



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
PROMOCIJA ZDRAVJA

**POVEZANOST ZADOVOLJSTVA
PACIENTOV Z IZVEDENIM PRESEJALNIM
PREGLEDOM ZA KRONIČNE
NENALEZLJIVE BOLEZNI IN NJIHOVO
MOTIVACIJO ZA SPREMEMBO
ŽIVLJENJSKEGA SLOGA V AMBULANTI
DRUŽINSKE MEDICINE**

**CORRELATION BETWEEN PATIENT
SATISFACTION WITH THE PERFORMED
SCREENING FOR CHRONIC NON-
COMMUNICABLE DISEASES AND THEIR
MOTIVATION FOR LIFESTYLE CHANGES
IN FAMILY MEDICINE PRACTICES**

Magistrsko delo

Mentorica:
izr. prof. dr. Antonija Poplas Susič

Kandidatka:
Vlasta Gostiša Mrak

Ljubljana, september, 2022

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, izr. prof. dr. Antoniji Poplas Susič za vso pozitivno usmerjanje, potrpežljivost in spodbude pri pisanju magistrske naloge.

Za vse koristne pripombe in konstruktivne dopolnitve se zahvaljujem recenzentoma doc. dr. Saši Kadivec in doc. dr. Katji Pesjak.

Zahvala gre tudi ga. Tamari Gerdej za pomoč pri statistični obdelavi podatkov in ga. Nataši Koražija za jezikovni pregled magistrske naloge.

Hvala tudi moji ožji in širši družini, ki je mi je nudila oporo do zastavljenega cilja.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami je pomemben kazalnik za merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe. Motivacija za zdrav življenjski slog je eden najpomembnejših procesov, ki deluje v interakciji in se spreminja ter omogoča posamezniku njegovo enkratnost in neponovljivost.

Cilj: Ugotoviti povezanost zadovoljstva udeležencev s presejalnim pregledom za kronične nenalezljive bolezni, ki ga opravlja diplomirana medicinska sestra z njihovo motivacijo za spremembo življenjskega sloga.

Metoda: Kvalitativna neeksperimentalna raziskava je bila izvedena med januarjem in marcem 2021. Merski instrument je bil strukturiran vprašalnik (Cronbach alfa koeficient = 0,966). Uporabljena je bila metoda snežene kepe. Statistično populacijo so predstavljali tisti, ki so se udeležili presejalnega pregleda pri diplomirani medicinski sestri v letu 2020. Na spletni vprašalnik je skupno odgovorilo 251 oseb. Uporabljena je bila opisna statistika s frekvenčno in odstotno porazdelitvijo, povprečne vrednosti in standardno deviacijo. Statistične pomembnosti smo prikazovali s testi aritmetičnih sredin in koeficientov korelacije (t-test, Levenov test homogenosti varianc, Pearsonov korelacijski koeficient) in regresijsko analizo.

Rezultati: Rezultati raziskave kažejo, da so udeleženci zadovoljni z izvedenim presejalnim pregledom ($t = 13,378$, $p = 0,00$). Ustrezna komunikacija povezana z zdravim življenjskim slogom je statistično pomembno povezana z zadovoljstvom pacientov po izvedenem presejalnem pregledu ($r = 0,643$, $p = 0,000$). Pacienti, ki so bolj zadovoljni s presejalnim pregledom, so bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga ($r = 0,414$, $p = 0,000$). Ženske ($t = 2,127$, $p = 0,034$), in udeleženci starejši od 40 let ($t = 1,173$; $p = 0,242$), so bolj motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga, kot moški in mlajši od 40 let.

Razprava: Sodelujoči v raziskavi v največji meri pri diplomiranih medicinskih sestrah cenijo: zanesljivost, natančnost in strokovnost. Udeleženci so bili najbolj zadovoljni z razumevajočim pristopom diplomirane medicinske sestre, spoštovanjem zasebnosti in natančnimi odgovori na zastavljena vprašanja. Ugotovili smo, da obstaja statistično pomembna pozitivna povezanost med spremenljivkama zadovoljstvo in komunikacija diplomirane medicinske sestre. V visokem povprečju so udeleženci menili, da so po

izvedenem presejalnem pregledu motivirani za spremembo življenjskega sloga. Dragocene za pridobitev poglobljenega znanja o spremembah življenjskega sloga udeležencev bi bile kvalitativne metode v obliki individualnih intervjujev. S tem bi prejeli točne informacije, kateri deli nasvetov so privedli do motivacije za spremembe življenjskega sloga pri udeležencih presejalnih pregledov.

Ključne besede: primarno zdravstveno varstvo, preventiva, kakovost, zaupanje, komunikacija

SUMMARY

Theoretical background: Patient satisfaction with health services is an important indicator for measuring the quality of health care. Motivation to lead a healthy lifestyle is one of the most important processes that interacts and changes, allowing the individual to be unique.

Goals: This diploma thesis aims to determine the correlation between a patient's satisfaction with the performed screening for chronic non-communicable diseases performed by a registered nurse and their motivation to change their lifestyle.

Methods: The qualitative non-experimental study was conducted between January and March 2021. The measurement instrument was a structured questionnaire (Cronbach's alpha coefficient = 0.966). The snowball sampling method was used. The statistical population was represented by people participating in the screening in 2020. A total of 251 people responded to the online questionnaire. Descriptive statistics with frequency and percentage distribution, average value and standard deviation were used. Statistical significance was demonstrated by tests of arithmetic means and correlation coefficients (t-test, Levene's test of homogeneity of variances, Pearson correlation coefficient) and regression analysis.

Results: The results of the research show that the participants are satisfied with the screening ($t = 13.378$, $p = 0.00$). Relevant communication related to a healthy lifestyle by nurses is statistically significantly associated with patient satisfaction ($r = 0.643$, $p = 0.000$). Patients who reported higher satisfaction with the screenings are more motivated to change their lifestyle ($r = 0.414$, $p = 0.000$). Women ($t = 2.127$, $p = 0.034$), and participants older than 40 years ($t = 1.173$, $p = 0.242$), are more motivated to change their lifestyle than men and patients younger than 40 years.

Discussion: Study participants value the following nurse characteristics the most: reliability, accuracy and professionalism. Participants were most satisfied with the understanding approach, respect for privacy and accurate answers to the questions asked. We found there is a statistically significant positive correlation between patient satisfaction and nurse communication variables. Participants felt that after the screening, they were motivated to change their lifestyle. Qualitative methods in the form of individual interviews would be valuable for gaining in-depth knowledge of participants'

lifestyle changes. This would provide accurate information on which parts of the advice motivated the screening participants to change their lifestyle.

Key words: primary health care, prevention, quality, trust, communication

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL.....	5
2.1 PRIMARNO (OSNOVNO) ZDRAVSTVO	5
2.2 DRUŽINSKA MEDICINA	6
2.2.1 Vsebinska nadgradnja dela v ambulanti družinske medicine	6
2.2.2 Organizacija dela v ambulanti družinske medicine	9
2.2.3 Vloga diplomirane medicinske sestre	9
2.3 PROGRAM INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI PRI ODRASLIH.....	10
2.3.1 Opredelitev presejanja	12
2.4 POTEK PRESEJALNEGA PREGLEDA NA PODROČJU KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI	13
2.4.1 Prva faza: uvodni del presejalnega pregleda	14
2.4.2 Druga faza: pridobivanje informacij o pacientu s pomočjo vprašalnikov, meritev in laboratorijskih izvidov	14
2.4.3 Tretja faza: ocena ogroženosti za KNB	14
2.4.4 Četrta faza: zdravstvena obravnava pacienta glede na profil ogroženosti za KNB.....	15
2.4.5 Opis posameznih presejalnih pregledov v sklopu presejalnega pregleda za kronične nenalezljive bolezni	16
2.4.6 Spodbujanje za udeležbo v preventivnih presejalnih državnih programih.....	19
2.4.7 Napotitve k zdravniku družinske medicine in varnostna načela	20
2.4.8 Kratek opis pregleda pri zdravniku	21
2.4.9 Končni rezultat presejalnega pregleda.....	21
2.4.10 Specifični ukrepi diplomirane medicinske sestre glede na ogroženost/obolelost za KNB in nadaljnje spremljanje oseb	22
2.5 OPREDELITEV / KONCEPT ZADOVOLJSTVA	24
2.5.1 Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov	24
2.6 ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG.....	25

2.6.1	Pomen zdravega življenjskega sloga	26
2.6.2	Pristopi za podporo pri spreminjanju življenjskega sloga	26
3	EMPIRIČNI DEL	29
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	29
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE	29
3.3	METODE RAZISKOVANJA	30
3.3.1	Dizajn raziskave	30
3.3.2	Instrument raziskave	31
3.3.2.1	Analiza zanesljivosti vprašalnika	34
3.3.3	Udeleženci raziskave	35
3.3.4	Potek raziskave in soglasja	38
3.3.5	Obdelava podatkov	39
3.4	REZULTATI	40
3.4.1	Opisna statistika	40
3.4.2	Preverjanje hipotez	47
3.5	RAZPRAVA	56
4	ZAKLJUČEK	67
5	LITERATURA	69
6	PRILOGE	83
6.1	VPRAŠALNIK	83

KAZALO SLIK

Slika 1: Prikaz strukture udeležencev po spolu	36
Slika 2: Prikaz strukture udeležencev po regijah.....	37
Slika 3: Prikaz strukture udeležencev po doseženi stopnji izobrazbe	38
Slika 4: Seznanitev z ADM, kjer presejalne preglede opravlja diplomirana medicinska sestra.....	41
Slika 5: Odziv udeležencev na vabilo na kontrolni presejalni pregled.....	44

KAZALO TABEL

Tabela 1: Število ambulant družinske medicine po območnih enotah	9
Tabela 2: Število odkritih kroničnih pacientov po diagnozah	22
Tabela 3: Cronbachov koeficient alfa.....	34
Tabela 4: Zanesljivost instrumenta v celoti	34
Tabela 5: Zanesljivost instrumenta po sklopih	35
Tabela 6: Prikaz strukture udeležencev po starosti.....	36
Tabela 7: Trditve, povezane s komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred pregledom	42
Tabela 8: Trditve, povezane z ustreznim podajanjem informacij.....	42
Tabela 9: Trditve, povezane z dimenzijo »Zaupnost«.....	43
Tabela 10: Trditve, povezane z dimenzijo »Natančnost«.....	43
Tabela 11: Trditve, povezane z dimenzijo »Zavzetost«	44
Tabela 12: Trditve, povezane z lastnostmi diplomirane medicinske sestre.....	45
Tabela 13: Trditve, povezane z oceno presejalnega pregleda pri diplomirani medicinski sestri	45
Tabela 14: Trditve, povezane z načinom organizacije in obravnave.....	46
Tabela 15: Trditve, povezane s pridobivanjem informacij.....	46
Tabela 16: Motivacija udeležencev po izvedenem presejalnem pregledu.....	46
Tabela 17: Zadovoljstvo udeležencev	47
Tabela 18: T-test za en vzorec – zadovoljstvo udeležencev	47
Tabela 19: Korelacije za spremenljivke »Zadovoljstvo s komunikacijo diplomirane	

SEZNAM KRAJŠAV

ADM	ambulanta družinske medicine
AUDIT C	vprašalnik o stopnji tveganosti pitja alkohola - prirejena slovenska različica (Alcohol Use Disorders Identification Test)
CKZ	center za krepitev zdravja
DXA	denziometrija
EKG	elektrokardiogram
FRAX	vprašalnik za 10 - letno oceno tveganja zloma (fracture risk assessment tool)
HbA1C	glikiran hemoglobin
HDL	lipoproteini visoke gostote (high density lipoprotein)
IPSS	mednarodni vprašalnik za točkovno vrednotenje simptomov benigne hiperplazije prostate (International Prostate Symptom Score)
KNB	kronične nenalezljive bolezni
LDL	low density lipoprotein
OGTT	standardiziran oralni glukoza - tolerančni test
PHQ9	vprašalnik o bolnikovem zdravju (patient health questionnaire-9)
RADM	referenčna ambulanta družinske medicine
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
SŽB	srčno žilne bolezni

1 UVOD

Naraščanje kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB), povezanih z življenjskim slogom, je izziv večine razvitih držav, ki s staranjem prebivalstva prihaja vse bolj do izraza, opozarja Fras (2018) in dodaja, da so med njimi bolezni srca in ožilja v razvitih deželah Evrope že desetletja najpogostejši vzrok obolevnosti in umrljivosti. Te bolezni ostajajo vodilne in čeprav se je v preteklih 30 letih srčno-žilna umrljivost več kot prepolovila, v Sloveniji vsako leto umre približno 7.500 ljudi. Petek Šter & Vodopivec Jamšek (2018) poudarjata, da med KNB srčno-žilne bolezni zaradi svoje pogostnosti najbolj vplivajo na obolevnost in umrljivost ter zmanjšano kakovost življenja in povečanje zdravstvenih izdatkov, kar predstavlja pomemben javno-zdravstveni problem.

Poplas Susič & Marušič (2011) in Poplas Susič, et al. (2013) navajajo, da je leta 2008 Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), objavila poročilo, ki je vlade pozvalo, da zdravstveno politiko usmerijo v zagotavljanje učinkovite in dostopne primarne zdravstvene oskrbe. Istega leta se je v Sloveniji začelo načrtovanje ustanovitve referenčnih ambulant družinske medicine (RADM). Z nadgradnjo dela v ambulantah družinske medicine (ADM), bi s pomočjo diplomiranih medicinskih sester, ki do uvajanja RADM niso bile članice tima, razbremenili zdravnike, zaključujejo Poplas Susič, et al. (2013). 1.1. 2018 so se na podlagi sklepa Projektnega sveta projekta, RADM preimenoval v ADM (Ministrstvo za zdravje, 2019). Medved, et al. (2017) poudarjajo, da diplomirane medicinske sestre v ADM izvajajo opolnomočenje posameznikov in s tem prispevajo h kakovostnejši obravnavi in motivaciji ciljne populacije za vključitev v preventivne programe.

Pori & Pori (2013) sta izraz zdrav življenjski slog opisala kot vrsto dejavnosti, ki jih človek izvaja z namenom boljšega počutja ter izraža subjektivno zaznavanje lastnega zdravja in življenjskega sloga, ki vključuje ravnovesje med telesno dejavnostjo, zdravim prehranjevanjem ter raznimi aktivnostmi za ohranjanje medsebojnih odnosov. Rezultati prospektivne raziskave, v katero je bilo vključenih 12 evropskih držav, avtorjev Nyberg, et al. (2021) so pokazali, da obstaja statistično značilna povezava med zdravim načinom življenja in številom let življenja brez kroničnih bolezni.

Zadovoljstvo pacientov je zanesljivo in razmeroma preprosto orodje za merjenje kakovosti zdravstvenih storitev, navajajo Marzo, et al. (2021) in nadaljujejo, da je kakovost navsezadnje merilo zmogljivosti zdravstvenih storitev, da zadovoljijo potrebe in pričakovanja pacientov. Posebno pozornost pomembnosti merjenju pričakovanj pacientov namenjata tudi Krczal & Mock (2016), ki obenem opozarjata tudi na dostopnost do zdravstvene obravnave in odnos med pacientom in zdravstvenimi delavci. Gishu, et al., (2019) menijo, da ocenjevanje zaznavanja pacientov in izkušenj s kakovostjo zdravstvene oskrbe ne zagotavlja le informacij o dejanskih izkušnjah, temveč tudi razkriva, katere vidike kakovosti pacienti štejejo za najpomembnejše. Laurant, et al. (2018) in Desborough, et al. (2017) opisujejo dve merili kakovosti zdravstvene oskrbe: zadovoljstvo in opolnomočenje pacientov, in ugotavljajo, da so pacienti izražali večje zadovoljstvo, če so imeli na razpolago dovolj časa za posvetovanje z medicinskimi sestrami. Ključnega pomena za zadovoljstvo pacientov pa je tudi to, da jih je vedno zdravstveno obravnavala ista medicinska sestra, kar potrjujejo v raziskavi tudi Al-Abri & Al-Balushi (2014). Prav tako so bili bolj zadovoljni pacienti, ki so obiskovali ustanove, kjer imajo medicinske sestre širok obseg dela in visoko stopnjo avtonomije. Barratt & Thomas (2019) navajata, da je lahko že 10 minut posvetovanja z medicinsko sestro dovolj za visoko stopnjo zadovoljstva pri pacientih. Karam, et al. (2021), poudarjajo, da imajo diplomirane medicinske sestre pomembno vlogo pri usklajevanju zdravstvene oskrbe in izpostavljajo dejavnosti diplomiranih medicinskih sester, kot so: dejavnosti, povezane z kliničnimi veščinami, izvajanje celovite ocene bolnikov, zgodnje odkrivanje poslabšanj kroničnih stanj, uskladitev zdravil in zgodnje odkrivanje stanskih učinkov zdravil, opolnomočenje in izobraževanje pacientov. Avtorji Karam, et al. (2021) nadaljujejo, da rezultati raziskav kažejo na to, da so diplomirane medicinske sestre kot članice interdisciplinarnega tima, izkoristile odlično priložnost za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe in kliničnih rezultatov, in s tem zmanjšale potrebe upravičencev po hospitalizaciji.

Poplas Susič (2012) opozarja, da so raziskave v tujini pokazale, da so diplomirane medicinske sestre kompetentne za prevzem odgovornosti nekaterih segmentov dela v družinski medicini. Avtorici raziskave Maier & Aiken (2016) navajata, da je preusmeritev nalog z zdravnikov na medicinske sestre postala običajna v številnih

državah po vsem svetu. Avtorici dodajata, da so v več kot dveh tretjinah od skupno 39 držav, v katerih je potekala raziskava, prenesli določene naloge z zdravnikov na medicinske sestre. Poplas Susič, et al. (2013), Vodopivec Jamšek (2013) in Maučec Zakotnik, et al. (2017) navajajo, da je osnovni namen Programa integrirane preventive KNB, ki se izvaja v ADM, izboljšanje zdravja odraslih prebivalcev Slovenije, aktivni nadzor nad zdravjem ljudi in zgodnje odkrivanje oseb z biološkimi in vedenjskimi dejavniki tveganja za razvoj KNB. Poplas Susič, et al. (2013) so prepričani, da diplomirane medicinske sestre opravljajo preventivno delo suvereno, samostojno in povezovalno. Pacienti tako pridobijo številne ustrezne informacije, zato ne rabijo takojšen pregled pri zdravniku. Na zdravnika se obrnejo samo takrat, ko se slabše počutijo ali ko kako drugače zbolijo. Presejalni pregledi so priložnost, da diplomirana medicinska sestra pri osebah s tveganji v življenjskem slogu in/ali s tveganji za razvoj KNB preveri stanje, osebo spodbudi k zdravemu življenjskemu slogu ter jo ozavešča, seznanja in motivira za opuščanje zdravstveno tveganjih vedenj. Avtorji Poplas Susič, et al. (2013) so si enotni, da diplomirane medicinske sestre posameznikom namenijo dovolj časa. Z usmerjenimi vprašanji pacientom ponudijo možnost, da jim povedo tudi kakšno pomembno informacijo, ki je zdravniku ne bi povedali. Z aktivnim poslušanjem in ustreznim svetovanjem pripomorejo k boljšemu razumevanju zdravstvenega stanja pacientov (Poplas Susič, et al., 2013). Železnik, et al. (2011), Maučec Zakotnik, et al. (2017), Petek Šter & Vodopivec Jamšek (2018) in Panikvar Žlahtič, et al. (2018) opisujejo postopke presejanja pri izvajanju preventivne obravnave s presejanjem in svetovanjem KNB. Na osnovi podatkov, pridobljenih s pomočjo Vprašalnika za preventivni pregled na področju KNB, poglobljenih vprašalnikov na področju prehrane, pitja alkoholnih pijač in depresije ter s pomočjo izvedenih meritev in laboratorijskih izvidov, je skladno s protokoli določanja ogroženosti za KNB mogoče identificirati: raka debelega črevesa in danke, udeležbo v preventivnih presejalnih državnih programih (Dora, Zora, Svit), status prehranjevanja, telesne dejavnosti, kadilski status, pivski status, ogroženost za stres, ogroženost za depresijo, ogroženost zaradi neugodnih socialnih determinant zdravja, ogroženost za aterosklerotično srčno-žilno boleznijo (SŽB), ogroženost za sladkorno bolezen tipa 2, ogroženost za kronično obstruktivno pljučno bolezen (KOPB), ogroženost za debelost, arterijsko hipertenzijo, alkoholizem in osteoporozo. Diplomirana medicinska sestra na osnovi vedenjskih in bioloških

dejavnikov tveganja, ocene ogroženosti za KNB in sumov na že prisotno KNB oblikuje predlog načrta obravnave pacienta.

Podobno kot na področju raziskovanja zdravnikov je manj raziskav tudi s strani diplomiranih medicinskih sester, ki delajo v ADM, opozarja Poplas Susič (2017), enako ugotavljata v mednarodnem prostoru tudi raziskovalki Maier & Aiken (2016). V slovenskem prostoru nismo našli raziskave, ki bi iskala povezanost zadovoljstva pacientov in njihovo motivacijo za spremembo življenjskega sloga. Po drugi strani pa rezultati raziskav Al-Abri & Al-Balushi (2014), Laurant, et al. (2018) in Desborough, et al. (2017) pokažejo, da si pacienti želijo višjo kakovost zdravstvenih storitev, pričakujejo več prijaznosti zdravstvenih delavcev in več možnosti, da bi soodločali pri stvareh, od katerih je odvisno njihovo življenje. Breme KNB je veliko, spremljanje in spreminjanje vedenjskega sloga, povezanega z zdravjem, je nujno. Vsi ti podatki so nas vzpodbudili k podrobnejši raziskavi tega segmenta. Rezultati raziskave bodo lahko podlaga za dogovarjanje z odločevalci in izboljšanje učinkovitosti na področju zdravstvene nege v ADM.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PRIMARNO (OSNOVNO) ZDRAVSTVO

SZO (2019), opredeljuje primarno zdravstveno varstvo, kot skrb za vse ljudi v vseh starostnih obdobjih in ne le za zdravljenje določenih bolezni ali stanj. Primarno zdravstveno varstvo zagotavlja celovito, dostopno zdravstveno oskrbo v skupnosti, ki ustreza zdravstvenim potrebam posameznikov skozi celo življenje. Leta 1978 je bila v Almatyju v Kazahstanu osrednja konferenca, ki je združila zdravstvene strokovnjake in svetovne voditelje, da se zavežejo k zdravju za vse. Deklaracija, ki je bila potrjena na tej konferenci, je bila podlaga za zadnjih 40 let globalnih prizadevanj za primarno zdravstveno varstvo (SZO, 2019). Globalna konferenca o primarnem zdravstvenem varstvu v Astani v Kazahstanu oktobra 2018 je potrdila novo deklaracijo, ki poudarja ključno vlogo primarnega zdravstvenega varstva po vsem svetu. Nova deklaracija je obnovila politično zavezanost vlad, nevladnih organizacij, strokovnih organizacij, akademskih krogov ter svetovnih zdravstvenih in razvojnih organizacij k primarnemu zdravstvenemu varstvu (SZO, 2019).

Poplas Susič & Marušič (2011) v članku povzemata deklaracijo iz Alma Ate, ki pravi, da osnovna zdravstvena dejavnost predstavlja temelj vseh kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva na svetu. Dobra osnovna zdravstvena dejavnost omogoča večjo kakovost, manjše stroške, večjo enakost in večje zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom nasploh in opozarja, da se spremembe zdravstvenega sistema pogosto dogajajo v nepravo smer, saj v marsikateri državi v ospredje interesa prihaja komercializacija, potrošništvo in želja po zaslužku.

Kakovostna in stroškovno učinkovita zdravstvena obravnava ter zadovoljstvo pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu so glavni cilji delovanja ADM, kar na nacionalni ravni predstavlja boljšo zdravstveno oskrbo prebivalstva in njihovo oceno potreb po zdravstvenih storitvah, predvsem glede na spol, starost, incidenco posameznih bolezni in dejavnikov tveganja, trdi Eder (2012). To pa predstavlja izredni pomen za nadaljnje načrtovanje zdravstvene politike v nadaljevanju, opozarja Eder (2012). Poplas Susič,

et al. (2018) opisujejo namen, ki so ga želeli doseči z nadgradnjo ekip družinske prakse:

- zagotoviti standardiziran pristop k zagotavljanju in izboljšanju kakovosti,
- izboljšati kakovost oskrbe,
- omogočiti interdisciplinarno, standardiziran in na osebo osredotočen pristop do pacientov,
- omogočiti razdelitev obremenitev med vse člane ekipe glede na njihovo kompetenco.

