedejavnost.	0,884	0,815			
65	Pretežno sedeč slog življenja.	0,846	0,764			
79	Smernice za telesno dejavnost.	0,644	0,566			
66	Prekomerna telesna teža.	0,641	0,765			

Naslovi stolpcov: (1)- vrednost rotirane faktorje uteži; (2)- komunalitete; (3)- lastna vrednost faktorja; (4)- odstotek s faktorjem pojasnjene variance; (5)- Cronbach α .

Varimax rotacija s Kaiserjevo normalizacijo je konvergirala v petih ponovitvah.

Pri faktorski analizi dela o teoretičnih modelih smo prejeli en faktor, ki smo ga poimenovali »*Teoretični modeli*« in ki pojasnjuje 66,9 % celotne variance ter ima šest spremenljivk. Mera KMO je bila 0,861, Bartlettov test je bil izpolnjen ($\chi^2 = 634,699$, $df = 15$, $p = 0,001$) (priloga 5). Lastna vrednost faktorja je bila 4,014, zanesljivost pa dobra ($\alpha = 0,896$) (tabela 6). Faktor smo uporabili v nadaljnji statistični analizi.

Tabela 6: Faktorska analiza za sklop Teoretični modeli

Faktorji in trditve		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Faktor 1: »Teoretični modeli«				4,014	66,905 %	0,896
73	Transteoretični model spreminjanja vedenja.	0,905	0,819			
74	Teorija načrtovanega vedenja.	0,892	0,796			
75	Socialno-kognitivna teorija.	0,881	0,776			
77	Motivacijski intervju.	0,751	0,564			
72	Model zdravstvenih prepričanj.	0,749	0,561			
76	Pristopa 5-Ajev in 5 R-jev za odvajanje od kajenja	0,706	0,499			

Naslovi stolpcev: (1)- vrednost rotirane faktorjske uteži; (2)- komunalitete; (3)- lastna vrednost faktorja; (4)- odstotek s faktorjem pojasnjene variance; (5)- Cronbach α .

3.3.3 Udeleženci raziskave

Vzorec je predstavljala celotna populacija fizioterapevtov v Sloveniji, ki so delovno aktivni oziroma cenzus. Iz vzorca pa smo izločili vse fizioterapevte, ki ne delajo neposredno s pacienti, torej študente, upokojene fizioterapevte in fizioterapevte, ki so redno zaposleni na univerzah, visokošolskih zavodih, na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje in v Nacionalnem laboratoriju za zdravje, okolje in hrano. Vzorčni okvir, na podlagi katerega je potekalo vzorčenje, predstavlja Zdravstveni statistični letopis Slovenije za leto 2019, kjer je navedeno, da je bilo ob zaključku leta 2019 v Sloveniji na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva zaposlenih 1494 fizioterapevtov.

Na nagovor je skupaj kliknilo 646 respondentov, na vprašalnik pa 315. Anketo je pričelo reševati 223 anketirancev, kar predstavlja 14,92 % celotne populacije aktivnih fizioterapevtov, ki delajo v praksi. Za statistično obdelavo smo upoštevali 210 ustreznih anket. Vzorec predstavlja 14,05 % vseh fizioterapevtov.

Povprečna starost respondentov je bila 38,72 let. V vzorcu je bilo 87,2 % ($n = 143$) žensk in 12,8 % ($n = 21$) moških. Povprečna delovna doba respondentov je bila 14,64 let. Med njimi jih je 20 (12,3 %) imelo višješolsko izobrazbo, 133 (81,6 %) visokošolsko in 10 (6,1 %) magisterij ali doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri (tabela 7).

Tabela 7: Struktura vzorca po spolu, starosti, delovni dobi, stopnji pridobljene izobrazbe na področju fizioterapije in letu zaključka dodiplomskega študija

Značilnost	n	%	Veljavni %	
Spol	164	78,1	-	
Ženski	143	68,1	87,2	
Moški	21	10	12,8	
Manjkajoči	46	21,9	-	
Skupaj	210	100	-	
Značilnost	n	PV	SO	Min-Max
Starost				
Skupaj	161	38,72 let	11,329	22-65 let
Manjkajoči	49	-	-	-
Delovna doba				
Skupaj	157	14,64 let	11,691	0-44 let
Manjkajoči	53	-	-	-
Značilnost		n	%	Veljavni %
Stopnja pridobljene izobrazbe na področju fizioterapije		163	77,6	-
Višješolska		20	9,5	12,3
Visokošolska		133	63,3	81,6
Magisterij ali doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri		10	4,8	6,1
Manjkajoči		47	22,4	-
Skupaj		210	100	100
Leto zaključka dodiplomskega študija		n	Min-Max	
Skupaj		150	1976-2020	
Manjkajoči		60	-	

Legenda: n-število odgovorov; %- odstotek; veljavni %-veljavni odstotek. PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon; Min-minimum; Max- maksimum

Večina respondentov ($n = 105$ ali $65,2 \%$) je bila zaposlena na primarni ravni zdravstvenega varstva, vključno s socialnovarstvenimi zavodi in zavodi za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem in telesnem razvoju. Na sekundarni ravni, v splošnih in specialnih bolnišnicah, je bilo zaposlenih $16,8 \%$ ($n = 27$) respondentov, na terciarni ravni (klinični center, inštitut, klinika) pa $6,1 \%$ ($n = 29$) respondentov. Glede področja dela je največ respondentov navedlo, da trenutno delajo na področju ortopedije, in sicer 34 ($21,4 \%$), sledijo geriatrija 31 ($19,5 \%$), nevrologija 19 ($11,9 \%$) in kardiovaskularna in pulmonalna fizioterapija 10 ($6,3 \%$). Najmanj jih je

navedlo področja športa, in sicer 6 (3,8 %), zdravja žensk 4 (2,5 %) in pediatrijo 3 (1,9 %) (tabela 12). Približno četrtnina respondentov ali 32,7 % (n = 52), je navedla, da delajo na drugih področjih, kot so: kombinacija več področij (npr. geriatrija, kardiovaskularna in pulmonalna fizioterapija ali geriatrija, nevrologija in ortopedija ali ortopedija in nevrologija ali ortopedija, šport in zdravje žensk), ambulantna fizioterapija, preventiva in promocija zdravja (priloga 6). V raziskavi smo anketirance povprašali tudi o tem, ali so se v zadnjih petih letih izobraževali na področju promocije zdravja. Pritrdilno jih je odgovorilo 40,5 % (n = 64), 59,5 % ali (n = 94) jih je navedlo, da se niso (tabela 8).

Tabela 8: Struktura vzorca po zaposlitvi v zdravstvenem varstvu, področju dela in izobraževanju na področju promocije zdravja

Značilnost	n	%	Veljavni %
Raven zdravstvenega varstva	161	66,7	-
Primarna	105	50	65,2
Sekundarna	27	12,9	16,8
Terciarna	29	13,8	6,1
Manjkajoči	49	23,3	-
Skupaj	210	100	100
Področje dela	159	75,7	-
Ortopedija	34	16,2	21,4
Šport	6	2,9	3,8
Geriatija	31	14,8	19,5
Nevrologija	19	9	11,9
Kardiovaskularna in pulmonalna fizioterapija	10	4,8	6,3
Pediatrija	3	1,4	1,9
Zdravje žensk	4	1,9	2,5
Drugo	52	24,8	32,7
Manjkajoči	51	24,3	-
Skupaj	210	100	100
Izobraževanje na področju promocije zdravja	158	75,2	-
Da	64	30,5	40,5
Ne	94	44,8	59,5
Manjkajoči	52	24,8	-
Skupaj	210	100	-

Legenda: n-število odgovorov; %- odstotek; veljavni %-veljavni odstotek; Min- minimum; Max- maksimum

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

V fazi oblikovanja vprašalnika smo najprej prosili avtorici McMahon in Connolly (2013) za dovoljenje za uporabo dela njunega instrumenta. Maja 2020 nam je ena od avtoric, gospa Naoimh McMahon, v elektronski komunikaciji odobrila uporabo in nam tudi posredovala celotni vprašalnik.

V fazi pilotnega testiranja vprašalnika smo v prvem koraku prošnjo poslali predsedstvu Združenja fizioterapevtov Slovenije (ZFS), ki je nato razdelil ankete v izpolnjevanje in kritično oceno med 23 članov Izvršilnega odbora združenja. Ker smo po izteku 14-dnevnega roka prejeli le en izpolnjen vprašalnik, smo se v nadaljevanju odločili za uporabo metode snežene kepe, s katero smo k sodelovanju preko elektronske pošte povabili fizioterapevte, zaposlene na različnih ravneh zdravstvenega varstva in področjih fizioterapevtske obravnave. Do konca meseca septembra smo dobili vrnjenih 27 vprašalnikov.

Presečna raziskava je potekala od 18. oktobra do 30. novembra 2020. Zbiranje podatkov je potekalo v spletnem orodju www.1ka.si. Najprej smo povezavo do raziskave v Enki objavili na lastnem profilu Facebook in na profilu javne skupine Fizioterapija. Nato smo na ZFS in na Skupnost socialnih zavodov Slovenije (SSZS) poslali prošnjo v elektronski obliki za soglasje k izvedbi raziskave med člani/članicami. Izvršilni odbor ZFS je na 20. korespondenčni seji, ki je potekala od 20.–23. oktobra 2020, z večino glasov soglašalo za izvedbo raziskave med člani/članicami ZFS. Dne 26. oktobra 2020 je bilo s tajništva ZFS na 789 e-naslovov članov/članic poslano vabilo k sodelovanju v anketi. ZFS smo prosili tudi za objavo vabila na profilu Facebook, kar je bilo storjeno dne 28. oktobra 2020. Ob tem smo zasebnim izvajalcem fizioterapevtske dejavnosti poslali elektronsko sporočilo s povabilom k sodelovanju v anketi. Pri tem smo uporabili seznam Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dovoljenja etične komisije za raziskavo nam ni bilo potrebno pridobiti, saj raziskava ni vključevala pacientov.

Anonimnost raziskave smo zagotovili z uporabo spletnega orodja Enka. Že v vabilu k sodelovanju v anketi smo poudarili, da je sodelovanje v anketi anonimno, da bodo podatki uporabljeni izključno in samo za namen raziskave ter da ne bodo posredovani tretji osebi

ali kakor koli drugače uporabljeni. Z anketo tudi nismo zajemali podatkov, s pomočjo katerih bi lahko identificirali posameznega udeleženca.

Ker do 7. novembra 2020 nismo dobili nobenega odgovora od SSZS, smo vodstvu poslali elektronsko sporočilo, v katerem smo SSZS ponovno pozvali k sodelovanju. Žal odgovora do zaključka raziskave nismo prejeli.

3.3.5 Obdelave podatkov

Statistično obdelavo podatkov smo izvedli s pomočjo programa SPSS 25,0. Zanesljivost vprašalnika smo preverili s koeficientom Cronbah α . Uporabili smo opisno statistiko s frekvencami (n), odstotki (%), povprečnimi vrednostmi (PV), standardnim odklonom (SO) ter minimalno in maksimalno vrednostjo (Min-Max). S faktorsko analizo smo reducirali podatke na manjše število. Povezanost med spremenljivkami smo preverjali s Spearmanovim koeficientom korelacije (ρ). Za določanje moči povezanosti med spremenljivkami se uporablja sledeča lestvica vrednosti koeficienta ρ : od 0 do +/- 0,19: neznatna povezanost; od +/- 0,2 do +/- 0,39: šibka povezanost; od +/- 0,4 do +/- 0,69: zmerna povezanost; od +/- 0,7 do +/- 0,89: močna povezanost; od +/- 0,9 do +/- 1: zelo močna povezanost. Za statistično značilne smo upoštevali rezultate na ravni statistične značilnosti 0,05 in manj.

Nekateri anketiranci niso odgovorili na vse trditve. Manjkajoče odgovore smo izločili iz statističnih analiz, zato število anketiranih v posameznih analizah variira med 165 in 210.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati, ki smo jih pridobili na podlagi vprašalnika.

3.4.1 Preverjanje zastavljenih raziskovalnih vprašanj

Kakšna je stopnja znanja fizioterapevtov o promociji zdravja?

Raziskava je pokazala, da velika večina fizioterapevtov prepozna pomen promocije zdravja, predvsem za posameznika in za preprečevanje bolezni. Čez 80 % (n = 202) jih namreč meni, da je cilj promocije zdravja opolnomočiti posameznika, ga podpreti pri spoprijemanju z zdravstvenimi težavami in doseganju najvišje možne kakovosti življenja

ter mu pomagati pri spreminjanju in opuščanju zdravju škodljivih vedenj. Prav tako jih 87,6 % (n = 183) meni, da se promocija zdravja osredotoča na preprečevanje bolezni. Precej manj se jih strinja, da so cilji promocije zdravja tudi širši, kot na primer razvoj socialno pravičnejše družbe (59,6 %, n = 124), zmanjšanje neenakosti v zdravju (57,3 %, n = 117) in spreminjanje javnih politik (35,6 %, n = 74). Med 13 % (n = 27) in 23 % (n = 48) fizioterapevtov se s temi cilji ne strinja ali sploh ne strinja, okoli tretjina jih ima nevtralno mnenje (tabela 9).

Tabela 9: Znanje o ciljih promocije zdravja

Trditev	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Cilj promocije zdravja je podpreti posameznika pri doseganju najvišje možne kakovosti življenja.	210	3 (1,4%)	/	5 (2,4%)	67 (31,9%)	135 (64,3%)	4,58	0,682
Cilj promocije zdravja je podpreti posameznika pri spoprijemanju z zdravstvenimi težavami.	209	2 (1,0%)	6 (2,9%)	21 (10,0%)	90 (43,1%)	90 (43,1%)	4,24	0,822
Promocija zdravja se osredotoča na preprečevanje bolezni.	209	5 (2,4%)	10 (4,8%)	11 (5,3%)	89 (42,6%)	94 (45,0%)	4,23	0,928
Promocija zdravja stremi k razvoju socialno pravičnejše družbe.	208	6 (2,9%)	21 (10,1%)	57 (27,4%)	78 (37,5%)	46 (22,1%)	3,66	1,023
Promocija zdravja prispeva k zmanjšanju stroškov za zdravstveno in socialno varstvo.	208	3 (1,4%)	7 (3,4%)	15 (7,2%)	79 (38,0%)	104 (50,0%)	4,32	0,860
Promocija zdravja je prvenstveno namenjena spreminjanju in opuščanju zdravju škodljivih vedenj ljudi.	209	3 (1,4%)	7 (3,3%)	18 (8,6%)	87 (41,6%)	94 (45,0%)	4,25	0,859
Promocija zdravja ima učinke na spreminjanje javnih politik.	208	8 (3,8%)	40 (19,2%)	86 (41,3%)	49 (23,6%)	25 (12,0%)	3,21	1,012
Promocija zdravja stremi k opolnomočenju posameznika.	208	4 (1,9%)	7 (3,4%)	25 (12,0%)	94 (45,2%)	78 (37,5%)	4,13	0,889
Cilj promocije zdravja je zmanjšati neenakosti v zdravju.	204	8 (3,9%)	27 (13,2%)	52 (25,5%)	79 (38,7%)	38 (18,6%)	3,55	1,061

Pomen trditev: 1-sploh se ne strinjam; 2-se ne strinjam; 3-niti se strinjam niti se ne strinjam; 4-se strinjam; 5-se popolnoma strinjam.
Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon.

Rezultati kažejo, da fizioterapevti ocenjujejo lastno poznavanje značilnosti promocije zdravja kot povprečno. Na lestvici stališč je bila povprečna vrednost vseh odgovorov med 2,99 in 3,50. Pri tem velja, da višja kot je povprečna vrednost odgovorov na Likertovi lestvici, večje je znanje. Najmanj poznajo teorije spreminjanja vedenja (PV = 2,99, SO = 0,870), najbolj pozitivno pa samocenujejo lastno poznavanje konceptov in načel promocije zdravja (PV = 3,50, SO = 0,814) (tabela 10).

Tabela 10: Znanje fizioterapevtov o značilnostih promocije zdravja

Značilnosti promocije zdravja	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Koncepti in načela promocije zdravja.	200	4 (2,0%)	12 (6,0%)	81 (40,5%)	86 (43,0%)	17 (8,5%)	3,50	0,814
Biološke determinante/določilnice zdravja.	199	9 (4,5%)	25 (12,6%)	70 (35,2%)	82 (41,2%)	13 (6,5%)	3,33	0,937
Psihološke determinante/določilnice zdravja.	198	8 (4,0%)	25 (12,6%)	82 (41,4%)	71 (35,9%)	12 (6,1%)	3,27	0,905
Socialnoekološke determinante/določilnice zdravja.	196	8 (4,1%)	34 (17,3%)	86 (43,9%)	57 (29,1%)	11 (5,6%)	3,15	0,913
Teorije spreminjanja vedenja.	198	5 (2,5%)	52 (26,3%)	88 (44,4%)	45 (22,7%)	8 (4,0%)	2,99	0,870
Ključna delovna področja promocije zdravja.	199	3 (1,5%)	14 (7,0%)	93 (46,7%)	70 (35,2%)	19 (9,5%)	3,44	0,820

Pomen trditvev: 1- sploh ne poznam; 2-ne poznam; 3-delno poznam, delno ne poznam; 4-poznam; 5-zelo dobro poznam.

Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon.

Poznavanje smernic za telesno dejavnost in obvladovanje debelosti ter priporočil zdravega prehranjevanja za otroke in odrasle smo preverjali s pomočjo osmih vprašanj. Štiri vprašanja so bila namenjena fizioterapevtom, ki delajo z odraslimi in štiri tistim, ki delajo z otroki. Ocene smo dobili tako, da smo za vsak pozitiven odgovor vpisali respondentu 1 točko, z 0 točkami pa smo ocenili negativni odgovor in odgovor »ne vem«. Skoraj tri četrtine fizioterapevtov, ki delajo z odraslimi in starejšimi, je pravilno odgovorilo na vprašanje o priporočeni količini telesne dejavnosti za ohranjanje zdravja za odrasle in starejše, t. j. 30 minut na dan. Vendar jih je le 18 % (n = 34) vedelo, da smernice priporočajo trajanje aerobne vadbe v kosu najmanj 10 minut. Indeks telesne mase preko 25 kg/m² se pri odraslih uporablja za definiranje prekomerne telesne teže. Za

definiranje debelosti se uporablja indeks nad $30\text{kg}/\text{m}^2$. Pravilni odgovor je ugotovilo 22,8 % (n = 43) anketirancev. Da je priporočeni vnos soli za zmanjšanje krvnega tlaka in tveganja za srčno-žilne bolezni in možgansko kap za odrasle in starejše največ 5 g soli/dan, je pravilno označilo 63,8 % (n = 120) respondentov. Na vprašanje o tem, koliko zmerne do visoko intenzivne telesne dejavnosti na dan priporočajo smernice za otroke in mladostnike med 5. in 17. letom za ohranjanje zdravja, je 28,1 % (n = 36) fizioterapevtov odgovorilo pravilno (60 minut). Da je minimalna frekvenca visoko intenzivne telesne dejavnosti 3-krat na teden, je vedela skoraj polovica anketirancev. Večina fizioterapevtov (90,6 %, n = 116) ni vedela, da se indeks telesne mase od 85 do pod 95 percentilov pri otrocih in mladostnikih uporablja za definiranje prekomerne telesne teže. Zgornja meja dnevnega vnosa soli za otroke med 1. in 3. letom je 2 g soli, za otroke med 4. in 6. letom je 3 g, za otroke med 7. in 9. letom je 4 g, za otroke nad 10. letom in mladostnike je tako kot za odrasle 5 g. Na vprašanje je pravilno odgovorilo malo manj kot tretjina anketirancev.

Fizioterapevti, ki delajo z odraslimi in starejšimi, so v povprečju pravilno odgovorili na malo manj kot 2 vprašanja (PV = 1,77; SO = 0,899), medtem ko so tisti, ki delajo z otroki, v povprečju pravilno odgovorili na manj kot 1 vprašanje (PV = 0,87, SO = 0,842). Rezultati so predstavljeni v tabeli 11.

Tabela 11: Znanje fizioterapevtov o smernicah in priporočilih

Vprašanja	Odgovori	n	%	Veljavni %	
Koliko zmerne telesne dejavnosti na dan priporočajo smernice za odrasle in starejše za ohranjanje zdravja?	15 minut	3,0	1,4	1,6	
	30 minut	136	64,8	72,0	
	60 minut	47	22,4	24,9	
	Ne vem	3,0	1,4	1,6	
	Skupaj	189,0	90,0	100,0	
Najmanj koliko naj bi, po priporočilih smernic, trajala telesna dejavnost aerobnega značaja naenkrat?	10 minut	34,0	16,2	18,0	
	20 minut	64,0	30,5	33,9	
	30 minut	66,0	31,4	34,9	
	45 minut	21,0	10,0	11,1	
	Ne vem	4,0	1,9	2,1	
	Skupaj	189,0	90,0	100,0	
Indeks telesne mase preko 25 kg/m ² se pri odraslih uporablja za definiranje debelosti.	Drži	128,0	61,0	67,7	
	Ne drži	43,0	20,5	22,8	
	Ne vem	18,0	8,6	9,5	
	Skupaj	189,0	90,0	100,0	
Priporočeni vnos soli za zmanjšanje krvnega tlaka in tveganja za srčno-žilne bolezni in možgansko kap za odrasle in starejše je največ 5 g soli/dan.	Drži	120,0	57,1	63,8	
	Ne drži	22,0	10,5	11,7	
	Ne vem	46,0	21,9	24,5	
	Skupaj	188,0	89,5	100,0	
Koliko zmerne do visoko intenzivne telesne dejavnosti na dan priporočajo smernice za otroke in mladostnike med 5. in 17. letom za ohranjanje zdravja?	30 minut	25,0	11,9	19,5	
	45 minut	38,0	18,1	29,7	
	60 minut	36,0	17,1	28,1	
	75 minut	10,0	4,8	7,8	
	Ne vem	19,0	9,0	14,8	
	Skupaj	128,0	61,0	100,0	
Najmanj kolikokrat naj bi se, po priporočilih smernic, pri otrocih in mladostnikih med 5. in 17. letom, izvajala visoko intenzivna telesna dejavnost, vključno z vajami za krepitev mišic in kosti?	2-krat na teden	18,0	8,6	14,1	
	3-krat na teden	62,0	29,5	48,4	
	4-krat na teden	14,0	6,7	10,9	
	5-krat na teden	16,0	7,6	12,5	
	Ne vem	18,0	8,6	14,1	
	Skupaj	128,0	61,0	100,0	
Indeks telesne mase od 85 do pod 95 percentilov se pri otrocih in mladostnikih uporablja za definiranje debelosti.	Drži	22,0	10,5	17,2	
	Ne drži	12,0	5,7	9,4	
	Ne vem	94,0	44,8	73,4	
	Skupaj	128,0	61,0	100,0	
Priporočeni vnos soli za otroke od 2-15 let za obvladovanje krvnega tlaka je največ 5 g soli/dan.	Drži	28,0	13,3	21,9	
	Ne drži	38,0	18,1	29,7	
	Ne vem	62,0	29,5	48,4	
	Skupaj	128,0	61,0	100,0	
Znanje	n	Min	Max	PV	SO
Znanje fizioterapevtov, ki delajo z otroki	128	0	3	0,87	0,842
Znanje fizioterapevtov, ki delajo z odraslimi	189	0	4	1,77	0,899
Skupaj	192	0	7	2,51	1,447

Legenda: n-število odgovorov; %- odstotek; veljavni %-veljavni odstotek; Min-minimum; Max-maksimum; PV-povprečna vrednost; SO-standardni odklon.

Pravilni odgovor

Kakšna so stališča fizioterapevtov do promocije zdravja?

Da je promocija zdravja temeljni del fizioterapije, se strinja 67,8 % (n = 126) fizioterapevtov. Prav tako se jih večina (79,7 %, n = 149) strinja, da je pomembno področje dela v fizioterapiji. Vendar jih skoraj 40 % (n = 70) meni, da so fizioterapevti preobremenjeni z drugimi obveznostmi, da bi lahko izvajali promocijo zdravja. Le 42,8 % (n = 80) fizioterapevtov promocijo zdravja vidi kot področje, ki je dobro raziskano in podprto z dokazi, dobra tretjina fizioterapevtov ima o tem nevtralno mnenje, malo manj kot četrtina (21,9 %, n = 41) se s tem ne strinja. Zelo enotni (okoli 90 %, n = 164) so si fizioterapevti pri tem, da morajo biti vzor zdravega vedenja in da bi morali vsi fizioterapevti promovirati zdrav življenjski slog. Da bi moralo biti izvajanje promocije zdravja zahtevano v vladnih politikah, se jih strinja 63,2 % (n = 116) (tabela 12).

Tabela 12: Stališča fizioterapevtov do promocije zdravja

Stališča do promocije zdravja	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Promocija zdravja je temeljni del fizioterapije.	186	4 (2,2%)	15 (8,1%)	41 (22,0%)	76 (40,9%)	50 (26,9%)	3,82	0,990
Promocija zdravja je za fizioterapevta manj pomembno področje dela.	187	55 (29,4%)	94 (50,3%)	73 (16,0%)	5 (2,7%)	3 (1,6%)	1,97	0,842
Fizioterapevti imajo v primerjavi z drugimi zdravstvenimi delavci idealne možnosti za izvajanje promocije zdravja.	186	2 (1,1%)	9 (4,8%)	41 (22,0%)	80 (43,0%)	54 (29,0%)	3,94	0,895
Fizioterapevti imajo običajno preveč drugega dela, da bi lahko izvajali promocijo zdravja.	187	19 (10,2%)	51 (27,3%)	43 (23,0%)	57 (30,5%)	17 (9,1%)	3,01	1,164
Fizioterapevti ljudem omogočajo, da spremenijo nezdrave vidike svojega življenja.	186	1 (0,5%)	9 (4,8%)	32 (17,2%)	101 (54,3%)	43 (23,1%)	3,95	0,804
Promocija zdravja sodi med področje fizioterapije, ki ni dobro podprto z znanstvenimi dokazi.	187	16 (8,6)	64 (34,2%)	66 (35,3%)	35 (18,7%)	6 (3,2%)	2,74	0,968

Stališča do promocije zdravja	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Fizioterapevti bi morali biti vzor zdravega vedenja, da bi lahko delili zdravstvene nasvete.	186	2 (1,1%)	4 (2,2%)	16 (8,6%)	74 (39,8%)	90 (48,4%)	4,32	0,808
Izvajanje promocije zdravja s strani fizioterapevtov bi moralo biti zahtevano v vladnih politikah.	187	3 (1,6%)	13 (7,0%)	53 (28,3%)	82 (43,9%)	36 (19,3%)	3,72	0,909
Vsi fizioterapevti bi morali promovirati zdrav življenjski slog.	187	2 (1,1%)	7 (3,7%)	4 (2,1%)	83 (44,4%)	91 (48,7%)	4,36	0,793

Pomen trditev: 1-spolh se ne strinjam; 2-se ne strinjam; 3-niti se strinjam niti se ne strinjam; 4-se strinjam; 5-se popolnoma strinjam.
Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon.

Fizioterapevti daleč najbolj pozitivno dojemajo promocijo telesne dejavnosti, saj je bila povprečna vrednost odgovorov edino pri tej postavki 4,70. Pri tem velja, da višja kot je povprečna vrednost odgovorov na Likertovi lestvici, boljša so stališča. Kot pomembno dojemajo tudi promocijo zdrave telesne teže (PV = 4,43, SO = 0,771) in stresa (PV = 4,17, SO = 0,840) ter zdrave higiene spanja (PV = 4,14, SO = 0,925). Medtem ko imajo nevtralna stališča do promocije zdravega prehranjevanja (PV = 3,97, SO = 0,908), opuščanja/abstinence kajenja (PV = 3,83, SO = 1,044) in opuščanja/abstinence pretiranega pitja alkohola (PV = 3,78, SO = 1,055) (tabela 13).

Tabela 13: Stališča fizioterapevtov do promocije zdravih vedenj

Stališča do vloge fizioterapevta pri promociji zdravih vedenj	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Redna telesna dejavnost.	186	3 (1,6%)	/	1 (0,5%)	41 (22,0%)	141 (75,8%)	4,70	0,644
Vzdrževanje zdrave telesne teže.	185	4 (2,2%)	/	8 (4,3%)	74 (40,0%)	99 (53,5%)	4,43	0,771
Zdravo prehranjevanje.	185	4 (2,2%)	6 (3,2%)	37 (20,0%)	83 (44,9%)	55 (29,7%)	3,97	0,908
Opuščanje/abstinence kajenja.	185	5 (2,7%)	13 (7,0%)	50 (27,0%)	58 (31,4%)	59 (31,9%)	3,83	1,044
Opuščanje/abstinence tvegane in škodljivega pitja alkohola.	186	5 (2,7%)	17 (9,1%)	47 (25,3%)	62 (33,3%)	55 (29,6%)	3,78	1,055

Stališča do vloge fizioterapevta pri promociji zdravih vedenj	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Obvladovanje stresa.	185	3 (1,6%)	2 (1,1%)	28 (15,1%)	80 (43,2%)	72 (38,9%)	4,17	0,840
Zdrava higiena spanja.	186	6 (3,2%)	4 (2,2%)	20 (10,8%)	84 (45,2%)	72 (38,7%)	4,14	0,925

Pomen trditev: 1-zelo nepomembno; 2-nepomembno; 3-niti pomembno niti nepomembno; 4-pomembno; 5-zelo pomembno.
 Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon.

V kolikšni meri fizioterapevti preverjajo in ocenjujejo zdravje in dejavnike življenjskega sloga posameznika?

Najpogosteje fizioterapevti jemljejo zdravstveno anamnezo, saj jih je 32,2 % (n = 58) odgovorilo, do to počnejo pogosto in 53,3 % (n = 96), da to počnejo vedno. Manj kot 4 % (n = 7) jih zdravstveno anamnezo jemlje redko ali nikoli. Delež fizioterapevtov, ki pogosto ali vedno jemljejo družinsko in socialno anamnezo je krepko nižji, saj za družinsko anamnezo znaša 46,4 % (n = 83), za socialno anamnezo pa 35,8 % (n = 64). Družinske anamneze redko ali nikoli ne jemlje skoraj 20 % (n = 35), socialne anamneze pa tretjina fizioterapevtov (n = 63). Malo manj kot 60 % (n = 106) jih tudi preverja posameznikovo bivalno, delovno ali šolsko okolje. Pri vprašanju, kako pogosto preverjajo uživanje zdravil, jih je večina odgovorila, da pogosto (39,4 %, n = 71) oziroma vedno (23,3 %, n = 78). Okoli polovica fizioterapevtov redko oziroma nikoli ne preverja vrednosti krvnega sladkorja in holesterola. Nekoliko pogosteje preverjajo vrednosti krvnega tlaka, saj jih je malo manj kot polovica (47,2 %, n = 85) navedla, da krvni tlak pogosto ali vedno preverjajo, 22,8 % (n = 41) pa občasno.

Rezultati kažejo, da fizioterapevti najpogosteje ocenjujejo funkcijski status posameznika (PV = 4,06, SO = 1,086). Pri tem velja, da višja kot je povprečna vrednost odgovorov na Likertovi lestvici, večja je pogostost. Na drugem mestu je stopnja telesne dejavnosti (PV = 3,88, SO = 1,051), saj jo pogosto ali redno ocenjuje skoraj 70 % (n = 123) fizioterapevtov, 19,3 % (n = 34) pa občasno. Antropometrične meritve izvajajo bolj poredko, tretjina nikoli. Še najpogosteje ocenjujejo telesno težo (PV = 3,18, SO = 1,200), najmanj pogosto pa merijo obseg pasu (PV = 2,04, n = 1,183). Respondenti so navedli, da včasih ocenjujejo subjektivno počutje (PV = 3,67, SO = 1,156), telesne sisteme (PV = 3,65, SO = 1,162), kakovost življenja (PV = 3,27, SO = 1,162) in stopnjo stresa (PV =

3,10, SO = 1,216). Redko ocenjujejo rabo alkohola (PV = 2,23, SO = 1,210), kadilski status (PV = 2,56, SO = 1,286), prehranski status (PV = 2,72, SO = 1,244), socialno participacijo (PV = 2,87, SO = 1,233) ter količino in kakovost spanja (PV = 2,99, SO = 1,251) (tabela 14).

Tabela 14: Preverjanje in ocenjevanje zdravja in dejavnikov življenjskega sloga

Preverjanje/ocenjevanje dejavnikov zdravja	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Zdravstvena anamneza.	180	2 (1,1%)	5 (2,8%)	19 (10,6%)	58 (32,2%)	96 (53,3%)	4,34	0,860
Družinska anamneza.	179	9 (5,0%)	26 (14,5%)	61 (34,1%)	61 (34,1%)	22 (12,3%)	3,34	1,034
Socialna anamneza.	179	17 (9,5%)	46 (25,7%)	52 (29,1%)	51 (28,5%)	13 (7,3%)	2,98	1,104
Fizično okolja.	180	9 (5,0%)	18 (10,0%)	47 (26,1%)	64 (35,6%)	42 (23,3%)	3,62	1,099
Uživanje zdravil.	180	3 (1,7%)	7 (3,9%)	21 (11,7%)	71 (39,4%)	78 (43,3%)	4,19	0,908
Vrednost krvnega sladkorja.	179	38 (21,2%)	51 (28,5%)	47 (26,3%)	34 (19,0%)	9 (5,0%)	2,58	1,165
Vrednost holesterola.	180	63 (35,0%)	49 (27,2%)	40 (22,2%)	20 (11,1%)	8 (4,4%)	2,23	1,171
Vrednost krvnega tlaka.	180	24 (13,3%)	30 (16,7%)	41 (22,8%)	59 (32,8%)	26 (14,4%)	3,18	1,257
Funkcijski status.	176	6 (3,4%)	11 (6,3%)	29 (16,5%)	50 (28,4%)	80 (45,5%)	4,06	1,086
Socialna participacija.	176	29 (16,5%)	39 (22,2%)	54 (30,7%)	34 (19,3%)	20 (11,4%)	2,87	1,233
Telesna višina.	176	43 (24,4%)	33 (18,8%)	47 (26,7%)	29 (16,5%)	24 (13,6%)	2,76	1,352
Telesna teža.	176	21 (11,9%)	23 (13,1%)	62 (35,2%)	43 (24,4%)	27 (15,3%)	3,18	1,200
Indeks telesne mase.	176	53 (30,1%)	35 (19,9%)	51 (29,0%)	22 (12,5%)	15 (8,5%)	2,49	1,274
Obseg pasu.	173	79 (45,7%)	37 (21,4%)	37 (21,4%)	11 (6,4%)	9 (5,2%)	2,04	1,183
Telesni sistemi.	174	12 (6,9%)	17 (9,8%)	35 (20,1%)	66 (37,9%)	44 (25,3%)	3,65	1,162
Stopnja telesne dejavnosti.	176	6 (3,4%)	13 (7,4%)	34 (19,3%)	67 (38,1%)	56 (31,8%)	3,88	1,051
Prehranski status.	175	36	42	48	33	16	2,72	1,244

Preverjanje/ocenjevanje dejavnikov zdravja	n	1	2	3	4	5	PV	SO
		(20,6%)	(24,0%)	(27,4%)	(18,9%)	(9,1%)		
Kadilski status.	176	48 (27,3%)	41 (23,3%)	42 (23,9%)	30 (17,0%)	15 (8,5%)	2,56	1,286
Raba alkohola.	175	66 (37,7%)	40 (22,9%)	41 (23,4%)	19 (10,9%)	9 (5,1%)	2,23	1,210
Količina in kakovost spanja.	176	31 (17,6%)	30 (17,0%)	40 (22,7%)	60 (34,1%)	15 (8,5%)	2,99	1,251
Stopnja stresa.	175	22 (12,6%)	33 (18,9%)	48 (27,4%)	50 (28,6%)	22 (12,6%)	3,10	1,216
Subjektivno počutje.	175	10 (5,7%)	18 (10,3%)	40 (22,9%)	58 (33,1%)	49 (28,0%)	3,67	1,156
Kakovost življenja.	176	15 (8,5%)	28 (15,9%)	56 (31,8%)	49 (27,8%)	28 (15,9%)	3,27	1,162

Pomen trditvev: 1-nikoli; 2-redko; 3-včasih; 4-pogosto; 5-vedno.

Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon.

Kako pogosto fizioterapevti pomagajo pacientom/klientom pri obvladovanju in spoprijemanju z različnimi stanji oziroma težavami?

Fizioterapevti najpogosteje pomagajo svojim pacientom/klientom pri obvladovanju oziroma spoprijemanju s pomanjkanjem telesne dejavnosti (PV = 4,10, SO = 0,835) in sedečega sloga življenja (PV = 3,98, SO = 0,932). Pri tem velja, da višja kot je povprečna vrednost odgovorov na Likertovi lestvici, večja je pogostost pomoči. Občasno pomagajo pri obvladovanju prekomerne telesne teže (PV = 3,31, SO = 1,090) in stresa (PV = 3,06, SO = 1,122). Redko pomagajo svojim pacientom/klientom pri usvajanju zdrave higiene spanja (PV = 2,89, SO = 1,247) in zdravih prehranjevalnih navad (PV = 2,73, SO = 1,136). Najbolj poredko pomagajo pri opuščanju oziroma abstinenci kajenja (PV = 2,29, SO = 1,170) in prekomernega pitja alkohola (PV = 2,06, SO = 1,103). Dobra tretjina nikoli ne pomaga pri opuščanju kajenja in pri opuščanju pitja alkohola (tabela 15).

Tabela 15: Pomoč pri obvladovanju in spoprijemanju z različnimi stanji/navadami/motnjami

Pomoč pri spoprijemanju/obvladovanju	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Telesna nedejavnost.	178	1 (0,6%)	8 (4,5%)	24 (13,5%)	85 (47,8%)	60 (33,7%)	4,10	0,835
Pretežno sedeč slog življenja.	178	4 (2,2%)	9 (5,1%)	28 (15,7%)	83 (46,6%)	54 (30,3%)	3,98	0,932
Prekomerna telesna teža.	176	10 (5,7%)	31 (17,6%)	53 (30,1%)	58 (33,0%)	24 (13,6%)	3,31	1,090
Nezdravo prehranjevanje.	177	27 (15,3%)	50 (28,2%)	57 (32,2%)	30 (16,9%)	13 (7,3%)	2,73	1,136
Prekomerno pitje alkohola.	177	69 (39,0%)	55 (31,1%)	32 (18,1%)	15 (8,5%)	6 (3,4%)	2,06	1,103
Kajenje.	177	58 (32,8%)	45 (25,4%)	46 (26,0%)	20 (11,3%)	8 (4,5%)	2,29	1,170
Motnje, povezane s stresom.	177	14 (7,9%)	46 (26,0%)	51 (28,8%)	48 (27,1%)	18 (10,2%)	3,06	1,122
Motnje spanja.	177	31 (17,5%)	39 (22,0%)	42 (23,7%)	49 (27,7%)	16 (9,0%)	2,89	1,247

Pomen trditev: 1-nikoli; 2-redko; 3-včasih; 4-pogosto; 5-vedno.

Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon.

Katere intervencije uporabljajo fizioterapevti pri izvajanju promocije zdravja?

Rezultati ankete kažejo, da fizioterapevti v povprečju v svoji praksi za promocijo zdravja uporabljajo 10,74 različnih tehnik. Najpogosteje uporabljene tehnike so: učenje vaj za doma (93,6 %), pogovor (84,8 %), telesna vadba (77,2 %), stopnjevanje vaj/nalog (76,6 %), informiranje o bolezni (75,4 %) in kratko individualno svetovanje (74,3 %). Najmanj pogosto nudijo socialo podporo (14,0 %), skupinsko svetujejo (17,0 %) in nagrajujejo paciente/kliente za ustrezno vedenje (17,5 %). Med 30 % in 60 % fizioterapevtov uporablja sodelovalne oblike obravnave, največ individualno načrtovanje (59,1 %), skupno postavljanje ciljev (54,4 %) ter podajanje povratne informacije (57,9 %). Najmanj pa pacientu/klientu omogočajo avtonomnost pri odločanju (35,1 %), ugotavljanju težav (32,7 %) in iskanju rešitev zanje (45 %). Dve tretjini fizioterapevtov je navedlo, da spremljajo paciente/kliente tudi po zaključku zdravljenja. Fizioterapevti se pri posredovanju informacij pacientom/klientom v povprečju poslužujejo 5,68 metod

diseminacije oziroma kanalov. Največ uporabljajo razlago (88 %) in demonstracijo (82,6 %). Navodila v večini podajajo ustno (94 %) ali pisno (65,9 %) ali usmerjajo paciente/kliente na ustrezne spletne strani (47,3 %). Tretjina jih uporablja zloženke in brošure ali pacientu/klientu priporočijo ustrezno literaturo. Četrtnina si pomaga z avdio-ali videoposnetki. Malo več kot 20 % jih pacientom/klientom svetuje vodenje dnevnika dejavnosti. Ostalih načinov se poslužujejo v manjšem deležu (tabela 16 in 17).