2.2 DRUŽINSKA MEDICINA

Švab (2014) družinsko medicino definira kot medicinsko specialnost, ki se ukvarja z načrtovanjem in zagotavljanjem celostnega in trajnega primarnega zdravstvenega varstva vsem članom družine, ne glede na starost in spol. Švab (2014) povzema tudi definicijo ameriškega združenja družinskih zdravnikov in navaja, da je družinska medicina nadaljevanje zgodovinske tradicije nekdanjih splošnih zdravnikov in njihov sedanji izraz. Edinstveno je opredeljena v družinskem kontekstu in je celostna zdravstvena oskrba s posebnim poudarkom na družini kot enoti, v kateri se zdravnikova stalna odgovornost za zdravstveno varstvo ne omejuje na pacientovo starost in spol ali na posamezni organ ali bolezen. Poplas Susič & Marušič (2011) dodajata, da raziskave po Evropi kažejo, da je obremenitev zdravnikov družinske medicine velika, glede na število obiskov na dan pa prednjači Slovenija. Zato zdravstvena obravnava pacientov ne more pridobivati kakovosti, čeprav se pričakuje. Od leta 2011 z zaposlovanjem diplomirane medicinske sestre, ki ga doslej osnovno zdravstvo ni imelo, blažimo obremenjenost zdravnikov in s tem posredno krepimo osnovno zdravstvo in zdravstveno dejavnost kot tako nasploh zaključujeta Poplas Susič & Marušič (2011).

2.2.1 Vsebinska nadgradnja dela v ambulanti družinske medicine

V ADM se opravljajo preventivne dejavnosti na področju: preventivna zdravstvena obravnava s presejanjem in svetovanjem; ogroženosti za kronične nenalezljive bolezni, ogroženosti za zvišan krvni tlak, ogroženosti za sladkorno bolezen tip 2, srčno žilno ogroženosti, ogroženost na področju tveganega in škodljivega pitja alkohola,

spremljanje ogroženosti za kronično obstruktivno pljučno bolezen, ogroženosti za depresijo in osteoporozo (Referenčne ambulante družinske medicine, 2021). Spremljanje kakovosti dela v ADM vključuje spremljanje zadovoljstva pacientov in zaposlenih z vprašalnikom o zadovoljstvu in seznam kazalnikov, ki jih je treba spremljati in o njih poročati v informacijskem sistemu (Govc Eržen, 2017a). Kazalniki kakovosti so zasnovani tako, navajajo Poplas Susič, et al. (2018), da dajejo celovit pogled na kakovost, saj so sestavljeni iz vseh treh kategorij kazalnikov kakovosti: strukture, procesa in rezultata. Parametri za kazalnike kakovosti se samodejno zajamejo iz elektronskih zdravstvenih kartotek v praksi in iz elektronske baze podatkov na nacionalni ravni. Vsaka ADM ima dostop do podatkov lastne prakse in lahko tudi svoje delo primerja z delom drugih ADM. Kazalniki kakovosti v ADM so oblikovani tako, nadaljuje Govc Eržen (2017a), da zagotavljajo ustrezno spremljanje kakovosti dela zdravnikov družinske medicine in diplomiranih medicinskih sester na področju preventivnega zdravstvenega varstva kot tudi na področju oskrbe kroničnih pacientov kot tudi spremljanje učinkovitosti organizacije dela. Ocena kakovosti oskrbe s pomočjo kazalnikov kakovosti je postal standard prakse v več državah, zaključuje Poplas Susič (2017). Projektni svet je sprejel seznam kazalnikov kakovosti, ki so spremljani v ADM. Trenutno število prenovljenih kazalnikov kakovosti, ki se poročajo, je 28. V nadaljevanju je prikazan seznam kazalnikov kakovosti, ki jih je treba spremljati in poročati v informacijski sistem (Referenčne ambulante družinske medicine, 2018a):

- register sladkorna bolezen,
- register ASTMA,
- register KOPB,
- register arterijska hipertenzija,
- register benigno povečanje prostate,
- register depresija,
- register koronarne bolezni,
- register osteoporoz,
- preverjenost kadilskega statusa pri registrirani populaciji,
- preverjenost pivskega statusa pri registrirani populaciji,
- delež zaščiteneh proti tetanusu v registrirani populaciji,
- preverjena ogroženost za osteoporozni zlom v zadnjih 5 letih pri registrirani

- populaciji, stari 60 let in več,
- število oseb, starih 30 let ali več, v zadnjih petih letih, pregledanih za dejavnike tveganja za KNB,
 - vsaj 1-krat na dve leti izmerjen krvni tlak pri registriranih kroničnih pacientih,
 - vsaj 1-krat letno preverjen kadilski status pri registriranih kroničnih pacientih,
 - vsaj 1-krat letno izmerjen indeks telesne mase pri registriranih kroničnih pacientih,
 - vsaj 1-krat letno preverjen pivski status pri registriranih kroničnih pacientih,
 - povprečje meritev krvnega tlaka v standardnih pogojih v tekočem letu je < 140/90 (meritve v ambulanti ali s preverjenim aparatom doma) pri pacientih s hipertenzijo,
 - vsaj 1-krat letno določen HbA1c pri pacientih s sladkorno boleznijo,
 - vsaj 1-krat letno laboratorij v skladu s protokolom (lipidogram, s.kreatinin, proteinurija/albuminurija) pri pacientih s sladkorno boleznijo,
 - vsaj 1-krat letno opravljen pregled stopal pri pacientih s sladkorno boleznijo,
 - 1-krat letno ocenjena urejenost astme z vprašalnikom pri pacientih z astmo,
 - izmerjena vrednost glikiranega hemoglobina 7 % ali manj pri pacientih s sladkorno boleznijo,
 - 1-krat letno izvedena spirometrija pri pacientih s KOPB,
 - 1-krat izvedeno letno cepljenje proti gripi pri pacientih s KOPB,
 - 1-krat letno določen FRAX indeks pri pacientih z osteoporozo,
 - vsaj 1-krat letno določen prostatični specifični antigen pri moških z benigno hiperplazijo prostate,
 - vsaj 1-krat letno izpolnjen IPSS vprašalnik pri pacientih z benigno hiperplazijo prostate,
 - vsaj 1-krat letno izpolnjen vprašalnik za depresijo pri pacientih z depresijo,
 - vsaj 1-krat letno opravljen 12-kanalni EKG pri pacientih s koronarno boleznijo,
 - vsaj 1-krat letno opravljen 12-kanalni EKG pri pacientih z arterijsko hipertenzijo,
 - vsaj 1-krat letno izmerjen krvni tlak pri pacientih z arterijsko hipertenzijo.

Konec leta 2019 je delovalo 871 ADM (tabela1) (Referenčne ambulante družinske medicine, 2019).

Tabela 1: Število ambulant družinske medicine po območnih enotah

Območna enota	Število ambulant družinske medicine
Celje	97
Koper	69
Kranj	92
Krško	24
Maribor	129
Murska Sobota	53
Nova Gorica	52
Novo mesto	45
Ravne na Koroškem	56
Ljubljana	254
Skupaj	871

Vir: Referenčne ambulante družinske medicine, 2019

2.2.2 Organizacija dela v ambulanti družinske medicine

V ADM si zdravnik in diplomirana medicinska sestra delo razdelita. Diplomirana medicinska sestra spremlja paciente, ki imajo urejeno kronično bolezen in opravlja preventivne preglede navajajo Poplas Susič, et al. (2013). Novoodkriti kronični pacienti ter poslabšanja kronične bolezni in akutna stanja so v domeni zdravnikov družinske medicine kot tudi diagnostika, napotitve in zdravljenje, dodaja Govc Eržen (2017a). Zaradi zagotavljanja ustrezne delitve dela med zdravnikom družinske medicine in diplomirano medicinsko sestro so nastali tudi protokoli obravnave določenih kroničnih bolezni, ki so jih oblikovali strokovnjaki s področja družinske medicine in strokovnjaki kliničnih strok s sekundarnega in terciarnega nivoja. Vsi protokoli so dostopni na spletnih straneh ADM (Govc Eržen, 2017a).

2.2.3 Vloga diplomirane medicinske sestre

Poplas Susič, et al. (2013) navajajo, da je diplomirana medicinska sestra po končanem dodiplomskem študiju (smer zdravstvena nega) že ustrezno izobražena za delo v timu. Pri svojem delu mora upoštevati Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, ki opredeljuje in usmerja etično delovanje na vseh področjih dela in postavlja etične

smernice glede nalog, dolžnosti, ravnanj, strokovne presoje, odnosov s pacienti, sodelavci in drugimi strokovnjaki. (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014). Diplomirana medicinska sestra mora obvezno imeti veljavno licenco za delo in urejen vpis v register (Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, 2016). Zaradi zagotavljanja kakovosti in strokovnosti dela diplomiranih medicinskih sester, ki do uvedbe ADM niso sodelovale v timu družinske medicine, se je na podlagi potreb po dodatnem usposabljanju zanje izvedla oblika modularnega izobraževanja za vsa področja, ki jih izvajajo v okviru dela v ADM. Za področje izobraževanja diplomiranih medicinskih sester za delo je Ministrstvo za zdravje pooblastilo Katedro za družinsko medicino medicinske fakultete v Ljubljani. V izvajanje izobraževanja se vključujejo strokovnjaki družinske medicine, kliničnih strok, Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Govc Eržen, 2017b). Uspešno opravljeni izobraževalni moduli diplomirani medicinski sestri omogočajo pridobitev specialnih znanj za delo v ADM (Petek Šter & Šter, 2015). Vključitev diplomirane medicinske sestre v zdravstveni tim vsekakor pomeni krepitev področja preventive v primarnem zdravstvenem varstvu so prepričani tudi Maučec Zakotnik, et al. (2017) in nadaljujejo, da diplomirana medicinska sestra prevzema vlogo posameznikovega koordinatorja preventive in mentorja na njegovi poti do boljšega zdravja in počutja. Po izvedenem preventivnem pregledu diplomirana medicinska sestra pacienta tudi spremlja skladno s sprejetimi smernicami in protokoli ter načrtuje njegovo nadaljnjo preventivno obravnavo zaključujejo Maučec Zakotnik, et al. (2017).

2.3 PROGRAM INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI PRI ODRASLIH

Maučec Zakotnik, et al. (2017) navajajo, da se je integrirano preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni razvijalo skozi zgodovino in nadaljuje, da se je zdravstvena obravnava pacientov spreminjala iz strogo medicinskega pristopa k načrtovani, celostni in učinkoviti obravnavi. Vsem odraslim prebivalcem Slovenije je na voljo celovit program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni. Univerzalno dostopen

nacionalni program se že od leta 2002 izvaja v ambulantah družinske medicine in v zdravstvenovzgojnih centrih/centrih za krepitev zdravja v vseh 61 zdravstvenih domovih po državi (Čuš, et al., 2015). Namen projekta „Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje“, ki je potekal med letoma 2014–2016, je bila nadgradnja preventivnih programov, zmanjševanje neenakosti v zdravju, vključevanje ranljivih skupin v preventivno zdravstveno varstvo in krepitev zdravja v lokalni skupnosti. Z upoštevanjem vseh postavk projekta, je bila zasnovana nadgradnja Programa integrirane preventive kroničnih bolezni (Čuš, et al., 2015). Maučec Zakotnik, et al. (2017) menijo, da je za optimalno delovanje zasnovanega programa, zelo pomembno sodelovanje vseh deležnikov na vseh nivojih zdravstvenega varstva, kar poudarja tudi Bulc (2012) in zaključuje, da morajo biti vse aktivnosti usmerjene v zgodnje odkrivanje KNB in promocijo zdravja.

Vodopivec Jamšek (2013) navaja, da je vodilo nadgradnje Programa integrirane preventive KNB: izboljšanje zdravja, aktivno vabljenje odraslih na preventivne preglede in zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja za nastanek KNB. Vabljenje na presejalni pregled in sodelovanje s patronažno medicinsko sestro opisujejo Maučec Zakotnik, et al. (2017): na prvi presejalni pregled (KNB) se vsakih 5 let vabi osebe, stare 30 let in več. Pred starostjo 30 let se lahko pacienta vabi na pregled samo v primeru če je prisotna družinska obremenjenost za SŽO, družinska dislipidemija in že prisotna sladkorna bolezen. Na presejalni pregled s področja osteoporoze se vabi ženske in moške, ki so starejši od 60 let, mednarodni vprašalnik za točkovno vrednotenje simptomov benigne hiperplazije prostate (IPSS) se aplicira moškim starejšim od 50. leta, oziroma vsem, ki navajajo tovrstne težave ali pa navajajo družinsko obremenitev z boleznijo prostate. Na ponovni (kontrolni) presejalni pregled pa se vabi osebe z zelo izraženimi dejavniki tveganja za KNB, osebe s prisotno ogroženostjo za KNB in kronične paciente na 1 leto ali že prej, skladno s presojo zdravnika družinske medicine ali diplomirane medicinske sestre. V primeru, da se oseba po treh vabljenjih (pisno, po e-pošti ali telefonsko) na presejalni pregled ne odziva, se zdravnik ali diplomirana medicinska sestra lahko poveže z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu, ki neodzivno osebo obišče na domu in jo motivira za udeležbo na presejalnem pregledu.

Maučec Zakotnik, et al. (2017) opredeljujejo glavne štiri cilje programa, ki zajemajo: zmanjšanje zgodnje umrljivosti zaradi pogostejših KNB, kot so bolezni SŽO, SB, KOPB, hipertenzija, depresija, osteoporoza. Drugi cilj je zmanjšanje vedenjskih in bioloških dejavnikov tveganja: telesna nedejavnost, nezdrava prehrana, kajenje, tvegano in škodljivo pitje alkohola, zvišan krvni tlak, zvišane maščobe v krvi, zvišan krvni sladkor, stres, depresija, anksionzne motnje. Kot četrti in peti cilj Maučec Zakotnik, et al. (2017), navajajo opolnomočenje posameznikov in vzpostavljanje mreže partnerjev predvsem iz lokalnega okolja in nadaljujejo, da so vsi cilji usmerjeni v pomoč tako posameznikom kot celotni populaciji v skrbi za lastno zdravje in podporo pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga.

Glede na rezultate presejanja osebe razvrstijo v tri skupine (zdravi, zdravi z dejavniki tveganja, kronični pacienti), ter jih načrtno in sistematično spremljajo v skladu s strokovnimi priporočili (Maučec Zakotnik, et al. 2017). Poplas Susič, et al. (2013) ter Vodopivec Jamšek (2013) poudarjajo, da so vsi protokoli obravnave kroničnega pacienta in protokoli za izvajanje preventive prilagojeni, glede na kompetence diplomiranih medicinskih sester, usklajeni s posodobljenimi smernicami in strokovnimi priporočili in dogovorjeni med strokovnjaki s primarne in sekundarne ravni zdravstvenega varstva.

Rezultati slovenske raziskave Uporaba preventivnih zdravstvenih storitev (Vrbovšek & Farkaš Lainščak, 2018) kažejo, da se je preventivnega pregleda v ADM udeležilo največ odraslih iz goriške zdravstvene regije (60,7%), najmanj pa iz koprške (49,5 %) in ljubljanske zdravstvene regije (47 %). Vrbovšek & Farkaš Lainščak (2018) nadaljujeta, da se je le dobra polovica odraslih prebivalcev Slovenije, vsaj enkrat v življenju udeležila preventivnega pregleda za KNB. Prav tako, je vabilo na preventivni pregled v ADM prejelo več prebivalcev iz goriške zdravstvene regije, kot iz ljubljanske in koprške zdravstvene regije, še dodajata Vrbovšek & Farkaš Lainščak (2018).

2.3.1 Opredelitev presejanja

Že leta 1951 je Konferenca o preventivi (The CC1 Conference on Preventive Aspects of

Chronic Disease) definirala presejanje kot identifikacijo neprepoznane bolezni ali motnje z uporabo testov, pregledov ali drugih postopkov, ki se lahko hitro uporabijo, opisujeta presejanje Bulc & Vračko (2017) in nadaljujeta, da presejalni testi ločijo navzven zdrave posameznike, ki verjetno že imajo bolezen, od tistih, ki je verjetno nimajo. Presejanje (angleško screening) je preiskovanje navidezno zdravih oseb za morebitno prisotnost dejavnikov tveganja ali zgodnje oblike bolezni, ko se klinični simptomi še ne pojavijo, z namenom zgodnjega zdravljenja razlagata Bulc & Vračko (2017). Osnovni koncept presejanja je, da je zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja in bolezni koristno za klinični ali javnozdravstveni izid zdravljenja. Presejanje izvajamo pri ogroženi populaciji, pišeta Bulc & Vračko (2017), ki mora biti vnaprej natančno opredeljena. Za učinkovitost presejanja je ključno zagotoviti vsaj 70–80 % udeležbo, saj nizek odstotek udeležbe izniči prizadevanja za zmanjšanje bremena bolezni in znižuje stroškovno učinkovitost presejanja. V ta namen je pri načrtovanju presejanja treba zagotoviti tudi ustrezen proces vabljenja in informiranja oseb o pomenu presejanj ter zagotoviti sredstva za marketinške aktivnosti za zagotavljanje udeležbe na presejanjih (Bulc & Vračko, 2017).

2.4 POTEK PRESEJALNEGA PREGLEDA NA PODROČJU KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI

Diplomirana medicinska sestra presejalni pregled lahko v celoti izvede sama, če je treba, pa pacienta usmeri k zdravniku družinske medicine. Pri tem ravna v skladu s smernicami in protokoli, ki so bili potrjeni na projektnem svetu in so objavljeni na spletni strani referenčne ambulante (Referenčne ambulante družinske medicine, 2018a). Potek presejalnega pregleda sestavljajo 4 faze (Referenčne ambulante družinske medicine, 2018a):

- prva faza – uvodni del presejalnega pregleda,
- druga faza – pridobivanje informacij o pacientu s pomočjo vprašalnikov, meritev in laboratorijskih izvidov,
- tretja faza – ocena tveganja/ogroženosti za KNB,
- četrta faza – zdravstvena obravnava pacienta glede na profil ogroženosti za KNB.

2.4.1 Prva faza: uvodni del presejalnega pregleda

Uvodni del presejalnega pregleda pri diplomirani medicinski sestri obsega naslednje ključne elemente: predstavitev in razlaga namena presejalnega pregleda, zanimanje za pacientovo trenutno počutje in njegov pogled na zdravstveno stanje, aktivno poslušanje pacientove ocene stanja, razlaga načrta presejalnega pregleda, postopkov in ciljev ter pridobitev soglasja o poteku presejalnega pregleda in mentorski vlogi diplomirane medicinske sestre (Referenčne ambulante družinske medicine, 2018a).

2.4.2 Druga faza: pridobivanje informacij o pacientu s pomočjo vprašalnikov, meritev in laboratorijskih izvidov

Diplomirana medicinska sestra pred izvedbo presejalnega pregleda, pacientu vroči »Vprašalnik za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni« (pri posameznih vsebinskih področjih, ki so vključena v vprašalnik, je skladno z algoritmom obravnave treba uporabiti tudi tako imenovane poglobljene vprašalnike, in sicer na področju prehrane, pitja alkoholnih pijač in depresije) in nato po strokovnih protokolih izvede antropometrične meritve (telesne višine, telesne mase, obsega pasu); izmeri krvni tlak; izvede spirometrijo, če je indicirana in takoj izvedljiva; pridobi laboratorijske izvide krvnega sladkorja, lipidograma-trigliceridov, skupnega holesterola, LDL-holesterola in HDL-holesterola, oralnega glukoznega tolerančnega testa (OGTT), če je indiciran in je tako dogovorjeno (Referenčne ambulante družinske medicine, 2018a).

2.4.3 Tretja faza: ocena ogroženosti za KNB

Na osnovi podatkov, pridobljenih s pomočjo Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni, poglobljenih vprašalnikov na področju prehrane, pitja alkoholnih pijač in depresije ter s pomočjo izvedenih meritev in laboratorijskih izvidov, je skladno s protokoli določanja ogroženosti za KNB mogoče identificirati: družinsko obremenjenost za zvišan krvni tlak, SŽB, sladkorno bolezen tipa 2 ter raka debelega črevesa in danke, udeležbo v preventivnih presejalnih državnih programih (Dora, Zora, Svit), status prehranjevanja, status telesne dejavnosti, kadilski

status, pivski status, ogroženost za stres, ogroženost za depresijo, ogroženost zaradi neugodnih socialnih determinant zdravja, ogroženost za aterosklerotično SŽB, ogroženost za sladkorno bolezen tipa 2, ogroženost za KOPB, ogroženost za debelost, ogroženost za arterijsko hipertenzijo, ogroženost za alkoholizem, ogroženost za osteoporozo. Diplomirana medicinska sestra na osnovi vedenjskih in bioloških dejavnikov tveganja, ocene ogroženosti za KNB in sumov na že prisotno KNB oblikuje predlog načrta obravnave pacienta in ga po potrebi usmeri k zdravniku družinske medicine (Maučec Zakotnik, et al., 2017).

2.4.4 Četrta faza: zdravstvena obravnava pacienta glede na profil ogroženosti za KNB

Glede na oceno ogroženosti pacienta za razvoj KNB lahko diplomirana medicinska sestra: presejalni pregled do konca izpelje sama, kadar pregled pri zdravniku ni potreben, kar pomeni, da prevzame nadaljnjo obravnavo, ali pacienta usmeri k zdravniku. Čeprav (v idealnem primeru) v anamnezi in statusu ni zaznanega nobenega tveganja za zdravje, je prav, da se zdravnik seznaní z ugotovitvami presejalnega pregleda. Način, kako se zdravnik seznaní s temi podatki, je odvisen od organizacijskih možnosti v konkretni ADM. O tem se dogovori diplomirana medicinska sestra z zdravnikom v soglasju s pregledano osebo (Maučec Zakotnik, et al., 2017).

Diplomirana medicinska sestra lahko praviloma samostojno vodi in spremlja: osebe z ugotovljenimi dejavniki tveganja v življenjskem slogu (neustrezno prehranjevanje, nezadostna telesna dejavnost, kajenje, stres), pri katerih ogroženost za SŽB skupaj ne presega 20 % tveganja za pojav koronarnega dogodka v naslednjih desetih letih; osebe, pri katerih pri preventivnem pregledu ni odkrite ogroženosti/tveganja za katero izmed KNB (debelost, hipertenzija, dislipidemija, preddiabetesna stanja, sladkorna bolezen tipa 2, KOPB, depresija, zasvojenost z alkoholom, drugo) (Maučec Zakotnik, et al., 2017).

2.4.5 Opis posameznih presejalnih pregledov v sklopu presejalnega pregleda za kronične nenalezljive bolezni

Ocena srčno-žilne ogroženosti služi kot vodilo za spremembo življenjskega sloga navaja Petek Šter (2017), zato jo je smiselno narediti pri vsakem zdravem odraslem pacientu. V ambulanti družinske medicine jo opravi diplomirana medicinska sestra v okviru presejalnega pregleda z oceno tveganja za bolezni srca in ožilja. Pri zdravih odraslih osebah (brez znane srčno-žilne, ledvično-žilne ali sladkorne bolezni) ocenjujemo srčno-žilno ogroženost s pomočjo tabel, s katerimi izračunamo absolutno tveganje za srčno-žilni dogodek oziroma smrt v naslednjih 10 letih. Osebe, ki so bile na presejalnem pregledu prepoznane kot ogrožene za srčno-žilni dogodek (velika ali zelo velika srčno-žilna ogroženost), je potrebno napotiti k osebemu zdravniku zaradi nadaljnega zdravljenja, ki ob nefarmakološkem zdravljenju pogosto zahteva uvedbo zdravil (Petek Šter, 2017).

Odkrivanje oseb z velikim tveganjem za sladkorno bolezen se izvaja v ambulantah družinske medicine ob preventivnem pregledu na dejavnike tveganja za bolezni srca in žilja. S presejanjem skušamo najti osebe z velikim tveganjem za sladkorno bolezen 2, obenem pa na ta način odkrivamo tudi paciente s še nediagnosticirano sladkorno boleznijo tipa 2. Potek presejanja zajema nadaljuje Bulc (2017): družinsko in osebno anamnezo (sladkorna bolezen tipa 2 pri ožjih sorodnikih, dosedanje bolezni, način prehranjevanja, telesna dejavnost), s pomočjo vprašalnikov, meritve (telesna teža in višina in izračun indeksa telesne mase, obseg pasu, krvni tlak, periferni pulzi, laboratorij: krvni sladkor na tešče. Pri osebah, ki izpolnjujejo eno ali več dogovorjenih meril, opravimo diagnostični test s standardiziranim oralnim glukoza-tolerančnim testom (OGTT) (Bulc, 2017).