Tabela 16: Uporabljene metode za promocijo zdravja

Metode	n	PV	SO	Min-Max
Uporabljene tehnike	171	10,74	4,605	0-20
Uporabljeni kanali	167	5,68	2,655	0-13

Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon; Min- minimum; Max- maksimum

Tabela 17: Uporabljene tehnike in kanali/mediji za promocijo zdravja

Uporabljene tehnike	n	%	Uporabljeni kanali/mediji	n	%
Informiranje o bolezni.	171	75,4 %	Demonstracija.	167	82,6 %
Kratko individualno svetovanje.	171	74,3 %	Razlaga.	167	88,0 %
Pogovor.	171	84,8 %	Zloženke.	167	39,5 %
Skupinsko svetovanje.	171	17,0 %	Brošure.	167	30,5 %
Telesna vadba.	171	77,2 %	Pisna navodila.	167	65,9 %
Vadba večšin.	171	55,0 %	Ustna navodila.	167	94,0 %
Učenje vaj za doma.	171	93,6 %	Usmerjanje na ustrezne spletne strani.	167	47,3 %
Vodenje pacienta/klienta.	171	66,7 %	Priporočanje ustrezne literature.	167	32,3 %
Stopnjevanje vaj/nalog.	171	76,6 %	Avdio/videoposnetki.	167	25,1 %
Prilagajanje fizičnega okolja pacienta/klienta.	171	42,1 %	Video/računalniške igrice.	167	2,4 %
Nudenje socialne podpore.	171	14,0 %	Vodenje dnevnika.	167	21,6 %
Individualno načrtovanje.	171	59,1 %	Igranje vlog.	167	3,0 %
Skupno postavljanje ciljev.	171	54,4 %	Opomnik.	167	10,8 %
Samoodločanje.	171	35,1 %	Sms sporočilo.	167	10,2 %
Podajanje povratne informacije.	171	57,9 %	Sodobne tehnologije.	167	14,4 %
Identifikacija ovir.	171	32,7 %	Nič od naštetega.	167	1,2 %
Reševanje težav.	171	45,0 %	Drugo.	167	1,8 %
Spremljanje napredka in izidov.	171	66,7 %			
Nagrajevanje za ustrezno vedenje.	171	17,5 %			
Spremljanje po zaključku aktivnega zdravljenja.	171	66,7 %			
Nič od naštetega.	171	1,2 %			
Drugo.	171	1,8 %			

Legenda: n-število odgovorov; %-odstotek

V kolikšni meri fizioterapevti uporabljajo teoretične modele za podkrepitev vedenja in motiviranje?

Fizioterapevti redko uporabljajo teoretične modele za razumevanje posameznikovega vedenja, načrtovanje ustreznih intervencij za spremembo vedenja, motiviranje in ocenjevanje napredka pri spreminjanju vedenja. Iz rezultatov raziskave je razvidno, da med raziskovanimi teorijami najpogosteje uporabljajo model zdravstvenih prepričanj (PV=2,49, SO = 1,310), zelo redko uporabljajo motivacijski intervju (PV = 2,13, SO = 1,309), teorijo načrtovanega vedenja (PV = 2,07, SO = 1,243) in transteoretični model spreminjanja vedenja (PV = 2,01, SO = 0,232). Večina fizioterapevtov nikoli ne uporablja socialno-kognitivne teorije (56 %, n = 24) in pristopa 5-A-jev in 5R-jev za odvajanje od kajenja (81,1 %, n = 11) (tabela 18).

Tabela 18: Uporaba teorij/modelov spreminjanja vedenja in/ali motiviranja

Teorije/modeli spreminjanja vedenja in/ali motiviranja	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Model zdravstvenih prepričanj.	169	61 (36,1%)	19 (11,2%)	43 (25,4%)	38 (22,5%)	8 (4,7%)	2,49	1,310
Transteoretični model spreminjanja vedenja.	167	88 (52,7%)	21 (12,6%)	31 (18,6%)	22 (13,2%)	5 (3,0%)	2,01	0,232
Teorija načrtovanega vedenja.	167	87 (52,1%)	14 (8,4%)	38 (22,8%)	24 (14,4%)	4 (2,4%)	2,07	1,243
Socialno-kognitivna teorija.	169	93 (56,0%)	24 (14,5%)	25 (15,1%)	19 (11,4%)	5 (3,0%)	1,91	1,200
Pristopa 5-Ajev in 5 R-jev za odvajanje od kajenja.	169	137 (81,1%)	17 (10,1%)	4 (2,4%)	10 (5,9%)	1 (0,6%)	1,35	0,840
Motivacijski intervju.	167	82 (49,1%)	25 (15,0%)	25 (15,0%)	27 (16,2%)	8 (4,8%)	2,13	1,309

Pomen trditve: 1-nikoli; 2-redko; 3-včasih; 4-pogosto; 5-vedno.

Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon.

V kolikšni meri fizioterapevti uporabljajo smernice in priporočila pri izvajanju promocije zdravja?

V raziskavi je 64,3 % (n = 107) fizioterapevtov navedlo, da pogosto ali vedno uporabljajo smernice za telesno dejavnost, 24,3 % (n = 41) pa da smernice uporabljajo občasno. Tretjina fizioterapevtov pogosto ali vedno uporablja priporočila za higieno spanja in smernice za obravnavo stanj, povezanih s stresom, četrtnina pa včasih. Smernice za zdravo prehrano pogosto ali vedno uporablja 27,1 % (n = 46) fizioterapevtov, občasno 29,4 % (n = 50). Dve tretjini fizioterapevtov redko ali nikoli ne uporablja smernic za preprečevanje kajenja in odvisnosti od tobaka in smernic za pomoč v primeru tveganega in škodljivega pitja alkohola (tabela 19).

Tabela 19: Uporaba kliničnih smernic in priporočil

Smernice in priporočila	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Smernice za telesno dejavnost.	169	5 (3,0%)	16 (9,5%)	41 (24,3%)	73 (43,2%)	34 (20,1%)	3,68	0,996
Smernice za obravnavo debelosti.	170	41 (24,1%)	38 (22,4%)	46 (27,1%)	32 (18,8%)	13 (7,6%)	2,64	1,248
Smernice zdrave prehrane.	170	32 (18,8%)	42 (24,7%)	50 (29,4%)	36 (21,2%)	10 (5,9%)	2,71	1,170
Smernice za preprečevanje kajenja in odvisnosti od tobaka.	170	976 (44,7%)	44 (25,9%)	29 (17,1%)	15 (8,8%)	6 (3,5%)	2,01	1,138
Smernice za pomoč v primeru tveganega in škodljivega pitja alkohola.	170	91 (53,5%)	32 (18,8%)	28 (16,5%)	15 (8,8%)	4 (2,4%)	1,88	1,121
Priporočila za higieno spanja.	170	37 (21,8%)	235 (20,6%)	43 (25,3%)	44 (25,9%)	11 (6,5%)	2,75	1,241
Smernice za obravnavo stanj, povezanih s stresom.	170	34 (20,0%)	40 (23,5%)	43 (25,3%)	40 (23,5%)	13 (7,6%)	2,75	1,235

Pomen trditvev: 1-nikoli; 2-redko; 3-včasih; 4-pogosto; 5-vedno.

Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon.

Kako pogosto fizioterapevti, s ciljem zagotavljanja kakovostne obravnave, sodelujejo z drugimi strokovnjaki in/ali usmerjajo svoje paciente/kliente k drugim strokovnjakom?

Manj kot polovica fizioterapevtov (45,5 %, n = 76) se, s ciljem kakovostnejše obravnave, pogosto ali vedno povezuje z drugimi zdravstvenimi in nezdravstvenimi strokovnjaki na različnih ravneh zdravstvenega varstva in/ali v različnih sektorjih, 33,5 % (n = 56) tovrstne povezave vzpostavlja občasno, 15,6 % (n = 26) redko, 5,4 % (n = 9) nikoli. Tretjina fizioterapevtov (33,1 %, n = 55) z istim ciljem svojega pacienta/klienta pogosto ali vedno usmeri k drugemu zdravstvenemu ali nezdravstvenemu strokovnjaku, polovica (51,2 %, n = 85) občasno, 13,9 % (n = 23) redko, 1,8 % (n = 3) nikoli (tabela 20).

Tabela 20: Medstrokovno in medsektorsko povezovanje in usmerjanje

Strokovno povezovanje in usmerjanje	n	1	2	3	4	5	PV	SO
Povezovanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi in nezdravstvenimi strokovnjaki.	167	9 (5,4%)	26 (15,6%)	56 (33,5%)	60 (35,9%)	16 (9,6%)	3,29	1,019
Usmerjanje k drugemu zdravstvenemu ali nezdravstvenemu strokovnjaku.	166	3 (1,8%)	23 (13,9%)	85 (51,2%)	47 (28,3%)	8 (4,8%)	3,20	0,805

Pomen trditvev: 1-nikoli; 2-redko; 3-včasih; 4-pogosto; 5-vedno.

Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; SO- standardni odklon.

3.4.2 Preverjanje zastavljenih hipotez

S pomočjo opisne statistike smo najprej izračunali povprečje vseh odgovorov, minimum in maksimum ter standardni odklon (tabela 21).

Tabela 21: Osnovna opisna statistika za sklope Znanje, Stališča, Preverjanje/ocenjevanje, Intervencije in Teoretični modeli

Faktor	n	PV	Min	Max	SO
F1: Znanje o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja.	200	3,28	1,00	5,00	0,710
F2: Znanje o širših ciljnih promocije zdravja.	209	3,77	1,00	5,00	0,737

Faktor	n	PV	Min	Max	SO
F3: Znanje o ciljih promocije zdravja na individualni ravni.	210	4,33	1,00	5,00	0,609
F4: Stališča fizioterapevtov do promocije zdravih vedenj.	186	3,98	1,00	5,00	0,836
F5: Stališča fizioterapevtov do njihove vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga.	187	4,30	1,00	5,00	0,579
F6: Stališča fizioterapevtov do pomena promocije zdravja v fizioterapiji.	187	3,74	1,00	5,00	0,658
F7: Zbiranje anamnestičnih podatkov.	180	3,66	1,00	5,00	0,658
F8: Celovita ocena stanja.	176	2,81	1,00	5,00	0,997
F9: Antropometrične meritve.	176	2,62	1,00	5,00	1,082
F10: Preverjanje biometričnih in biokemičnih dejavnikov.	180	2,66	1,00	5,00	1,083
F11: Obravnava nezdravih vedenj.	178	2,34	1,00	5,00	0,974
F12: Obravnava stresa in motenj spanja.	178	2,87	1,00	5,00	1,089
F13: Obravnava telesne nedejavnosti.	179	3,77	1,00	5,00	0,794
F14: Teoretični modeli.	165	1,98	1,00	5,00	0,964

Legenda: n-število odgovorov; PV-povprečna vrednost; Min.- Minimum; Max- Maksimum; SO-standardni odklon.

H1: Fizioterapevti, ki imajo več znanja o promociji zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo presejanje za dejavnike življenjskega sloga kot tisti, ki imajo manj znanja o promociji zdravja.

Prvo hipotezo smo preverjali s tremi faktorji iz sklopa Znanje fizioterapevtov o promociji zdravja (F1, F2 in F3) in štirimi faktorji iz sklopa Preverjanje/ocenjevanje (F7, F8, F9 in F10). Pri preverjanju smo uporabili Spearmanov koeficient korelacije. Rezultati analize o povezanosti med faktorjem F1 in štirimi faktorji iz sklopa Preverjanje/ocenjevanje kažejo na šibko pozitivno, statistično pomembno povezanost s faktorji: F7 ($\rho = 0,321$, $p = 0,001$), F8 ($\rho = 0,348$, $p = 0,001$), F9 ($\rho = 0,375$; $p = 0,001$) in F10 ($\rho = 0,324$, $p = 0,001$). Sklepamo lahko, da fizioterapevti z več znanja o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja pogosteje zbirajo anamnestične podatke o pacientu/klientu, ocenjujejo njegovo stanje, izvajajo antropometrične meritve in preverjajo biometrične in biokemične dejavnike.

Rezultati o povezanosti faktorja F2 s tremi faktorji iz sklopa Preverjanje/ocenjevanje kažejo na neznatno pozitivno in statistično značilno povezanost (F7: $\rho = 0,147$, $p = 0,049$; F8: $\rho = 0,195$, $p = 0,010$; F9: $\rho = 0,192$, $p = 0,011$). Na podlagi rezultatov domnevamo, da obstaja neznatna oziroma ne obstaja povezanost med večjim poznavanjem širših ciljev

promocije zdravja in pogostejšim zbiranjem anamnestičnih podatkov, celovitim ocenjevanjem stanja ter antropometričnim merjenjem. Ker povezanost med znanjem o širših ciljnih promocije zdravja in preverjanjem biometričnih in biokemičnih dejavnikov ni statistično pomembna (F10: $\rho = 0,131$, $p = 0,079$), ne moremo zanesljivo napovedati vrsto povezanosti med obema faktorjema za vse fizioterapevte.

Rezultati ugotavljanja povezanosti med faktorjem F3 kažejo na neznatno pozitivno povezanost s faktorji iz sklopa Preverjanje/ocenjevanje (F7: $\rho = 0,054$, $p = 0,474$; F8: $\rho = 0,100$; $p = 0,186$; F9: $\rho = 0,133$, $p = 0,079$; F10: $\rho = 0,103$, $p = 0,168$). Povezanost z vsemi štirimi faktorji ni statistično pomembna, saj je p vrednost povsod večja od 0,05, zato ne moremo sklepati o vrsti povezanosti med znanjem o ciljnih promocije zdravja na individualni ravni in pogostostjo zbiranja anamnestičnih podatkov, celovitim ocenjevanjem stanja, antropometričnim merjenjem in preverjanjem biometričnih in biokemičnih dejavnikov. Rezultati analize so predstavljeni v tabeli 22.

Tabela 22: Rezultati korelacijske analize za preverjanje prve hipoteze

	Faktor	Faktor	F7	F8	F9	F10
		Statistične mere				
Spearmanov rho	F1	Koeficient korelacije	0,321 ^{^^}	0,348 ^{^^}	0,375 ^{^^}	0,324 ^{^^}
		p	0,001	0,001	0,001	0,001
		n	180	176	176	180
	F2	Koeficient korelacije	0,147 [^]	0,195 ^{^^}	0,192 [^]	0,131
		p	0,049	0,010	0,011	0,079
		n	180	176	176	180
	F3	Koeficient korelacije	0,054	0,100	0,133	0,103
		p	0,474	0,186	0,079	0,168
		n	180	176	176	180

Pomen faktorjev: **F1**- Znanje o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja; **F2**- Znanje o širših ciljnih promocije zdravja; **F3**- Znanje o ciljnih promocije zdravja na individualni ravni, **F7**- Zbiranje anamnestičnih podatkov; **F8**- Celovita ocena stanja; **F9**- Antropometrične meritve; **F10**- Preverjanje biometričnih in biokemičnih dejavnikov.

Legenda: n-število odgovorov; p-statistična značilnost; ^{^^}- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,01$; [^]- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,05$.

Na osnovi rezultatov prve hipoteze ne moremo ne v celoti potrditi ne v celoti zavrniti. Lahko potrdimo, da fizioterapevti z več znanja o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja pogosteje zbirajo anamnestične podatke o pacientu/klientu, ocenjujejo njegovo stanje, izvajajo antropometrične meritve in preverjajo biometrične in biokemične dejavnike. Ne moremo pa potrditi, da fizioterapevti, ki bolje poznajo širše cilje promocije zdravja in imajo več znanja o ciljnih promocije zdravja na individualni

ravni, tudi pogosteje zbirajo anamnestične podatke, celovito ocenjujejo stanje, izvajajo antropometrične meritve ter preverjajo biometrične in biokemične dejavnike.

H2: Fizioterapevti, ki imajo več znanja o promociji zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo promocijske intervencije kot tisti, ki imajo manj znanja o promociji zdravja.

Pri drugi hipotezi smo želeli preveriti povezanost med tremi faktorji iz sklopa Znanje fizioterapevtov o promociji zdravja (F1, F2 in F3) in tremi faktorji iz sklopa Intervencije (F11, F12 in F13). S Spearmanovo korelacijsko analizo smo ugotovili šibko, statistično pomembno, pozitivno povezanost med faktorjem F1 in faktorji: F11 ($\rho = 0,379$, $p = 0,001$), F12 ($\rho = 0,392$, $p = 0,001$), F13 ($\rho = 0,393$, $p = 0,001$). Sklepamo, da fizioterapevti, ki imajo več znanja o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja, tudi pogosteje obravnavajo telesno nedejavnost, motnje, povezane s stresom in spanjem ter nezdrava vedenja svojih pacientov/klientov.

Rezultati analize so pokazali zelo šibko pozitivno povezanost med faktorjem F2 in vsemi tremi faktorji iz sklopa Intervencije (F11: $\rho = 0,225$, $p = 0,003$; F12: $\rho = 0,216$, $p = 0,004$; F13: $\rho = 0,309$, $p = 0,001$). Ker je povezanost statistično značilna, sklepamo, da fizioterapevti z več znanja o širših ciljih promocije zdravja pogosteje obravnavajo telesno nedejavnost, nezdrava vedenja ter stres in motnje spanja.

Rezultati povezanosti med faktorjem F3 in faktorjem F13 iz sklopa Intervencije kažejo na neznatno pozitivno in statistično značilno povezanost (F13: $\rho = 0,190$, $p = 0,011$). Domnevamo, da obstaja neznatna oziroma ne obstaja povezanost med večjim znanjem o ciljih promocije zdravja na individualni ravni in pogostejšo obravnavo telesne nedejavnosti. Ne moremo pa zanesljivo napovedati vrste povezanosti med znanjem o ciljih promocije zdravja na individualni ravni in pogostostjo obravnave nezdravih vedenj (F11: $\rho = 0,112$, $p = 0,135$) ter stresa in spanja (F12: $\rho = 0,139$, $p = 0,064$), ker je povezanost v obeh primerih statistično nepomembna. Rezultati so predstavljeni v tabeli 23.

Tabela 23: Rezultati korelacijske analize za preverjanje druge hipoteze

	Faktor	Faktor	F11	F12	F13
		Statistične mere			
Spearmanov rho	F1	Koeficient korelacije	0,379 ^{**}	0,392 ^{**}	0,393 ^{**}
		p	0,001	0,001	0,001
		n	178	178	179
	F2	Koeficient korelacije	0,225 ^{**}	0,216 ^{**}	0,309 ^{**}
		p	0,003	0,004	0,001
		n	178	178	179
	F3	Koeficient korelacije	0,112	0,139	0,190 [*]
		p	0,135	0,064	0,011
		n	178	178	179

Pomen faktorjev: **F1**- Znanje o determinantah zdravlja in področjih delovanja promocije zdravlja; **F2**- Znanje o širših ciljih promocije zdravlja; **F3**- Znanje o ciljih promocije zdravlja na individualni ravni, **F11**- Obravnava nezdravih vedenj; **F12**- Obravnava stresa in motenj spanja; **F13**- Obravnava telesne nedejavnosti.

Legenda: n-število odgovorov; p-statistična značilnost; p^{**}- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,01$; p^{*}- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,05$.

Na osnovi rezultatov smo drugo hipotezo delno potrdili, delno zavrnili. Potrdili smo, da fizioterapevti, ki imajo več znanja o determinantah zdravlja in področjih delovanja promocije zdravlja ter o njenih širših ciljih, tudi pogosteje obravnavajo telesno nedejavnost, motnje, povezane s stresom in spanjem ter nezdrava vedenja svojih pacientov/klientov. Zavrnili smo, da fizioterapevti z večjim znanjem o ciljih promocije zdravlja na individualni ravni pogosteje obravnavajo telesno nedejavnost, nezdrava vedenja ter stres in motnje spanja.

H3: Fizioterapevti, ki imajo več znanja o promociji zdravlja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo teoretične modele za podkrepitev vedenja in motiviranje kot tisti, ki imajo manj znanja o promociji zdravlja.

Pri preverjanju tretje hipoteze smo raziskali povezanost med faktorjem Teoretični modeli (F14) in med tremi faktorji iz sklopa Znanje fizioterapevtov o promociji zdravlja (F1, F2, F3). S Spearmanovo korelacijsko analizo (tabela 24) smo ugotovili, da je faktor F14 statistično značilno zmerno pozitivno povezan s faktorjem F1 ($\rho = 0,405$, $p = 0,001$), na podlagi česar lahko sklepamo, da fizioterapevti, ki imajo več znanja o determinantah zdravlja in področjih delovanja promocije zdravlja, pogosteje uporabljajo teoretične modele za podkrepitev vedenja in motiviranje pacientov/klientov. Rezultati kažejo, da je faktor F14 neznatno pozitivno povezan s faktorjem F2 ($\rho = 0,139$, $p = 0,074$). Povezava ni statistično značilna, saj je $p > 0,05$, zato ne moremo posploševati rezultata, ki smo ga dobili. Faktor F14 je neznatno pozitivno povezan tudi s faktorjem F3 ($\rho = 0,002$, $p =$

0,975), vendar povezava zopet ni statistično značilna, saj je $p > 0,05$, kar pomeni, da ne moremo z gotovostjo sklepati o vrsti povezanosti med faktorjema.