Presejalni pregled v zvezi s kajenjem in zgodnjim odkrivanjem KOPB izvaja diplomirana medicinska sestra v okviru celovitega presejalnega pregleda. Presejanje na KOPB izvaja v populaciji s prisotnimi dejavniki tveganja in ima naslednje cilje: opredeliti osebe s povečanim tveganjem za KOPB; zmanjšati tveganje za KOPB; intervencija za prenehanje kajenja; zgodnje odkrivanje KOPB opisuje Petek (2017) in

nadaljuje, da s pomočjo podatka o kajenju ali masivni izpostavljenosti prahu diplomirana medicinska sestra opredeli ogroženo populacijo za KOPB. Ogrožena populacija so vsi kadilci in osebe, masivno izpostavljene prahu, stare nad 40 let, ki so bile izpostavljene vsaj 10 let. Diplomirana medicinska sestra po opravljenem presejalnem pregledu pacienta razvrsti med: osebe s povečanim tveganjem (ogroženostjo) za KOPB. Sledijo ukrepi, ki so v največji meri usmerjeni na odstranjevanje poglobitnega dejavnika tveganja, to je kajenje. Presejanje za KOPB se predvidoma ponavlja na eno leto. Pacienta vpiše v register KOPB. Pri osebah, ki ne kadijo in niso izpostavljene pasivnemu kajenju in so torej malo ogrožene za KOPB, se presejalni pregled (brez spirometrije) ponavlja predvidoma na 5 let (Petek, 2017). Podatki raziskave »Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016. Kajenje.« (Koprivnikar, 2018) kažejo, da je v bilo v Sloveniji med odraslimi prebivalci leta 2016: 23,1 % kadilcev (okoli 317.000 prebivalcev), 25,6 % nekdanjih kadilcev in 51,3 % nekadilcev. Večji delež kadilcev je med moškimi (25,2 %) in prebivalci s srednješolsko izobrazbo. Nekateri odrasli kadilci kadijo le občasno, 80,6 % kadilcev pa kadi vsak dan. Navedeni podatki so blizu povprečju držav članic Evropske unije. V letu 2015 je prenehal kaditi skoraj vsak deseti kadilec navaja (Koprivnikar, 2018).

Podatek o pitju alkohola najlažje dobimo s pogovorom s človekom opisuje Kolšek (2017) in izpostavlja, da tisti, ki nimajo težav zaradi alkohola (večinoma tudi tisti, ki pijejo tvegano), običajno dajo točne podatke. Če pa pacient sluti, da bi se njegovo pitje komu lahko zdelo preveliko, bo pogosto povedal ustrezno manjšo ali »bolj sprejemljivo« količino. Podatek o pitju alkohola lahko dobimo tudi z ustreznim vprašalnikom – pri nas je za presejanje v ambulantah družinske medicine v uporabi kratek vprašalnik AUDIT-C, ki lahko pokaže, da posameznik presega meje manj tveganega pitja, za natančnejšo opredelitev ali gre za tvegano ali škodljivo pitje pa lahko uporabimo nadaljnja vprašanja iz poglobljenega AUDIT vprašalnika. Ključnega pomena je pravočasno odkriti tvegano pitje, ko človek nima še nobenih težav ali posledic, in ustrezno ukrepati. Kolšek (2017) opisuje ukrepanje glede na ugotovitve: pri abstinentih ukrepi glede pitja alkohola niso potrebni, seveda če je podatek o abstinenci resničen. Tudi pri ljudeh, ki pijejo na manj tvegan način, posebni ukrepi niso potrebni.

Pri tveganih in škodljivih pivcih lahko diplomirana medicinska sestra izvaja motivacijske pogovore, lahko pa pacienta usmeri k izbranemu osebnemu zdravniku, po posvetu z izbranim osebnim zdravnikom lahko tudi v zdravstvenovzgojni center oziroma center za krepitev zdravja. Končno diagnozo alkoholizma praviloma postavi zdravnik, vendar ni nič narobe, če ob jasnem sumu za alkoholizem diplomirana medicinska sestra pacientu svetuje zdravljenje (Kolšek 2017). Lovrečič & Lovrečič (2017) navajata, da v mejah manj tveganega pitja, pije alkohol sedem od desetih odraslih, v povprečju dva od desetih abstiniata – ženske dvakrat pogosteje kot moški. Visoko tvegano se opije enkrat letno vsak drugi odrasli prebivalec Slovenije, nadaljujeta Lovrečič & Lovrečič (2017) in to kar šest od desetih moških in štiri od desetih žensk. Vinko (2018a) navaja spodbudne podatke, da je v letu 2015, med čezmernimi pivci količino popitega alkohola zmanjšalo 28,0 % čezmernih pivcev, 3,1 % pa je s pitjem alkohola popolnoma prenehalo.

Osnovni cilj presejanja na področju osteoporoze je ugotoviti, kakšno je absolutno tveganje, da bodo preiskovanci v naslednjih desetih letih utrpeli enega od štirih najpogostejših osteoporoznih zlomov. Vključitveni kriterij za presejalni pregled v zvezi z osteoporozo je: ženske in moški, ki so starejši od 60 let. Izključitveni kriterij: vsi pacienti z že zdravljeno osteoporozo (Govc Eržen, 2017b). S pomočjo podatkov o prisotnih dejavnikih tveganja za osteoporozni zlom in podatka o izmerjeni mineralni kostni gostoti vratu stegenice (če je na voljo) diplomirana medicinska sestra ugotavlja tveganje za osteoporozni zlom pri opredeljeni populaciji. Orodje za presejanje predstavlja računalniški model FRAX (Fracture Risk Assessment Tool). Za Slovenijo uporabljamo FRAX Velike Britanije, ker najbolj ustreza epidemiološki situaciji glede incidence zlomov kolka. Diplomirana medicinska sestra ukrepa glede na oceno tveganja za osteoporozne zlome. Če je izračun tveganja za osteoporozni zlom nizko (< 10 %), diplomirana medicinska sestra poda nasvet o zdravem življenjskem slogu, pravilni prehrani in telesni vadbi. Zdravila pri nizkem tveganju za osteoporozni zlom niso potrebna. Ponovno oceno tveganja se opravi čez 5 let. V kolikor je izračun tveganja za osteoporozni zlom zmerno (10–20 %), diplomirana medicinska sestra poda nasvet o zdravem življenjskem slogu, pravilni prehrani in telesni vadbi in svetuje pacientu, da opravi merjenje mineralne kostne gostote z denziometrijo (DXA) in se z izvidom zglati

pri zdravniku družinske medicine, ki bo ponovno ocenil tveganje za osteoporozni zlom. V vsakem primeru je treba razmisliti vsaj o dodatku vitamina D in svetovati povečan vnos kalcija s prehrano. Ponovno ocena tveganja za osteoporozni zlom se opravi čez dve do tri leta. Če je izračun tveganje za osteoporozni zlom visoko (za najpogostejše osteoporozne zlome vsaj 20 % in/ali tveganje za zlom kolka vsaj 5 %), diplomirana medicinska sestra poda nasvet o zdravem življenjskem slogu, pravilni prehrani in telesni vadbi. Kontrole so potrebne enkrat letno. Vsi, ki so že utrpeli osteoporozni zlom vretenca ali kolka, so kandidati za zdravljenje, ne glede na izvid DXA ali FRAX. Diplomirana medicinska sestra jih napoti k zdravniku družinske medicine, če je to potrebno (če so opustili zdravljenje, če je potrebna kontrolna meritev mineralne kostne gostote). Diplomirana medicinska sestra napoti k zdravniku družinske medicine tudi vse paciente s pogostimi padci (Govc Eržen, 2017b).

Delo v ADM lahko bistveno izboljša diagnostiko, vodenje in zdravljenje depresije, navaja Rifel (2017) in nadaljuje, da se v okviru presejalnega pregleda z oceno tveganja opravi tudi presejanje na depresijo. Pri bolj ogroženih pacientih z dejavniki tveganja za depresijo se preseja pogosteje. Pri pacientih, ki so negativni pri presejanju na depresijo, se preventivni pregled glede depresije konča. Ponovno presejanje pride na vrsto pri pacientih brez dejavnikov tveganja za depresijo čez 5 let, pri pacientih z dejavniki tveganja pa prej oziroma takrat, ko se dejavniki tveganja pojavijo. Pacienti, ki so pozitivni na presejanju, izpolnijo še diagnostični vprašalnik PHQ-9 in/ali gredo na diagnostični pogovor k zdravniku. Pri pacientih, ki se zdravijo zaradi depresije, je PHQ-9 lahko uporabno orodje za spremljanje izboljšanja oziroma poslabšanja bolezni. Diplomirana medicinska sestra še isti dan napoti samomorilno ogrožene paciente. Naročijo pa se pacienti, ki navajajo povečane simptome, ki imajo slabše vrednosti PHQ-9, pacienti, ki so sami prenehali z jemanjem terapije ali navajajo zelo moteče stranske učinke zdravil.

2.4.6 Spodbujanje za udeležbo v preventivnih presejalnih državnih programih

Najpogostejši raki pri nas (kože, debelega črevesa in danke, pljuč, pa tudi dojke in prostate) so povezani z nezdravim življenjskim slogom, čezmernim sončenjem,

nepravilno prehrano, kajenjem in čezmernim pitjem alkoholnih pijač. V Sloveniji so sistematično organizirani presejalni programi za rak materničnega vratu (ZORA), rak dojke (DORA) ter rak debelega črevesa in danke (SVIT) navajata Bulc & Vračko (2017). Zgodnje odkrivanje raka je izjemnega pomena za uspešno zdravljenje in izboljšanje preživetja opozarjata Bulc & Vračko (2017), zato tim družinske medicine lahko k temu pripomore s spodbujanjem k udeležbi na organiziranih presejalnih programih. Višja udeležba na presejalnih programih je dokazano povezana z intenzivnejšim spodbujanjem s strani zdravnika družinske medicine. Vsak obisk ADM je priložnost, da osebi svetujemo in jo spodbujamo k zdravemu načinu življenja poudarjata Vračko & Govc Eržen (2017) in nadaljujeta, da zdrav življenjski slog lahko zmanjša tveganje za nastanek nekaterih vrst raka in ji svetujemo, kako lahko zmanjša izpostavljenost snovem, ki povzročajo raka. Pri tem je pomembno upoštevati, da zdrav življenjski slog ne zagotovi popolne zaščite pred rakom, temveč le zmanjša možnost, da zbolimo, zaključujeta Vračko & Govc Eržen (2017).

2.4.7 Napotitve k zdravniku družinske medicine in varnostna načela

Diplomirana medicinska sestra k zdravniku napoti: osebe brez izražene KNB, pri katerih v poteku presejanj ugotovi: 20 % ali večjo ogroženost za SŽB in/ali tvegano, škodljivo pitje ali sum na zasvojenost z alkoholom in/ali ogroženost za KOPB in/ali ogroženost za hipertenzijo in/ali ogroženost za depresijo in/ali veliko tveganje za sladkorno bolezen in osebe, pri katerih izmerjena koncentracija glukoze na tešče presega diagnostično vrednost za sladkorno bolezen in/ali dislipidemijo in/ali zelo izražen kateri izmed posameznih dejavnikov tveganja (na primer skupni holesterol, debelost, zelo povečan obseg pasu, hudo kajenje in drugo) in/ali katero izmed opozorilnih znamenj ali drugo ogroženost za raka ter; vse osebe, ki izrazijo neki simptom, skrb v povezavi z zdravjem ali željo, da jih pregleda zdravnik in vse paciente z izraženo katero izmed KNB, če ni drugače predvideno v protokolu vodenja te KNB faze (Referenčne ambulante družinske medicine, 2018a).

Pri delitvi delovnih nalog in odgovornosti je treba upoštevati naslednja varnostna načela:

- diplomirana medicinska sestra je pri svojem delu dolžna upoštevati dokumenta

Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi in Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine,

- pri mejnih ali nejasnih ugotovitvah, pri katerih predpisani protokoli odločanja ne dajejo enoznačnih usmeritev glede nadaljnjih postopkov, je vedno potreben posvet diplomirane medicinske sestre z zdravnikom,
- kadar oseba pri preventivnem pregledu izrazi težavo, skrb v povezavi z zdravjem ali željo po pregledu pri zdravniku, ji je treba tak pregled omogočiti, čeprav v poteku pregleda ni bilo ugotovljenih odstopanj v zdravju (Maučec Zakotnik, et al., 2017).

2.4.8 Kratek opis pregleda pri zdravniku družinske medicine

Zdravnik družinske medicine se seznani z rezultati presejalnih vprašalnikov in meritev, po potrebi poglobi anamnezo, izvede klinični pregled, pregleda laboratorijske izvide in se z osebo pogovori. Na osnovi celovite presoje stanja zapiše delovno ali končno diagnozo, poda oceno zmernega, velikega ali zelo velikega tveganja za SŽB in za druge KNB, naroči potrebne dodatne laboratorijske in funkcionalne preiskave, predpiše ustrezno medikamentozno terapijo ter poda dodatna navodila in datum naslednje kontrole pri sebi. Ob koncu pregleda pri zdravniku so zbrane naslednje informacije o pacientu: profil vedenjskih dejavnikov tveganja; profil bioloških dejavnikov tveganja; opredeljena je ogroženost za KNB (SŽB, KOPB, depresijo/stres, alkoholizem, debelost, družinskega raka debelega črevesja in danke), prepoznane so osebe z velikim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 2 oziroma je izpeljana diagnostika sladkorne bolezni; morebitna napotitev na kolonoskopijo ali druge dodatne preiskave; opredeljeni so sumi manifestnih KNB (delovna diagnoza) in/ali potrjene so že nekatere končne diagnoze in zdravljenje z zdravili, kjer je to indicirano (Referenčne ambulante družinske medicine, 2018a).

2.4.9 Končni rezultat presejalnega pregleda

Pri zdravstveno obravnavani osebi se po izvedenem preventivnem pregledu lahko

ugotovijo naslednja stanja:

- zdrava oseba,
- zdrava oseba z dejavniki tveganja (nezdravo prehranjevanje, telesna nedejavnost, kajenje, tvegano/škodljivo pitje alkohola, stres, povišan krvni tlak, povišane maščobe v krvi),
- oseba, ogrožena za KNB (več kot 20 % srčno-žilna ogroženost, oseba ogrožena za sladkorno bolezen tipa 2 (osebe z moteno toleranco za glukozo, osebe z mejno bazalno glikemijo), oseba ogrožena za KOPB (glede na izvid spirometrije), oseba ogrožena za depresijo (glede na presejalni vprašalnik PHQ-9), oseba ogrožena za osteoporozo (glede na izračun tveganja za osteoporozne zlome – FRAX),
- oseba s prisotno KNB (s srčno - žilnimi boleznimi, s sladkorno boleznijo tipa 2, z debelostjo, s KOPB, z depresijo, s hipertenzijo, z osteoporozo). Spremljanje oseb po opravljenem preventivnem pregledu. Nadaljnje izvajanje ukrepov in spremljanje osebe po izvedenem preventivnem pregledu s strani diplomirane medicinske sestre v ADM je odvisno od njene identificirane ogroženosti/obolelosti za KNB (Maučec Zakotnik, et al., 2017).

Tabela 2: Število odkritih kroničnih pacientov po diagnozah

2018	KOPB	Sladkorna bolezen	Arterijska hipertenzija	Depresija	Osteoporozo	Skupaj
Skupaj	1291	5604	11580	3354	2029	23858

Vir: Referenčne ambulante družinske medicine, 2019

V tabeli 2 je prikazano število na novo odkritih kroničnih pacientov po diagnozah, po izvedenem presejalnem pregledu v ADM v letu 2018.

2.4.10 Specifični ukrepi diplomirane medicinske sestre glede na ogroženost/obolelost za KNB in nadaljnje spremljanje oseb

Zdrava oseba: ponovni preventivni pregled čez 5 let (Referenčne ambulante družinske medicine, 2018a).

Zdrava oseba z dejavniki tveganja: prisotnost dejavnika tveganja nezdravega

prehranjevanja in/ali telesne nedejavnosti – ponovni preventivni pregled čez 5 let, po presoji diplomirane medicinske sestre/zdravnika pogosteje. Prisotnost dejavnika tveganja kajenja in/ali tveganega/škodljivega pitja alkohola in/ali stresa in/ali visoko normalnega krvnega tlaka in/ali visokih maščob v krvi – ponovni preventivni pregled čez 1 leto, po presoji diplomirane medicinske sestre/zdravnika že prej. Diplomirana medicinska sestra osebi kratko svetuje o spreminjanju nezdravih življenjskih navad in jo usmeri v center za krepitev zdravja (CKZ) ter motivira za udeležbo v ustreznih zdravstveno vzgojnih delavnicah (Referenčne ambulate družinske medicine, 2018a).

Oseba, ogrožena za KNB: oseba opravi ponovni preventivni pregled čez 1 leto, po presoji diplomirane medicinske sestre/zdravnika lahko prej. Diplomirana medicinska sestra ponovno preveri dejavnike tveganja za KNB in status ogroženosti za KNB. Osebi kratko svetuje o spreminjanju nezdravih življenjskih navad in jo usmeri v CKZ ter motivira za udeležbo v ustreznih zdravstveno vzgojnih delavnicah (Referenčne ambulate družinske medicine, 2018a).

Oseba s prisotno KNB: diplomirana medicinska sestra pri osebi 1-krat letno preveri vse vedenjske dejavnike tveganja z ustreznimi presejalnimi vprašalniki. Pri že manifestni KNB sta za urejenost KNB ključni sprememba življenjskega sloga in optimalna urejenost življenjskega sloga, zato diplomirana medicinska sestra osebi kratko svetuje o spreminjanju nezdravih življenjskih navad in jo usmeri v CKZ ter motivira za udeležbo v ustreznih zdravstveno vzgojnih delavnicah. Diplomirana medicinska sestra pri osebah z manifestno KNB enkrat letno izvede presejanje za morebitno prisotnost depresije. Ponovni preventivni pregledi so priložnost, da diplomirana medicinska sestra pri osebah s tveganji v življenjskem slogu in/ali s tveganji za razvoj KNB ter brez manifestnih KNB preveri stanje, ki je ob prvem pregledu odstopalo, osebo spodbudi k zdravemu življenjskemu slogu oziroma ustrezno ukrepa. Če gre pri osebi za veliko ali zelo veliko tveganje za KNB ali za že izraženo bolezen, datum naslednje kontrole določi zdravnik. Diplomirana medicinska sestra ob kontroli preveri stanje na področju dejavnikov tveganja ter osebo ozavešča, seznanji in motivira za opuščanje zdravstveno tveganih vedenj, pomaga pri oblikovanju načrta spreminjanja in organiziranju vključevanja v programe CKZ (Referenčne ambulate družinske medicine, 2018a).

2.5 OPREDELITEV / KONCEPT ZADOVOLJSTVA

Izvor besede zadovoljstvo (angl. satisfaction) izhaja iz latinske besede satis – dovolj in facere – izdelati ali narediti (Andreassen, 2000 cited in Kmetič, 2014). Senić & Marinković (2013) menita, da v zdravstvenem sistemu postaja vse bolj pomembno prepričanje, da se paciente ne obravnava zgolj kot paciente, ampak kot uporabnike sistema. Pri tem je pomembno zadovoljstvo uporabnika z opravljenimi zdravstvenimi storitvami, ki se mora preverjati. Akbar, et al. (2017) in Mihailović, et al. (2017) menijo, da so najpomembnejši dejavniki zadovoljstva: kakovost zdravstvenih storitev, proces oskrbe in zdravstveni izid ter da sta najpogostejša subjektivna kazalnika kakovosti zdravstvenega sistema samoocena zdravstvenega stanja posameznika in ocena zadovoljstva uporabnika z zdravstvenim sistemom. Z vprašalniki zadovoljstva, navajajo Vuković, et al. (2012), lahko visoko zanesljivo ovrednotimo in ocenimo zadovoljstvo pacientov z zdravstvenim sistemom.

2.5.1 Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov

Fekonja (2013) opisuje, da ocene zadovoljstva pacientov z zdravstveno oskrbo zagotavljajo pomembne podatke o kakovosti zdravstvenih storitev, saj s tem ohranimo, ali še izboljšamo kakovost storitev za paciente. Ocenjevanje zadovoljstva in kakovosti pozitivno vpliva tako na paciente, kot na medicinske sestre nadaljuje Fekonja (2013) in dodaja, če je pacient zadovoljen z oskrbo, ima posledično pozitiven vpliv tudi na medicinske sestre in celotno zdravstveno organizacijo, zato zadovoljni pacienti bolj dosledno upoštevajo navodila in nasvete zdravstvenih delavcev kot nezadovoljni. Raven zadovoljstva pacientov je povezana z njihovimi pričakovanji ugotavljata tudi Alturki & Khan (2012). Če so dojemanja pričakovana, bo to povzročilo zadovoljnega pacienta. V nasprotnem primeru se lahko nizka raven zadovoljstva pokaže, če pričakovanja odstopajo od stopnje dojemanja, zaključujeta Alturki & Khan (2012). Mohan & Kumar (2011) razlagata, da je pacientovo zadovoljstvo kombinacija psihološke, fiziološke in druge zdravstvene oskrbe in povezanih dejavnikov, ki omogočajo, da so pacienti zadovoljni. Zadovoljstvo pacientov je čustvo, občutek in stvar percepcije. Kmetič (2014) se strinja, da je zadovoljstvo več dimenzionalna pacientova ocena, kjer je

pomembno komuniciranje, odnos ter prijaznost osebja, pomemben vpliv ima tudi čas, ki ga zdravstveni delavci posvetijo pacientu. Podobno potrjuje tudi raziskava med medicinskimi sestrami v Veliki Britaniji (Aiken, et al., 2018), ki opozarja, da kljub dejstvu, da zdravstveni delavci ne morejo vplivati na kadrovske zasedbe, ki bi omogočala, da imajo več časa za paciente, lahko s svojim odnosom pomembno vplivajo na zadovoljstvo pacientov. Zupanc Terglav, et al. (2019) navajajo, da so v tujini najpogostejše determinante zadovoljstva pacientov z zdravstvenim sistemom: starost, zdravstveno stanje, osebni dohodek, vrsta storitve glede na izvajalca (javni ali zasebni sektor), komunikacija, odnos osebja in okolje v zdravstveni ustanovi in zaključuje, da podobno velja za Slovenijo. Zupanc Terglav, et al. (2019) izhajajoč iz slovenske raziskave trdijo, da so najpomembnejše spremenljivke, ki vplivajo na zadovoljstvo pacienta, čakanje v čakalnici na pregled, dovolj časa za pacienta, zanimanje za osebne razmere, zaupanje v strokovne odločitve zdravstvenega osebja, vključevanje v odločanje o zdravljenju, občutek popolnega zaupanja in dodajajo da anketirani v največji meri cenijo prijazen in spoštljiv odnos ter razpoložljivost za hitro zdravstveno pomoč. Kritično ocenjujejo čakanje v čakalnici na obravnavo, telefonsko nedosegljivost, nezanimanje za osebne razmere pacienta in kratek čas obravnave pri zdravniku zaključujejo (Zupanc Terglav, et al., 2019). Alturki & Khan (2012) dodajata, da je težko določiti en dejavnik, ki je neposredno povezan z nizko ali visoko stopnjo zadovoljstva pacientov. V pacientov proces zadovoljstva so lahko vključeni različni dejavniki, nekateri od teh so demografski podatki pacientov (starost, spol, izobrazba), zdravstveno stanje, značilnosti izvajalca zdravstvenega varstva, t. i. tehnično znanje, zanimanje za pacientovo usmerjenost v oskrbo in čakalni čas, še navajata. V tuji literaturi je zaslediti več raziskav (Al-Abri & Al-Balushi, 2014; Laurant, et al., 2018; Desborough, et al., 2017), v katerih rezultati pokažejo, da si pacienti želijo višjo kakovost zdravstvenih storitev, pričakujejo več prijaznosti zdravstvenih delavcev in več možnosti, da bi soodločali pri stvareh, od katerih je odvisno njihovo življenje.

2.6 ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG

Zdrav oziroma celosten življenjski slog (ang. wellness) je izraz, ki se uporablja v literaturi kot izraz za način življenja in je usmerjen k doseganju optimalnega zdravja

navajata Pori & Pori (2013).

2.6.1 Pomen zdravega življenjskega sloga

Dariush (2015) ugotavlja, da se je v drugi polovici dvajsetega stoletja zanimanje za zdrav življenjski slog močno povečalo. Milijoni ljudi sledijo nezdravemu načinu življenja, zato se srečujejo z različnimi težavami in boleznimi. Presnovne bolezni, prekomerna telesna teža, težave s sklepi, SŽO, stres so predvsem posledica prevladujočega nezdravega življenjskega sloga, nadaljuje Dariush (2015) in opisuje, da se poleg vsega tega srečujemo v današnjem svetu še z novimi izzivi, kot so na primer nove tehnologije, internet in virtualna komunikacijska omrežja, ki pripeljejo posameznikova vedenja do nezdravega življenjskega sloga.

2.6.2 Pristopi za podporo pri spreminjanju življenjskega sloga

Kranjc (1982 cited in Sorko, 2013) opisuje motivacijo, kot eno najpomembnejših psiholoških procesov, ki deluje v interakciji in se spreminja ter omogoča posamezniku njegovo enkratnost in neponovljivost in nadaljuje, da je motivacija proces izzivanja, usmerjanja in uravnavanja človekove aktivnosti k cilju oziroma zadovoljitvi potrebe, ki je bila izvor motivacije še opisuje Sorko (2013) in nadaljuje, da zajema vse silnice in gibala našega delovanja. Potrebe in nagoni nas spodbujajo, vrednote, ideali ter drugi motivacijski cilji pa so tiste prvine motivacijske situacije, ki nas privlačijo. Motivov ne moremo uresničiti, če se ne pojavi ustrezno motivirano obnašanje ali notranje stanje, ki zbuja, usmerja in vzdržuje vedenje. Motivacija omogoči človeku, da zadovolji potrebo, cilj, ki si ga je zastavil ali pa mu je bil postavljen (Razdevšek-Pučko, 1999 cited in Sorko, 2013). Boben Bardutzky (2013) ugotavlja, da če naštejemo, kdo naj bi spremenil, se takoj zatem pojavi precej smiselno vprašanje, kaj bi s to spremembo pridobili in v nadaljevanju navaja, da gre za pomembno vprašanje, saj v sebi nosi bistvo motivacije: ljudje smo za nekaj v tem primeru za spremembo motivirani, če nam sprememba prinaša nekaj dobrega. Kaj je dobro za nas, pa ve vsak posameznik le zase. Lakerveld, et al. (2020) opisujejo, da trenutni dokazi kažejo, da je motivacija močno povezana z lastno učinkovitostjo in zmožnostjo, da osebe uvajajo in ohranjajo zdrave

odločitve, zelo pomembna je zdrava klima, ki podpira avtonomne odločitve.

Maučec Zakotnik & Svetel (2017) opisujeta poglavitne elemente spreminjanja vedenja, ki jih obravnavajo različni teoretični modeli. To so: izoblikovanje močne namere o spremembi, odstranitev ovir (subjektivnih in objektivnih), ki preprečujejo spremembo, razvoj znanja in veščin, ki so potrebne za novo vedenje, utrjevanje prepričanja, da bo imelo novo vedenje pozitivne posledice, občutek, da drugi spremljajo spremembe vedenja in jim ni vseeno, občutek, da okolica pozitivno ocenjuje novo vedenje in ga podpira, ujemanje novega vedenja z osebnimi vrednotami, normami in samopodobo. Novo vedenje mora vzbujati več pozitivnih kot negativnih čustev pri osebi, ki naj bi novo vedenje izvajala, občutek osebnega nadzora nad situacijo in sposobnosti za izvajanje novega vedenja v različnih okoliščinah. V nadaljevanju avtorici Maučec Zakotnik & Svetel (2017), opisujeta motivacijski pogovor kot metodo kliničnega pogovora, ki ima cilj vzbuditi pacientovo lastno motivacijo za zdravju koristne spremembe ob popolnem spoštovanju pacientove avtonomije. Maučec Zakotnik & Svetel (2017) navajata, da motivacijski pogovor temelji na: potrudimo se razumeti pacientovo lastno motivacijo, aktivno poslušanje, opolnomočenje, spodbujanje in opogumljanje pacienta in dopolnjujeta, da je motivacijski intervju odlično dopolnilo transteoretičnega modela sprememb, saj uspešno usmerja pacienta pri napredovanju po stopnjah sprememb.

Če iščemo članke o motivaciji za spremembo življenjskega sloga, ugotovimo, da veliko avtorjev govori o spremembah in motivaciji za spremembe življenjskega sloga pri pacientih, ki že imajo prisotno kronično bolezen, največkrat je to sladkorna bolezen.

Če iščemo članke o motivaciji za spremembo življenjskega sloga, ugotovimo, da veliko avtorjev govori o spremembah in motivaciji za spremembe življenjskega sloga pri pacientih, ki že imajo prisotno kronično bolezen, največkrat je to sladkorna bolezen. Avtorji Schmidt, et al. (2020) pojasnjujejo v kvalitativni longitudinalni raziskavi težave pri spreminjanju in vzdrževanju življenjskega sloga in poudarjajo, da morajo spremembe sprejeti pacienti, družina in prijatelji, da bi zagotovili trajnost vedenjskih sprememb. Strokovnjaki so ključni dejavniki pri sledenju novemu načinu življenja,

pomagajo in podpirajo paciente, da bodo pozitivne spremembe dolgoročne in učinkovite zaključujejo Schmidt, et al. (2020). Podobno ugotavljajo v skandinavski raziskavi Lönnberg, et al. (2020). Rezultati kvalitativne analize v skandinavskem prostoru so razkrili štiri dimenzije, ki so opisovale izkušnje ljudi, in sicer znanje, prevzem nadzora, pridobivanje zaupanja vase in življenje s kronično boleznijo, kar je bistvenega pomena za povečanje motivacije za spremembo življenjskega sloga.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je oceniti zadovoljstvo udeležencev po presejalnem pregledu za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM. Udeleženci so po izvedenem pregledu ocenjevali zadovoljstvo s prejetimi informacijami s strani diplomirane medicinske sestre, ki so jih prejeli pred pregledom, med pregledom in po pregledu. V končni fazi smo želeli ugotoviti, če so udeleženci, ki so bolj zadovoljni s presejalnim pregledom za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM, tudi bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga.

Cilji raziskave so:

- C1: Ugotoviti zadovoljstvo udeležencev po izvedenem presejalnem pregledu za KNB, ki ga izvaja diplomirana medicinska sestra v ADM.
- C2: Ugotoviti zadovoljstvo udeležencev po izvedenem presejalnem pregledu za KNB s prejetimi informacijami, povezanimi z zdravim življenjskim slogom, ki so jih pridobili med pregledom pri diplomirani medicinski sestri v ADM.
- C3: Ugotoviti povezanost zadovoljstva udeležencev s presejalnim pregledom za KNB, ki ga opravlja diplomirana medicinska sestra z njihovo motivacijo za spremembo življenjskega sloga.
- C4: Ugotoviti povezanost spola, starosti in izobrazbe udeležencev z zadovoljstvom po izvedenem preventivnem pregledu za KNB in njihovo motiviranostjo za spremembo življenjskega sloga.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

H-1: Po presejalnem pregledu za KNB, ki ga izvaja diplomirana medicinska sestra v ADM, bo statistično značilno več tistih pacientov, ki so bili zadovoljni s pregledom, kot tistih, ki niso bili zadovoljni.

H-2: Ustrezna komunikacija in podajanje informacij, povezanih z zdravim življenjskim

slogom, diplomiranih medicinskih sester v ADM je statistično pomembno povezana z zadovoljstvom pacientov po izvedenem presejalnem pregledu za KNB.

H-3: Pacienti, ki so bolj zadovoljni s presejalnim pregledom za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM, so bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga, kot pacienti, ki so manj zadovoljni s presejalnim pregledom za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM.

H-4.1: Ženske so bolj motivirane za spremembo življenjskega sloga kot moški.

H-4.2: Pacienti starejši od 40 let so bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga kot pacienti, mlajši od 40 let.

H-4.3: Pacienti z višjo stopnjo izobrazbe, so bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga kot tisti z nižjo stopnjo izobrazbe.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Raziskava temelji na neeksperimentalni, kvantitativni metodi raziskovanja. V okviru priprav na raziskavo smo v teoretičnem delu magistrskega dela uporabili deskriptivno metodo s pregledom literature iz podatkovnih baz, empirični del pa temelji na eksplorativni raziskavi. Za zbiranje empiričnih podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik.

3.3.1 Dizajn raziskave

Uporabili smo neeksperimentalni korelacijski dizajn raziskovanja. Za potrebe teoretičnega dela magistrskega dela smo pregledali literaturo. V okviru priprav na raziskavo smo v obdobju od junija 2019 do januarja 2020 pregledali znanstveno in strokovno literaturo iz različnih podatkovnih baz. Pri iskanju tuje literature smo uporabili iskalno strategijo v bazah podatkov: CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, Springer Link, WILEY, PubMed, Google Scholar. Izvedli smo več

nizov iskanja in v različnih kombinacijah z logičnimi operaterji (and) uporabili iskalne pojme v angleškem jeziku: nursing, advanced nurses, primary care, lifestyle, risk factors for cardiovascular disease, patient positions and attitudes, motivation, patient satisfaction, z omejitvijo na polni tekst in časovno omejitvijo 10 let. V tujih bazah podatkov smo iskanje omejili na objave v znanstvenih revijah in doktorske disertacije. V slovenski vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov COBISS+ smo iskanje omejili z vrsto gradiva, ki je moralo biti znanstvena monografija, magistrsko delo ali doktorska disertacija, strokovni ali znanstveni članek v reviji z recenzijo, prispevek na konferenci ali raziskovalno poročilo, vse z datumom objave od leta 2011 dalje. V magistrskem delu smo povzemali iz dveh publikacij, katerih datum objave je starejši od desetih let. Mislimo na znanstvena prispevka Janka Kersnika (2001, 2003). Izvedli smo več nizov iskanja in v različnih kombinacijah uporabili ključne besede: primarno zdravstvo, referenčne ambulante, ambulante družinske medicine, življenjski slog, vloga diplomirane medicinske sestre, dejavniki tveganja, kronične nenalezljive bolezni, mnenja in stališča pacientov, motivacija in zadovoljstvo. Za obravnavo izbrane teme smo pregledali raziskave v slovenskem prostoru, ki se tematsko navezujejo na: zadovoljstvo zaposlenih v ADM, zadovoljstvo uporabnikov v ADM in na izkušnje diplomiranih medicinskih sester v ADM (Pekljaj, 2014; Bugar, 2015; Pečelin & Sočan, 2016).

V empiričnem delu magistrskega dela smo izvedli kvantitativno neeksperimentalno korelacijsko raziskavo, podatke smo zbirali s pomočjo vprašalnika, sestavljenega posebej za namen tega magistrskega dela. Odgovore na trditve smo združili v spremenljivko zadovoljstvo in ugotavljali povezanost spremenljivk zadovoljstvo in motivacija udeležencev za spremembo življenjskega sloga.

3.3.2 Instrument raziskave

Podatke za empirični del magistrskega dela smo pridobili s strukturiranim vprašalnikom. Pri sestavljanju instrumenta smo deloma izhajali iz vprašalnika Ministrstva za zdravje, in sicer: Anketa o zadovoljstvu pacientov v ambulantah družinske medicine v letu 2018 in Trendi analize vprašalnika o zadovoljstvu pacientov

med leti 2012–2015 (Referenčne ambulante družinske medicine, 2018b). Nadalje smo za oblikovanje vprašanj uporabili še članke: Bolnik v slovenskem zdravstvu: monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema (Kersnik, 2003), Multivariatna analiza zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine (Kersnik, 2001). Publikacije starejšega datuma imenovanega avtorja smo uporabili za oblikovanje vprašanj v drugem sklopu, saj je EUROPEP (European patient evaluations of general practice care) multidimenzionalni instrument, ki vsebuje 23 trditev in je preveden v 13 evropskih jezikov. Kersnik (2003) zagotavlja, da se je vprašalnik EUROPEP izkazal kot zanesljiv, veljaven in sprejemljiv instrument za merjenje zadovoljstva v slovenski družinski medicini (Cronbach alfa = 0,9338), zato je v uporabi še danes. Za dokončno oblikovanje vprašalnika smo uporabili še članek The development and approach evaluation scale (2018), avtorjev Klemenc-Ketiš, Makivić in Poplas Susič ter vprašalnik Z zdravjem povezan življenjski slog 2012 iz publikacije Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji (Zupanič, 2014). Za potrebe raziskave smo razvili nova vprašanja, tako da smo vsebinsko sestavili instrument za ugotavljanje zadovoljstva pacientov po presejalnem pregledu za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM in njihovo motivacijo za spremembo življenjskega sloga. Vprašalnik je sestavljen iz treh tematskih sklopov z različnim številom podsklopov. Uvodni del vprašalnika vsebuje predstavitev in prošnjo za sodelovanje.

V 1. vsebinskem sklopu so vprašanja (N = 4), ki se nanašajo na zadovoljstvo udeležencev s posameznimi aktivnostmi diplomirane medicinske sestre. Udeleženci presejalnega pregleda so se opredelili, kako ključnega pomena je zanje ustrezna komunikacija diplomirane medicinske sestre in katere lastnosti medicinskih sester so zanje najpomembnejše. Vprašanje o ustrezni komunikaciji diplomirane medicinske sestre smo razdelali na 5 dimenzij (komunikacija pred pregledom, podajanje informacij, zaupnost, natančnost, zavzetost) z 2 do 8 trditvami za posamezno oceno ene dimenzije. Pri vseh trditvah je uporabljena Likertova lestvica za opredelitev z nivojem strinjanja s posamično trditvijo, formulirana na način, da je število 1 pomenilo odsotnost določenega mnenja in število 5 izredno močno prisotno pozitivno mnenje (1 = se mi sploh ne zdi ključno, 2 = se mi ne zdi ključno, 3 = se mi niti zdi niti ne zdi ključno, 4 =

se mi zdi ključno, 5 = se mi zdi popolnoma ključno). Dve vprašanji prvega sklopa ponujata izbiro več naštetih odgovorov: pri ugotavljanju poznavanja ADM in med opisom desetih lastnosti diplomirane medicinske sestre, kjer je uporabljena 5-stopenjska Likertova lestvica za opredelitev z nivojem pomembnosti (1 = zelo pomembno, 2 = pomembno, 3 = niti pomembno, niti nepomembno, 4 = nepomembno, 5 = popolnoma nepomembno). V enem posameznem vprašanju so trditve, na katere je možno odgovoriti z da, ne, ne vem.

2. sklop vprašanj, poimenovan »Zadovoljstvo udeležencev po presejalnem pregledu za KNB pri diplomirani medicinski sestri«, je sestavljen iz enega vprašanja, kjer sta postavljeni dve dimenziji in skupno 13 trditve, ki se navezujejo na način izvedbe presejalnega pregleda in na način organizacije in obravnave. Pri vseh trditvah je uporabljena Likertova lestvica za opredelitev z nivojem zadovoljstva s posamično trditvijo, formulirano na način, da se je mnenje skladalo z obliko vprašanja. Število 1 je pomenilo odsotnost določenega mnenja in število 5 izredno močno prisotno pozitivno mnenje (1 = zelo nezadovoljen, 2 = nezadovoljen, 3 = niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 = zadovoljen, 5 = zelo zadovoljen).

V 3. sklopu, poimenovanem »Motivacija za spremembo življenjskega sloga« (N=2), so navedene 4 trditve, ki se nanašajo na informiranost udeležencev o zdravem življenjskem slogu. Pri vseh trditvah je uporabljena Likertova lestvica za opredelitev z nivojem strinjanja s posamično trditvijo, formulirano na način, da se je strinjanje skladalo z obliko vprašanja, je pa število 1 pomenilo odsotnost določenega strinjanja in število 5 izredno močno prisotno pozitivno strinjanje. (1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se niti se ne strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam. V enem posameznem vprašanju, ki se nanaša na motiviranost udeležencev za spremembo življenjskega sloga, so odgovori opredeljeni z Likertovo lestvico formulirano od 1 do 10.

4. vsebinski sklop vsebuje vprašanja (n = 3) o socialno demografskih značilnostih udeležencev.

3.3.2.1 Analiza zanesljivosti vprašalnika

Na pilotnem vzorcu tridesetih izpoljenih vprašalnikov smo zanesljivost posameznih sklopov vprašalnika preverili z metodo notranje konsistentnosti z Cronbach koeficientom alfa. Zanesljivost vprašalnika nam pove, kako prepričani smo lahko, da bi dobili enake rezultate, če bi enaki skupini anketirancev dali ponovno izpolniti enak vprašalnik. Vrednosti koeficienta Cronbach alfa se gibljejo na intervalu od 0 do 1 in v splošnem višje vrednosti pomenijo boljšo zanesljivost (Ojsteršek & Škrjanec, 2012). Predpogoj za izračun koeficienta je intervalna lestvica, ki smo jo uporabili v vprašalniku. Vrednost Cronbach koeficienta alfa po stopnji zanesljivosti je prikazana v tabeli 3.

Tabela 3: Cronbachov koeficient alfa

Vrednost koeficienta	Stopnja zanesljivosti
$\alpha \geq 0,9$	Odlična
$0,7 \leq \alpha < 0,9$	Dobra
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Spremenljiva
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Slaba
$\alpha < 0,5$	Nespremenljiva

Vir: Ojsteršek & Škrjanec, 2012

Za celotni vprašalnik je znašal Cronbach koeficient alfa 0,966 (tabela 4), na osnovi česar lahko trdimo, da je vprašalnik odlične zanesljivosti.

Tabela 4: Zanesljivost instrumenta v celoti

Cronbach koeficient alfa	Število trditev
0,966	49

S Cronbach alfa koeficientom smo preverili še vsak sklop vprašalnika posebej (tabela 5).

Tabela 5: Zanesljivost instrumenta po sklopih

Vprašanja	Število trditev	Cronbach alfa
1. sklop: Kako posamezna aktivnost (komunikacija diplomirane medicinske sestre pred pregledom) vpliva na vaše mnenje o diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine?	5	0.794
1. sklop: Kako posamezna aktivnost (ustrezno podajanje informacij) vpliva na vaše mnenje o diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine?	8	0.908
1. sklop: Kako posamezna aktivnost (zaupnost) vpliva na vaše mnenje o diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine?	3	0.820
1. sklop: Kako posamezna aktivnost (natančnost) vpliva na vaše mnenje o diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine?	2	0.517
1. sklop: Kako posamezna aktivnost (zavzetost) vpliva na vaše mnenje o diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine?	5	0.872
1. sklop: Katere lastnosti diplomirane medicinske sestre so za vas najpomembnejše?	9	0.854
2. sklop: Ocenite svoje zadovoljstvo s presejalnim pregledom pri diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine (potek pregleda).	7	0.934
2. sklop: Ocenite svoje zadovoljstvo s presejalnim pregledom pri diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine (način organizacije in obravnave).	6	0.820
3. sklop: Motivacija za spremembo življenjskega	4	0.931
Celotni vprašalnik	49	0.966

Na podlagi rezultatov, ki so prikazani v tabeli 4, lahko trdimo, da je bila zanesljivost našega pilotskega vprašalnika odlična, zato ga nismo spreminjali.

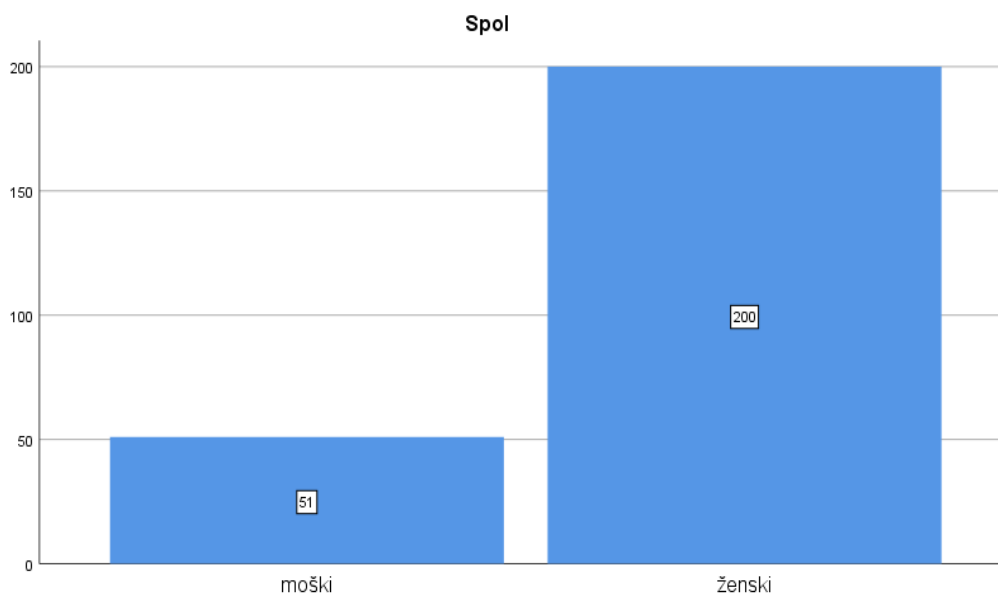
3.3.3 Udeleženci raziskave

Statistično populacijo so predstavljali tisti, ki so se udeležili presejalnega pregleda pri diplomirani medicinski sestri v ADM v letu 2020. Pilotna raziskava je bila izvedena v Zdravstvenem domu Idrija v oktobru 2020 na vzorcu 30 udeležencev presejalnega pregleda v ADM. Ker je bilo kasneje zaradi slabe epidemiološke slike v Sloveniji ukinjeno izvajanje preventivnih dejavnosti za odraslo populacijo v zdravstvenih domovih, smo se po pridobitvi vseh dovoljenj odločili za pripravo vprašalnika v spletni obliki. Vprašalnik smo pripravili z uporabo portala www.1ka.si. Vprašalnik je bil aktiven od januarja do marca 2021. Uporabili smo začetno množico enot na lastnem socialnem omrežju (n = 134) in elektronski pošti (n = 15) in po metodi snežene kepe udeležence prosili, da vprašalnik posredujejo drugim potencialno sodelujočim (družinskim članom), ki nimajo dosega do socialnih omrežij in e-pošte, oziroma da razpošljejo vprašalnik dalje. Vseh klikov na nagovor vprašalnika je bilo 618. Vprašalnik

je začelo izpolnjevati 293 udeležencev. V celoti je na vprašalnik odgovorilo 251 udeležencev. V končni vzorec je bilo tako vključenih 251 udeležencev.

V nadaljevanju so prikazane demografske značilnosti udeležencev presejalnega pregleda v ADM.

V raziskavi je sodelovalo 200 (79,7 %) žensk in 51 (20,3 %) moških (slika 1).



Slika 1: Prikaz strukture udeležencev po spolu

Povprečna starost udeležencev presejalnega pregleda v ADM je 44,82 leta (SO = 11,31). Minimalna starost je 33 let, maksimalna 57 let. Največ udeležencev (15), je bilo starih 33 let. Strukturo udeležencev po starosti prikazuje tabela 6.

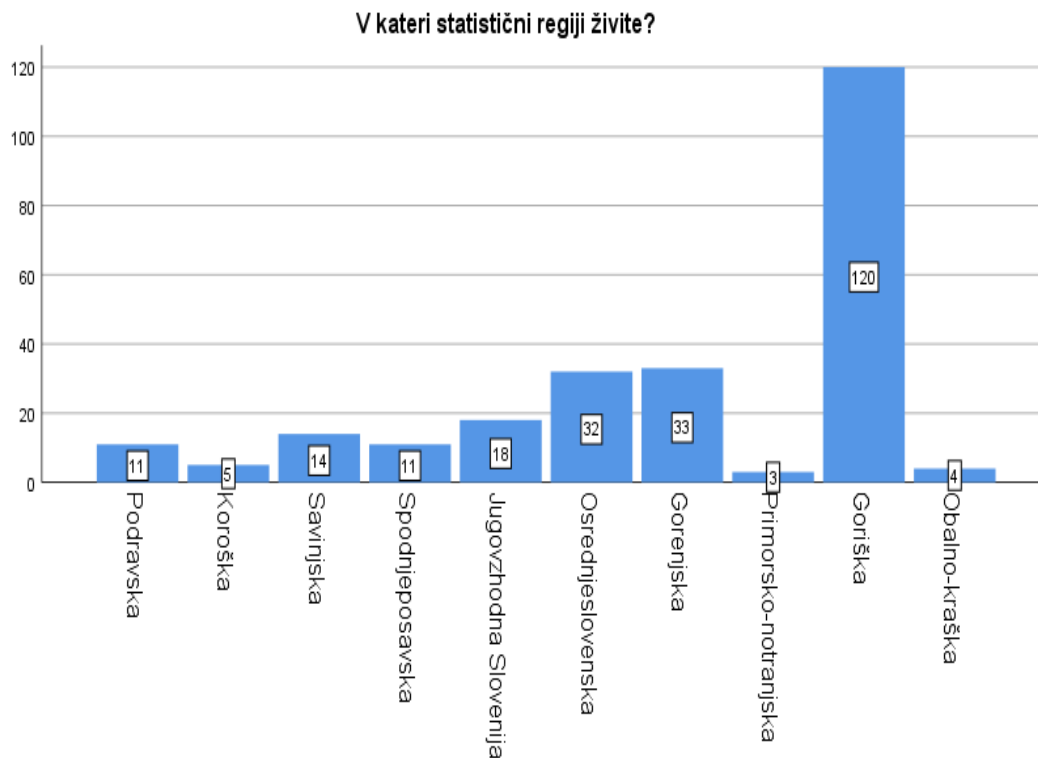
Tabela 6: Prikaz strukture udeležencev po starosti

Demografski podatki	N	\bar{x}	SO
Starost	251	44,82	11,31

Legenda: N = število odgovorov na trditev, \bar{x} = povprečje, SO = standardni odklon

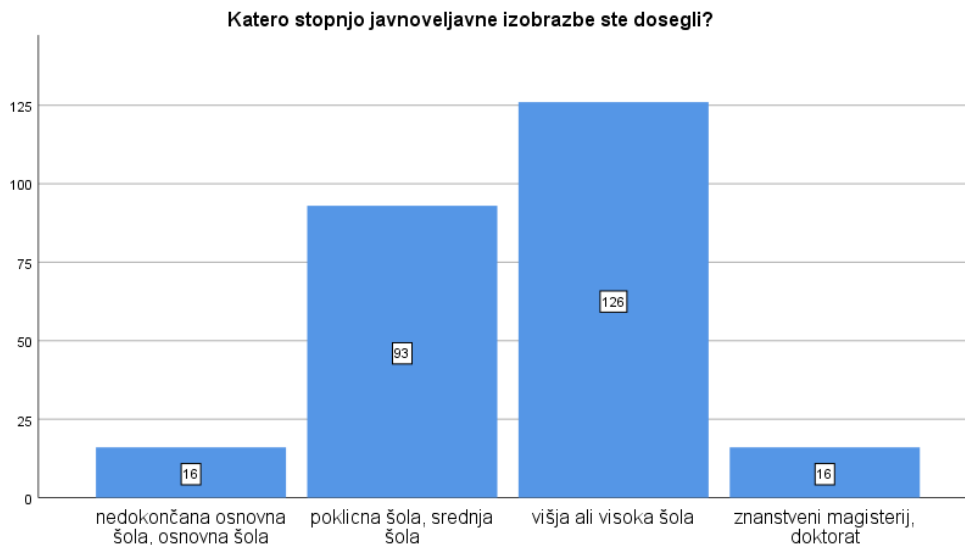
Večji delež sodelujočih v raziskavi predstavljajo udeleženci, ki prihajajo iz goriške statistične regije (n = 120, 47,8 %). Nekaj več kot desetina iz Gorenjske regije (n = 33, 13,1 %) in Osrednjeslovenske regije (n = 32, 12,7 %). Najmanj udeležencev prihaja iz

regij na vzhodu in jugu države, sledi Primorsko-notranjska in Obalno-kraška regija (slika 2).