Tabela 24: Rezultati korelacijske analize za preverjanje tretje hipoteze

Teoretični modeli	F1			F2			D		
	Koeficient korelacije	p	n	Koeficient korelacije	p	n	Koeficient korelacije	p	n
	0,405 ^{**}	0,001	165	0,139	0,074	165	0,002	0,975	165

Pomen faktorjev: **F1**- Znanje o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja; **F2**- Znanje o širših ciljnih promocije zdravja; **F3**- Znanje o ciljnih promocije zdravja na individualni ravni.

Legenda: n-število odgovorov; p-statistična značilnost; p^{**} - korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,01$; p^{*} - korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,05$.

Na podlagi rezultatov smo tretjo hipotezo delno potrdili, delno zavrnili. Potrdili smo, da fizioterapevti, ki imajo več znanja o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja, pogosteje uporabljajo teoretične modele za podkrepitev vedenja in motiviranje pacientov/klientov. Zavrnili smo, da fizioterapevti z več znanja o širših ter individualnih ciljnih promocije zdravja pogosteje uporabljajo teoretične modele za podkrepitev vedenja in motiviranje pacientov/klientov.

H4: Fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do promocije zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo presejanje za dejavnike življenjskega sloga kot tisti, ki imajo manj pozitivna stališča do promocije zdravja.

Četrto hipotezo smo preverjali tako, da smo s Spearmanovim koeficientom korelacije ugotavljali povezanost med faktorjem F4 in faktorji: F7 ($\rho = 0,172$, $p = 0,021$), F8 ($\rho = 0,251$, $p = 0,001$), F9 ($\rho = 0,035$; $p = 0,642$) in F10 ($\rho = 0,151$, $p = 0,043$). Rezultati kažejo na neznatno pozitivno povezanost s tremi faktorji iz sklopa Preverjanje/ocenjevanje (F7, F9 in F10). Domnevamo, da je povezanost med bolj pozitivnimi stališči do promocije zdravih vedenj in pogostejšim zbiranjem anamnestičnih podatkov ter preverjanjem biometričnih in biokemičnih dejavnikov neznatna oziroma je ni. Ne moremo pa zanesljivo sklepati o povezanosti stališč do promocije zdravih vedenj z antropometričnimi meritvami, saj je vrednost p večja od 0,05 ($p = 0,642$). Sklepamo tudi, da fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do promocije zdravih vedenj, nekoliko pogosteje izvajajo celovito oceno stanja, saj je bila povezanost med faktorjema šibka v pozitivno smer in statistično značilna ($\rho = 0,251$, $p = 0,001$).

Povezanost faktorja F5 s faktorjema F7 in F8 je šibko pozitivna, saj znaša $\rho = 0,281$ in $p = 0,259$. Ker je p vrednost v obeh primerih manjša od 0,05 ($p = 0,001$), sklepamo, da so pozitivna stališča do lastne vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga povezana s pogostejšim zbiranjem anamnestičnih podatkov in ocenjevanjem stanja pacientov/klientov. Povezanost med faktorjem F5 in faktorjema F9 in F10 je neznatna v pozitivno smer ($\rho = 0,157$ in $\rho = 0,185$) in statistično značilna ($p = 0,037$ in $p = 0,013$, $p < 0,05$), kar razumemo, kot da je povezanost med pozitivnimi stališči fizioterapevtov do lastne vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga in pogostejšim izvajanjem antropometričnih meritev ter preverjanjem biometričnih in biokemičnih dejavnikov neznatna oziroma je ni.

Analiza povezanosti med faktorjem F6 in vsemi štirimi faktorji iz sklopa Preverjanje/ocenjevanje je pokazala šibko pozitivno povezanost. Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da so pozitivna stališča fizioterapevtov do pomena promocije zdravja v fizioterapiji povezana s pogostejšim zbiranjem anamnestičnih podatkov (F7: $\rho = 0,270$, $p = 0,001$), ocenjevanjem celovitega stanja (F8: $\rho = 0,369$, $p = 0,001$), izvajanjem antropometričnih meritev (F9: $\rho = 0,307$, $p = 0,001$) in preverjanjem biometričnih in biokemičnih dejavnikov (F10: $\rho = 0,316$, $p = 0,001$) (tabela 25).

Tabela 25: Rezultati korelacijske analize za preverjanje četrte hipoteze

	Faktor	Faktor	F7	F8	F9	F10
		Statistične mere				
Spearmanov rho	F4	Koeficient korelacije	0,172 [`]	0,251 ^{``}	0,035	0,151 [`]
		p	0,021	0,001	0,642	0,043
		n	180	176	176	180
	F5	Koeficient korelacije	0,281 ^{``}	0,259 ^{``}	0,157 [`]	0,185 [`]
		p	0,001	0,001	0,037	0,013
		n	180	176	176	180
	F6	Koeficient korelacije	0,270 ^{``}	0,369 ^{``}	0,307 ^{``}	0,316 ^{``}
		p	0,001	0,001	0,001	0,001
		n	180	176	176	180

Pomen faktorjev: **F4**- Stališča fizioterapevtov do promocije zdravih vedenj; **F5**- Stališča fizioterapevtov do njihove vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga; **F6**- Stališča fizioterapevtov do pomena promocije zdravja v fizioterapiji, **F7**- Zbiranje anamnestičnih podatkov; **F8**- Celovita ocena stanja; **F9**- Antropometrične meritve; **F10**- Preverjanje biometričnih in biokemičnih dejavnikov.

Legenda: n-število odgovorov; p-statistična značilnost; p^{``} - korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,01$; p[`] - korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,05$.

Na podlagi rezultatov četrte hipoteze ne moremo niti v celoti potrditi niti v celoti zavrniti. Potrdili smo, da fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do promocije zdravih vedenj, nekoliko pogosteje izvajajo celovito oceno stanja. Potrdili smo tudi, da

fizioterapevti z bolj pozitivnimi stališči do lastne vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga pogosteje zbirajo anamnestične podatke in ocenjujejo stanje pacientov/klientov ter da fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do pomena promocije zdravja v fizioterapiji, tudi pogosteje zbirajo anamnestične podatke, ocenjujejo celovito stanje pacienta/klienta, izvajajo antropometrične meritve in preverjajo biometrične in biokemične dejavnike. Zavrnili smo, da fizioterapevti z bolj pozitivnimi stališči do promocije zdravih vedenj pogosteje zbirajo anamnestične podatke ter preverjajo biometrične in biokemične dejavnike. Prav tako smo zavrnili, da fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do promocije zdravih vedenj, pogosteje izvajajo antropometrične meritve. Zavrnili smo tudi, da fizioterapevti z bolj pozitivnimi stališči do lastne vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga pogosteje izvajajo antropometrične meritve ter preverjajo biometrične in biokemične dejavnike.

H5: Fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do promocije zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo promocijske intervencije kot tisti, ki imajo manj pozitivna stališča do promocije zdravja.

Pri preverjanju pete hipoteze smo uporabili Spearmanovo korelacijsko analizo, s katero smo analizirali povezanost med stališči fizioterapevtov do promocije zdravja in pogostostjo uporabe promocijskih intervencij v praksi (tabela 26). Ugotavljali smo povezanost med faktorjem F4 in faktorji: F11 ($\rho = 0,325$, $p = 0,001$), F12 ($\rho = 0,332$, $p = 0,001$), F13 ($\rho = 0,194$, $p = 0,009$). Na podlagi rezultatov sklepamo, da so bolj pozitivna stališča do promocije zdravih vedenj povezana s pogostejšo obravnavo nezdravih vedenj ter stresa in motenj spanja, saj je povezanost šibka v pozitivni smeri in statistično pomembna. Domnevamo tudi, da je povezanost med bolj pozitivnimi stališči in pogostejšo obravnavo telesne nedejavnosti neznatna oziroma je ni.

Nadalje smo preverjali povezanost med faktorjem F5 in faktorji: F11 ($\rho = 0,205$, $p = 0,006$), F12 ($\rho = 0,226$, $p = 0,002$), F13 ($\rho = 0,321$, $p = 0,001$). Ugotovili smo šibko pozitivno in statistično značilno povezanost z vsemi tremi faktorji. Zato sklepamo, da so bolj pozitivna stališča do lastne vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga povezana s pogostejšo obravnavo nezdravih vedenj, motenj stresa in spanja ter telesne nedejavnosti.

Analiza povezanosti med faktorjem F6 je pokazala šibko pozitivno in statistično značilno povezanost z vsemi tremi faktorji iz sklopa Intervencije ($\rho = 0,352$, $p = 0,001$; $\rho = 0,301$, $p = 0,001$; $\rho = 0,284$, $p = 0,001$). Lahko torej sklepamo, da so bolj pozitivna stališča do pomena promocije zdravja v fizioterapiji povezana s pogostejšo obravnavo nezdravih vedenj, motenj stresa in spanja ter telesne nedejavnosti.

Tabela 26: Rezultati korelacijske analize za preverjanje pete hipoteze

	Faktor	Faktor	F11	F12	F13
		Statistične mere			
Spearmanov rho	F4	Koeficient korelacije	0,325 ^{**}	0,332 ^{**}	0,194 ^{**}
		p	0,001	0,001	0,009
		n	178	178	179
	F5	Koeficient korelacije	0,205 ^{**}	0,226 ^{**}	0,321 ^{**}
		p	0,006	0,002	0,001
		n	178	178	179
	F6	Koeficient korelacije	0,352 ^{**}	0,301 ^{**}	0,284 ^{**}
		p	0,001	0,001	0,001
		n	178	178	179

Pomen faktorjev: **F4**- Stališča fizioterapevtov do promocije zdravih vedenj; **F5**- Stališča fizioterapevtov do njihove vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga; **F6**- Stališča fizioterapevtov do pomena promocije zdravja v fizioterapiji; **F11**- Obravnava nezdravih vedenj; **F12**- Obravnava stresa in motenj spanja ; **F13**- Obravnava telesne nedejavnosti.

Legenda: n-število odgovorov; p-statistična značilnost; p^{**}- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,01$; p^{*}- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,05$.

Na podlagi rezultatov analize pete hipoteze ne moremo ne v celoti potrditi ne v celoti zavrniti. Potrdili smo, da fizioterapevti z bolj pozitivnimi stališči do promocije zdravih vedenj pogosteje obravnavajo nezdrava vedenja, stres in motnje spanja ter da fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do lastne vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga pogosteje obravnavajo nezdrava vedenja, motnje stresa in spanja ter telesno nedejavnost. Ravno tako smo potrdili, da fizioterapevti z bolj pozitivnimi stališči do pomena promocije zdravja v fizioterapiji pogosteje obravnavajo nezdrava vedenja, motnje stresa in spanja ter telesno nedejavnost. Nismo pa potrdili, da fizioterapevti z bolj pozitivnimi stališči do promocije zdravih vedenj pogosteje obravnavajo telesno nedejavnost.

H6: Fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do promocije zdravja, v svoji praksi pogosteje uporabljajo teoretične modele za podkrepitev vedenja in motiviranje kot tisti, ki imajo manj pozitivna stališča do promocije zdravja.

Za preverjanje šeste hipoteze smo s Spearmanovo korelacijsko analizo ugotavljali povezanost med vsakim faktorjem iz sklopa Stališča in faktorjem Teoretični modeli. Ugotovili smo, da je povezanost med faktorji F4 in F14 neznatna v pozitivno smer ($\rho = 0,088$) ter da ni statistično značilna ($p = 0,259$). Zato ne moremo sklepati o povezanosti med stališči do promocije zdravih vedenj in uporabo teoretičnih modelov v praksi. Enako smo ugotovili v zvezi s povezanostjo med stališči do lastne vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga in uporabo teoretičnih modelov, saj je bila jakost povezanosti neznatna ($\rho = 0,098$) in statistično nepomembna ($p = 0,209$). Medtem ko domnevamo, da fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do pomena promocije zdravja v fizioterapiji, pogosteje uporabljajo teoretične modele v praksi. Izkazalo se je, da je povezanost med obema faktorjema šibka ($\rho = 0,282$) in statistično značilna ($p = 0,001$). Rezultati analize so predstavljeni v tabeli 27.

Tabela 27: Rezultati korelacijske analize za preverjanje šeste hipoteze

	F4			F5			F6		
Teoretični modeli	Koeficient korelacije	p	n	Koeficient korelacije	p	n	Koeficient korelacije	p	n
		0,088	0,259	165	0,098	0,209	165	0,282 ^{**}	0,001

Pomen faktorjev: **F4**- Stališča fizioterapevtov do promocije zdravih vedenj; **F5**- Stališča fizioterapevtov do njihove vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga; **F6**- Stališča fizioterapevtov do pomena promocije zdravja v fizioterapiji.

Legenda: n-število odgovorov; p-statistična značilnost; p^{**}- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,01$; p^{*}- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,05$.

Šeste hipoteze na podlagi rezultatov ne moremo ne potrditi ne zavrniti. Potrdili smo, da fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do pomena promocije zdravja v fizioterapiji, pogosteje uporabljajo teoretične modele v praksi. Zavrnili smo, da fizioterapevti z bolj pozitivnimi stališči do promocije zdravih vedenj in do lastne vloge pri promociji zdravega življenjskega sloga, pogosteje uporabljajo teoretične modele v praksi.

3.5 RAZPRAVA

V magistrskem delu smo v hipotezah predpostavili, da so večje znanje in bolj pozitivna stališča do promocije zdravja povezani s pogostejšo uporabo le-te v vsakdanji fizioterapevtski praksi.

Naša raziskava je pokazala, da fizioterapevti promocijo zdravja večinoma poznajo in razumejo kot pristop k zdravju, ki je osredotočen na posameznika oziroma na varovanje njegovega zdravja in preprečevanje nastanka bolezni in bistveno manj kot pristop k zdravju, katerega cilji so usmerjeni v ustvarjanje boljših družbenih pogojev za zdravje posameznikov in populacij (tabela 9). Rezultati so podobni rezultatom raziskav McMahon in Connolly (2013) na Irskem ter Abaraogu, et al. (2019) v Nigeriji, kjer se je izkazalo, da imajo fizioterapevti pretežno tradicionalni pogled na promocijo zdravja kot na zdravstveno vzgojo za ohranjanje in izboljšanje zdravstvenega stanja posameznikov in preventivo bolezni. V raziskavi se je izkazalo, da malo več kot polovica fizioterapevtov pozna temeljne koncepte in načela promocije zdravja in malo manj kot polovica njena ključna delovna področja (tabela 10). Na Irskem precej višji delež fizioterapevtov kot v naši raziskavi pozna temeljne koncepte promocije zdravja (67,1 %) in nekoliko manjši delež njena področja dela (40,1 %) (McMahon & Connolly, 2013). V Nigeriji temeljne koncepte promocije zdravja pozna 74,1 %, njena delovna področja pa 64,2 % fizioterapevtov (Abaraogu, et al., 2019). Zdravje in dobro počutje ljudi določajo individualne in strukturne okoliščine. Fizioterapevti v pričujoči raziskavi ne poznajo najbolje dejavnikov, ki določajo zdravje posameznika, saj jih je v raziskavi manj kot polovica ocenila lastno poznavanje kot dobro ali zelo dobro. Do podobnih zaključkov sta na Irskem prišli tudi McMahon in Connolly (2013), le delež fizioterapevtov, ki so poznali biološke determinante zdravja, je bil višji kot pri nas (tabela 10). V Nigeriji so se fizioterapevti izkazali s precej boljším poznavanjem določilnic zdravja (Abaraogu, et al., 2019). V prvih treh hipotezah smo preverjali, ali je več znanja o promociji zdravja povezano s pogostejšo uporabo presejanja za dejavnike življenjskega sloga ter pogostejšo uporabo z vedenjsko teorijo podprtih intervencij promocije zdravja v praksi. Izsledki naše raziskave so pokazali, da fizioterapevti, ki imajo več znanja o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja, tudi pogosteje ocenjujejo zdravje posameznika, uporabljajo presejanje za dejavnike tveganja za KNB in intervencije promocije zdravja, ki jih tudi pogosteje podprejo s teoretičnimi modeli. Odkrili smo tudi šibko pozitivno in statistično pomembno povezanost med poznavanjem širših ciljev promocije zdravja in obravnavo nezdravih vedenj, telesne nedejavnosti, stresa in spanja, nismo pa dokazali znatno pozitivne ali statistično pomembne povezanosti z zbiranjem anamnestičnih podatkov, celovitim ocenjevanjem stanja, antropometričnim merjenjem, preverjanjem

biometričnih in biokemičnih dejavnikov ter uporabo vedenjskih teorij. Ugotovili smo tudi, da boljše poznavanje individualnih strategij promocije zdravja ni statistično pomembno povezano z zbiranjem podatkov o pacientu/klientu in ocenjevanjem ter pogostostjo s teorijo podprte obravnave različnih motenj in tveganih vedenj (tabela 22, 23, 24). Rezultati pritrjujejo mnenju Bezner (2015) in Magnusson, et al. (2019), da za integracijo promocije zdravja v prakso, fizioterapevti morajo znati prepoznati in upoštevati vpliv okolijskih in socialnih dejavnikov ter dimenzije dobrega počutja in vseživljenjski vidik zdravja, saj čas izpostavljenosti različnim dejavnikom in akumulacija izpostavljenosti skozi čas ravno tako vplivata na kratko- in dolgoročno zdravje. Rezultati pritrjujejo tudi mnenju Morris in Jenkins (2018), ki navajata, da kliniki za izvajanje promocije zdravja potrebujejo tudi poglobljeno razumevanje ključnih terminov in konceptov, povezanih s promocijo zdravja. Še posebej, ker veliko teh konceptov ni širše poznanih. Taukobong, et al. (2015) menijo, da pomanjkljivo poznavanje načel promocije zdravja predstavlja oviro za njeno integracijo v prakso. Fizioterapevti na Irskem in v Nigeriji so izpostavili pomanjkljivo znanje o promociji zdravja, ki so ga pridobili v okviru dodiplomskega izobraževanja za poklic (McMahon & Connolly, 2013; Abaraogu, et al., 2019). Izsledki raziskav v magistrskem delu nas napeljujejo v sklepanje, da izobraževalni programi ne zagotavljajo enakih standardov strokovne usposobljenosti za izvajanje promocije zdravja. Temu pritrjujejo tudi Mokwena in Phetlhe (2015) in Magnusson, et al. (2020), ki ugotavljajo, da kurikuli izobraževalnih programov zelo variirajo po vključenosti promocije zdravja. Učni načrti se razlikujejo po širini in globini vključenih promocijskih vsebin, odvisno od pomena, ki ga posamezna izobraževalna ustanova daje promociji zdravja. Bodner, et al. (2013) ter Mokwena in Phetlhe (2015) dodajajo, da obstajajo razlike tudi v učnih metodah, usposobljenosti predavateljev in kliničnih mentorjev na področju promocije zdravja ter v praktičnem usposabljanju študentov, ki da so mnogokrat pomanjkljivi. Morris in Jenkins (2018) poudarjata, da je potrebno povečati tudi obseg in izboljšati kakovost podiplomskih izobraževanj s področja promocije zdravja. V prid tezi, da tudi med podiplomskimi izobraževalnimi programi obstaja pomanjkanje razumevanja, kaj promocija zdravja je in kaj vključuje, govori tudi naša raziskava, saj je kar 40 % fizioterapevtov navedlo, da so se v zadnjih petih letih dodatno izobraževali na področju promocije zdravja (tabela 8). Ob tem McMahon in Connolly (2013) navajata, da je z vidika prakse promocije zdravja problematična tudi obstoječa

definicija promocije zdravja, saj je ne opredeljuje in ne opisuje dovolj dobro oziroma je ne ločuje dovolj od drugih z zdravjem povezanih konceptov, kot je na primer zdravstvena vzgoja. Poudarjata, da je definicijo potrebno redefinirati v smeri jasnejšega razumevanja prakse promocije zdravja.