Slika 2: Prikaz strukture udeležencev po regijah

Analiza dosežene stopnje izobrazbe udeležencev je pokazala, da ima večina udeležencev doseženo višjo ali visoko strokovno izobrazbo ($n = 126$, 50,2 %), sledijo udeleženci s poklicno ali srednjo šolo ($n = 93$, 37,1 %). Najmanj udeležencev ($n = 16$, 6,4 %) ima nedokončano osnovno šolo ali osnovno šolo in znanstveni magisterij ali doktorat ($n = 16$, 6,4 %). Strukturno stopnje dosežene izobrazbe prikazuje slika 3.



Slika 3: Prikaz strukture udeležencev po doseženi stopnji izobrazbe

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Po odobritvi dispozicije Komisije za magistrska dela smo začeli pridobivati soglasja vodstev posameznih zdravstvenih ustanov. Vodstvom zdravstvenih domov v Goriški regiji (to so: Zdravstveni dom Nova Gorica, Zdravstveni dom Tolmin, Zdravstveni dom Ajdovščina in Zdravstveni dom Idrija) smo poslali prošnjo za sodelovanje v raziskavi. Iz Zdravstvenega doma Idrija in Zdravstvenega doma Nova Gorica smo pridobili soglasje za izvedbo raziskave. Zdravstveni dom Ajdovščina in Zdravstveni dom Tolmin pa soglasja, kljub ponovni prošnji niso potrdili, zavrnitev so argumentirali s povečanim obsegom dela zaradi trenutne epidemiološke situacije v Sloveniji. Za potrditev etične ustreznosti raziskave smo protokol naloge z obveznimi prilogami naslovili na Komisijo za medicinsko etiko Republike Slovenije, ki je ugotovila, da je raziskava etično sprejemljiva in izdala soglasje za izvedbo raziskave (št. 0120-420/2020/8). Pilotna raziskava je bila izvedena v Zdravstvenem domu Idrija na vzorcu 30 udeležencev presejalnega pregleda v ADM. V celoti izpolnjenih in vrnjenih je bilo vseh 30 pilotnih vprašalnikov. Zaradi dobre odzivnosti, ustreznih odgovorov in zanesljivosti vprašalnika smo se odločili, da enak vprašalnik uporabimo tudi za glavno raziskavo. Zaradi slabe epidemiološke slike v Sloveniji in posledično ukinitve izvajanja preventivnih dejavnosti

v zdravstvenih domovih, smo 17. 12. 2020 na Komisijo za magistrske zadeve FZAB vložili prošnjo za spremembo raziskovalnega vzorca in spremembo načina anketiranja iz papirne oblike v spletni vprašalnik, kar so nam s sklepom Komisije za magistrske zadeve št. 10/08-3/2021-MF ugodili. Izvedbo raziskave smo začeli takoj po prejemu soglasja. Raziskava je potekala v obdobju od januarja do marca 2021. V raziskavi smo upoštevali etična načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) in načela Helsinške deklaracije (The World Medical Association, 2013). Sodelovanje je bilo prostovoljno, anonimnost pa je bila zagotovljena tako, da URL-ji (Uniform Resource Locator) vprašalnika niso bili individualizirani.

3.3.5 Obdelava podatkov

Pridobljene podatke smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS verzije 22,0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Za vse spremenljivke smo uporabili različne statistične metode: metodo opisne statistike s frekvenčno (n) in odstotno porazdelitvijo (%), povprečne vrednosti (χ) in standardno deviacijo (SO). Zanesljivost vprašalnika smo preverili s testom zanesljivosti, ki ga pokaže koeficient Crombach Alfa. Statistične pomembnosti smo prikazovali s testi aritmetičnih sredin in koeficientov korelacije (t-test, Levenov test homogenosti varianc, Pearsonov korelacijski koeficient). Mejo statistične pomembnosti je določala $p \leq 0,05$, pri čemer smo rezultate prikazali v tabelarni in grafični obliki. S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo prikazali linearno povezanost spremenljivk. Moč povezanosti smo razdelili glede na vrednost Pearsonovega korelacijskega koeficienta (r): 0,00 ni povezanosti; 0,01–0,19 je neznatna povezanost; 0,20–0,39 je nizka/šibka povezanost; 0,40–0,69 je srednja/zmerna povezanost; 0,70–0,89 je visoka/močna povezanost; 0,90–0,99 je zelo visoka/zelo močna povezanost; 1,00 je popolna (funkcijska) povezanost (Field, 2009). Za ugotavljanje kako spremenljivke zadovoljstva s komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred presejalnim pregledom napovejo splošno zadovoljstvo udeležencev, smo uporabili enosmerno analizo variance ANOVA in multiplo regresijo. Pri trditvah smo uporabili Likertovo lestvico za opredelitev z nivojem strinjanja s posamično trditvijo, formulirana na način, da je število 1 pomenilo odsotnost določenega mnenja in število 5 izredno močno prisotno pozitivno mnenje. V enem vprašanju, ki se nanaša na

motiviranost udeležencev za spremembo življenjskega sloga, smo odgovore opredeli z Likertovo lestvico formulirano od 1 do 10.

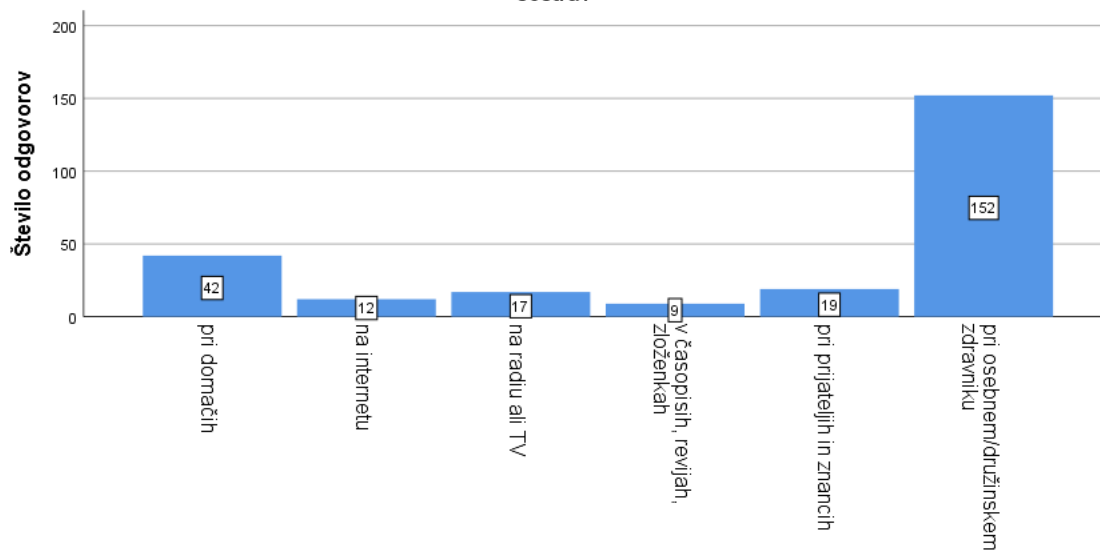
3.4 REZULTATI

V rezultatih je na začetku prikazana opisna statistika. V nadaljevanju so prikazani rezultati raziskave, glede na zastavljene raziskovalne hipoteze. S preverjanjem hipotez smo želeli ugotoviti povezanost spremenljivk med seboj. Za preverjanje hipoteze 1 smo zajeli trditve, ki se navezujejo na način izvedbe in organizacije presejalnega pregleda ter obravnave udeležencev in jih združili v spremenljivko zadovoljstvo. Zanimalo nas je, kako trditve v sklopu »zadovoljstvo s komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred presejalnim pregledom« napovejo splošno zadovoljstvo udeležencev, zato smo uporabili enosmerno analizo variance ANOVA in multiplo regresijo. V nadaljevanju smo iskali povezanost med spremenljivkama zadovoljstvo in motivacija.

3.4.1 Opisna analiza in oblikovanje spremenljivk raziskave

V prvem sklopu vprašanj smo udeležence spraševali, kje so se prvič seznanili z ADM, kjer presejalne preglede opravlja diplomirana medicinska sestra. Iz slike 8 lahko razberemo, da je največ udeležencev, kar 152 (60,6 %), za ADM, kjer presejalne preglede opravlja diplomirana medicinska sestra, izvedelo pri izbranem osebnem zdravniku. Najmanj vprašanih, 9 (3,6 %) pa je za ADM izvedelo v časopisih, revijah ali zloženkah.

Kje ste prvič slišali za ambulanto družinske medicine, kjer presejalne preglede opravlja diplomirana medicinska sestra?



Slika 4: Seznanitev z ADM, kjer presejalne preglede opravlja diplomirana medicinska sestra

V nadaljevanju prvega sklopa vprašanj, so udeleženci ocenjevali komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred presejalnim pregledom, podajanje informacij med pregledom in odgovarjali na trditve združene v posamezne dimenzije poimenovane: zaupnost, natančnost in zavzetost diplomirane medicinske sestre.

Komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred pregledom pojasnujemo v tabeli 7. Udeležencem se najbolj ključni zdita trditvi »V ambulanti družinske medicine vse bolnike zdravstveno obravnavajo enakopravno« ($\chi = 4,53$, $SO = ,65$) in »V ambulanti družinske medicine vse bolnike zdravstveno obravnavajo s spoštovanjem« ($\chi = 4,51$, $SO = 0,65$). Najslabše, čeprav še vedno z visokim povprečjem, je ocenjena trditev »Sistem naročanja v ambulanti družinske medicine je prilagodljiv« ($\chi = 4,20$, $SO = 0,75$).

Tabela 7: Trditve, povezane s komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred pregledom

Vsebina trditvev	N	χ	SO
Sistem naročanja v ambulanti družinske medicine je prilagodljiv.	251	4,20	0,75
Termin za pregled sem dobil (a) tako, kot mi je ustrezalo.	251	4,22	0,74
Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času.	251	4,35	0,67
V ambulanti družinske medicine vse bolnike zdravstveno obravnavajo s spoštovanjem.	251	4,51	0,65
V ambulanti družinske medicine vse bolnike zdravstveno obravnavajo enakopravno.	251	4,53	0,65

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – se mi sploh ne zdi ključno, 2 – se mi ne zdi ključno, 3 – se mi niti zdi niti ne zdi ključno, 4 – se mi zdi ključno, 5 – se mi zdi popolnoma ključno

V tabeli 8 predstavljamo stališča udeležencev, ki so povezana z ustreznim podajanjem informacij. Rezultati so pokazali, da je bil odnos udeležencev do opredeljenega področja pozitiven. Povprečne vrednosti so prikazane za vsako posamezno vprašanje ($n = 8$). Udeležencem se najbolj ključni zdita trditvi »Med posvetom sem prejel(a) razumljive informacije o svojem zdravju in načrtovanem zdravljenju« ($\chi = 4,55$; SO = 0,57) in »Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je razložil(a) namen pregledov, preiskav« ($\chi = 4,55$; SO = 0,61). Tudi ostale trditve v tem sklopu so ocenjene s povprečjem 4,29 in več.

Tabela 8: Trditve, povezane z ustreznim podajanjem informacij

Vsebina trditvev	N	χ	SO
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik je pri komunikaciji uporabljal/a besede, kot so izvolite, prosim, hvala.	251	4,33	0,73
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je razložil(a) namen pregledov, preiskav.	251	4,55	0,61
Med posvetom sem prejel(a) razumljive informacije o svojem zdravju in načrtovanem zdravljenju.	251	4,55	0,57
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik me je vključil (a) v odločanje o nadaljnji obravnavi.	251	4,45	0,61
Med posvetom sem prejel(a) dovolj informacij o stvareh, ki ji lahko sam(a) naredim za ohranjanje zdravja.	251	4,45	0,62
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je ponudil(a) možnost preventivnih ukrepov (cepljenje, dodaten preventivni pregled).	251	4,29	0,74
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je pomagal(a), da bi razumel(a) pomembnost tega, da upoštevam dane nasvete.	251	4,39	0,62
Med posvetom sem lahko izrazil(a) svoja pričakovanja glede obravnave in zdravljenja.	251	4,45	0,68

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon. Likertova lestvica: 1 – se mi sploh ne zdi ključno, 2 – se mi ne zdi ključno, 3 – se mi niti zdi niti ne zdi ključno, 4 – se mi zdi ključno, 5 – se mi zdi popolnoma ključno

Stališča udeležencev do trditve, povezanih z zaupnostjo diplomirane medicinske sestre, prikazujemo v tabeli 9. Povprečne vrednosti so prikazane za vsako posamezno trditev.

Udeležencem se najbolj ključna zdi trditev »V ambulantni družinske medicine z mojim zdravstvenim kartonom ravnajo zaupno« ($\chi = 4,65$, $SO = 0,56$). Rezultati kažejo, da sta tudi ostali trditvi ocenjeni s povprečjem 4,45 in več.

Tabela 9: Trditve, povezane z dimenzijo »Zaupnost«

Vsebina trditve	N	χ	SO
V ambulantni družinske medicine z mojimi osebnimi podatki ravnajo zaupno oz. niso razpravljali o mojih podatkih pred drugimi pacienti.	251	4.64	0.56
V ambulantni družinske medicine z mojim zdravstvenim kartonom ravnajo zaupno.	251	4.65	0.56
Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik mi je olajšal(a), da sem lahko povedal(a) o svojih težavah.	251	4.45	0.65

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – se mi sploh ne zdi ključno, 2 – se mi ne zdi ključno, 3 – se mi niti zdi niti ne zdi ključno, 4 – se mi zdi ključno, 5 – se mi zdi popolnoma ključno

Stališča udeležencev do natančnosti diplomirane medicinske sestre prikazujemo v tabeli 10. Povprečne vrednosti so prikazane za vsako posamezno trditev. Iz tabele je razvidno, da je za udeležence najbolj ključna trditev »Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik je bil(a) natančen(a)/-en pri obravnavi mojih težav« ($\chi = 4,49$, $SO = 0,62$). Trditev »Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik se je zanimal(a) za moje osebne razmere«, pa se je udeležencem v povprečju zdela manj ključna ($\chi = 3,99$, $SO = 0,97$).

Tabela 10: Trditve, povezane z dimenzijo »Natančnost«

Vsebina trditve	N	χ	SO
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik se je zanimal(a) za moje osebne razmere.	251	3,99	0,97
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik je bil natančen(a) pri obravnavi mojih težav.	251	4,49	0,63

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – se mi sploh ne zdi ključno, 2 – se mi ne zdi ključno, 3 – se mi niti zdi niti ne zdi ključno, 4 – se mi zdi ključno, 5 – se mi zdi popolnoma ključno

Zavzetost diplomirane medicinske sestre pojasnjujemo v tabeli 11. Rezultati so pokazali, da je bil odnos udeležencev do opredeljenega področja pozitiven. Povprečne vrednosti so prikazane za vsako posamezno trditev ($n = 5$). Udeležencem se najbolj ključne zdijo trditve: »Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik me je poslušal(a)« ($\chi = 4,55$, $SO = 0,57$), »Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je med obiskom dajal(a) občutek, da imam dovolj časa za posvet« ($\chi = 4,49$, $SO = 0,60$) in »Diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika lahko

toplo priporočam svojim prijateljem« ($\chi = 4,49$, $SO = 0,68$). Tudi ostale trditve so ocenjene s povprečjem 4,27 in več.

Tabela 11: Trditve, povezane z dimenzijo »Zavzetost«

Vsebina trditve	N	χ	SO
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je pomagal(a) k boljšemu počutju, tako da lahko opravljam svoje vsakdanje dejavnosti.	251	4,35	0,67
Stalnost – preseganje izvaja vedno ista dipl. medicinska sestra/dipl. zdravstvenik.	251	4,27	0,75
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik me je poslušal(a).	251	4,55	0,57
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je med obiskom dajal(a) občutek, da imam dovolj časa za posvet.	251	4,49	0,60
Diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika lahko toplo priporočam svojim prijateljem.	251	4,49	0,68

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – se mi sploh ne zdi ključno, 2 – se mi ne zdi ključno, 3 – se mi niti zdi niti ne zdi ključno, 4 – se mi zdi ključno, 5 – se mi zdi popolnoma ključno

Želeli smo izvedeti, ali se bodo udeleženci odzvali na vabilo na kontrolni presejalni pregled. Iz slike 5 lahko razberemo, da se bo na vabilo na kontrolni presejalni pregled odzvalo 233 (92,8 %) udeležencev, 2 (0,8%) udeležencev se na vabilo ne bosta odzvala, 16 (6,4 %) udeležencev pa še ne ve.



Slika 5: Odziv udeležencev na vabilo na kontrolni presejalni pregled

Udeležence smo vprašali, katerim lastnostim diplomirane medicinske sestre pripisujejo največji pomen. Največji delež udeležencev je menil, da pri diplomiranih medicinskih sestrah najbolj cenijo: zanesljivost ($\chi = 4,70$, $SO = 0,48$), natančnost ($\chi = 4,64$, $SO = 0,52$) in strokovnost ($\chi = 4,62$, $SO = 0,58$). V tabeli 12 so prikazane povprečne

vrednosti za vsako posamezno lastnost ($n = 9$). Vsebinsko gledano so vse podane lastnosti v povprečju ($\chi = 4,20$ in več) pomembne za udeležence.

Tabela 12: Trditve, povezane z lastnostmi diplomirane medicinske sestre

Trditve	N	χ	SO
Strokovnost	251	4,62	0,58
Doslednost	251	4,56	0,54
Zanesljivost	251	4,70	0,48
Natančnost	251	4,64	0,52
Izkušnost	251	4,31	0,71
Komunikativnost	251	4,55	0,58
Nasmejanost	251	4,20	0,74
Prijaznost	251	4,49	0,62
Fleksibilnost	251	4,35	0,58

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – Zelo pomembno, 2 – pomembno, 3 – Niti pomembno, niti nepomembno, 4 – Nepomembno, 5 – Popolnoma nepomembno

V drugem sklopu vprašanj so udeleženci ocenjevali potek pregleda pri diplomirani medicinski sestri. Iz tabele 13 je razvidno, da so najbolj zadovoljni z razumevajočim pristopom diplomirane medicinske sestre ($\chi = 4,64$, SO = 0,61) in spoštovanjem zasebnosti ($\chi = 4,51$, SO = 0,63). Tudi vse ostale trditve so ocenili s povprečjem 4,36 in več ($n = 7$).

Tabela 13: Trditve, povezane z oceno presejalnega pregleda pri diplomirani medicinski sestri

Trditve	N	χ	SO
Točnost	251	4,36	0,65
Spoštovanje zasebnosti	251	4,51	0,63
Razumevajoč pristop	251	4,54	0,61
Jasna navodila in usmeritve	251	4,46	0,60
Natančni odgovori na vprašanja	251	4,49	0,60
Izvedba in interpretacija meritev (EKG, GI)	251	4,43	0,64
Možnost timske obravnave/posvetovanje z zdravnikom	251	4,36	0,68

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 - zelo nezadovoljen, 2 - nezadovoljen, 3 - niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 - zadovoljen, 5 - zelo zadovoljen,

Mnenje udeležencev o načinu organizacije in obravnave podajamo v tabeli 14. Iz rezultatov je razvidno, da so se udeleženci najbolj zadovoljni s faktorjem »vabilo« ($\chi = 4,38$, SO = 0,58) in faktorjem »naročanje« ($\chi = 4,35$, SO = 0,63), najmanj so bili zadovoljni s faktorjem dosegljivost po telefonu ($\chi = 4,00$, SO = 0,88).

Tabela 14: Trditve, povezane z načinom organizacije in obravnave

Trditve	N	χ	SO
Vabilo	251	4,38	0,58
Naročanje	251	4,35	0,63
Dosegljivost po telefonu	251	4,00	0,88
Čas obravnave	251	4,33	0,65
Urejenost čakalnice	251	4,16	0,75
Urejenost prostora za pregled	251	4,11	0,91

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 – zadovoljen, 5 – zelo zadovoljen.

Raziskovali smo tudi, če so udeleženci med presejalnega pregleda dobili dovolj informacij o pomenu zdrave prehrane, telesne dejavnosti, o škodljivosti razvad in o osamljenosti, stresu, depresiji. Iz tabele 15 je razvidno, da so udeleženci največje strinjanje v sklopu, trditev povezanih s pridobivanjem informacij ($n = 4$) izrazili pri trditvi »O škodljivosti razvad (kajenje, alkohol)« ($\chi = 4,46$, SO = 0,66) in »O pomenu zdrave prehrane« ($\chi = 4,42$, SO = 0,65).

Tabela 15: Trditve, povezane s pridobivanjem informacij

Vsebina trditev	N	χ	SO
O pomenu zdrave prehrane	251	4,42	0,65
O pomenu telesne aktivnosti	251	4,41	0,66
O škodljivosti razvad (kajenje, alkohol)	251	4,46	0,66
O osamljenosti, stresu, depresiji	251	4,34	0,76

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

V tretjem sklopu vprašanj nas je zanimala motivacija za spremembo življenjskega sloga. V tabeli 16 so prikazane povprečne vrednosti trditev, ki pojasnjujejo, ali se udeleženci čutijo motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga. Iz tabele razberemo, da so anketirani v povprečju ($\chi = 7,69$, SO = 1,50) motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga po opravljenem presejalnem pregledu pri diplomirani medicinski sestri.

Tabela 16: Motivacija udeležencev po izvedenem presejalnem pregledu

Vprašanje	N	χ	SO
Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga?	251	7,69	1,50

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: popolnoma, zelo, sploh, nemotiviran 1, 2, 3, 4; niti/niti, neodločen 5, 6; srednje, nekoliko, zelo, popolnoma motiviran 7, 8, 9, 10.

3.4.2 Preverjanje hipotez

S preverjanjem hipotez smo želeli ugotoviti povezanost spremenljivk zadovoljstvo, komunikacija diplomirane medicinske sestre in motivacija udeležencev za spremembo življenjskega sloga.

Hipoteza 1: Po presejalnem pregledu za KNB, ki ga izvaja diplomirana medicinska sestra v ADM, bo statistično značilno več tistih pacientov, ki so bili zadovoljni s pregledom, kot tistih, ki niso bili zadovoljni.

Za preverjanje hipoteze 1 smo odgovore na trditve iz sklopa »Ocenite svoje zadovoljstvo s presejalnim pregledom pri diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine (presejalni pregled pri diplomirani medicinski sestri)« združili v spremenljivko »zadovoljstvo«. Sklop vprašanj zajema 13 trditev, ki se navezujejo na način izvedbe presejalnega pregleda in na način organizacije in obravnave.

Tabela 17 prikazuje povprečne vrednosti trditev, ki pojasnjujejo zadovoljstvo udeležencev po izvedenem presejalnem pregledu ($\chi = 4,45$, $SO = 0,53$).

Tabela 17: Zadovoljstvo udeležencev

Spremenljivka	N	χ	SO
Zadovoljstvo	251	4,45	0,53

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon

Hipotezo 1 smo preverili z enostranskim t-testom. Primerjali smo povprečje sklopa vprašanj »zadovoljstvo« s testno vrednostjo 4. Za trditev smo postavili alternativno hipotezo: $H_1: \mu_{\text{zadovoljstvo}} > 4$

Tabela 18: T-test za en vzorec – zadovoljstvo udeležencev

	Testna vrednost = 4					95 % Interval zaupanja za razliko	
	t	sp	p 2-stranski	Razlika povprečja			
					Spodnja	Zgornja	
Zadovoljstvo	13.378	251	0,000	0,45077	0,3844	0,5171	

Legenda: t = t-test na neodvisne vzorce, p = statistično pomembna vrednost

V tabeli 18 je prikazan izračun zadovoljstva udeležencev ($t = 13,378$, $p = 0,00$). Hipotezo H_1 (»Pacienti so po presejalnem pregledu za KNB, ki ga izvaja diplomirana medicinska sestra v ADM, zadovoljni.«) sprejmemo.