V raziskavi smo ugotavljali napovedno moč stališč do promocije zdravja ter spremenljivk, ki se nanašajo na uporabo presejanja za dejavnike tveganja za KNB, uporabo intervencij promocije zdravje in teoretičnih konstruktov za spreminjanje vedenja in motiviranje v praksi. Ugotovili smo, da fizioterapevti v naši raziskavi nimajo stališč do promocije zdravja (tabela 12). Virt Nemanič (2016) navaja, da imamo nevtralna stališča, če nam je za nekaj vseeno. Dve tretjini fizioterapevtov meni, da je promocija zdravja temeljni del fizioterapije in da imajo fizioterapevti boljše možnosti za izvajanje promocije zdravja v primerjavi z drugimi strokami (tabela 12). Za razliko od fizioterapevtov na Irskem, v Južni Afriki, Gani, Zambiji in Nigeriji, ki imajo pozitivna stališča do promocije zdravja in kjer se okoli 85 % ali več fizioterapevtov strinja, da je promocija zdravja temeljni del fizioterapije (McMahon & Connolly, 2013; Taukobong, et al., 2015; Boakye, et al., 2018; Kapapa, 2018; Abaraogu, et al., 2019). Na Irskem in v Nigeriji je velika večina fizioterapevtov mnenja, da imajo fizioterapevti idealne možnosti za izvajanje promocije zdravja (McMahon & Connolly, 2013; Abaraogu, et al., 2019). Malo manj kot dve tretjini fizioterapevtov v pričujoči raziskavi navaja, da bi moralo izvajanje promocije zdravja biti zahtevano v vladnih politikah (tabela 12). Delež irskih fizioterapevtov, ki menijo enako, je podoben našemu, v Nigeriji pa je delež fizioterapevtov, ki tako menijo, za desetino višji (McMahon & Connolly, 2013; Abaraogu, et al., 2019). Manj kot polovica fizioterapevtov v raziskavi meni, da je promocija zdravja dobro podprta z znanstvenimi dokazi, dobra tretjina o tem sploh nima stališča (tabela 12). Do podobnih rezultatov so prišli tudi v Nigeriji, kjer se je s trditvijo strinjalo 48,7 % fizioterapevtov, tretjina jih je bila nevtralnega mnenja (Abaraogu, et al., 2019). Frantz (2008) je že pred 13. leti poudarjal, da obstaja zadostno število znanstvenih izsledkov, ki dokazujejo vpliv promocije zdravja na izboljšanje zdravja prebivalstva. Fizioterapevtom je svetoval, da pri kliničnem odločanju o promocijskih dejavnostih uporabljajo dokaze iz različnih virov ter le-te tudi kritično reflektirajo. Polovica fizioterapevtov v raziskavi je menilo, da imajo fizioterapevti preveč dela, da bi lahko izvajali promocijo zdravja (tabela 12). Rezultati se skladajo z rezultati v raziskavi McMahon in Connolly (2013), v kateri je skoraj dve tretjini

respondentov označilo pomanjkanje časa in kadrov kot primarna zaviralna dejavnika za implementacijo promocije zdravja v praksi. Taukobong, et al. (2015) so ugotovili, da so pozitivna stališča fizioterapevtov do promocije zdravja pomembno povezana z njeno pogostejšo uporabo v praksi. Raziskava je pokazala, da fizioterapevti z bolj pozitivnimi stališči do pomena promocije zdravja v fizioterapiji pogosteje preverjajo posameznikovo zdravje, ocenjujejo dejavnike življenjskega sloga ter obravnavajo nezdrava vedenja, vključno s telesno nedejavnostjo. Fizioterapevti, ki imajo pozitivna stališča do pomena promocije zdravja, tudi pogosteje uporabljajo teoretične konstrukte za spodbujanje sprememb vedenja (tabela 25, 26, 27).

V raziskavi smo ugotovili, da fizioterapevti sebe pozitivno dojemajo v vlogi promotorjev zdravega življenjskega sloga. Velika večina se je strinjala, da bi morali fizioterapevti biti vzor zdravega vedenja, da bi lahko delili zdravstvene nasvete in da bi vsi fizioterapevti morali promovirati zdrav življenjski slog (tabela 12). Do zelo podobnih zaključkov so prišli tudi na Irskem in v Nigeriji (McMahon & Connolly, 2013; Abaraogu, et al., 2019). Pri preverjanju hipotez se je izkazalo, da fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do lastne vloge pri promociji zdravega sloga življenja, pogosteje izvajajo anamnezo in celovito oceno stanja, vendar smo ugotovili, da ne izvajajo pogosteje antropometričnih meritev in ne preverjajo pogosteje biometričnih in biokemičnih dejavnikov, saj je bila povezanost neznatna. Prav tako smo ugotovili statistično nepomembno povezanost z uporabo teoretičnih modelov. Pokazalo se je tudi, da so pozitivna stališča povezana s pogostejšo obravnavo nezdravih vedenj pacientov/klientov, stresa, motenj spanja in telesne nedejavnosti (tabela 25, 26, 27). Tuje raziskave kažejo, da fizioterapevti, ki se sami zdravo vedejo, z večjo verjetnostjo promovirajo tovrstna vedenja svojim pacientom/klientom ter da so zdrava vedenja strokovnjakov motivacijski dejavnik za pacienta/klienta, da lažje spremeni svoje z zdravjem povezano vedenje (Black, et al., 2012; Fink, et al., 2014). Tudi pacienti menijo, da bi se fizioterapevti morali vesti tako, kot pričakujejo, da se bodo obnašali pacienti (Black, et al., 2016). V raziskavi, v kateri so raziskovali zdravstvena vedenja fizioterapevtov v južni Pensilvaniji, so ugotovili, da večina fizioterapevtov ni prekoračila priporočil glede tedenske porabe alkohola (90,9 %) in ni kadila (98,9 %). Vendar je manjši delež fizioterapevtov poročal o primernem spanju (57 %), uravnoveženi prehrani (69 %), učinkovitem obvladovanju stresa (81 %) in ustrezni telesni dejavnosti (44 %) (Fink, et al., 2014). Lowe, et al. (2017) so na primer poročali,

da kar 38 % fizioterapevtov, ki so sodelovali v njihovi raziskavi, ni dosegalo priporočil za telesno dejavnost.

Izsledki raziskave kažejo, da imajo fizioterapevti pozitivna stališča do promocije telesne dejavnosti, zdrave telesne teže, zdravih spalnih navad in optimalnega stresa, medtem ko imajo nevtralna stališča do promocije zdravega prehranjevanja, opuščanja oziroma abstinence kajenja in pretiranega pitja alkohola (tabela 13). O'Donoghue, et al. (2014) navajajo, da irski fizioterapevti verjamejo, da bi se pacientom zdelo nesprejemljivo, če bi jih spraševali o prehranskih, kadilskih in pivskih navadah, ker da takšna vprašanja ne sodijo v tradicionalno vlogo poklica. Poleg tega fizioterapevtom primanjkuje znanja in ekspertize na teh področjih. V presečni raziskavi, v kateri so preučevali mnenja pacientov glede fizioterapevskega svetovanja o zdravstvenih vedenjih, so Black, et al. (2016) ugotovili, da se ti v večini strinjajo, da imajo fizioterapevti pomembno vlogo pri svetovanju o telesni dejavnosti in ohranjanju zdrave telesne teže. Ugotovili so tudi, da jih okoli polovica meni, da bi jim fizioterapevti morali svetovati tudi pri abstinenci kajenja. Medtem ko se le tretjina strinja s tem, da je uživanje sadja in zelenjave primerna tema za pogovor s fizioterapevtom. Po mnenju Black, et al. (2016) pacienti, bodisi ne dojemajo uživanja sadja in zelenjave kot pomembnega zdravstvenega vedenja, ali menijo, da tovrstni pogovori ne sodijo v področje dela fizioterapevtov. V naši raziskavi se je pokazalo, da fizioterapevti, ki imajo bolj pozitivna stališča do promocije zdravih vedenj, pogosteje izvajajo celovito oceno stanja posameznika in obravnavajo prekomerno pitje alkohola, kajenje, nezdravo prehranjevanje, prekomerno telesno težo ter motnje, povezane s stresom in spanjem. Nismo pa dokazali znatne pozitivne ali statistično pomembne povezanosti s pogostejšim zbiranjem anamneze, preverjanjem biometričnih in biokemičnih dejavnikov, antropometričnim merjenjem in uporabo teoretičnih modelov (tabela 25, 26, 27). Snodgrass, et al. (2014) so v raziskavi med avstralskimi fizioterapevti, v kateri so raziskovali njihovo znanje, stališča, vrednote in prakso, ugotovili pozitivno povezavo stališč do obravnave prekomerne telesne teže in debelosti z njeno dejansko obravnavo. Pričakovali smo, da bodo bolj pozitivna stališča do promocije zdravih vedenj znatno povezana tudi s pogostejšo obravnavo telesne nedejavnosti, saj so fizioterapevti strokovnjaki za gibanje in funkcijo in so usposobljeni za predpisovanje telesne vadbe. Povezanost je bila pozitivna, statistično značilna, vendar neznatna (tabela 26). Zato domnevamo, da pozitivna stališča do promocije zdravih vedenj niso povezana tudi s

pogostejšo obravnavo telesne nedejavnosti. Tuje raziskave, pa nasprotno, ugotavljajo, da so stališča do promocije telesne dejavnosti pozitivno povezana z njeno promocijo, tako med fizioterapevti kot med drugimi zdravstvenimi delavci (Huijg, et al., 2015; Freene, et al., 2017). Vzroke zakaj, navkljub naklonjenosti, fizioterapevti v naši raziskavi ne promovirajo telesne dejavnosti v večji meri, je najbrž iskati v tradicionalnem »kurativnem« modelu obravnave, v katerem fizioterapevti zdravijo specifične gibalne oziroma funkcijske težave, v nezadostnem poznavanju promocije zdravja in smernic za telesno dejavnost ter pomanjkanju časa in kadra.

Da lahko uporabijo presejanje za KNB ter ozaveščajo in svetujejo pacientom/klientom na način, ki je podprt z dokazi, morajo fizioterapevti posedovati ustrezna znanja o smernicah in priporočilih za zdravje. V raziskavi smo preverjali, v kolikšni meri fizioterapevti poznajo smernice za telesno dejavnost, obvladovanje debelosti ter priporočila zdravega prehranjevanja za otroke in odrasle. Ugotovili smo, da je malo manj kot polovica fizioterapevtov pravilno odgovorila na dve vprašanji o smernicah za telesno dejavnost odraslih in starejših ter nekaj več kot tretjina na dve vprašanji o smernicah za telesno dejavnost otrok in mladostnikov (tabela 11). Pomanjkljivo poznavanje smernic za telesno dejavnost je ugotovila tudi raziskava v Belgiji, kjer so anketirani fizioterapevti znali v povprečju navesti 1,92 od štirih priporočil za telesno dejavnost za odrasle in 2,07 od štirih priporočil za otroke (Mouton, et al., 2014). Ugotovitve raziskav kažejo v prid mnenju Mouton, et al. (2014), da izobraževalni programi pogosto ne ponujajo osnov telesne dejavnosti ali jih ne poudarjajo v zadostni meri. Slednje je pokazala tudi anketa med predavatelji na dodiplomskem študiju fizioterapije na štirih irskih fakultetah, v kateri so ugotovili, da je zgolj 7 % učiteljev predavalo študentom o priporočilih za telesno dejavnost (O'Donoghue, et al., 2012). Naša raziskava je pokazala, da fizioterapevti ne ločijo definicije prekomerne telesne teže in definicije debelosti, ne pri odraslih ne pri otrocih, saj je manj kot četrtnina anketirancev pravilno odgovorila na vprašanje o telesni teži pri odraslih in manj kot desetina na vprašanje o telesni teži pri otrocih (tabela 11). Leta 2016 je imelo v Sloveniji 39 % odraslih prebivalcev prekomerno telesno težo, približno 17 % je bilo debelih (Zdravstveni statistični letopis Slovenije, 2019). Mohan, et al. (2012) pišejo, da ima na Irskem vsak 4. pacient v fizioterapevtski obravnavi težave s telesno težo. Zato morajo osnovne antropometrične mere (ITM, obseg pasu, razmerje med obsegom pasu in bokov) biti osrednja komponenta fizioterapevtskega ocenjevanja, saj

zagotavljajo ključne podatke za oceno tveganja za zdravje. Snodgrass, et al. (2014) navajajo, da je obravnava prekomerne telesne teže in debelosti v fizioterapevtski praksi pomembno povezana z dodiplomskim izobraževanjem. Velika poraba soli je pomemben spremenljiv dejavnik tveganja za nastanek visokega krvnega tlaka in posledično razvoj srčno-žilnih obolenj. Jackson, et al. (2016) pišejo, da je odločitev posameznika o redukciji vnosa soli povezana s prejemom nasveta od zdravstvenega delavca, ne glede na sociodemografske in zdravstvene značilnosti. Fizioterapevti v pričujoči raziskavi so pokazali pomanjkljivo poznavanje referenčnih vrednosti vnosa soli, saj je pravilne vrednosti za odrasle ugotovilo malo manj kot dve tretjini anketiranih, za otroke pa le slaba tretjina (tabela 11).

Iz naše raziskave je razvidno, da fizioterapevti preferirajo tradicionalne načine zbiranja podatkov o pacientu/klientu, saj najpogosteje jemljejo zdravstveno anamnezo, ocenjujejo funkcijski status in raven telesne dejavnosti posameznika ter preverjajo uživanje zdravil. Le okrog polovico zanimajo tudi družinska, socialna in okolijska anamneza o posamezniku. Fizioterapevti najpogosteje uporabijo presejanje za stopnjo telesne dejavnosti, saj jo pogosto ali redno ocenjuje skoraj tri četrtine. Občasno preverjajo krvni tlak in ocenjujejo telesne sisteme, stopnjo stresa, subjektivno počutje ter kakovost življenja. Redko preverjajo vrednosti sladkorja in holesterola v krvi, izvajajo antropometrične meritve ter ocenjujejo spalne navade in socialno participacijo pacientov/klientov. Skoraj nikoli ne ocenjujejo prehranskega statusa, kadilskega statusa in rabe alkohola (tabela 14). Lowe, et al. (2017) opozarjajo na problem različnega definiranja oziroma razlaganja pojma »ocenjevanje« med fizioterapevti, zaradi česar je oteženo primerjanje posameznih praks med seboj. Poudarjajo, da je ocenjevanje lahko formalno ali neformalno. Formalno ocenjevanje vključuje uporabo standardiziranega ocenjevalnega protokola, zato njegova izvedba vzame več časa in ni najbolj priljubljeno v klinični praksi. Neformalne oblike ocenjevanja so hitrejše, vendar niso zanesljive in so manj primerne za merjenje sprememb. Snodgrass, et al. (2014) so na primer v Avstraliji ugotovili, da se fizioterapevti raje poslužujejo neformalnih načinov ocenjevanja prekomerne telesne teže in debelosti, saj jih večina opravi presejanje z opazovanjem in le manjšina z določanjem antropoloških mer. V raziskavi Mohan, et al. (2012) med irskimi fizioterapevti, so ti navedli, da slabo poznajo objektivne načine merjenja telesne dejavnosti. Burniston, et al. (2012) in Dean, et al. (2014b) poudarjajo, da je potrebno

kompetencam za ocenjevanje zdravja in zdravstvenih vedenj v učnih načrtih dati enak pomen kot kompetencam za ocenjevanje okvar/e.

Fizioterapevti najpogosteje obravnavajo telesno nedejavnost in sedentarni življenjski slog pacientov/klientov. Svojim pacientom/klientom občasno pomagajo pri obvladovanju telesne teže. Le tretjina fizioterapevtov rutinsko obravnava motnje spanja in motnje zaradi stresa ter manj kot četrtnina nezdrave prehranjevalne navade. Fizioterapevti zelo redko pomagajo pacientom/klientom pri opuščanju in abstinenci kajenja in pitja alkohola (tabela 15). Taukobong, et al. (2013) in Snodgrass, et al. (2014) navajajo, da sta fizioterapevtova samoučinkovitost oziroma stopnja njegove samozavesti tisti, ki vplivata na stopnjo integriranosti promocije zdravja v njegovi praksi. Bezner (2015) med ovire za izvajanje promocije zdravja prišteva še osredotočenost na sekundarno in terciarno preventivo ter slabo osveščenost pacientov, laične in strokovne javnosti o vlogi fizioterapije v promociji zdravja.

Promotorji zdravja potrebujejo kredibilne dokaze za izbor ustreznih promocijskih intervencij in evalvacijo njihove učinkovitosti. Čeprav raziskave ugotavljajo, da imajo fizioterapevti povečini pozitivna stališča do uporabe izsledkov raziskav v praksi, obstaja razkorak med stališči fizioterapevtov in dejanskim izvajanjem z dokazi podprte prakse (Scurlock-Evans, et al., 2014). Zadro, et al. (2019) so na primer v sistematičnem pregledu 94 raziskav ugotovili, da pri obravnavi kostno-mišičnih stanj mnogi fizioterapevti ne sledijo z dokazi podprtim smernicam, saj jih le polovica izbere priporočene postopke zdravljenja. Literatura o povezanosti fizioterapije in promocije zdravja bolj navaja podatke o stopnji poznavanja različnih smernic in priporočil za promocijo zdravih vedenj kot stopnjo uporabe le-teh. V naši raziskavi je skoraj dve tretjini fizioterapevtov navedlo, da pogosto ali vedno uporabljajo smernice za telesno dejavnost, okoli četrtnina pa občasno (tabela 18). Glede na to, da je manj kot polovica anketirancev izkazala dobro poznavanje smernic za telesno dejavnost odraslih in malo več kot tretjina poznavanje smernic za telesno dejavnost otrok in mladostnikov, domnevamo, da so respondenti odgovarjali na »družbeno zaželen način«, saj se od fizioterapevtov pričakuje izvajanje z dokazi podprte prakse. Glede ostalih priporočil in smernic smo ugotovili, da priporočila za higieno spanja in smernice za obravnavo stanj, povezanih s stresom rutinsko uporablja tretjina anketirancev, smernice za zdravo prehrano četrtnina. Fizioterapevti zelo redko oziroma

skoraj nikoli ne uporabljajo smernic za preprečevanje kajenja in odvisnosti od tobaka in smernic za pomoč v primeru tvegane in škodljivega pitja alkohola (tabela 19).

Raziskava je pokazala, da za promocijo zdravih vedenj fizioterapevti najpogosteje uporabljajo zdravstveno vzgojo, in sicer pogovor, informiranje o bolezni, kratko individualno svetovanje, telesno vadbo in učenje vaj za doma (tabela 17). Skupno postavljanje ciljev je ena od temeljnih intervencij za uspešno fizioterapevtsko prakso (Driver, et al., 2016). V raziskavi je le polovica fizioterapevtov navedla, da jo redno uporablja. Johnson, et al. (2012) so ugotovili, da fizioterapevti v ZDA s pacienti najpogosteje skupaj oblikujejo in postavljajo cilje pri obravnavi telesne nedejavnosti, najmanj pogosto pri obravnavi kajenja. Približno polovica fizioterapevtov v raziskavi uporablja tudi individualno načrtovanje in povratno informiranje. Le okoli tretjina pri pacientih/klientih spodbuja avtonomnost pri odločanju, ugotavljanju in reševanju ovir in težav. Socialno podporo, za katero Driver, et al. (2016) pravijo, da poudarja vzpostavljanje pozitivnega terapevtskega odnosa in podpiranje pacienta/klienta na različnih ravneh, nudi približno desetina fizioterapevtov. Kunstler, et al. (2018) v pregledu literature navajajo, da jo fizioterapevti najpogosteje uporabljajo pri promociji telesne dejavnosti. Tako nizek delež v naši raziskavi je verjetno pripisati nepoznavanju metode. Precej višji delež, t. j. tri četrtine fizioterapevtov, uporablja metodo stopnjevanja vaj. Metoda je ena od najpogosteje uporabljenih za spodbujanje adherence pri obravnavi, saj s progresivnim stopnjevanjem nalog paciente/kliente podpira pri lažjem doseganju ciljev (Kunstler, et al., 2018). Čeprav se Alexander, et al. (2012) in Burniston, et al. (2012) strinjajo, da so najbolj učinkovite strategije, prilagojene posamezniku, obenem poudarjajo, da ne smemo zanemariti vloge in pomena skupinskih obravnav. V naši raziskavi je malo več kot petnajstina anketirancev navedla, da uporabljajo skupinske oblike svetovanja. Za diseminacijo edukativnih vsebin fizioterapevti najpogosteje uporabljajo ustna in pisna navodila, razlago in demonstracijo. Malo manj kot polovica jih za zbiranje informacij paciente/kliente usmerja na ustrezne spletne strani. Zloženske ali brošure uporablja tretjina fizioterapevtov, četrtina uporablja avdio- ali videoposnetke. Vodenje dnevnika pacientu/klientu svetuje okoli petina fizioterapevtov. Literatura navaja, da se dnevnik telesne dejavnosti uporablja predvsem v fazah razmišljanja in priprave na spremembo vedenja ter v fazi udeleževanja novega vedenja za izpopolnjevanje programa vadbe in da se večina uporabnikov tudi 6 tednov po zaključku obravnave spomni vsebine

zapisanega (Alexander, et al., 2012). Sms sporočila za opominjanje ali motiviranje ter sodobnejše tehnologije, kot so aplikacije, uporablja okoli desetina fizioterapevtov. Dve tretjini fizioterapevtov v naši raziskavi spremlja paciente/kliente tudi po zaključku aktivnega zdravljenja (tabela 17). Rezultat nas je nekoliko presenetil, saj je v nasprotju s tujimi ugotovitvami (Bodner, et al., 2012). Pignataro (2017) na primer navaja, da le 3 % fizioterapevtov poskrbi za nadaljnje spremljanje pri opuščanju oziroma abstinenci kajenja. Rezultat v naši raziskavi povezujemo z dejstvom, da polovica respondentov dela na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, vključno z institucionalnim varstvom, kjer so vzpostavljeni pogoji za lažje spremljanje pacientov/klientov tudi po zaključku aktivnega zdravljenja.