V nadaljevanju nas je zanimalo, kako spremenljivke »Zadovoljstvo s komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred presejalnim pregledom« (trditve: Sistem naročanja v ambulanti družinske medicine je prilagodljiv, Termin za pregled sem dobil (a) tako, kot mi je ustrezalo, Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času, V ADM vse bolnike obravnavajo s spoštovanjem, V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno), napovejo splošno zadovoljstvo s presejalnim pregledom.

Tabela 19: Korelacije za spremenljivke »Zadovoljstvo s komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred presejalnim pregledom«

		Zadovoljstvo	Sistem naročanja v ADM je prilagodljiv	Termin za pregled sem dobil tako, kot mi je ustrezalo	Na vrsti za pregled sem bil ob dogovorjenem času.	V ADM vse bolnike obravnavajo s spoštovanjem.	V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno
Personov koeficient	Zadovoljstvo	1.000	0.244	0.271	0.393	0.384	0.401
	Sistem naročanja v ADM je prilagodljiv	0.244	1.000	0.454	0.403	0.311	0.268
	Termin za pregled sem dobil tako, kot mi je ustrezalo	0.271	0.454	1.000	0.458	0.351	0.389
	Na vrsti za pregled sem bil ob dogovorjenem času.	0.393	0.403	0.458	1.000	0.605	0.546
	V ADM vse bolnike obravnavajo s spoštovanjem.	0.384	0.311	0.351	0.605	1.000	0.640
	V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno	0.401	0.268	0.389	0.546	0.640	1.000
Sig. (1-tailed)	Zadovoljstvo		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	Sistem naročanja v ADM je prilagodljiv	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
	Termin za pregled sem dobil tako, kot mi je ustrezalo	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000

		Zadovoljstvo	Sistem naročanja v ADM je prilagodljiv	Termin za pregled sem dobil tako, kot mi je ustrezalo	Na vrsti za pregled sem bil ob dogovorjenem času.	V ADM vse bolnike obravnavajo s spoštovanjem.	V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno
	Na vrsti za pregled sem bil ob dogovorjenem času.	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
	V ADM vse bolnike obravnavajo s spoštovanjem	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
	V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
Z	Zadovoljstvo	251	251	251	251	251	251
	Sistem naročanja v ADM je prilagodljiv	251	251	251	251	251	251
	Termin za pregled sem dobil tako, kot mi je ustrezalo	251	251	251	251	251	251
	Na vrsti za pregled sem bil ob dogovorjenem času.	251	251	251	251	251	251
	V ADM vse bolnike obravnavajo s spoštovanjem	251	251	251	251	251	251
	V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno	251	251	251	251	251	251

Legenda: Sig. = statistično pomembna vrednost, N = število odgovorov na trditev

V tabeli 19 je prikazana p-vrednost in vrednost Pearsonovega koeficienta. Vrednosti Pearsonovega koeficienta med splošnim zadovoljstvom in petimi spremenljivkami so statistično značilne pri 5 % tveganju, saj so vse signifikance manjše od 0,05 ($p=0,000$). Pearsonov koeficient med splošnim zadovoljstvom in petimi spremenljivkami iz sklopa trditev »Zadovoljstvo s komunikacijo medicinske sestre pred presejalnim pregledom«, nakazuje na nizko oziroma srednjo pozitivno linearno povezanost, saj je v vseh primerih manjši ali enak 0,4. Rezultat nam pove, da tisti, ki so bolj zadovoljni z podanimi trditvami, tudi splošno zadovoljstvo ocenjujejo višje.

Za nadaljnjo analizo smo kot odvisno spremenljivko izbrali splošno zadovoljstvo, kot tri pojasnjene neodvisne spremenljivke pa smo izbrali srednje pozitivno linearno povezane

trditve: »Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času«, »V ADM vse bolnike obravnavajo s spoštovanjem« in »V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno«.

Tabela 20: Pregled regresijskega modela

Povzetek modela										
Model	R	R Kvadrat	Prilagojen R Kvadrat	Standardna napaka enačbe	Statistika					Durbin-Watson
					R kvadrat sprememba	F sprememba	df1	df2	Sig. F sprememba	
1	0.460 ^a	0.212	0.202	0.47675	0.212	22.148	3	247	0.000	2.113
Neodvisne spremenljivke: Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času., v ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno., V ADM vse bolnike obravnavajo s spoštovanjem										
Odvisna spremenljivka: Zadovoljstvo										
Legenda: R = determinacijski koeficient, F – primerjava razpršenosti ali F test, df = stopnja prostosti, Sig. = statistično pomembna vrednost										

Tabela zgoraj prikazuje determinacijski koeficient R kvadrat. Determinacijski koeficient R kvadrat izraža delež variance odvisne spremenljivke, ki je pojasnjena z neodvisno spremenljivko. Iz tabele 20 razberemo, da naš model pojasni 21,2% variabilnosti spremenljivke splošno zadovoljstvo ($R^2=0,212$). R^2 vrednost prikazuje vrednosti na vzorcu, vrednost prilagojene R^2 pa prikazuje vrednost na populaciji. Ker je vrednost prilagojene R^2 (0,202) zelo blizu R^2 , je model zelo dober. Statistično pomembna vrednost v našem primeru zavzema vrednost $p=0,000$, ker je manjše od 0,05 in znova nakazuje na to, da je model dober. Vrednost Durbin-Watsonovega preizkusa je 2,113 (bližje vrednosti 2), kar nakazuje neodvisnost napak v regresijskem modelu oziroma nakazuje na to, da je model dober.

Tabela 21: ANOVA za regresijski model

Model		Vsota kvadratov	df	Povprečni kvadrat	F	Sig.
1	Regresija	15.102	3	5.034	22.148	0.000 ^b
	Ostanek	56.141	247	0.227		
	Skupaj	71.244	250			

Legenda: df = stopnja prostosti, F – primerjava razpršenosti ali F test, Sig. = statistično pomembna vrednost

S pomočjo F statistike smo preverili zanesljivost regresijskega modela kot celote. Preverja, se ničelna domneva, da je regresijski koeficient v modelu enak nič. Rezultati kažejo, da je p-vrednost ANOVE, ki je 0,000 in je manjša od 0,05, kar pomeni, da je model statistično značilen.

Tabela 22: Koefficienti regresijskega modela

Spremenljivke		Nestandardizirani koefficienti		Standardizirani koefficienti	t	Sig.
		B	Std. napaka	Beta		
1	(Konstanta)	2.503	0.241		10.366	0.000
	Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času.	0.161	0.059	0.202	2.744	0.007
	V ADM vse bolnike obravnavajo s spoštovanjem.	0.105	0.065	0.129	1.608	0.109
	V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno.	0.17	0.062	0.208	2.734	0.007
Odvisna spremenljivka: Zadovoljstvo						

Legenda: Sig. = statistično pomembna vrednost

V tabeli 22 so prikazani koefficienti regresijskega modela, ki so statistično različni oziroma v enem primeru enaki 0. Kjer je p-vrednost manjša od 0,05 pomeni, da lahko sprejmemo domnevo, da je koefficient regresijskega modela statistično različen od nič. To lahko storimo pri konstanti, »Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času.« in »V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno.« P-vrednost pri konstanti »V ADM vse bolnike obravnavajo s spoštovanjem.« je enaka 0,109, kar nakazuje na to da je ta koefficient statistično enak nič. Prav zaradi tega dejstva smo ta koefficient izločili iz zapisa našega modela, saj nima značilnega vpliva na končni rezultat splošnega zadovoljstva. Glede na dobljene nestandardizirane koefficiente lahko naš model zapišemo kot: splošno zadovoljstvo = 2,503 + 0,161*»Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času + 0,170*«V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno.»

Iz regresijskega modela razberemo, da v kolikor se zadovoljstvo s trditvijo »Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času«, poveča za 1 enoto (glede na lestvico), se splošno zadovoljstvo poveča za 0,161 ocene, če kontroliramo zadovoljstvo z »V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno«. V kolikor se zadovoljstvo s trditvijo »V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno« poveča za 1 enoto (glede na lestvico), se splošno zadovoljstvo poveča za 0,170 ocene. Udeleženci, ki so bolj ovrednotili trditvi »Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času« in »V ADM vse bolnike obravnavajo enakopravno« so na splošno s pregledom bolj zadovoljni.

Hipoteza 2: Ustrezna komunikacija in podajanje informacij, povezanih z zdravim življenjskim slogom, diplomiranih medicinskih sester v ADM je statistično pomembno

povezana z zadovoljstvom pacientov po izvedenem presejalnem pregledu za KNB.

V raziskavi smo s hipotezo 2 želeli ugotoviti, ali obstaja povezava med komunikacijo diplomirane medicinske sestre in zadovoljstvom udeležencev. Za preverjanje hipoteze 2 smo združili odgovore iz sklopa vprašanj »S strani diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine sem dobil/a dovolj informacij« (23 trditve) in tvorili novo spremenljivko »komunikacija diplomirane medicinske sestre«, ki smo jo v nadaljevanju primerjali s spremenljivko »zadovoljstvo«. Iz tabele 19 razberemo izračunane korelacijske koeficiente med vrednostmi spremenljivke »komunikacija diplomirane medicinske sestre« in spremenljivke »zadovoljstvo«. Vrednost Pearsonovega korelacijskega koeficienta ($r = 0,643$, $p = 0,000$), nakazuje na zmerno pozitivno povezanost. Hipotezo H_2 »Ustrezna komunikacija in podajanje informacij, povezanih z zdravim življenjskim slogom s strani diplomiranih medicinskih sester v ADM je statistično pomembno povezana z zadovoljstvom pacientov po izvedenem presejalnem pregledu za KNB.« potrdimo.

Tabela 23: Povezanost med zadovoljstvom udeležencev in komunikacijo diplomirane medicinske sestre

		Zadovoljstvo	Komunikacija diplomirane medicinske sestre
Zadovoljstvo	r	1	0,643
	p		0,000
	N	251	251
Komunikacija diplomirane medicinske sestre	r	0,643	1
	p	0,000	
	N	251	251

Legenda: r = Pearsonov koeficient, p = statistično pomembna vrednost, N = število udeležencev

Hipoteza 3: Pacienti, ki so bolj zadovoljni s presejalnim pregledom za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM, so bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga, kot pacienti, ki so manj zadovoljni s presejalnim pregledom za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM.

Za preverjanje hipoteze 3 smo uporabili odgovore na trditve ($N = 4$) v sklopu vprašanj »Motivacija za spremembo življenjskega sloga« in tvorili novo spremenljivko »Motivacija udeležencev«. Povezanost med zadovoljstvom in motivacijo udeležencev

smo preverjali s Pearsonovim korelacijskim koeficientom. Med omenjenima spremenljivkama prihaja do statistično pomembne povezanosti. Vrednost Pearsonovega korelacijskega koeficienta ($r = 0,414$, $p = 0,000$) nakazuje na pozitivno povezanost. Hipotezo H_3 (»Pacienti, ki so bolj zadovoljni s presejalnim pregledom za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM, so bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga.«) potrdimo.

Tabela 24: Povezanost med zadovoljstvom udeležencev in motivacijo udeležencev

		Zadovoljstvo	Motivacija udeležencev
Zadovoljstvo	r	1	0,414
	p		0,000
	N	251	251
Motivacija udeležencev	r	0,414	1
	p	0,000	
	N	251	251

Legenda: r = Pearsonov koeficient, p = statistično pomembna vrednost, N = število udeležencev

Hipoteza 4.1: Ženske so bolj motivirane za spremembo življenjskega sloga kot moški.

Za preverjanje hipoteze 4.1 smo primerjali povprečja odgovorov na vprašanje »'Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga?'« in spolom udeležencev. Izračunali smo povprečne vrednosti in izvedli t-test enakosti aritmetičnih sredin. Rezultati povprečnih vrednosti med obema skupinama (tabela 21) nam pokažejo, da so ženske bolj motivirane za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga ($\chi = 7,79$) kot moški ($\chi = 7,29$).

Tabela 25: Motivacija udeležencev glede na spol

Vprašanje	Spol	N	χ	SO	St. napaka povprečja
Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga?	ženski	200	7,79	1,50	0,106
	moški	51	7,29	1,42	0,199

Legenda: N=število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO= standardni odklon

V tabeli 22 smo z Levenovim testom za homogenost varianc in t-testom za neodvisne vzorce preverjali statistično pomembne razlike med spolom in motivacijo udeležencev. Levenov test pokaže, da je vrednost $p = 0,990$, zato predpostavko o homogenosti varianc obdržimo. Rezultati so pokazali statistično pomembne razlike med spolom in

motivacijo ($t = 2,127$, $p = 0,034$), na podlagi česar lahko trdimo, da so ženske bolj motivirane za spremembo življenjskega sloga kot moški. Hipotezo 4.1 »Ženske so bolj motivirane za spremembo življenjskega sloga kot moški potrdimo«.

Tabela 26: T-test za neodvisne vzorce – motivacija udeležencev glede na spol

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	p	t	df	p (2- stranska)	Razlika aritm. sredin
Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga?	Enakost varianc	0,000	0,990	2,127	249	0,034	0,49588
	Neenakost varianc			2,202	81,037	0,031	0,49588

Legenda: F = vrednost Levenov test za homogenost varianc, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df = razpršenost skupine, p = vrednost statistične značilnosti

H 4.2: Pacienti starejši od 40 let so bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga kot pacienti, mlajši od 40 let.

Za preverjanje hipoteze 4.2 smo primerjali povprečja odgovorov na vprašanje »Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga?« in starostjo udeležencev (presečna starost je bila 40 let). Izračun povprečij med obema starostnima skupinama nam pokaže (tabela 20), da so udeleženci starejši od 40 let nekoliko bolj motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga ($\chi = 7,78$) kot udeleženci mlajši od 40 let ($\chi = 7,55$).

Tabela 27: Motivacija udeležencev glede na starost

Vprašanje	Starost	N	χ	SO	St. napaka povprečja
Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga?	$\geq 40,00$	156	7,78	1,54	0,124
	$< 40,00$	95	7,55	1,41	0,145

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon

Rezultate smo statistično podkrepili z izvedbo t-testa za enakosti aritmetičnih sredin.

Tabela 28: T-test za neodvisne vzorce - motivacija udeležencev glede na starost

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	p	t	df	p (2-stranska)	Razlika aritm. sredin
Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo o življenjskega sloga?	Enakost varianc	0,087	0,768	1,173	249	0,242	0,22827
	Neenakost varianc			1,199	212,303	0,232	0,22827

Legenda: F = vrednost Levenov test za homogenost varianc, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df = razpršenost skupine, p = vrednost statistične značilnosti

V tabeli 24 smo z Levenovim testom za homogenost varianc in t-testom za neodvisne vzorce preverjali statistično pomembne razlike med starostjo in motivacijo udeležencev. Levenov test pokaže vrednosti ($F = 0,087$, $p = 0,768$), zato predpostavko o homogenosti varianc obdržimo. Iz rezultatov razberemo, da ne prihaja do statistično pomembne razlike med aritmetičnima sredinama obeh skupin ($t = 1,173$; $p = 0,242$), na podlagi česar trdimo, da pacienti starejši od 40 let niso bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga kot pacienti mlajši od 40 let, zato hipotezo 4.2 ovržemo.

Hipoteza 4.3: Pacienti z višjo stopnjo izobrazbe, so bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga kot tisti z nižjo stopnjo izobrazbe.

Ker smo imeli v vprašalniku 4 stopnje izobrazbe in odgovori udeležencev niso bili ustrezno porazdeljeni, smo v eno skupino združili odgovore udeležencev z nezaključeno oziroma zaključeno osnovno šolo in udeležence z zaključeno poklicno in srednjo šolo. V drugo skupino smo združili udeležence z zaključeno višjo ali visoko šolo in udeležence z znanstvenim magisterijem ali doktoratom. Za preverjanje hipoteze 4.3 smo primerjali povprečja odgovorov na vprašanje »Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga?« glede na dokončano izobrazbo v združenih skupinah.

Tabela 29: Motivacija udeležencev glede na stopnjo izobrazbe

	Stopnja izobrazbe	N	χ	SO	St. napaka povprečja
Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga?	VS, MAG in DR	142	7,72	1,47	0,123
	OŠ in SŠ	109	7,65	1,54	0,147

Legenda: N = število odgovorov na trditev, χ = povprečje, SO = standardni odklon

Iz tabele 25 je razvidno, da so udeleženci z zaključeno višjo ali visoko šolo, znanstvenim magisterijem in doktoratom bolj motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga ($\chi = 7,72$), kot udeleženci z nezaključeno ali zaključeno osnovno šolo in zaključeno srednjo šolo ($\chi = 7,65$). Ker so razlike v rezultatih majhne, smo izvedli t-test enakosti aritmetičnih sredin (tabela 26).

Tabela 30: T-test za neodvisne vzorce - motivacija udeležencev glede na stopnjo izobrazbe

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	p	t	df	P (2- stranska)	Razlika aritm. sredin
Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga?	Enakost varianc	1,033	0,310	0,351	249	0,726	0,06693
	Neenakost varianc			0,349	227,240	0,728	0,06693

Legenda: F = vrednost Levenovega test za homogenost varianc, sig. = t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df = razpršenost skupine, p = vrednost statistične značilnosti

Levenov test homogenosti varianc pokaže vrednosti ($F = 1,033$, $p = 0,310$), zato predpostavko o homogenosti varianc obdržimo. Rezultati t-testa so pokazali, da ne prihaja do statistično pomembne razlike med aritmetičnima sredinama obeh skupin ($t = 0,351$, $p = 0,726$) P je $> 0,05$, zato hipotezo »Pacienti z višjo stopnjo izobrazbe, so bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga kot tisti z nižjo stopnjo izobrazbe« ovržemo.

3.5 RAZPRAVA

Namen magistrskega dela je ugotoviti povezanost med zadovoljstvom udeležencev po izvedenem presejalnem pregledu za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM in

motivacijo za spremembo pacientovega življenjskega sloga. Pri pregledu literature na temo raziskovanja povezanosti zadovoljstva in motivacije za spremembo življenjskega sloga zdravih udeležencev po izvedenem presejalnem pregledu raziskav nismo našli. Zato smo se v razpravi opirali na rezultate raziskav o zadovoljstvu pacientov z zdravstvenimi storitvami in na raziskave o motivaciji pacientov za zdrav življenjski slog v povezavi s kroničnimi boleznimi.

Zanimalo nas je, ali je po presejalnem pregledu za KNB, ki ga izvaja diplomirana medicinska sestra v ADM, statistično značilno več tistih pacientov, ki so bili zadovoljni s pregledom, kot tistih, ki niso bili zadovoljni (H1).

Za preverjanje hipoteze 1 smo zajeli trditve, ki se navezujejo na način izvedbe in organizacije presejalnega pregleda ter obravnave udeležencev in jih združili v spremenljivko zadovoljstvo. Hipotezo 1 zlahka potrdimo, saj je povprečje odgovorov na trditve zelo visoko. Že pri vprašanju, kjer smo preverjali odzivnost na vabilo za kontrolni presejalni pregled, smo zaznali pozitivno naravnost udeležencev, zato smo v veliki meri pričakovali dobre rezultate. Zanimalo nas je tudi, kako spremenljivke »Zadovoljstvo s komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred pregledom« napovejo splošno zadovoljstvo s presejalnim pregledom. Rezultat nam pove, da tisti, ki so bolj zadovoljni z podanimi trditvami, tudi splošno zadovoljstvo ocenjujejo višje. Udeleženci pregleda, ki so bolje ovrednotili zadovoljstvo z trditvijo »Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času« in »V ambulanti družinske medicine vse bolnike obravnavajo enakopravno«, so na splošno s pregledom bolj zadovoljni. Razmišljanje lahko podkrepimo z rezultati analize, ki so pokazali, da udeleženci najbolj cenijo razumevajoč pristop diplomirane medicinske sestre, spoštovanje zasebnosti in natančne odgovore na zastavljena vprašanja. Kot najpomembnejšo lastnost diplomirane medicinske sestre udeleženci izpostavljajo zanesljivost, natančnost in strokovnost. Nekoliko manj so zadovoljni z možnostjo timske obravnave/posvetovanja z zdravnikom, vendar so rezultati še vedno v okviru visokega povprečja. Zupanc Terglav, et al. (2019), navajajo, da je strokovno delo zdravstvenega osebja izraženo ob vključevanju pacienta v odločitve, posredovanju jasnih in razumljivih navodil in spoštljivi komunikaciji.

V sklopu trditve z načinom organizacije in obravnave so udeleženci najbolj zadovoljni z vabilom na pregled, najslabše, vendar še vedno z visokim povprečjem pa ocenjujejo dosegljivost po telefonu in urejenost prostora za pregled. Nekoliko slabše ocenjujejo tudi čas obravnave. Do enakih zaključkov so prišli Zupanc Terglav, et al. (2019), saj so vprašani slabše ocenili trditve, da zlahka dobijo telefonsko zvezo z ambulanto in bili kritični glede točnosti ure pregleda.

Nekoliko drugačne rezultate pa je pokazala Anketa o zadovoljstvu pacientov v ambulantah družinske medicine v letu 2018 (Referenčne ambulante družinske medicine, 2020), ki je bila opravljena na vzorcu 6581 anketirancev, saj je 76 % anketiranih izrazilo popolno strinjanje, da je sistem naročanja v ADM prilagodljiv. Klemenc-Ketiš, et al. (2018) navajajo rezultate slovenske presečne raziskave, ki je bila izvedena v ADM januarja 2017, v kateri so pacienti ocenili tim družinske medicine kot zelo zaupen, pravičen in spoštljiv, najnižje pa so ocenili prilagodljivost sistema. Rezultati naše raziskave potrjujejo ugotovitve avtorjev Zupanc Terglav, et al. (2019), ki trdijo, da so najpomembnejše spremenljivke, ki vplivajo na zadovoljstvo pacienta: čakanje v čakalnici na pregled, zanimanje za osebne razmere, zaupanje v strokovne odločitve zdravstvenega osebja, vključevanje v odločanje o zdravljenju in občutek popolnega zaupanja. Ugotovili smo, da različne raziskave v svetu in doma, povezujejo determinante zadovoljstva pacientov z zdravstvenim sistemom. Te so: starost, zdravstveno stanje, osebni dohodek, vrsta storitve glede na izvajalca (javni ali zasebni sektor), komunikacija, odnos osebja, dolžino časa posvetovanja in okolje v zdravstveni ustanovi (Swan, et al., 2015; Ljungbeck & Sjögren Forss, 2017; Aiken, et al., 2018; Zupanc Terglav, et al., 2019).

V 2. hipotezi smo preverjali, če je ustrezna komunikacija in podajanje informacij, povezanih z zdravim življenjskim slogom, diplomiranih medicinskih sester v ADM statistično pomembno povezana z zadovoljstvom pacientov po izvedenem presejalnem pregledu za KNB.

Udeleženci presejalnega pregleda so ocenjevali komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred presejalnim pregledom, podajanje informacij med pregledom in odgovarjali

na trditve združene v posamezne dimenzije poimenovane: zaupnost, natančnost in zavzetost diplomirane medicinske sestre. Ugotovili smo, da obstaja statistično pomembna povezanost med spremenljivkama zadovoljstvo in komunikacija diplomirane medicinske sestre. Vse podane trditve so udeleženci ocenili z visokim povprečjem. Komunikacijo diplomirane medicinske sestre pred presejalnim pregledom so udeleženci najbolj ocenili pri trditvah, da se v ADM vsi pacienti zdravstveno obravnavajo enakopravno in s spoštovanjem. Slične rezultate smo zasledili v Anketi o zadovoljstvu pacientov v ambulantah družinske medicine v letu 2018 (Referenčne ambulante družinske medicine, 2020), ki prikazuje, da je najvišji delež anketiranih oseb (89 %) s popolnim strinjanjem potrdilo, da se v ADM vsi pacienti zdravstveno obravnavajo s spoštovanjem.

Pri ugotavljanju stališč udeležencev do trditev, povezanih z ustreznim podajanjem informacij diplomirane medicinske sestre med izvajanjem presejalnega pregleda, večjih razlik v povprečju nismo zaznali. Pri interpretiranju rezultatov pa je postalo jasno, da so se udeleženci opredelili do zanje najbolj ključnih trditev: v ADM z mojim zdravstvenim kartonom in osebnimi podatki ravnamo zaupno, podajanje razumljivih informacij, razlaga namena pregleda in preiskav in diplomirana medicinska sestra me je poslušala. Do podobnih rezultatov so prišli Zupanc Terglav, et al. (2019), ki opisujejo kako je pomembno, da so navodila, ki jih pacienti dobijo od zdravstvenega osebja, jasna in razumljiva. Ugotovitve naše raziskave se skladajo z rezultati Ankete o zadovoljstvu pacientov v ambulantah družinske medicine v letu 2018 (Referenčne ambulante družinske medicine, 2020), kjer se anketiranci v 82 odstotkih strinjajo, da so med posvetom prejeli dovolj informacij o stvareh, ki jih lahko sami naredijo za ohranjanje zdravja. V sklopu trditev, ki so se nanašale na pridobljene informacije iz različnih področij, so udeleženci v naši raziskavi na prvo mesto postavili trditev, da so prejeli dovolj informacij o škodljivosti razvad, sledi trditev o informacijah o pomenu zdrave prehrane, telesne dejavnosti, na zadnje mesto so postavili informacije o osamljenosti, stresu, depresiji. Po publikaciji »Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016. Prehranjevanje.« (Gregorič & Fajdiga Turk, 2018), smo povzeli podatke, je se je v Sloveniji leta 2016 ustrezno prehranjevalo le polovica odraslih oseb, zadostno telesno dejavnih le bilo prav tako le polovica odraslih

prebivalcev. Raziskava je pokazala, nadaljujejo Gregorič & Fajdiga Turk (2018), da se nezdravo prehranjuje največ moških, mlajših odraslih in nižje izobraženi odrasli prebivalci Slovenije, ter osebe v nižjem družbenem sloju. Čezmerno pije alkohol vsak deseti odrasli, visoko tvegano se opije vsaj enkrat letno vsak drugi prebivalec Slovenije, opozarja Kolšek (2017). Vinko (2018a) opozarja, da je v Sloveniji tobačnemu dimu izpostavljeno tudi znatno število otrok in mladoletnikov, saj kadi vsak četrti odrasel, pasivno pa kadi približno vsak peti prebivalec Slovenije. Podpora zdravstvenih delavcev se kaže v spodbudi k spremembi, vendar ob hkratni empatiji in razumevanju, kako težko se je vedenjsko spremeniti, navaja Rus Makovec (2021) in zaključuje, da je aderenza z zdravstvenimi navodili praviloma višja, kadar so v proces spremembe vpleteni družinski člani.

Večina trditev, s katerimi smo raziskovali zaupnost, natančnost in zavzetost diplomirane medicinske sestre so se udeležencem zdela popolnoma ključna. Schaufeli (2013) zavzetost definirajo kot pozitivno, izpolnjeno dožemanje dela in jo bolj kot zadovoljstvo povezujejo z doseganjem uspešnosti zaradi energetskega naboja oziroma delovnega zagona, ki odlikuje pristop zaposlenega. Karaca & Durna (2019) navajajo, da so rezultati raziskave pokazali, da so bili bolniki bolj zadovoljni z spoštljivo komunikacijo, medtem ko so bili manj zadovoljni s strokovnimi informacijami, ki so jih jim posredovale medicinske sestre, pacienti so na prvo mesto postavili naklonjenost, pozornost, razumevanje in prijaznost medicinskih sester. Rajcan, et al. (2021) v sintezi sistematičnega pregleda literature, ki odražajo lastnosti medicinske sestre, potrjujejo, da so značilnosti medicinskih sester, ki spodbujajo zaupanje v medicinsko sestro: kompetence, strokovno znanje, spretnost, odnos, dostopnost, komunikacija, aktivno poslušanje, in poštenost. Rus Makovec (2021) se dotakne tudi ovir v komunikaciji: v zdravstvenem sistemu se praviloma zelo mudi, kolegi lahko komunikacijo s pacientom ovrednotijo kot počasnost, nepotrebno zavlačevanje, pacienti s škodljivim življenjskim slogom diplomirane medicinske sestre ne doživljajo kot del podpore. Kwame & Petručka (2021) ovire v komunikaciji osredotočeno na pacienta, kategorizirata v štiri vrste: institucionalne in zdravstvene sisteme, komunikacijske, okoljske ter osebne in vedenjske ovire. Stark, et al. (2021) pravijo, da ima vsak pacient pred posvetom določena individualna pričakovanja, katerih izpolnjevanje pomembno vpliva na njegovo

zadovoljstvo. Konstrukt zadovoljstva opisujejo kot kognitivno oceno pričakovanj in dejanske izkušnje. Če se razvije čustvena ocena, ki pomeni močno pozitivno ali močno negativno razliko, se pojavi zadovoljstvo ali nezadovoljstvo, ugotavljajo isti avtorji in izpostavijo rezultate raziskave, ki potrjuje, da zadovoljstva pacientov ni mogoče pripisati le komunikaciji, ki je osredotočena na pacienta.

Zupanc Terglav, et al. (2019), navajajo, da je občutek popolnega zaupanja v zdravstveno osebje povezano z vključevanjem pacientov v odločanje o zdravljenju in posredovanjem jasnih in razumljivih navodil. Ne smemo pa izključiti rezultatov Ankete o zadovoljstvu pacientov v ambulantah družinske medicine v letu 2018 (Referenčne ambulante družinske medicine, 2020), ki prikazujejo, da je 88 % anketiranih oseb ocenilo, da v ADM zaupno ravnajo z njihovimi podatki. V sklopu vprašanj o poteku presejalnega pregleda, so udeleženci najslabše ocenili zanimanje zdravstvenega osebja za njihove osebne razmere, enak rezultat raziskave navajajo tudi Zupanc Terglav, et al. (2019). Karam, et al. (2021) v raziskavi potrjujejo, da je kontinuiteta odnosov izboljšala preventivno oskrbo, povečala upoštevanje zdravljenja in povečala zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo.

S hipotezo 3 smo želeli ugotoviti, ali so pacienti, ki so bolj zadovoljni s presejalnim pregledom za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM, tudi bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga.

Za preverjanje hipoteze 3 smo s korelacijsko analizo potrdili pozitivno povezanost med spremenljivkama zadovoljstvo in motivacija. V visokem povprečju so udeleženci menili, da so po izvedenem presejalnem pregledu motivirani za spremembo življenjskega sloga. Pri pregledu literature na temo raziskovanja povezanosti zadovoljstva in motivacije za spremembo življenjskega sloga zdravih udeležencev raziskav nismo našli, smo pa našli več raziskav na temo motivacije v povezavi s kroničnimi boleznimi. Lönnberg, et al. (2020) in Schmidt, et al. (2020) motivacijo definirajo kot postopek, ki usmerja in združuje ciljno usmerjeno vedenje, saj je zdrav življenjski slog pomemben za ljudi z diabetesom in motivacija je temeljni dejavnik življenjskega vedenja in poudarjajo, da je ključnega pomena, da v celoti razumemo

motivacijske dejavnike in ovire, s katerimi se srečujejo, ko se intervencija konča. V obsežni japonski raziskavi (Tanikawa, et al., 2020), so prišli do zaključkov, da na motivacijo negativno vpliva nočno in izmensko delo. Raziskovalci se strinjajo, da je družinska podpora nepogrešljiva pri izboljšanju motivacije pri pacientih s hipertenzijo ter močno povezana s samozavestjo in zmožnostjo osebe začeti in ohranjati zdrave odločitve (Kurniawati, et al., 2020; Lakerveld, et al., 2020; Lönnberg, et al., 2020). Za vsako motivacijo je bistveno, da se ljudje, ki jih skušamo motivirati, pri tem počutijo varno opisuje Rus Makovec (2021) in opozarja, da, je vedno treba računati na to, da bo približno $\frac{1}{3}$ pacientov samih po sebi motiviranih za spremembo življenjskega sloga, in bodo dejansko spremenili svoje vedenje, $\frac{2}{3}$ pa bo potrebovalo pomoč.

V hipotezah 4.1–4.3 smo predpostavljali, da je motivacija za spremembo življenjskega sloga povezana s spolom, starostjo in stopnjo izobrazbe udeležencev presejalnega pregleda.

Rezultati švedske presečne korelacijske reprezentativne raziskave Brobeck, et al. (2015), kažejo na velik pomen razprave o spremembi življenjskega sloga pri vseh pacientih ne glede na spol, starost ali stopnjo izobrazbe in ne glede na to, ali gre za nujen obisk ali za predhodno naročene paciente. Avtorji raziskave poročajo, da so moški, starejši pacienti in pacienti z nizko izobrazbo, bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga, kot ženske, mlajši pacienti in tisti z visoko izobrazbo, kar kaže na nujnost odpiranja teme pogovora o življenjskem slogu pri popolnoma vseh. Zanimivo je, da Brobeck, et al. (2015) navajajo, da so raziskave, ki se osredotočajo na odnos med pacientom in zdravstvenimi delavci pokazale, da več kot imata pacient in zdravstveni delavec skupnega glede, spola, starosti in izobrazbe, uspešnejša je njihova komunikacija.

V hipotezi 4.1 smo se spraševali, ali so ženske bolj motivirane za spremembo življenjskega sloga kot moški.

Z raziskavo smo potrdili statistično pomembno korelacijo med motivacijo in spolom udeležencev in potrdili, da so ženske bolj motivirane za spremembo življenjskega sloga

kot moški. Demografija v naši raziskavi kaže, da je vprašalnik v celoti izpolnilo 4-krat več žensk kot moških, zato moramo biti previdni pri interpretaciji rezultatov. Ko razpravljamo o spremembi življenjskega sloga, opozarjajo Brobeck, et al. (2015), je pomembno, da se izvajalci zavedajo razlik v tveganem vedenju med ženskami in moškimi, saj raziskave kažejo, da so moški bolj nagnjeni k tveganemu vedenju, kot ženske. V nacionalnih skandinavskih raziskavah (Danska, N = 7504 odraslih oseb in Švedska N = 52.595) so najbolj izrazite neenakosti med spoloma ugotovili pri stopnjah telesne aktivnosti, statusu kajenja in motivaciji za večjo telesno aktivnost. Opazovane ženske so imele bolj zdrave navade, povezane z uživanjem alkohola in prehrano, vendar so bile bolj pod stresom. Do podobnih zaključkov so prišli v slovenski raziskavi, saj je v letu 2016 četrtnina prebivalcev zelo pogosto oziroma vsakodnevno doživljala stres, pogosteje so ga doživljale ženske (Jeriček Klanšček & Hribar, 2018). Pri moških so skandinavski avtorji raziskav, ugotavljali visoko stopnjo prekomerne telesne teže in debelosti, manj pa so jih zanimali prehranski nasveti in dejavnosti za izboljšanje zdravja (Brobeck, et al., 2015; Anderson, et al., 2019). Izkazalo se je celo, nadaljujejo švedski raziskovalci, da nekatere ženske doživljajo stres v procesu prizadevanja pri dejavnostih za izboljšanje zdravja, ter ohranjanja in spreminjanja življenja v bolj zdrav življenjski slog (Brobeck, et al., 2015).

Zanimalo nas je, ali so starejši pacienti bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga kot pacienti, mlajši od 40 let (H 4.2)

Ugotovili smo, da razlike niso statistično pomembne, zato smo hipotezo 4.2 ovrgli. Predvidevali smo, da so starejši udeleženci presejalnega pregleda bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga, vendar je raziskava pokazala, da smo se o tej trditvi motili. Vinko (2018b) opozarja, da je največ nezdravih vedenjskih vzorcev mogoče opaziti med mlajšimi, s starostjo pa število nezdravih vedenj upada in nadaljuje, da je mogoče to povezano s tem, da se kot najbolj zdrave ocenjujejo najmlajši (25 do 34 let), saj jih kar 84,2 % meni, da je njihovo zdravje dobro. Z višanjem starosti se ta delež zmanjšuje, navaja Vinko (2018b), saj je med najstarejšimi takih zgolj dobra tretjina. V nasprotju z rezultati naše raziskave, raziskovalci Brobeck, et al. (2015) ugotavljajo, da so večinoma starejši ljudje tisti, ki so spremenili način življenja, saj je kar polovica

tistih, starih od 60 do 79 let, ki so ob obisku dobili nasvet o zdravem življenjskem slogu do neke mere spremenilo svoj življenjski slog. Ena od razlag neenakosti med starostnimi skupinami je ta, da tveganje, da bi zboleli, narašča s starostjo, pa tudi posledice nezdravega življenja so s starostjo opaznejše. Pacienti z akutno boleznijo občutijo izrazitejši strah pred poslabšanjem zdravja, kar poveča njihovo motivacijo za izvajanje spremembe življenjskega sloga, ki jo predlagajo zdravstveni delavci navajajo še Brobeck, et al. (2015). Mlajši ljudje brez zdravstvenih težav morda ne zaznajo koristi zdravega življenjskega sloga v enakem obsegu. Vendar so raziskave potrdile, nadaljujejo avtorji Brobeck, et al. (2015), da obstaja pozitivna korelacija med zdravim življenjskim slogom v mladosti in v odrasli dobi. Spodbuden je podatek, da pogovor na temo spremembe življenjskega sloga pri mlajših, vpliva na dober življenjski slog v zgodnji starosti, s čimer se zmanjša tveganje za povezane bolezni v starosti.

V hipotezi 4.3 smo želeli raziskati morebitno povezavo med izobrazbo udeležencev in njihovo motivacijo za spremembo življenjskega sloga.

Pri interpretiranju rezultatov je postalo jasno, da ne prihaja do statistično pomembne razlike, zato hipotezo 4.3 nismo potrdili. Raziskave so pokazale, pojasnjujejo Brobeck, et al. (2015), da je raven izobrazbe pomemben dejavnik zdravja in da je število let šolanja jasno povezano s tveganjem za nastanek bolezni srca in ožilja. V slovenskem prostoru avtorici Vrbovšek & Farkaš Lainščak (2018) navajata, da se je preventivnega pregleda v letu 2016 (enkrat ali večkrat) udeležilo več oseb s končano osnovno šolo kot tistih, ki imajo končano višjo šolo ali več. V nasprotju z našo raziskavo Brobeck, et al. (2015) opisujejo, da so najbolj motivirani za spremembo življenjskega sloga tisti z visoko izobrazbo. Osebe z nižjo izobrazbo imajo več nezdravih navad, nadaljujejo Brobeck, et al. (2015) in slabše zdravje od tistih, ki imajo dokončano višjo/visoko šolo, magisterij, doktorat in navajajo, da so ženske z nižjo izobrazbo skupina z najslabšim trendom povprečne pričakovane življenjske dobe. Brobeck, et al. (2015) izpostavljajo raziskavo, v kateri rezultati pokažejo, da zdravstveni delavci menijo, da pacienti z nizko izobrazbo manj pogosto sprejmejo zdrav način življenja in ga zato niso svetovali tako pogosto kot tistim z visoko stopnjo izobrazbe, medtem ko so rezultati drugih raziskav pokazali, zaključujejo Brobeck, et al. (2015), da tisti z nizko izobrazbo lahko enako

spremenijo življenjski slog kot tisti z visoko stopnjo izobrazbe.

Diplomirane medicinske sestre v ADM se dnevno srečujejo z različnimi težavami pacientov, ki jih izčrpavajo ne samo telesno, ampak tudi psihično in socialno, kar razkriva četrti primer iz prakse. Zato so zelo pomembne veščine komunikacije, ki so bistveni del vsakdanjega dela z bolniki,

Kot omejitev raziskave smo prepoznali, da smo v raziskavi zajeli prevelik spekter podatkov, saj smo zaradi pomanjkanja raziskav na tem področju želeli podrobno prikazati presejalni pregled za KNB. Merili smo še zadovoljstvo udeležencev in njihovo motivacijo za zdrav življenjski slog. Zato je raziskava po našem mnenju presplošna, mogoče bi lažje raziskovali manjše segmente. Po drugi strani, pa je izvedba presejalnega pregleda za KNB v ADM zahtevna in že sama po sebi, saj se presejanja za določene bolezni prepletajo in pred obravnavo udeleženca ne vemo, katera presejanja v sklopu KNB bomo uporabili. Že med kadilcem in nekadilcem je velika razlika v pristopu in obravnavi, tako časovna kot procesna. Presejalni pregled za KNB je že sam po sebi kompleksen in obširen, vendar nam na koncu, da celosten vpogled v pacientovo zdravstveno stanje. Tudi pridobivanje soglasij zavodov k raziskovanju smo prepoznali kot omejitev raziskave. Ne nazadnje nam je predstavljala omejitev raziskave, tudi epidemiološka situacija v Sloveniji, saj smo nameravali vročiti vprašalnik udeležencem osebno po izvedenem presejalnem pregledu. Splošna ocena zadovoljstva udeležencev je precej visoka. Morebitni razlogi za prekomerno zadovoljstvo so lahko številni: zadovoljni pacienti raje sodelujejo v tovrstnih raziskavah, nezadovoljstvo izrazijo samo ob res negativni izkušnji, lahko je prisoten strah pred izražanjem nezadovoljstva zaradi morebitne slabše naslednje obravnave. Možno je tudi, da so bili udeleženci, ki so sodelovali v raziskavi, bolj usmerjeni v preventivne dejavnosti, zato je potrebno biti pri posploševanju ugotovitev previden, saj lahko gre za fenomen odgovarjanja na socialno zaželen način. Morebiti smo imeli predolg instrument, saj več kot 100 udeležencev vprašalnika ni izpolnilo do konca. Na dane rezultate je po našem mnenju vplivala tudi elektronska oblika anketiranja, saj bi morali natančneje razjasniti kriterije za sodelovanje v raziskavi. Rezultati raziskav nam nizajo nova vprašanja in nakazujejo potrebo po preučevanju teme v podrobneje, na primer kako se motivira udeležence za

zdrav življenjski slog in kaj udeleženec potrebuje za trajnostno spremembo življenjskega sloga. Dragocene za pridobitev poglobljenega znanja o spremembah življenjskega sloga udeležencev bi bile kvalitativne metode v obliki individualnih intervjujev. S tem bi prejeli točne informacije kateri deli nasvetov, so privedli do motivacije za spremembe življenjskega sloga pri udeležencih presejalnih pregledov.

Najpomembnejši cilj delovanja zdravstvenih ustanov je zadovoljitev potreb svojih primarnih uporabnikov - pacientov. Z magistrsko nalogo smo prikazali delo v ADM kot univerzalno obliko storitev zdravstvenega varstva na primarnem nivoju v Sloveniji. Raziskali in opredelili smo zadovoljstvo uporabnikov kot kazalnik kakovosti storitev ADM in vključili motivacijo za zdrav življenjski slog kot eden najpomembnejših procesov, ki deluje v interakciji in se spreminja ter omogoča posamezniku njegovo enkratnost in neponovljivost.

4 ZAKLJUČEK

Sodobna definicija opredeljuje zdravje kot splošno vrednoto in bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje posameznika in skupnosti kot celote. Po podatkih SZO (2019) nenalezljive bolezni spadajo med glavne vzroke smrti po vsem svetu. Da bi zmanjšali pojavnost teh bolezni, SZO zagovarja promocijo zdravja in pobude na področju zdravstva in zdravstvene oskrbe. Z zakoni, nacionalnimi strategijami in navodili so Slovenija in mnoge druge države opredelile način izvajanja preventivnega zdravstvenega varstva.

V letu 2011 je bilo delovanje takrat tako imenovanih referenčnih ambulant in delo diplomiranih medicinskih sester novost v slovenskem prostoru. Število ADM se je z leti stopnjevalo, diplomirane medicinske sestre so sproti pridobivale znanje za izvajanje integrirane preventive. Kljub že 10-letnem poteku Nacionalnega programa za zmanjševanje srčno-žilnih bolezni in zaradi tega že dokazano zmanjšani umrljivosti, je vstop diplomirane medicinske sestre v družinsko medicino zagotovil kakovostnejši pristop k pacientu. Pomembno je dobro timsko delo in dobo sodelovanje vseh izvajalcev preventive za odrasle na primarnem področju, saj le tako lahko vplivamo na dejavnike tveganja in posledično na zmanjševanje ogroženosti in prezgodnje smrtnosti zaradi srčno-žilnih bolezni.

Zanimanje za z zdravjem povezan življenjski slog se je izrazito povečalo v drugi polovici dvajsetega stoletja. Določen življenjski slog vključuje tako zdravju škodljiva kot zdravju naklonjena obnašanja. Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja imajo lahko varovalni vpliv, ali pa se med seboj povezujejo in povečujejo tveganje za razvoj nezdravega življenjskega sloga. Zavedamo se, da vsak sam samostojno in odgovorno odloča o izbiri svojega življenjskega sloga, vendar z ustreznimi intervencijami posameznike lahko spodbudimo k pripravljenosti za določeno vrsto aktivnosti. Pomemben vir motivacije za spremembo življenjskega sloga so jasni cilji, saj je motivacija proces, ki zajema vse silnice in gibala našega delovanja. Živimo v postmoderni družbi, v kateri je hitrost zadovoljevanja potreb velikokrat najpomembnejša. Spremembe življenjskega sloga pa niso hitre spremembe, temveč se

dosegajo počasi in postopoma ob dolgotrajni vztrajnosti, potrpežljivosti in sledenju vnaprej zastavljenemu cilju.

Namen raziskovalnega dela je bilo preveriti zadovoljstvo udeležencev po presejalnem pregledu za KNB pri diplomirani medicinski sestri v ADM in ugotoviti njihovo motivacijo za spremembo življenjskega sloga. Rezultati raziskave kažejo, da so udeleženci, ki so zadovoljni z izvedenim presejalnim pregledom, tudi bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga. Ob tem je treba dodati, da so udeleženci z visokim povprečjem ocenili zanesljivost, natančnost in strokovnost diplomiranih medicinskih sester v ADM. Ne nazadnje moramo povedati, da je magistrsko delo nastajalo v času epidemije, ko so bile diplomirane medicinske sestre razporejene na druga delovna mesta. Neposreden stik s pacienti je bil v tistem času izgubljen. Počasi se gradi nov odnos, najprej z delom na daljavo, potem z delom v zmanjšanem obsegu. Pacienti čakajo na vabilo v ADM, izkušnje zaposlenih na nujni medicinski pomoči nam povedo, da so imeli v tem času več obravnav poslabšanj KNB, kar pa že kliče po nadaljnji raziskavi iz tega konteksta.

Zaključujemo z mislijo, da se strinjamo z mnenjem Pečelin & Sočan (2016), da sta za razvoj ADM potrebna nadgradnja znanja in vlaganje v raziskovalno delo. Z rezultati raziskav, podprtimi z dokazi, bi omogočili še kakovostnejši pristop zdravstvene nege na primarnem nivoju.

5 LITERATURA

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A.M. & Griffiths, P., 2018. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*, 8(1), pp. 1-7. 10.1136/bmjopen-2017-019189.

Akbar, F.H., Pratiwi, R., Samad, R. & Fanissa, F., 2017. Advances in Health Sciences Research. In: *Proceedings of the health care science international conference*. Kota Semarang: Indonesian Scholars' Alliance, pp. 92-99.

Al-Abri, R. & Al-Balushi, A., 2014. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), pp. 3-7. 10.5001/omj.2014.02.

Alturki, M. & Khan, T.M., 2012. A study investigating the level of satisfaction with the health services provided by the Pharmacist at ENT hospital, Eastern Region Alahsah, Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 21(3), pp. 255-260. 10.1016/j.jsps.2012.09.001.

Barratt, J. & Thomas, N., 2019. Nurse practitioner consultations in primary health care: a case study-based survey of patients' pre-consultation expectations, and post-consultation satisfaction and enablement. *Primary health care research & development*, 17(20), pp. 36-41. 10.1017/S1463423618000415.

Boben Bardutzky, D., 2013. Motivacija za spremembe – LE ZAKAJ? In: D. Sorko & D. Boben, eds. *SODOBNI pristopi s področja motivacije posameznikov za krepitev zdravega življenjskega sloga: analiza nekaterih ključnih dejavnikov pitja alkohola odraslih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, pp. 15-17.

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C., 2015. Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education? *Nordic College of Caring Science*, 29(1), pp. 118-125. 10.1111/scs.12139.

Bugar, K.. 2015. *Zadovoljstvo uporabnikov kot kazalnik kakovosti storitev v referenčnih ambulantah družinske medicine: magistrska naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.

Bulc, M. & Vračko, P., 2017. Preventivni pregled z oceno tveganja. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 75-77.

Bulc, M., 2012. Načela preventive. In: I. Švab & D. Rotar Pavlič, eds. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 237-245.

Bulc, M., 2017. Odkrivanje in ocenjevanje tveganja za razvoj sladkorne bolezni tipa 2 v referenčni ambulanti družinske medicine. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 63-66.

Čuš, B., Farkaš Lainščak, J., Horvat, M., Huber, I., Knific, T., Maučec Zakotnik, J., Sedlar, N., Vračko, P. & Vrbovšek, S., 2015. *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih. Katalog informacij Celje: za izvajalce pilotnega testiranja integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Dariush, D.F., 2015. Impact of Lifestyle on Health. *Iranian journal of public health*, 44(11), pp. 1442-1444.

Desborough, J., Phillips, C., Mills, J., Korda, R. & Bagheri, N., 2017. Developing a positive patient experience with nurses in general practice: An integrated model of patient satisfaction and enablement. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), pp. 564-578. 10.1111/jan.13461.

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

Fekonja, Z. 2013. *Zadovoljstvo pacientov s kakovostjo zdravstvene nege na primarnem nivoju zdravstvenega varstva: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Field, A., 2009. *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE.