Za pričetek spremembe vedenja je resda pomembna izbira ustrezne intervencije, vendar je za vzdrževanje le-tega in za adherenco pri obravnavi potrebno uporabiti različne teoretične modele podkrepitve vedenja in motiviranja. Ugotovili smo, da zgolj četrtnina fizioterapevtov pozna teoretične modele spreminjanja vedenja in motiviranja, kar je podoben delež kot v ZDA (Johnson, 2006). In precej nižji delež kot v Nigeriji, kjer je delež malo nad polovico in na Irskem, kjer je malo pod polovico (McMahon & Connolly, 2013; Abaraogu, et al., 2019) (tabela 10). V naši raziskavi so fizioterapevti navedli, da promocijske dejavnosti zelo redko podkrepijo s teorijo, če že, potem najpogosteje uporabljajo model zdravstvenih prepričanj, najmanj pogosto pristopa 5A-jev in 5R-jev za odvajanje od kajenja (tabela 18). V raziskavi Johnson (2006) so ameriški fizioterapevti navedli, da pogosteje uporabljajo transteoretični model spreminjanja vedenja, redko, tako kot pri nas, pristopa 5A-jev in 5R-jev za odvajanje od kajenja. V našem vzorcu pogosteje uporabljajo teorije za spreminjanje vedenja in motiviranje tisti fizioterapevti, ki imajo večje znanje o determinantah zdravja in področjih delovanja promocije zdravja in pozitivnejša stališča do pomena promocije zdravja v stroki (tabela 24, 27). Dean, et al. (2014b) poudarjajo, da je sposobnost integriranja na dokazih podprtih strategij spreminjanja vedenja v prakso pomemben del strokovnega znanja sodobnega fizioterapevta. Glede na rezultate raziskav se, tako kot Taukobong, et al. (2013), sprašujemo, ali izobraževalni sistemi v zadostni meri pripravijo bodoče klinike za uvajanje vedenjskih teorij za spodbujanje zdravja v prakso.

Raziskava je pokazala, da se manj kot polovica fizioterapevtov redno povezuje z drugimi strokovnjaki, tako zdravstvenimi kot nezdravstvenimi, na različnih ravneh zdravstvenega varstva in/ali v različnih sektorjih in le tretjina svoje paciente/kliente pogosto ali vedno usmeri ali napoti k drugemu strokovnjaku (tabela 20). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v Minnesoti, Nigeriji in Veliki Britaniji (Johnson, et al., 2012; Abaraogu, et al. 2015; Lowe, et al., 2017). Hartley (2018) poudarja, da nihče ne pričakuje, da bodo fizioterapevti obvladali prav vsa zdravstvena področja. Avtorica dodaja, da je zato vloga fizioterapevta pri stanjih, ki potrebujejo bolj »specialistično« obravnavo, izvesti osnovno oceno stanja in pacienta/klienta usmeriti ali napotiti k drugim virom pomoči in podpore.

Raziskava ima prednosti v tem, da je prva v Sloveniji, ki je podala sliko o stanju znanja fizioterapevtov o promociji zdravja, stališčih, ki jih gojijo do nje ter o stopnji njene uporabe v fizioterapevtski praksi. Po našem vedenju je tudi edina raziskava v svetovnem merilu, ki je na celostni način raziskala znanja in stališča fizioterapevtov o vlogi in uporabi promocije zdravja in zdravstvenih vedenj v praksi. Prednost raziskave vidimo tudi v pilotnem testiranju vprašalnika, s katerim smo preliminarno ugotovili njegovo vsebinsko veljavnost in zanesljivost. Relevantnost vprašalnika smo preverjali v fazah. V prvi fazi smo s poglobljenim pregledom literature opredelili konstrukte, ki smo jih želeli meriti in poiskali validiran merski instrument, ki smo ga dopolnili z izsledki literature do končne verzije. V zadnji fazi je jasnost in razumljivost vprašalnika preverjala skupina fizioterapevtov iz različnih kliničnih okolij. Na podlagi predlogov smo oblikovali končno verzijo vprašalnika. Že v pilotni raziskavi smo tudi preizkusili zanesljivost vprašalnika z uporabo koeficienta Cronbach α , ki je za celoten vprašalnik pokazal odlično stopnjo zanesljivosti ($\alpha = 0,941$). Prednost raziskave je tudi v validaciji vprašalnika, ki smo jo izvedli na vzorcu 210 fizioterapevtov, ki delajo v praksi. Mera KMO in Bartlettov test sferičnosti, ki smo ju izračunali za vsak sklop vprašalnika posebej, sta potrdila, da je vzorčna populacija bila sprejemljiva za izvedbo eksploratorne faktorske analize. Vrednost KMO je bila za vse sklope večja od 0,80, kar kaže na odličen rezultat, tudi vrednost Bartlettovega testa je bila povsod statično značilna ($p < 0,05$). S faktorsko analizo smo dobili 14 faktorjev z 78 trditvami, ki v vsakem sklopu pojasnjujejo več kot 60 % celotne variabilnosti. Rezultati so pokazali, da je vprašalnik zanesljiv, saj je vrednost koeficienta α za celoten vprašalnik odlična ($\alpha = 0,955$), vrednosti koeficienta Cronbach α pri faktorjih se gibljejo na intervalu od 0,702 do 0,929. Prednosti vprašalnika vidimo tudi v njegovi

vsebin, ki celovito zajema glavne vidike na zdravje osredotočene fizioterapevtske prakse, kot jih priporoča literatura. Večina vprašanj ima 5-stopenjsko ocenjevalno lestvico, kar olajša odgovarjanje na trditve. Pomanjkljivosti vprašalnika so v dolžini izvedbe ter v možnosti odgovarjanja na socialno sprejemljiv način.

Raziskava ima omejitve v zmerni velikosti in nehomogeni sestavi raziskanega vzorca ter v nižji stopnji odziva, ki lahko pomenijo pristranskost izida. Nižjo odzivnost, kot smo jo pričakovali, pripisujemo tematiki, ki je za fizioterapevte najbrž manj zanimiva oziroma aktualna, dolžini anketnega vprašalnika ter načinu zbiranja podatkov, saj smo uporabili le dve metodi, splet in elektronsko pošto, in zato nismo mogli doseči vseh v izbranem vzorcu. Nehomogenost vzorca se kaže v prevladi fizioterapevtov, ki delajo na primarni ravni zdravstvenega varstva, pretežno na področjih ortopedije in geriatrije. Čeprav je bilo v nagovoru na anketo navedeno, komu je namenjena, ne moremo z gotovostjo trditi, da na vprašanja niso odgovarjali tudi posamezniki, ki po kriterijih za izbor enot v vzorec ne bi smeli, na primer študenti, upokojeni fizioterapevti ali fizioterapevti, ki ne delajo neposredno s pacienti. Omejitve raziskave so tudi v deležu neodgovorjenih vprašanj, ki je 22 %. Lozar Manfreda, et al. (2000) navajajo, da anketiranci v spletnih anketah v povprečju izpustijo 30 % vprašanj. V septembru 2020 so izšle nove smernice WHO za telesno dejavnost in sedentarno vedenje, ki se od dosedanjih smernic in nacionalnih priporočil, ki smo jih upoštevali v pričujoči raziskavi, razlikujejo pri priporočilu za trajanje aerobne telesne dejavnosti v kosu, ki po novem ni več najmanj 10 minut, temveč nima omejitve navzdol (Bull, et al., 2020). Dopuščamo možnost, da je kateri od respondentov že poznal nove smernice in zato pustil odgovor na vprašanje prazen. Nadalje je omejitev, ki lahko predstavlja pristranskost odgovorov, tudi vprašalnik, s katerim smo pridobili samoporočane podatke. Anketiranci so morda odgovarjali na družbeno sprejemljiv način, kar pomeni, da so izbirali odgovore, za katere menijo, da jih stroka odobrava ali priznava. Rutar (2006) pravi, da anketiranci izbirajo takšne odgovore, ko imajo potrebo po priznanju ali ko dojemajo odgovore kot različno družbeno zaželene. Nekaterih vprašanj v raziskavi anketiranci morda niso najbolje razumeli, ker niso poznali določenih izrazov, ki jih nismo posebej definirali oziroma razložili, kot na primer determinante. Nenazadnje v raziskavi nismo uporabili vseh podatkov, ki so bili na voljo. V preverjanje hipotez, ki so ugotavljale povezanost med znanjem o promociji zdravja in uporabo promocije zdravja v praksi, nismo vključili rezultatov o poznavanju smernic in

priporočil. Prav tako nismo raziskali podatkov o spolu, starosti, stopnji pridobljene izobrazbe, letu zaključka dodiplomskega študija, delovni dobi, zaposlitvi v zdravstvenem varstvu, področju dela in dodatnem izobraževanju na področju promocije zdravja v zadnjih petih letih. Zaradi vsega napisanega je potrebna previdnost pri interpretaciji rezultatov, ki se lahko razlikujejo od dejanskega stanja v praksi.

4 ZAKLJUČEK

V magistrskem delu smo ugotovili, da fizioterapevti slabše poznajo koncept promocije zdravja in kljub temu da sebe pozitivno dojemajo kot promotorje zdravja, nimajo posebnega mnenja o njeni vlogi in pomenu v fizioterapiji. Ugotovili smo tudi, da promocijo zdravja v praksi pogosteje uporabljajo tisti fizioterapevti, ki bolje poznajo njena področja delovanja in determinante zdravja ter imajo bolj pozitivna stališča do njenega pomena in do promocije zdravih vedenj. Raziskava je pokazala, da v fizioterapevtski praksi še vedno prevladujeta tradicionalno gledanje na zdravje skozi biomehansko prizmo ter izvajanje sekundarne in terciarne preventive za okvare različne etiologije. Promocija zdravja zajema bistveno širši spekter prizadevanj za optimalno zdravje kot zgolj »na bolezni« temelječi individualistični zdravstvenovzgojni pristop.

Na podlagi pregleda literature in izsledkov raziskave ugotavljamo, da je za spreminjanje stanja potreben celovit pristop, ki zahteva zavezanost in sodelovanje tako na klinični kot na izobraževalni in znanstveno-raziskovalni ravni. Zato predlagamo: (1) da se fizioterapevska stroka v Sloveniji poenoti in doseže konsenz za sistematični pristop k evalvaciji kompetenc, povezanih s promocijo zdravja v obstoječih učnih načrtih izobraževalnih programov in k opredelitvi minimalnih veščin in znanj, ki se zahtevajo na področju promocije zdravja na dodiplomski ravni, (2) da ustrezni fond akademikov in mentorjev, ki učijo ali bodo učili promocijo zdravja na dodiplomskih programih, pridobi napredna znanja s področja le-te, (3) da se fizioterapevtom v praksi zagotovi poenoteno podiplomsko izpopolnjevanje s področja promocije zdravja, s ciljem krepite njihovih kompetenc pri prepoznavanju in obravnavi nezdravih zdravstvenih vedenj s celostnega vidika, spodbujanju aktivne participacije pacientov/klientov in vključevanju na dokazih in s teoretičnimi modeli podprtih strategij spreminjanja vedenja v njihovo klinično razmišljanje in sklepanje, (4) da se preučijo in v izobraževalne programe s področja promocije zdravja na vseh stopnjah vključi inovativne in raznolike metode izobraževanja in usposabljanja, (5) da se vzpostavi in pospeši interdisciplinarne in medsektorske povezave z namenom razvijanja sodelovanja in izobraževanja ter skupnega nastopanja napram političnim odločevalcem pri zagovarjanju potreb pacientov/klientov, (6) da se olajša prenos izsledkov raziskav s področja promocije zdravja v klinično prakso. Raziskava nenazadnje predstavlja platformo za nadaljnje raziskovalno delo, ki mora

odražati dogajanje v družbi, slediti epidemiološkim in socialnim trendom ter spodbuditi sodelovanje med politiko, strokovnjaki, akademiki in skupnostjo. Upamo in želimo si, da bo vprašalnik, ki smo ga razvili v raziskavi, pripomogel k nadaljnemu raziskovanju na področju na zdravje osredotočene fizioterapevtske prakse.

5 LITERATURA

Abaraogu, U.O., Edeonuh, J.C. & Frantz, J., 2015. Promoting physical activity and exercise in daily practice: current practices, barriers, and training needs of physiotherapists in eastern Nigeria. *Physiotherapy Canada*, 68(1), pp. 37-45.

Abaraogu, U.O., Ogaga, M.O., Odidika, E. & Frantz, J., 2016. Promotion of healthy nutrition in clinical practice: a cross-sectional survey of practices and barriers among physiotherapists in southeast Nigeria. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 35, pp. 21–29.

Abaraogu, U.O., Onah, U., Abaraogu, O.D., Fawole, H.O., Kalu, M.E. & Seenan, C.A., 2019. Knowledge, attitudes, and the practice of health promotion among physiotherapists in Nigeria. *Physiotherapy Canada*, 71(1), pp. 1–9.

Alexander, J., Bambury, E., Mendoza, A., Reynolds, J., Veronneau, R. & Dean, E., 2012. Health education strategies used by physical therapists to promote behaviour. *Physiotherapy Journal*, 30(2), pp. 57–75.

Allen, M., Allen, J., Hogarth, S. & Marmot, M., 2013. *Working for health equity: the role of health professionals* (Report No 3/2013). [pdf]. UCL Institute of Health Equity Department of Epidemiology & Public Health University College London. Available at: <http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals-full-report.pdf>. [Accessed 18 September 2020].

Areskoug Josefsson, K. & Andersson, A.C., 2017. The co-constructive processes in physiotherapy. *Cogent Medicine*, 4(1), pp 1-8.

Aria, R. & Archer, N., 2020. An online mobile/desktop application for supporting sustainable chronic disease self-management and lifestyle change. *Health Informatics Journal*, 26(4), pp. 2860-2876.

Arnautovska, U., O` Callaghan, F & Hamilton, K., 2017. Behaviour change techniques to facilitate physical activity in older adults: what and how. *Ageing and Society*, 38(12), pp. 2590-2616.

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2014. *Australia's health*. [pdf]. Australian Government. Available at: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d2946c3e-9b94-413c-898c-aa5219903b8c/16507.pdf.aspx?inline=true>. [Accessed 10 September 2020].

Aweto, H.A., Oligbo, C.N., Fapojuwo, O.A. & Olawale, O.A., 2013. Knowledge, attitude and practice of physiotherapists towards promotion of physically active lifestyles in patient management. *BMC Health Services Research*, 13(21), pp. 1-8.

Barrett, E.M., Darker, C.D. & Hussey, J., 2013. Promotion of physical activity in primary care: knowledge and practice of general practitioners and physiotherapists. *Journal of Public Health*, 21(1), pp. 63–69.

Bastemeijer, C.M, van Ewijk, J.P, Hazelzet, J.A & Voogt, L.P., 2020. Patient values in physiotherapy practice, a qualitative study. *Physiotherapy Research International*, 26 (1), pp. 1-10.

Bezner, J.R., 2015. Promoting health and wellness: implications for physical therapist practice. *Physical Therapy*, 95(10), pp. 1433–1444.

Black, B., Marcoux, B.C., Stiller, C., Qu, X. & Gellish, R., 2012. Personal health behaviors and role-modeling attitudes of physical therapists and physical therapist students: a cross-sectional study. *Physical Therapy*, 92(11), pp. 1419–1436.

Black, B., Ingman, M. & Janes, J., 2016. Physical therapists' role in health promotion as perceived by the patient: descriptive survey. *Physical Therapy*, 96(10), pp. 1588–1596.

Blenkuš Gabrijelčič, M. & Robnik, M., 2016. *Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji II*. [pdf]. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/debelost_pri_o-m_daljsa_spletna_avg2016_final_01082016.pdf. [Accessed 12 September 2020].

Boakye, H., Quartey, J., Baidoo, N.A.B., & Ahenkorah, J., 2018. Knowledge, attitude and practice of physiotherapists towards health promotion in Ghana. *South African Journal of Physiotherapy*, 74(1), pp. 1-7.

Bodner, M.E., Rhodes, R.E., Miller, W.C. & Dean, E., 2012. Smoking cessation and counseling. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(1), pp. 67–71.

Bodner, M.E., Rhodes, R.E., Miller, W.C. & Dean, E., 2013. Benchmarking curricular content in entry-level health professional education with special reference to health promotion practice in physical therapy: a multi-institutional international study. *Advances in Health Sciences Education*, 18(4), pp. 645–657.

Bowling, A., 2017. Concepts of functioning, health, well-being and quality of life. In: *Measuring health: A review of subjective health, well-being and quality of life measurement scales*, 4th ed. [online]. London: Open University Press McGraw-Hill Education, p. 10. Available at: <https://www.amazon.com/MEASURING-HEALTH-SUBJECTIVE-WELL-BEING-MEASUREMENT-ebook/dp/B073PXLZKG>. [Accessed 28 July 2020].

Braveman, P.A., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L.N., Manderscheid, R. & Troutman, A., 2011. Health disparities and health equity: the issue is justice. *American Journal of Public Health*, 101(1), pp. S149–S155.

Bravo, P., Edwards, A., Barr, P.J. Scholl, I., Elwyn, G., McAllister, M. & The Cochrane Healthcare Quality Research Group, Cardiff University, 2015. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15(1), pp. 1-14.

Bull, F.C., Al-Ansari, S.S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M.P., Cardon, G., Carthy, C., Chaput, J.P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P.C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C.M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P.T., Lambert, E., Leitzmann, M., Milton, K., Ortega, F. B., Ranasinghe, C., Stamatakis, E., Tiedemann, A., Troiano, R.P., van der Ploeg, H.P., Wari, V. & Willumsen, J.F., 2020. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), pp. 1451-1462.

Burniston, J., Eftekhari, F., Hrabí, S., Worsley, R. & Dean, E., 2012. Health behaviour change and lifestyle-related condition prevalence: comparison of two epochs based on systematic review of the physical therapy literature. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 30(2), pp. 44–56.

Canadian Physiotherapy Association (CPA), 2012. *Inter-professional collaboration and practice. Position statement*. [pdf]. Ottawa: Canadian Physiotherapy Association. Available at: https://physiotherapy.ca/sites/default/files/positionstatements/inter-professional-collaboration_en.pdf. [Accessed 23 September 2020].

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), n.d. *Health related quality of life (HRQOL)*. [pdf]. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>. [Accessed 11 September 2020].

Cronbach, L.J., 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), pp. 297–334.

Cuda, S.E. & Censani, M., 2019. Pediatric obesity algorithm: a practical approach to obesity diagnosis and management. *Frontiers in Pediatrics*, 6(431), pp. 1-14.

Daluiso-King, G. & Hebron, C., 2020. Is the biopsychosocial model in musculoskeletal physiotherapy adequate? An evolutionary concept analysis. *Physiotherapy Theory and Practice*, pp. 1–17.

Dean, E., Al-Obaidi, S., De Andrade, A.D., Gosselink, R., Umerah, G., Al-Abdelwahab, S., Anthony, J., Bhise, A.J., Bruno, S., Butcher, S., Fagevik-Olsen, M., Frownfelter, D., Gappmaier, E., Gylfadottir, S., Habibi, M., Hanekom, S., Hasson, S., Jones, A., LaPier, T., Lomi, C., Mackay, L., Mathur, S., O'Donoghue, G., Playford, K., Ravindra, S., Snagroula, K., Scherer, S., Skinner, M. & Wong, W.P., 2011. The First physical therapy summit on global health: implications and recommendations for the 21st century. *Physiotherapy Theory and Practice*, 27(8), pp. 531–547.