Fras, Z., 2018. Nacionalni portret: rehabilitacija in srčno-žilna medicina v Sloveniji. In: Z. Fras & B. Jug, eds. *Slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja: zbornik prispevkov/19. redno letno plenarno zasedanje. Ljubljana, 2. marec 2018*. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije, pp. 5-10.

Gishu, T., Abate Yeshidinber, W. & Afnafu Mekonnen, T., 2019. Patient's perception of quality of nursing care; a tertiary center experience from Ethiopia. *BMC Nursing*, 37(18), pp. 12-15. 10.1186/s12912-019-0361-z.

Govc Eržen, J., 2017a. Organizacija dela v referenčni ambulanti družinske medicine, kazalniki kakovosti, poročanje in informacijska podpora. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 47-51.

Govc Eržen, J., 2017b. Preventivni pregled na področju osteoporoze. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 74-80.

Govc Eržen, J., Čuš, B. & Vračko, P., 2017. Referenčne ambulante družinske medicine – opis projekta. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 26-29.

Gregorič, M., & Fajdiga Turk, V., 2018. Prehranjevanje. In: M. Vinko, T. Kofol Bric, A. Korošec, S. Tomšič & M. Vrdelja, eds. *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 9-11.

Jeriček Klanšček, H. & Hribar, K., 2018. Obvladovanje stresa. In: M. Vinko, T. Kofol Bric, A. Korošec, S. Tomšič & M. Vrdelja, eds. *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 26-28.

Karaca, A. & Durna, Z., 2019. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing open*, 6(2), pp. 535-545. 10.1002/nop2.237.

Karam, M., Chouinard, M.C., Poitras, M.E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N. & Hudon, C., 2021. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 16. 10.5334/ijic.5518.

Kersnik, J., 2001. Multivariatna analiza zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine. *Zdravniški Vestnik*, 70(7–8), pp. 381-386.

Kersnik, J., 2003. *Bolnik v slovenskem zdravstvu: monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

Kersnik, J., 2010. *Kakovost v zdravstvu*. [online] Available at: <http://www.drmed.org/index.php?=&n=723> Accessed [10 December 2019].

Klemenc-Ketis, Z. & Poplas-Susič, A., 2017. Are characteristics of team members important for quality management of chronic patients at primary care level? *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), pp. 5025-5032. 10.1111/jocn.14002.

Klemenc-Ketiš, Z., Makivić, I. & Poplas Susič, A., 2018. The development and validation of a new interprofessional team approach evaluation. *PLoS ONE*, 13(8), e0201385. 10.1371/journal.pone.0201385.

Kmetič, K., 2014. *Analiza zadovoljstva pacientov s fizioterapevtskimi storitvami v UKC Maribor: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.

Kolšek, M., 2017. Preventivni pregled na področju tveganega in škodljivega pitja alkohola. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 70-74.

Koprivnikar, H., 2018. Kajenje. In: M. Vinko, T. Kofol Bric, A. Korošec, S. Tomšič & M. Vrdelja, eds. *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 22-25.

Krczal, E. & Mock, T., 2016. People-Centred Quality Indicators for Primary Care Centres. *International Journal of Integrated Care*, 16(6), A300, pp. 1-8, 10.5334/ijic.2848.

Kurniawati, N., Diana, E. & Wahyuni, S., 2020. *Hypertension Care Book (HYCAB) Enhancing Motivation and Family Support toward a Healthy Lifestyle*. [pdf] Universitas Airlangga, Faculty of Nursing Available at: <https://www.scitepress.org/Papers/2018/82051/82051.pdf> [Accessed 20 November 2020].

Kwame, A. & Petrucka, P.M., 2021. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 158. 10.1186/s12912-021-00684-2.

Lakerveld, J., Palmeira, A.L., Duinkerken, E., Whitelock, V., Peyrot, M. & Nouwen, A., 2020. Motivation: key to a healthy lifestyle in people with diabetes? *Diabetic Medicine*, 37(3), pp. 464-472. 10.1111/dme.14228.

Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. & van Vught, A.J., 2018. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD001271. 10.1002/14651858.CD001271.pub3.

Ljungbeck, B. & Sjögren Forss, K., 2017. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. *BMC nursing*, 16(1), pp. 1-9. 10.1186/s12912-017-0258-7.

Lönnerberg, L., Damberg, M. & Revenäs, A. 2020. "It's up to me": the experience of patients at high risk of cardiovascular disease of lifestyle change. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(3), pp. 340–351. 10.1080/02813432.2020.1794414.

Lovrečič, B. & Lovrečič, M., 2017. Pitje alkohola. In: M. Vinko, T. Kofol Bric, A. Korošec, S. Tomšič & M. Vrdelja, eds. *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 17-21.

Maier, C.B. & Aiken, L., 2016. Task shifts from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health*, 26(6), pp. 927-934. 10.1093/eurpub/ckw098.

Marzo, R.R., Bhattacharya, S., Ujang, N.B., Naing, T.W., Huong Fei, A.T., Chun, C.K., Xue Ting, C.P., Rajah, P.A. & Shanmuganathan, K.A., 2021. The impact of service quality provided by health-care centers and physicians on patient satisfaction. *Journal of education and health promotion*, 10, 160. 10.4103/jehp.jehp_979_20.

Maučec Zakotnik, J., Čuš, B., Vrbovšek, S., Govc Eržen, J. & Medved, N., 2017. Program integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni pri odraslih – opis preventivne poti obravnavane osebe. In: J. Govc Eržen, & M. Petek Šter, eds. *Izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 10-17.

Maučec Zakotnik, J., & Keršič Svetel, M., 2017. Pristopi za podporo pri spreminjanju življenjskega sloga. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 93-101.

Medved, N., Čuš, B., Vračko, P. & Govc Eržen, J., 2017. *Timska obravnava v referenčnih ambulantah družinske medicine*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/clanek_oe_nijz_timska_obravnava_v_radm_04052017 [Accessed 1 December 2019].

Mihailović, N., Kocić, S., Trajković, G. & Jakovljević, M., 2017. Satisfaction with health services among the citizens of Serbia. *Frontiers in Pharmacology*, 8, pp. 1-7. 10.3389/fphar.2017.00050.

Ministrstvo za zdravje, 2019. *Učinkovitost dela ambulant družinske medicine za področje nalog diplomirane medicinske sestre*. Available at: <https://www.gov.si/assets/>

ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Mreza/Porocilo-o-ucinkovitosti-ambulant-druzinske-medicine.pdf. [Accessed 22 Avgust 2022].

Mohan, R. & Kumar, K.S., 2011. A study on the satisfaction of patients with reference to hospital services. *Zenith International Journal of Business Economics & Management Research*, 1(3), pp. 15-25.

Nyberg, S.T., Singh-Manoux, A., Pentti, J., Madsen, H., Sabia, S., Alfredsson, L., Bjorner, J.B., Borritz, M., Burr, H., Goldberg, M., Heikkilä, K., Jokela, M., Knutsson, A., Lallukka, T., Lindbohm, J.V., Nielsen, M.L., Nordin, M., Oksanen, T., Pejtersen, J. H., Rahkonen, O., Rugulies, R., Shipley, M.J., Sipilä, P.N., Stenholm, S., Suominen, S., Vahtera, J., Virtanen, M., Westerlund, H., Zins, M., Hamer, M., Batty, G.D. & Kivimäki, M., 2020. Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. *JAMA Internal Medicine*, 180(5), pp. 760-768. 10.1001/jamainternmed.2020.0618.

Ojsteršek, M. & Škrjanec, A.L., 2012. *Ocenjevanje zanesljivosti merjenja s koeficienti Cronbach alfa, omega in koeficienti iz metode SEM: uporaba Monte Carlo simulacij*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Panikvar Žlahtič K., Vidmar, I., Istenič, B. & Benkovič, R., 2018. *Določitev zdravstvenih storitev diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti – dopolnitev opisov*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Pečelin, S. & Sočan, M., 2016. Referenčne ambulante: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 157-162. 10.14528/snr.2016.50.2.82.

Peklaj, S. M., 2014. *Zadovoljstvo zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Petek Šter, M. & Šter, B., 2015. Pomen izobraževanja diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah: primer arterijske hipertenzije. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 49(1), pp. 52-59. 10.14528/snr.2015.49.1.46.

Petek Šter, M. & Vodopivec Jamšek, V., 2018. Oskrba srčnih bolnikov v ambulanti družinske medicine. In: Z. Fras & B. Jug, eds. *Slovenski forum o preventivi bolezni srca in žilja: zbornik prispevkov/19. redno letno plenarno zasedanje. Ljubljana, 2. marec 2018*. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije, pp. 20-24.

Petek Šter, M., 2017. Preventivni pregled z oceno tveganja za bolezni srca in ožilja. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 58-62.

Petek, D., 2017. Preventivni pregled v zvezi s kajenjem in zgodnjim odkrivanjem kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB). In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 67-69.

Poplas Susič, T. & Marušič, D., 2011. Referenčne ambulante – ali so sposobne dosegati postavljene cilje? *Medicinski Razgledi*, 51(1), pp. 117-121.

Poplas Susič, T., 2012. Referenčne ambulante in obravnava pacientov - strategija za prihodnost. In: B. Istenič, ed. *Referenčne ambulante po prvem letu delovanja: strokovni seminar, Kongresni center Mons, Ljubljana, 12. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – ZDMSBZTS, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, pp. 57-63.

Poplas Susič, T., Švab, I. & Kersnik, J., 2013. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravniški Vestnik*, 82(10), pp. 635-647.

Poplas Susič, T., 2017. The family medicine reference clinic: an example of interprofessional collaboration within a healthcare team. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 112-115. 10.14528/snr.2017.51.2.179.

Poplas Susič, T., Švab, I. & Klemenc-Ketis, Z., 2018. Upgrading the model of care in family medicine: a Slovenian example. *Public health panorama*, (4), pp. 491-735. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324851/php-4-4-550-555-eng.pdf> [Accessed 20 Maj 2022].

Pori, M. & Pori, P., 2013. *Športna rekreacija kot prostočasna dejavnost. Športna rekreacija in 251 vaj moči za radovedne*. Ljubljana: Športna unija Slovenije.

Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, 2016. Uradni list Republike Slovenije št. 3.

Rajcan, L., Such Lockhart, J. & Goodfellow, L. M., 2021. Goodfellow Generating Oncology Patient Trust in the Nurse: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 43(1), pp. 85-98. 10.1177/0193945920930337.

Referenčne ambulante družinske medicine, 2018a. *Algoritem presejanja, ukrepanja in spremljanja na področju nezdravega življenjskega sloga in KNB – opis presejanja*. [online] Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=951> [Accessed 10 november 2020].

Referenčne ambulante družinske medicine, 2018b. *Trendi analize vprašalnika o zadovoljstvu pacientov med leti 2012–2015*. [pdf] Referenčne ambulante družinske medicine Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Analiza-vpra%C5%A1alnika-o-zadovoljstvu-pacientov-2018.pdf> [Accessed 10 November 2020].

Referenčne ambulante družinske medicine, 2019. *Poročanje preventiva 2018*. [online] Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/> [Accessed 10 november 2020].

Referenčne ambulante družinske medicine, 2020. *Anketa o zadovoljstvu pacientov v ambulantah družinske medicine v letu 2018*. [online] Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=951> [Accessed 10 November 2020].

Referenčne ambulante družinske medicine, 2021. *Določitev zdravstvenih storitev diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine (referenčni ambulanti) – dopolnitev opisov*. [online] Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/> [Accessed 10 November 2021].

Rifel, J., 2017. Preventivni pregled na področju depresije. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 80-84.

Rus Makovec, M., 2021. Kako vnesti spremembe – motivacija k zdravemu življenjskemu slogu. In: M. Kranjc & N. Rotovnik Kozjek, eds. *Zdrav življenjski slog in rak: XXIX. seminar "In memoriam dr. Dušana Reje"*. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Onkološki inštitut, Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 92-106.

Schaufeli, W.B., 2013. The measurement of work engagement. In: R.R. Sinclair, M. Wang & L.E. Tetrick, eds. *Research methods in occupational health psychology: Measurement, design, and data analysis*. London: Routledge, pp. 138-153.

Schmidt, S., Hemmestad, L., MacDonald, C.S., Langber, H. & Valentiner, S.L., 2020. Motivation and Barriers to Maintaining Lifestyle Changes in Patients with Type 2 Diabetes after an Intensive Lifestyle Intervention (The U-TURN Trial): A Longitudinal Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), pp. 74-54. 10.3390/ijerph17207454.

Senić, V. & Marinković, M., 2013. Patient care, satisfaction and service quality in health care. *International Journal of consumer studies*, 37(3), pp. 312-319. 10.1111/j.1470-6431.2012.01132.x.

Sorko, N., 2013. Se zavedamo svoje odgovornosti glede lastne krepitev zdravega življenjskega sloga in vpliva na mlajše generacije? In: D. Sorko, & D. Boben, eds. *SODOBNI pristopi s področja motivacije posameznikov za krepitev zdravega življenjskega sloga: analiza nekaterih ključnih dejavnikov pitja alkohola odraslih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, pp 11-13.

Stark, S., Worm, L., Kluge, M., Roos, M. & Burggraf, L., 2021. The patient satisfaction in primary care consultation—Questionnaire (PiC): An instrument to assess the impact of patient-centred communication on patient satisfaction. *PLoS ONE*, 16(7). e0254644. 10.1371/journal.pone.0254644.

Svetovna zdravstvena organizacija, 2019. *World Health organization*. [online] Available at: <https://www.who.int/> [Accessed 1 December 2019].

Swan, M., Ferguson, S., Chang, A., Larson, E. & Smaldone, A., 2015. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5). pp. 396-404. 10.1093/intqhc/mzv054.

Švab, Igor. 2014. *Načela družinske medicine*. [online] Available at: http://www.drmed.org/druzinska_medicina/vec.htm [Accessed 10 December 2019].

Tanikawa, Y., Kimachi, M. & Ishikawa, M., 2020. Association between work schedules and motivation for lifestyle change in workers with overweight or obesity: a cross-sectional study in Japan. *BMJ Open*, 10(4), e033000. 10.1136/bmjopen-2019-033000.

The World Medical Association, 2013. *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. [pdf] The World Medical

Association. Available at: <http://www.kme-nmec.si/files/2018/03/Helsinska-listina-2013.pdf> [Accessed 20 November 2020].

Vinko, M., 2018a. Kopičenje nezdravih vedenjskih vzorcev. In: M. Vinko, T. Kofol Bric, A. Korošec, S. Tomšič & M. Vrdelja, eds. *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 42-44.

Vinko, M., 2018b. Spreminjanje z zdravjem povezanega vedenjskega sloga. In: M. Vinko, T. Kofol Bric, A. Korošec, S. Tomšič & M. Vrdelja, eds. *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 45-47.

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

Vračko, P. & Govc Eržen, J., 2017. Preprečevanje in zgodnje odkrivanje raka v družinski medicini. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 84-90.

Vrbovšek, S. & Farkaš Lainščak, J., 2018. Uporaba preventivnih zdravstvenih storitev. In: M. Vinko, T. Kofol Bric, A. Korošec, S. Tomšič & M. Vrdelja, eds. *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 52-57.

Vuković, M., Gvozdenović, B. S., Gajić, T., Jakovljević, M. & McCormick, B. P., 2012. Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care. *Public health*, 126(8), pp. 710-718. 10.1016/j.puhe.2012.03.008.

World Health Organization, 1978. *Declaration of Alma-Ata*. [online] Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.p [Accessed 15 Februar 2020].

Zupanc Terglav, B., Selak, Š., Vrdelja, M., Kaučič, B. M. & Gabrovec, B., 2019. Zadovoljstvo državljanov Republike Slovenije z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), pp. 112-118. 10.14528/snr.2019.53.1.318.

Zupanič, T., 2014. Priprava vprašalnika in izvedba terenske faze ankete 2012. In: S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & J. Maučec Zakotnik, eds. *Izzivi v izboljševanju življenjskega sloga in zdravja Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji*. Ljubljana: NIJZ, pp. 127-143.

Železnik, D., Panikvar Žlahtič, K., Vidmar, I., Filej, B., Verbič, M. & Založnik, S., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulantni družinske medicine*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

6 PRILOGE

6.1 VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Vlasta Gostiša Mrak, diplomirana medicinska sestra ter študentka druge stopnje študija Promocija zdravja (mag./2l.) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Ob zaključku študija pripravljam magistrsko delo z naslovom »Povezanost zadovoljstva pacientov z izvedenim preventivnim pregledom za kronične nenalezljive bolezni in njihovo motivacijo za spremembo življenjskega sloga v ambulanti družinske medicine«. Magistrsko delo pripravljam pod mentorstvom izr. prof. dr. Antonije Poplas-Susič.

Menimo, da ste Vi, pacient v ambulanti, zelo pomemben udeleženec zdravstvene oskrbe, zato Vas prosimo, da ocenite kakovost oskrbe, ki ste je bili deležni pri diplomirani medicinski sestri na preventivnem pregledu v letu 2020.

Trenutno je edina možnost spletno anketiranje. Lepo prosimo, da si vzamete 7 minut časa in kliknete na priloženo povezavo na vprašalnik. Prosimo Vas, da vprašalnik predstavite še družinskim članom, ki niso prisotni na socialnem omrežju, oziroma, da razpošljete vprašalnik dalje.

Vaše odgovore bomo obravnavali zaupno, vprašalnik je anonimen, dobljene podatke bomo uporabili izključno za namen zgoraj omenjenega magistrskega dela.

Morebitna dodatna vprašanja pošljite na elektronski naslov: vlamra@yahoo.com

Za vaše odgovore in sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

Vlasta Gostiša Mrak

Sklop 1

1. Kje ste prvič slišali za ambulanto družinske medicine, kjer presejalne preglede opravlja diplomirana medicinska sestra? **Prosimo, obkrožite črko.**
- Pri domačih.
 - Na internetu.
 - Na radiu ali TV.
 - V časopisih, revijah, zloženkah.
 - Pri prijateljih in znancih.
 - Pri osebem/družinskem zdravniku.
 - Preko diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine, v katero ste bili povabljeni.
2. Kako posamezna aktivnost vpliva na vaše mnenje o diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine? **Prosimo, obkrožite številko.**

Komunikacija diplomirane medicinske sestre pred pregledom	Se mi sploh ne zdi ključno	Se mi ne zdi ključno	Se mi niti zdi niti ne zdi ključno	Se mi zdi ključno	Se mi zdi popolnoma ključno
Sistem naročanja v ambulanti družinske medicine je prilagodljiv.	1	2	3	4	5
Termin za pregled sem dobil (a) tako, kot mi je ustrezalo.	1	2	3	4	5
Na vrsti za pregled sem bil (a) ob dogovorjenem času.	1	2	3	4	5
V ambulanti družinske medicine vse bolnike zdravstveno obravnavajo s spoštovanjem.	1	2	3	4	5
V ambulanti družinske medicine vse bolnike zdravstveno obravnavajo enakopravno.	1	2	3	4	5
Ustrezno podajanje informacij	Se mi sploh ne zdi ključno	Se mi ne zdi ključno	Se mi niti zdi niti ne zdi ključno	Se mi zdi ključno	Se mi zdi popolnoma ključno
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik je pri komunikaciji uporabljal besede, kot so izvolite, prosim, hvala.	1	2	3	4	5
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je razložil(a) namen pregledov, preiskav.	1	2	3	4	5
Med posvetom sem prejel(a) razumljive informacije o svojem zdravju in načrtovanem zdravljenju.	1	2	3	4	5
Ustrezno podajanje informacij	Se mi sploh	Se mi ne	Se mi niti	Se mi zdi	Se mi zdi

	ne zdi ključno	zdi ključno	zdi niti ne zdi ključno	ključno	popolnoma ključno
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik me je vključil (a) v odločanje o nadaljnji obravnavi.	1	2	3	4	5
Med posvetom sem prejel(a) dovolj informacij o stvareh, ki ji lahko sam(a) naredim za ohranjanje zdravja.	1	2	3	4	5
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je ponudil(a) možnost preventivnih ukrepov (cepljenje, dodaten preventivni pregled).	1	2	3	4	5
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je pomagal(a), da bi razumel(a) pomembnost tega, da upoštevam dane nasvete.	1	2	3	4	5
Med posvetom sem lahko izrazil(a) svoja pričakovanja glede obravnave in zdravljenja.	1	2	3	4	5
Zaupnost	Se mi sploh ne zdi ključno	Se mi ne zdi ključno	Se mi niti zdi niti ne zdi ključno	Se mi zdi ključno	Se mi zdi popolnoma ključno
V ambulanti družinske medicine z mojimi osebnimi podatki ravnajo zaupno oz. niso razpravljali o mojih podatkih pred drugimi pacienti.	1	2	3	4	5
V ambulanti družinske medicine z mojim zdravstvenim kartonom ravnajo zaupno.	1	2	3	4	5
Natančnost	Se mi sploh ne zdi ključno	Se mi ne zdi ključno	Se mi niti zdi niti ne zdi ključno	Se mi zdi ključno	Se mi zdi popolnoma ključno
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik se je zanimal(a) za moje osebne razmere.	1	2	3	4	5
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik je bil natančen(a) pri obravnavi mojih težav.	1	2	3	4	5
Zavzetost	Se mi sploh ne zdi ključno	Se mi ne zdi ključno	Se mi niti zdi niti ne zdi ključno	Se mi zdi ključno	Se mi zdi popolnoma ključno
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je pomagal(a) k boljšemu počutju, tako da lahko opravljam svoje vsakdanje dejavnosti.	1	2	3	4	5
Stalnost – preventivo izvaja vedno ista dipl. medicinska sestra/dipl. zdravstvenik.	1	2	3	4	5

Zavzetost	Se mi sploh ne zdi ključno	Se mi ne zdi ključno	Se mi niti zdi niti ne zdi ključno	Se mi zdi ključno	Se mi zdi popolnoma ključno
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik me je poslušal(a).	1	2	3	4	5
Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik mi je med obiskom dajal(a) občutek, da imam dovolj časa za posvet.	1	2	3	4	5
Diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika lahko toplo priporočam svojim prijateljem.	1	2	3	4	5

3. Ali se boste odzvali na vabilo na kontrolni preventivni pregled? (obkrožite)

- Da.
- Ne.
- Ne vem.

4. Katere lastnosti diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine so za vas najpomembnejše?

	Zelo pomembno	Pomembno	Niti pomembno niti nepomembno	Nepomembno	Popolnoma nepomembno
Strokovnost	1	2	3	4	5
Doslednost	1	2	3	4	5
Zanesljivost	1	2	3	4	5
Natančnost	1	2	3	4	5
Izkušnost	1	2	3	4	5
Komunikativnost	1	2	3	4	5
Nasmejanost	1	2	3	4	5
Prijaznost	1	2	3	4	5
Fleksibilnost	1	2	3	4	5

Sklop 2

Zadovoljstvo udeležencev po presejalnem pregledu za KNB bolezni pri diplomirani medicinski sestri

Prosimo, obkrožite številko, ki najbolj ustreza vaši oceni.

5. Ocenite svoje zadovoljstvo s presejalnim pregledom pri diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine:

Presejalni pregled pri diplomirani medicinski sestri	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Niti zadovoljen niti nezadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen
Točnost	1	2	3	4	5
Spoštovanje zasebnosti	1	2	3	4	5
Razumevajoč pristop	1	2	3	4	5
Jasna navodila in usmeritve	1	2	3	4	5
Natančni odgovori na vprašanja	1	2	3	4	5
Izvedba in interpretacija meritev (EKG, GI)	1	2	3	4	5
Možnost timske obravnave/ posvetovanje z zdravnikom	1	2	3	4	5
Način organizacije in obravnave	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Niti zadovoljen niti nezadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen
Vabilo	1	2	3	4	5
Naročanje	1	2	3	4	5
Dosegljivost po telefonu	1	2	3	4	5
Čas obravnave	1	2	3	4	5
Urejenost čakalnice	1	2	3	4	5
Urejenost prostora za pregled	1	2	3	4	5

Sklop 3**Motivacija za spremembo življenjskega sloga**

Prosimo, obkrožite stopnjo strinjanja, ki velja za vas.

6. S strani diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine sem dobil/a dovolj informacij:

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se niti se ne strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
O pomenu zdrave prehrane	1	2	3	4	5
O pomenu telesne aktivnosti	1	2	3	4	5
O škodljivosti razvad (kajenje, alkohol)	1	2	3	4	5
O osamljenosti, stresu, depresiji	1	2	3	4	5

7. Se po opravljenem presejalnem pregledu čutite motivirani za izboljšanje/spremembo življenjskega sloga?

Popolnoma nemotiviran				Niti/niti					Popolnoma motiviran
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sklop 4

Demografski podatki

8. Spol:

- M.
- Ž.

9. Leto rojstva: _____ (vpišite letnico rojstva)

10. Katero stopnjo javnoveljavne izobrazbe ste dosegli? (obkrožite)

- Nedokončana osnovna šola, osnovna šola
- Poklicna šola, srednja šola
- Višja ali visoka šola
- Znanstveni magisterij, doktorat.

Hvala za vaš čas.