Dean, E., Dornelas de Andrade, A., O'Donoghue, G., Skinner, M., Umereh, G., Beenen, P., Cleaver, S., Afzalzada, D.A., Delaune, M.F., Footer, C., Gannotti, M., Gappmeir, E., Figl-Hertlein, A., Henderson, B., Hudson, M.K., Spiteri, K., King, J., Klug, J.L., Laakso, E.L., LaPier, T., Lorni, C., Maart, S., Matereke, N., Meyer, E.R., M'kumbuzi, V.R.P., Mostert-WentzeL, K., Myezwa, H., Fagevik Olsen, M., Peterson, K., Petursdottir, U., Robinson, J., Sangroula, K., Stensdotter, A.K., Tan, B.Y., Tschoepe, B.A., Bruno, S., Mathur, S. & Wong, W. P., 2014a. The Second physical therapy summit on global health:

developing an action plan to promote health in daily practice and reduce the burden of non-communicable diseases. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(4), pp. 261-275.

Dean, E., Moffat, M., Skinner, M., Dornelas de Andrade, A., Myezwa, H. & Söderlund, A., 2014b. Toward core inter-professional health promotion competencies to address the non-communicable diseases and their risk factors through knowledge translation: curriculum content assessment. *BMC Public Health*, 14(1), pp. 1-10.

Dean, M., Skinner, M., Myezwa, H., Mkumbuzi, V., Mostert, K., Parra, D.C., Shirley, D., Söderlund, A., de Andrade, A.D., Abaraogu, U.O., Bruno, S., Clark, D., Galfadottir, S., Jones, A., Veluswamy, S.K., Lomi, C., Moffat, C., Morris, D., Stensdotter, A.K., Wong, W.P. & Global Health Working Group, 2019. Health competency standards in physical therapist practice. *Physical Therapy*, 99 (9), pp. 1242-1254.

Delany, C., Fryer, C. & van Kessel, G., 2015. An ethical approach to health promotion in physiotherapy practice. *Health Promotion Journal of Australia*, 26(3), pp. 255–262.

Denis, D., 2016. *Applied univariate, bivariate, and multivariate Statistics*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Doehring, K., Durno, S., Pakenham, C., Versi, B. & DePaul, V.G., 2016. Knowledge, attitudes, and current practices of Canadian physiotherapists in preventing and managing diabetes. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 68(3), pp. 298–306.

Driver, C., Kean, B., Oprescu, F. & Lovell, G.P., 2016. Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39(22), pp. 2237–2249.

Dufour, S.P. & Lucy, S.D., 2010. Situating primary healthcare within the International Classification of Functioning, Disability and Health: enabling the Canadian family health team initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), pp. 666–677.

Dukhu, S., Purcell, C. & Bulley, C., 2018. Person-centred care in the physiotherapeutic management of long-term conditions: a critical review of components, barriers and facilitators. *International Practice Development Journal*, 8(2), pp. 1-20.

Eriksson, M., 2016. The sense of coherence in the salutogenic model of health. In: Mittelmark, M.B, Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G.F., Pelikan, J.M., Lindstrom, B. & Espnes, G.A., eds. *The Handbook of salutogenesis* [online]. Cham (CH): Springer; Chapter 11. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435812/> [Accessed 27 Julij 2020].

Escorpizo, R., Stucki, G., Cieza, A., Davis, K., Stumbo, T. & Riddle, D.L., 2010. Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapist practice. *Physical Therapy*, 90(7), pp. 1053-63.

European network for smoking and tobacco prevention (ENSP), 2018. *Smernice za zdravljenje odvisnosti od tobaka za leto 2018*. [pdf]. Bruselj: European network for smoking and tobacco prevention. Available at: http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_slovenia.pdf. [Accessed 9 May 2020].

Fink, M., Black, B., Butt, S.L., Fenning, S.M. & Sharkey, K.M., 2014. Health behaviors of physical therapists and physical therapists students in South-central Pennsylvania. *Physical Therapy Journal of Policy, Administration and Leadership*, 14 (4), pp. 1-13.

Frantz, J.M., 2008. Advocating evidence based health promotion in physiotherapy. *South African Journal of Physiotherapy*, 64(1), pp. 28-30.

Freene, N., Cools, S. & Bissett, B., 2017. Are we missing opportunities? Physiotherapy and physical activity promotion: a cross-sectional survey. *BMC Sports Science, Medicine & Rehabilitation*, 9(19), pp. 1-8.

Frerichs, W., Kaltenbacher, E., van de Leur, J.P. & Dean, E., 2012. Can physical therapists counsel patients with lifestyle-related health conditions effectively? A systematic review and implications. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(8), pp. 571–587.

Fritz, J., Söderbäck, M., Söderlund, A. & Sandborgh, M., 2018. The complexity of integrating a behavioral medicine approach into physiotherapy clinical practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(12), pp. 1182-1193.

Giuffre, S., Domholdt, E. & Keehan, J., 2018. Beyond the individual: population health and physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(5), pp. 564-571.

Hadžić, V., Battelino, T., Pistotnik, B., Pori, M., Šajber, D., Žvan, M., Škof, B., Jurak, G., Kovač, M., Dervišević, E. & Bratina, N., 2014. Slovenske smernice za telesno dejavnost otrok in mladostnikov. *Slovenska pediatrija*, 21(2), pp. 148-163.

Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R. & Tatham, R., 2006. *Multivariate data analysis*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen J.R., Andersen, M.H., Beisland, E., Borge, C.R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T.A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V.A., Larsen, M.H., Lovreide, L., Loyland, B., Kvarme, L.G., Moons, P., Norekval, T.M., Ribu, L., Rohde, K.E., Urstad, K.H. & Helth, S., 2019. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 28(10), pp. 2641-2650.

Hartley, S.E., 2018. Re-imagining the role of the physiotherapist when managing people with long-term conditions. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(11), pp. 1005-1014.

Healey, W.E., Broers, K.B., Nelson, J. & Huber, G., 2012. Physical therapists' health promotion activities for older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 35(1), pp. 35-48.

Holopainen, R., Simpson, P., Piirainen, A.; Karppinen, J., Schütze, R., Smith, A., O'Sullivan, P. & Kent, P., 2020. Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies, *PAIN*, 161(6), pp 1150-1168.

Huijg, J., Gebhardt, W., Verheijden, M., Zouwe, N., Vries, J., Middelkoop, B. & Crone, M., 2015. Factors influencing primary health care professionals' physical activity promotion behaviors: a systematic review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(1), pp. 32-50.

Hutting, N., Johnston, V., Staal, J.B. & Heerkens, Y.F., 2019. Promoting the use of self-management strategies for people with persistent musculoskeletal disorders: the role of

physical therapists. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 49(4), pp. 212-215.

Jackson, S.L., Coleman King, S.M., Park, S., Fang, J., Odom, E.C. & Cogswell, M.E., 2016. Health professional advice and adult action to reduce sodium intake. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(1), pp. 30–39.

Jesenko, J. & Jesenko, M., 2007. *Multivariatne statistične metode*. Kranj: Moderna organizacija.

Johnson, S., 2006. *Health promotion and wellness: Knowledge, beliefs, and practices of physical therapists and physical therapy students: doktorska disertacija*. Florida: Nova Southeastern University.

Johnson, M., Fisher, A., Wiemann, M., Laska, J. & Eckstrom, A., 2012. *Physical therapists' knowledge, beliefs, and practices pertaining to health promotion and fitness testing*. [pdf] Sophia: St. Catherine University. Available at: https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=dpt_papers [Accessed 8 May 2020].

Joseph, P.M., 2011. *Knowledge, attitudes and practices of physiotherapists regarding their role in health promotion in Gauteng province, South Africa: magistrsko delo*. Limpopo: Universtity of Limpopo, National school of Public Health.

Kanakadurga, R., Poduri, K.R. & Vanushkina, M., 2018. Epidemiology of aging, disability, frailty and overall role of physiatry. In: Cifu, D.X., Lew, H.L. & Oh-Park., M., eds. *Geriatric Rehabilitation, 1st ed*. Elsevier: Chapter 1, pp. 1-17.

Kapapa, M.M., 2018. *Health promotion for non-communicable diseases: perceptions of physiotherapy and general practitioners in the southern province of Zambia: magistrsko delo*. Belleville: University of the western cape, Faculty of Community and Health Sciences.

Kodeks etike fizioterapevtov, 2017. *Fizioterapija*, 25(1), pp. 75-78.

Košćak Tivadar, B. & Filej, B., 2015. Empowerment of the patient to increase healthcare treatment quality. In: H. Čolaković, ed. *Prvi međunarodni kongres fizioterapeuta Bosne i Hercegovine: zbornik predavanj. Mostar, 5. - 7. junij 2015.* Mostar: Komora fizioterapeuta Federacije Bosne i Hercegovine, pp. 23-29.

Krau, S.D., 2015. Social Justice: A basis for health care delivery. *Nursing Clinics of North America*, 50(3), pp. 13-15.

Kumar, S. & Preetha, G., 2012. Health promotion: an effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(1), pp. 5-12.

Kunstler, B.E., Cook, J.L., Freene, N., Finch, C.F., Kemp, J.L., O'Halloran, P.D. & Gaida, J.E., 2018. Physiotherapists use a small number of behaviour change techniques when promoting physical activity: a systematic review comparing experimental and observational studies. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 21(6), pp. 609–615.

Lein, D.H., Clark, D., Graham, C., Perez, P. & Morris, D., 2017. A model to integrate health promotion and wellness in physical therapist practice: development and validation. *Physical Therapy*, 97(12), pp. 1169–1181.

Leonardi, F., 2018. The definition of health: towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), pp. 735-748.

Lowe, A., Littlewood, C., McLean, S. & Kilner, K., 2017. Physiotherapy and physical activity: a cross-sectional survey exploring physical activity promotion, knowledge of physical activity guidelines and the physical activity habits of UK physiotherapists. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 3(1), pp. 1-8.

Lowe, A., Gee, M., McLean, S., Littlewood, C., Lindsay, C. & Everett, S., 2018. Physical activity promotion in physiotherapy practice: a systematic scoping review of a decade of literature. *British Journal of Sports Medicine*, 52(2), pp. 122-127.

Lozar Manfreda, K., Vehovar, V. & Batagelj, Z., 2000. Veljavnost interneta kot anketnega orodja. *Teorija in praksa*, 37(6), pp. 1035-1051.

Magnusson, D.M., Eisenhart, M., Gorman, I., Kennedy, V.K. & Davenport, T., 2019. Adopting population health frameworks in physical therapist practice, research, and education: the urgency of now. *Physical Therapy*, 99(8), pp. 1039-1047.

Magnusson, D.M., Rethorn, Z.D., Bradford, E.H., Maxwell, J., Ingman, M.S., Davenport, T.E. & Bezner, J.R., 2020. Population health, prevention, health promotion, and wellness competencies in physical therapist professional education: results of a modified delphi study. *Physical Therapy*, 100(9), pp. 1645-1658.

McMahon, N. & Connolly, C., 2013. Health promotion knowledge, attitudes and practices of chartered physiotherapists in Ireland: a national survey. *Physiotherapy Practice and Research*, 34(1), pp. 21–28.

Mereu, A., Casuccio, A., Buja, A. & Fabiani, L., 2015. Professional competencies in health promotion and public health: what is common and what is specific? Review of the European debate and perspectives for professional development. *Epidemiologia e Prevenzione*, 39(4), pp. 33-38.

Mohan, N., Collins, E., Cusack, T. & O'Donoghue, G., 2012. Physical activity and exercise prescription: senior physiotherapists' knowledge, attitudes and beliefs. *Physiotherapy Practice and Research*, 33(2), pp. 71–80.

Mokwena, K. & Phetlhe, K., 2015. Assessment of health promotion content in undergraduate physiotherapy curricula. *South African Journal of Physiotherapy*, 71(1), pp. 1-6.

Mooney, B., Timmins, F., Byrne, G. & Corroon, A.M., 2011. Nursing students' attitudes to health promotion to: Implications for teaching practice. *Nurse Education Today*, 31(8), pp. 841–848.

Morris, D. & Jenkins, G., 2018. Preparing physical and occupational therapists to be health promotion practitioners: a call for action. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), pp. 1-12.

Mouton, A., Mugnier, B., Demoulin, C. & Cloes, M., 2014. Physical therapists' knowledge, attitudes, and beliefs about physical activity: a prerequisite to their role in physical activity promotion? *Journal of Physical Therapy Education*, 28(3), pp. 120–127.

Mudge, S., Stretton, C & Kayes, N., 2013. Are physiotherapists comfortable with person-centred practice? An autoethnographic insight. *Disability and Rehabilitation*, 36 (6), pp. 457-463.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. *Kako skrbimo za svoje zdravje?* [pdf]. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/kako_skrbimo_za_zdravje_splet_3007_koncna.pdf. [Accessed 10 September 2020].

Ng, J.Y.Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., Duda, J. L. & Williams, G.C., 2012. Self-determination theory applied to health contexts. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), pp. 325–340.

O'Donoghue, G., Cusack, T. & Doody, C., 2012. Contemporary undergraduate physiotherapy education in terms of physical activity and exercise prescription: practice tutors' knowledge, attitudes and beliefs. *Physiotherapy*, 98(2), pp. 167–173.

O'Donoghue, G., Cunningham, C., Murphy, F., Woods, C. & Aagaard-Hansen, J., 2014. Assessment and management of risk factors for the prevention of lifestyle-related disease: a cross-sectional survey of current activities, barriers and perceived training needs of primary care physiotherapists in the Republic of Ireland. *Physiotherapy*, 100(2), pp. 116–122.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), n.d. *Health inequalities*. [online]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. Available at: <https://www.oecd.org/health/inequalities-in-health.htm>. [Accessed 23 September 2020].

Oliver, M.D., Baldwin, D.R. & Datta, S., 2018. "Health to wellness: a review of wellness models and transitioning back to health. *The International Journal of Health, Wellness, and Society*, 9(1), pp. 41-56.

Peek, K., Sanson-Fisher, R., Mackenzie, L. & Carey, M., 2015. Interventions to aid patient adherence to physiotherapist prescribed self-management strategies: a systematic review, *Physiotherapy*, 102(2), pp. 127-135.

Pernambuco, A.P., Lana, R.C. & Polese, J.C., 2018. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25(2), pp. 134–142.

Perreault, K., Dionne, C.E., Rossignol, M. & Morin, D., 2014. Interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain in Québec's private sector: results of a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(1), pp. 1-10.

Perreault, K., Dionne, C.E., Rossignol, M., Poitras, S. & Morin, D., 2016. Inter-professional practices of private-sector physiotherapists for low back pain management: who, how, and when?. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 68(4), pp. 323–334.

Pignataro, R.M., 2017. Tobacco cessation counseling within physical therapist practice: results of a statewide survey of Florida physical therapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(2), pp. 131–137.

Poličnik, R., 2018. *Zdrava prehrana*. [pdf]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-TMBCGTF6/ec9e4858-5e09-48c7-ad9b-fd850d697b1d/PDF>. [Accessed 21 May 2020].

Povlsen, L. & Borup, I., 2015. Health promotion: a developing focus area over the years. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43 (16), pp. 46-50.

Raphael, D., 2000. The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15(4), pp. 355–367.

Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015-2025 (ReNPPTDZ), 2015. Uradni list Republike Slovenije št. 58/15.

Ricanati, E.H., Golubić, M., Yang, D., Saager, L., Mascha, E.J. & Roizen, M.F., 2011. Mitigating preventable chronic disease: Progress report of the Cleveland Clinic's Lifestyle 180 program. *Nutrition & Metabolism*, 8(1), p. 1-12.

Rootman, I., 2001. Introduction to the book. In: I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D.V. Mc Queen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio, eds. *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. Geneva: WHO Regional Publications European No. 92, pp. 3-6.

Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, A, Matz, S. & Huppert, F.A., 2020. Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health and Quality of Life Outcomes* 18(1), pp. 1-16.

Rutar, K., 2006. *Samoodgovori in odgovori nadomestnih enot v anketnih raziskavah: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Sanders, T., Foster, N.E., Bishop, A. & Ong, B.N., 2013. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(1), pp. 1-10.

Sarfraz, M., Khanzada, S., Naaz, E., Kanwal, R., Wasif, S., Mawani, D.A. & Gichki, N. N., 2016. The perception of physiotherapists of Karachi in their role to rehabilitate and manage obesity. *International Journal of Physiotherapy*, 3(1), pp. 53-57.

Schoeb, V. & Bürge, E., 2011. Perceptions of patients and physiotherapists on patient participation: a narrative synthesis of qualitative studies. *Physiotherapy Research International*, 17(2), pp. 80–91.

Scurlock-Evans, L., Upton, P. & Upton, D., 2014. Evidence-based practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*, 100(3), pp. 208–219.

Siengsukon, C.F., Al-Dughmi, M. & Sharma, N. K., 2015. A survey of physical therapists' perception and attitude about sleep. *Journal of allied health*, 44(1), pp. 41–50.

Siengsukon, C.F., Al-dughmi Mayis, & Stevens, S., 2017. Sleep health promotion: practical information for physical therapists. *Physical Therapy*, 97(8), pp. 826–836.

Snodgrass, S.J., Carter, A.E., Guest, M., Collins, C.E., James, C., Kable, A.K., Ashby, S.E. & Plotnikoff, R.C., 2014. Weight management including dietary and physical activity advice provided by Australian physiotherapists: a pilot cross-sectional survey. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(6), pp. 409–420.

Soh, S.E., McGinley, J. & Morris, M.E., 2011. Measuring quality of life in Parkinson's disease: selection of an appropriate health-related quality of life instrument. *Physiotherapy*, 97(1), pp. 83–89.

Svalastog, A.L., Donev, D., Jähren Kristoffersen, N. & Gajović, S., 2017. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal*, 58(6), pp. 431–435.

Šifrer, J. & Bren, M., 2011. *SPSS – Multivariatne metode v varstvoslovju*. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S., 2013. *Using multivariate statistics: Pearson new international edition*. 6th ed. United Kingdom, Harlow: Pearson Education Limited.

Taukobong, N.P., Myezwa, H., Pengpid, S. & Van Geertruyden, J.P., 2013. The degree to which physiotherapy literature includes physical activity as a component of health promotion in practice and entry level education: a scoping systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(1), pp. 12–19.

Taukobong, N.P., Myezwa, H., Pengpid, S. & Van Geertruyden, J.P., 2015. Knowledge, attitude and practice about health promotion amongst physiotherapists in South Africa. *Physiotherapy*, 101(1), pp. e1491–e1492.

The European Chronic Disease Alliance (ECDA), 2017. *Joint statement on "Improving the employment of people with chronic diseases in Europe"*. [pdf]. Brussels: The European Chronic Disease Alliance. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/2017_chronic_framingdoc_en.pdf. [Accessed 9 September 2020].

Tol, A., Alhani, F., Shojaeazadeh, D., Sharifirad, G. & Moazam, N., 2015. An empowering approach to promote the quality of life and self-management among type 2 diabetic patients. *Journal of education and health promotion*, 4(1), p. 13.

Tov, W., 2018. Well-being concepts and components. In: Diener, E., Oishi, S. & Tay, L., eds. *Handbook of well-being*. [online]. Salt Lake City, UT: DEF Publishers. Available at: <https://www.nobascholar.com/chapters/12/download.pdf>. [Accessed 30 July 2020].

United Nations Children's Fund (UNICEF), 2019. *Programme guidance for early life prevention of non-communicable diseases*. [pdf]. New York: United Nations Children's Fund, p. 6. Available at: <https://www.unicef.org/media/61431/file>. [Accessed 10 May 2020].

Virt Nemanič, T., 2016. *Primerjalna analiza tehnik za merjenje stališč: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.

Werbrouck, A., Swinnen, E., Kerckhofs, E., Buyl, R., Beckwée, D. & De Wit, L., 2018. How to empower patients? A systematic review and meta-analysis. *Translational Behavioral Medicine*, 8(5), pp. 660-674.

Wittink, H. & Oosterhaven, J., 2018. Patient education and health literacy, *Musculoskeletal Science and Practice*, 38(1), pp. 120.127.

World Physiotherapy (WF), 2019. *Noncommunicable diseases. Policy statement* [online] Available at: <https://world.physio/sites/default/files/2020-04/PS-2019-Noncommunicable-diseases.pdf> [Accessed 24 Julij 2020].

World Health Organization (WHO), 1986. *The Ottawa Charter for health promotion*. [pdf] Geneva: World Health Organization. Available at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf. [Accessed 6 September 2020].

World Health Organization (WHO), 1998. *Health promotion glossary*. [pdf] . Geneva: World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. [Accessed 5 September 2020].

World Health Organization (WHO), 2010. *Global recommendations on physical activity for health*. [pdf]. Geneva: World Health Organization, pp. 15-33. Available at: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>. [Accessed 7 May 2020].

World Health Organization (WHO), 2018a. *Noncommunicable diseases* [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Accessed 5 May 2020].

World Health Organization (WHO), 2018b. *Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region*. [pdf]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, Available at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/371435/multisectoral-report-h1720-eng.pdf. [Accessed 3 October 2020].

World Health Organization (WHO), 2020. WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. [online] Available at: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>. [Accessed 7 April 2021].

World Health Organization (WHO), n.d. *Noncommunicable diseases* [online] Available at: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1 [Accessed 5 May 2020].

World Health Organization (WHO), n.d. *The Constitution of the World Health Organization*. [pdf] Available at: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> [Accessed 6 September 2020].

WHOQOL Group, 1995. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403.

Yona, T., Ben Ami, N., Azmon, M., Weisman, A. & Keshet, N., 2019. Physiotherapists lack knowledge of the WHO physical activity guidelines. A local or a global problem? *Musculoskeletal Science and Practice*, 43, pp. 70-75.

Yong, G. A. & Pearce, S., 2013. A Beginner's guide to factor analysis: focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 9(2), pp. 79-94.

You, L., Sadler, G., Majumdar, S., Burnett, D. & Evans, C., 2012. Physiotherapists' perceptions of their role in the rehabilitation management of individuals with obesity. *Physiotherapy Canada*, 64(2), pp. 168–175.

Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D. & Toplak, H., 2015. European guidelines for obesity management in adults. *Obesity Facts*, 8(6), pp. 402–424.

Zadro, J., O'Keeffe, M. & Maher, C., 2019. Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ Open*, 9(10), pp. 1-19.

Zdravstveni statistični letopis Slovenije, 2019. [online]. Available at: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2019> [Accessed 10 November 2020].

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Moje ime je Danielle Jagodic, sem diplomirana fizioterapevtka in študentka magistrskega študija Promocije zdravja na Fakulteti za zdravstvo Jesenice.

V raziskavi za magistrsko nalogo preučujem znanje slovenskih fizioterapevtov o promociji zdravja, njihova stališča do promocije zdravja ter uporabo promocije zdravja v vsakodnevni fizioterapevtski praksi. Pridobljeni podatki bodo pomembni za okrepitev vloge fizioterapije in njenih izvajalcev ter za nadaljnji razvoj fizioterapevtske stroke, izobraževanja in znanosti, skladno z družbenimi trendi in potrebami.

Vljudno vas prosim, da si za vprašalnik vzamete čas in ga v celoti izpolnite ter oddate. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, vprašalnik je anonimen, podatki bodo uporabljeni izključno in samo za namen raziskave ter ne bodo posredovani tretji osebi ali kakor koli drugače uporabljeni.

Zahvaljujem se vam za vaše sodelovanje in zaupanje!

Danielle Jagodic, diplomirana fizioterapevtka

SKLOP 1 – ZNANJE O PROMOCIJI ZDRAVJA

1. Prosimo, da v spodnji tabeli pri vsaki trditvi o promociji zdravja označite odgovor, ki je najbližje vašemu mnenju. Pri čemer posamezne trditve pomenijo:

1-sploh se ne strinjam; 2-se ne strinjam; 3-niti se strinjam niti se ne strinjam; 4-se strinjam; 5-se popolnoma strinjam.

Trditev	1	2	3	4	5
Cilj promocije zdravja je podpreti posameznika pri spoprijemanju z zdravstvenimi težavami.					
Cilj promocije zdravja je podpreti posameznika pri doseganju najvišje možne kakovosti življenja.					
Promocija zdravja se osredotoča na preprečevanje bolezni.					
Promocija zdravja stremi k razvoju socialno pravičnejše družbe.					
Promocija zdravja prispeva k zmanjšanju stroškov za zdravstveno in socialno varstvo.					
Promocija zdravja je prvenstveno namenjena spreminjanju in opuščenju zdravju škodljivih vedenj ljudi.					
Promocija zdravja ima učinke na spreminjanje javnih politik.					
Promocija zdravja stremi k opolnomočenju posameznika.					
Cilj promocije zdravja je zmanjšati neenakosti v zdravju.					

2. Prosimo, da označite odgovor, ki je najbližje vašemu znanju o posamezni značilnosti promocije zdravja. Pri čemer številke na lestvici pomenijo:

1-sploh ne poznam; 2-ne poznam; 3-delno poznam, delno ne poznam; 4-poznam; 5-zelo dobro poznam.

Značilnosti promocije zdravja	1	2	3	4	5
Koncepti in načela promocije zdravja.					
Biološke determinante/določilnice zdravja.					
Psihološke determinante/določilnice zdravja.					
Socialnoekološke determinante/določilnice zdravja.					
Teorije spreminjanja vedenja.					
Ključna delovna področja promocije zdravja.					

Prosimo vas, da na vprašanja številka 3, 4, 5 in 6 odgovorite, če delate z odraslimi nad 18 let in s starejšimi. Ko zaključite, se pomaknete na vprašanje številka 11.

Če delate z otroki in mladostniki do 18 let, vas prosimo, da odgovorite na vprašanja 7, 8, 9 in 10. Ko zaključite, se pomaknete na vprašanje številka 11.

3. Koliko zmerne telesne dejavnosti na dan priporočajo smernice za odrasle in starejše za ohranjanje zdravja? Prosimo, obkrožite pravilni odgovor.

- | | | |
|--------------|--------------|------------|
| 1. 15 minut. | 3. 60 minut. | 5. Ne vem. |
| 2. 30 minut. | 4. 90 minut. | |

4. Najmanj koliko naj bi, po priporočilih smernic, trajala telesna dejavnost aerobnega značaja naenkrat? Prosimo, obkrožite pravilni odgovor.

- | | | |
|--------------|--------------|------------|
| 1. 10 minut. | 3. 30 minut. | 5. Ne vem. |
| 2. 20 minut. | 4. 45 minut. | |

5. Indeks telesne mase preko 25 kg/m² se pri odraslih uporablja za definiranje debelosti. Prosimo, obkrožite pravilni odgovor.

- | | | |
|----------|-------------|------------|
| 1. Drži. | 2. Ne drži. | 3. Ne vem. |
|----------|-------------|------------|

6. Priporočeni vnos soli za zmanjšanje krvnega tlaka in tveganja za srčno-žilne bolezni in možgansko kap za odrasle in starejše je največ 5 g soli/dan. Prosimo, obkrožite pravilni odgovor.

- | | | |
|----------|-------------|------------|
| 1. Drži. | 2. Ne drži. | 3. Ne vem. |
|----------|-------------|------------|

7. Koliko zmerne do visoko intenzivne telesne dejavnosti na dan priporočajo smernice za otroke in mladostnike med 5 in 17 let za ohranjanje zdravja? Prosimo, obkrožite pravilni odgovor.

- | | | |
|--------------|--------------|-----------|
| 1. 30 minut. | 3. 60 minut. | 5. Ne vem |
| 2. 45 minut. | 4. 75 minut. | |

8. Najmanj kolikokrat naj bi se, po priporočilih smernic, pri otrocih in mladostnikih med 5 in 17 let, izvajala visoko intenzivna telesna dejavnost, vključno z vajami za krepitev mišic in kosti? Prosimo, obkrožite pravilni odgovor.

1. 2-krat na teden.
2. 3-krat na teden.
3. 4-krat na teden.
4. 5-krat na teden.
5. Ne vem.

9. Indeks telesne mase od 85 do pod 95 percentilov se pri otrocih in mladostnikih uporablja za definiranje debelosti. Prosimo, obkrožite pravilni odgovor.

1. Drži.
2. Ne drži.
3. Ne vem.

10. Priporočeni vnos soli za otroke od 2-15 let za obvladovanje krvnega tlaka je največ 5 g soli/dan. Prosimo, obkrožite pravilni odgovor.

1. Drži.
2. Ne drži.
3. Ne vem.

SKLOP 2 – STALIŠČA DO PROMOCIJE ZDRAVJA

11. Prosimo, da v spodnji tabeli označite, v kolikšni meri se strinjate z vsako trditvijo. Pri čemer posamezne trditve pomenijo:

1-sploš se ne strinjam; 2-se ne strinjam; 3-niti se strinjam niti se ne strinjam; 4-se strinjam; 5-se popolnoma strinjam.

Trditev	1	2	3	4	5
Promocija zdravja je temeljni del fizioterapije.					
Promocija zdravja je za fizioterapevta manj pomembno področje dela.					
Fizioterapevti imajo v primerjavi z drugimi zdravstvenimi poklici idealne možnosti za izvajanje promocije zdravja.					
Fizioterapevti imajo običajno preveč drugega dela, da bi lahko izvajali promocijo zdravja.					
Fizioterapevti ljudem omogočajo, da spremenijo nezdrave vidike svojega življenja.					

Trditev	1	2	3	4	5
Promocija zdravja sodi med področje fizioterapije, ki ni dobro podprto z znanstvenimi dokazi.					
Fizioterapevti bi morali biti vzor zdravega vedenja, da bi lahko delili zdravstvene nasvete.					
Izvajanje promocije zdravja s strani fizioterapevtov bi moralo biti zahtevano v vladnih politikah.					
Vsi fizioterapevti bi morali promovirati zdrav življenjski slog.					

12. Kakšno vlogo ima po vašem mnenju fizioterapevt pri promociji spodaj navedenih zdravih vedenjskih navad? Prosimo, da označite odgovor, ki je najbližje vašemu mnenju. Pri čemer posamezne trditve pomenijo:

1-zelo nepomembno; 2-nepomembno; 3-niti pomembno niti nepomembno; 4-pomembno; 5-zelo pomembno.

Zdrave vedenjske navade	1	2	3	4	5
Redna telesna dejavnost.					
Vzdrževanje zdrave telesne teže.					
Zdravo prehranjevanje (zdrave prehranjevalne navade in izbira zdrave hrane).					
Opuščanje/abstinenca kajenja.					
Opuščanje/abstinenca tveganega in škodljivega pitja alkohola.					
Obvladovanje stresa.					
Zdrava higiena spanja (kakovost in količina spanja).					

SKLOP 3 –UPORABA PROMOCIJE ZDRAVJA V PRAKSI

13. Prosimo vas, da v spodnji tabeli označite, kako pogosto v svoji praksi preverjate navedene dejavnike zdravja (vključno pri starših/skrbnikih, če delate z otroki).

Dejavniki zdravja	1- nikoli	2- redko	3- včasih	4- pogosto	5- vedno
Zdravstvena anamneza.					
Družinska anamneza.					
Socialna anamneza (prepričanja: osebna, družine, kulturne značilnosti, sistem podpore, resursi itd.)					

Dejavniki zdravja	1- nikoli	2- redko	3- včasih	4- pogosto	5- vedno
Fizično okolje (bivalno, delovno, šolsko).					
Uživanje zdravil.					
Vrednost krvnega sladkorja.					
Vrednost holesterola.					
Vrednost krvnega tlaka.					

14. Prosimo vas, da v spodnji tabeli označite, kako pogosto v svoji praksi ocenjujete navedene dejavnike zdravja (vključno pri starših/skrbnikih, če delate z otroki).

Dejavniki zdravja	1- nikoli	2- redko	3- včasih	4- pogosto	5- vedno
Funkcijski status.					
Socialna participacija.					
Telesna višina.					
Telesna teža.					
Indeks telesne mase.					
Obseg pasu.					
Sisteme (orientacijsko): kardiorespiratorni, mišičnoskeletni, živčnomišični in integumentarni.					
Stopnja telesne dejavnosti.					
Prehranski status.					
Kadilski status.					
Raba alkohola.					
Količina in kakovost spanja.					
Stopnja stresa.					
Počutje (vključuje občutke ter funkcioniranje na različnih področjih življenja).					
Kakovost življenja (zadovoljstvo z življenjem vključuje različne dimenzije: telesno, psihično, intelektualno, čustveno, socialno, duhovno, poklicno, finančno, okoljsko).					

15. Prosimo vas, da v spodnji tabeli označite, kako pogosto pomagata svojim pacientom/klientom in/ali njihovim skrbnikom pri obvladovanju in spoprijemanju z navedenimi navadami/stanji/motnjami.

Navada/stanje/motnja	1- nikoli	2- redko	3- včasih	4- pogosto	5- vedno
Telesna nedejavnost.					
Pretežno sedeč slog življenja.					
Prekomerna telesna teža.					
Nezdravo prehranjevanje (vključuje izbor in količino užite hrane, delež posameznih živil v prehrani, način priprave hrane in pogostost ter razporejenost uživanja posameznih obrokov hrane prek dneva).					
Prekomerno pitje alkohola.					
Kajenje.					
Motnje, povezane s stresom.					
Motnje spanja.					

16. Prosimo vas, da v spodnji tabeli označite, kako pogosto v obravnavo svojih pacientov/klientov in/ali njihovih skrbnikov vključujete navedene teorije/modele spreminjanja vedenja in/ali motiviranja.

Teorije/modeli	1- nikoli	2- redko	3- včasih	4- pogosto	5- vedno
Model zdravstvenih prepričanj.					
Transtoretični model spreminjanja vedenja.					
Teorija načrtovanega vedenja.					
Socialno-kognitivna teorija.					
Pristopa 5A-jev in 5 R-jev za odvajanje od kajenja.					
Motivacijski intervju.					
Drugo: (navedite)					

17. Prosimo vas, da v spodnji tabeli označite, kako pogosto v praksi uporabljate navedene klinične smernice in priporočila.

Klinične smernice/priporočila	1- nikoli	2- redko	3- včasih	4- pogosto	5- vedno
Smernice za telesno dejavnost.					
Smernice za obravnavo debelosti.					
Smernice zdrave prehrane.					
Smernice za preprečevanje kajenja in odvisnosti od tobaka.					
Smernice za pomoč v primeru tveganega in škodljivega pitja alkohola.					
Priporočila za higieno spanja.					
Smernice za obravnavo stanj, povezanih s stresom.					
Drugo: (navedite)					

18. Katere intervencije za promocijo zdravja glede na uporabljeno tehniko in kanale oziroma medije uporabljate v svoji praksi? (Obkrožite ustrezní odgovor. Možnih je več odgovorov).

UPORABLJENE TEHNIKE	UPORABLJENI KANALI/MEDIJI
1. Informiranje o bolezni.	1. Demonstracija.
2. Kratko individualno svetovanje.	2. Razlaga.
3. Pogovor.	3. Zloženske.
4. Skupinsko svetovanje.	4. Brošure.
5. Telesna vadba.	5. Pisna navodila.
6. Vadba veščin (npr. kako dostopati in uporabljati različne storitve, vire; kako obvladati bolečino).	6. Ustna navodila.
7. Učenje vaj za doma.	7. Usmerjanje na ustrezne spletne strani.
8. Vodenje pacienta/klienta (spodbujanje in usmerjanje).	8. Priporočanje ustrezne literature.
9. Stopnjevanje vaj/nalog.	9. Avdio/videoposnetki.
10. Prilagajanje fizičnega okolja pacienta/klienta.	10. Video/računalniške igrice.
11. Nudjenje socialne podpore.	11. Vodenje dnevnika.
12. Individualno načrtovanje.	12. Igranje vlog.
13. Skupno postavljanje ciljev.	13. Opomnik.
14. Samoodločanje (samostojnost pacienta/klienta pri odločanju v procesu obravnave).	14. Sms sporočilo.
15. Podajanje povratne informacije.	15. Sodobne tehnologije (aplikacije itd.).
16. Identifikacija ovir.	16. Nič od naštetega.
	17. Drugo:

UPORABLJENE TEHNIKE	UPORABLJENI KANALI/MEDIJI
17. Reševanje težav.	
18. Spremljanje napredka in izidov.	
19. Nagrajevanje za ustrezno vedenje.	
20. Spremljanje po zaključku aktivnega zdravljenja.	
21. Nič od naštetega.	
22. Drugo:	

19. Kako pogosto se, za zagotavljanje kakovostne obravnave svojega pacienta/klienta, povezujete in sodelujete z drugimi zdravstvenimi in nezdravstvenimi strokovnjaki na različnih ravneh zdravstvenega varstva in/ali v različnih sektorjih? (Prosimo, da obkrožite ustrezni odgovor).

1. Nikoli.
2. Redko.
3. Včasih.
4. Pogosto.
5. Vedno.

20. Kako pogosto za zagotavljanje kakovostne obravnave svojega pacienta/klienta le-tega usmerite k drugemu zdravstvenemu ali nezdravstvenemu strokovnjaku? (Prosimo, da obkrožite ustrezni odgovor).

1. Nikoli.
2. Redko.
3. Včasih.
4. Pogosto.
5. Vedno.

SKLOP 4 –SPLOŠNA VPRAŠANJA O ANKETIRANCU

21. Spol:

1. Moški.
2. Ženski.

22. Starost: _____ (vpišite leta).

23. Najvišja stopnja pridobljene izobrazbe na področju fizioterapije: (ustrezno obkrožite).

1. Višješolska diploma.
2. Visokošolska diploma.

3. Magisterij fizioterapije ali druge zdravstvene smeri ali doktorat fizioterapije ali druge zdravstvene smeri.

24. **Katerega leta ste zaključili dodiplomski študij?** _____ (vpišite leto).

25. **Koliko delovne dobe imate?** _____ (vpišite leta).

26. **Na kateri ravni v sistemu zdravstvenega varstva delate:** (ustrezno obkrožite).

1. Primarna raven (vključuje tudi socialnovarstvene zavode in zavode za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem in telesnem razvoju).

2. Sekundarna raven (splošne in specialne bolnišnice).

3. Terciarna raven (klinični center, inštitut, klinika).

27. **Področje, kjer trenutno delate:**

1. Ortopedija.

2. Šport.

3. Geriatrija.

4. Nevrologija.

5. Kardiovaskularna in pulmonalna rehabilitacija.

6. Pediatrija.

7. Zdravje žensk.

8. Drugo:

28. **Ali ste se v zadnjih petih letih izobraževali na področju promocije zdravja?**

1. Da.

2. Ne.

6.2 MATRIKA PODATKOV

Priloga 1: KMO in Bartlettov test za faktorsko analizo za sklop Znanje fizioterapevtov o promociji zdravja

KMO		0,840
Bartlettov test sferičnosti	Približen Hi-kvadrat	1334,744
	df	105
	p	0,001

Legenda: df-stopinje prostosti; p-stopnja značilnosti

Priloga 2: KMO in Bartlettov test za faktorsko analizo za sklop Stališča fizioterapevtov do promocije zdravja

KMO		0,832
Bartlettov test sferičnosti	Približen Hi-kvadrat	1505,106
	df	120
	p	0,001

Legenda: df-stopinje prostosti; p-stopnja značilnosti

Priloga 3: KMO in Bartlettov test za faktorsko analizo za sklop Preverjanje/ocenjevanje

KMO		0,895
Bartlettov test sferičnosti	Približen Hi-kvadrat	2662,651
	df	253
	p	0,001

Legenda: df-stopinje prostosti; p-stopnja značilnosti

Priloga 4: KMO in Bartlettov test za faktorsko analizo za sklop Intervencije

KMO		0,884
Bartlettov test sferičnosti	Približen Hi-kvadrat	2260,353
	df	105
	p	0,001

Legenda: df-stopinje prostosti; p-stopnja značilnosti

Priloga 5: KMO in Bartlettov test za faktorsko analizo za sklop Teoretični modeli

KMO		0,861
Bartlettov test sferičnosti	Približen Hi-kvadrat	634,699
	df	15
	p	0,001

Legenda: df-stopinje prostosti; p-stopnja značilnosti

Priloga 6: Struktura vzorca po samoporočanih drugih trenutnih področjih dela

Značilnosti	n	%	Veljavni %
Področje dela			-
Ambulantna fizioterapija, zdravstveni dom	1	0,5	2,1
Ambulanta	2	1,0	4,2
Ambulanta, limfterapevt	1	0,5	2,1
Ambulantna fizioterapija, preventiva	1	0,5	2,1
Center za krepitev zdravja	1	0,5	2,1
CKZ	1	0,5	2,1
CKZ	1	0,5	2,1
Degenerativne spremembe	2	1,0	4,2
Fizioterapija	1	0,5	2,1
Geriatrija ter kardiovaskularna in pulmonalna fizioterapija	1	0,5	2,1
Zasebna fizioterapija za otroke s posebnimi potrebami	1	0,5	2,1
Zdravstveni dom	1	0,5	2,1
Zdravilišče	1	0,5	2,1
Zdraviliška rehabilitacija	1	0,5	2,1
Zdravstveni dom	1	0,5	2,1
Skupaj	48	22,91	100,00

Legenda: n-število odgovorov; %- odstotek; veljavni %-veljavni odstotek.