



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
PROMOCIJA ZDRAVJA

**OCENA POTREB PO PROMOCIJI
DUŠEVNEGA ZDRAVJA ZAPOSLENIH V
ZDRAVSTEVNI NEGI V ENOTAH
INTENZIVNE TERAPIJE V OBDOBJU
EPIDEMIJE COVID-19: PRESEČNA
RAZISKAVA V DVEH TERCIARNIH
USTANOVAH V SLOVENIJI**

**NEEDS ASSESSMENT FOR MENTAL
HEALTH PROMOTION AMONG THE
NURSING STAFF IN INTENSIVE CARE
UNITS DURING THE COVID-19 EPIDEMIC:
A CROSS-SECTIONAL STUDY IN TWO
TERTIARY CARE INSTITUTIONS IN
SLOVENIA**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Diana Avdić

Ljubljana, november, 2023

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem svojemu mentorju doc. dr. Branku Bregarju za vso strokovno pomoč in vodenje pri pisanju magistrskega dela, za izkazano zaupanje in za vse spodbudne besede.

Najlepše se zahvaljujem tudi doc. dr. Katji Pesjak in doc. dr. Radojki Kobentar za recenzijo magistrskega dela.

Najlepša hvala tudi strokovnim vodjem enot intenzivne terapije III v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana in Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, ki so sodelovali v raziskavi, ter vsem anketirancem, ki so pripomogli k pridobitvi pomembnih podatkov pri pisanju magistrskega dela.

Zahvala gre tudi statistiku Franciju Čučku za izjemno natančno statistično analizo podatkov ter za vse napotke in nasvete. Za jezikovni pregled se iskreno zahvaljujem mag. prof. slov. Anji Kotnik.

Najlepša hvala sošolkam magistrskega študijskega programa Promocija zdravja za zanimiv študij in vso spodbudo.

Posebno zahvalo na koncu namenjam svoji družini. Hvala, ker ste verjeli vame, hvala vam za potrpežljivost, za vse lepe besede in podporo. HVALA!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Pandemska izčrpanost je bila pričakovan in naraven odziv na dolgotrajno javnozdravstveno krizo, ki je bistveno posegla v duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi. Namen magistrskega dela je oceniti potrebo po promociji duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III (EIT III) v času epidemije COVID-19.

Cilj: Primerjali smo oceno depresije in tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi, ki so delali v enotah intenzivne terapije III in bili v neposrednem v stiku s pacienti, okuženimi s COVID-19 pacienti, in tistimi, ki niso bili v stiku z okuženimi pacienti, ter ocenjevali pogostost uporabe strategij za promocijo duševnega zdravja med njimi.

Metoda: Izvedena je bila neeksperimentalna kvantitativna presečna raziskava v dveh terciarnih ustanovah v Sloveniji, ki je potekala med februarjem in majem 2022. Uporabili smo tehniko anketiranja, podatke smo zbirali z uporabo anonimnega strukturiranega vprašalnika. V končni vzorec je bilo vključenih 267 od 543 zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III v UKC Ljubljana in UKC Maribor, kar je pomenilo 49,17 odstotno realizacijo vzorca. Statistično pomembnost je predstavljala vrednost $p \leq 0,05$.

Rezultati: Pojavnost depresije ($U = 6045,00$; $p < 0,001$) in tesnobe ($U = 5994,50$; $p < 0,001$) je večja pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki so bili prerazporejeni v EIT III, kjer so se zdravili pacienti s COVID-19, in pri tistih, ki so delali neposredno s pacienti, okuženimi s COVID-19 ($U = 4443,50$; $p < 0,001$, $U = 4484,00$; $p < 0,001$). Večja uporaba strategij za promocijo duševnega zdravja pri zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III je povezana z nižjo pojavnostjo depresije ($R_o = -0,473$; $p < 0,001$), tesnobe ($R_o = -0,407$; $p < 0,001$) in boljšim zdravjem ($R_o = 0,127$; $p = 0,045$).

Razprava: Raziskava je pokazala, da se pri polovici zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III pojavljajo simptomi tesnobe in depresije. Potreba po promociji duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III je zelo izrazita. Vedno večja potreba po promociji duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi kaže na pomen ozaveščanja o trenutni politiki in praksi, ki bi pripomogla k boljši pripravi v primeru morebitnih ponovnih pandemij in izbruhov novih nalezljivih bolezni.

Ključne besede: depresija, tesnoba, medicinske sestre, strategije promocije zdravja, intenzivna terapija COVID-19

SUMMARY

Theoretical background: Pandemic fatigue was an expected and natural response to the longlasting public health crisis, which significantly affected the mental health of nursing staff. The purpose of the master's thesis is to assess the need to promote the mental health of nurses in intensive care units III during the COVID-19 epidemic.

Goals: We determined the assessment of depression and anxiety among nursing staff who worked in intensive care units III in direct contact with COVID-19 patients and those who were not in contact with COVID-19 patients and assessed the frequency of use of mental health promotion strategies among them.

Methods: Between February and May 2022, a non-experimental quantitative cross-sectional survey was conducted in two tertiary institutions in Slovenia. We used the technique of written and online surveys and the data were collected through the use of an anonymous structured questionnaire. The final sample included 267 out of 543 nursing employees in intensive care units III at the University Medical Center Ljubljana and Maribor, which represented a 49.17 % response rate. The value of $p \leq 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The incidence of depression ($U = 6045.00$; $p < 0.001$) and anxiety ($U = 5994.50$; $p < 0.001$) is higher among ICU nursing staff redeployed to the COVID-19 ICU and those who worked directly with COVID-19 positive patients ($U = 4443.50$; $p < 0.001$, $U = 4484.00$; $p < 0.001$). Greater use of mental health promotion strategies among nursing staff in ICU III is associated with lower incidence of depression ($R_o = -0.473$; $p < 0.001$), and anxiety ($R_o = -0.407$; $p < 0.001$) and improved health ($R_o = 0.127$; $p = 0.045$).

Discussion: The survey found that half of the nursing staff in ICU experience symptoms of anxiety and depression. The need to promote the mental health among ICU nurses is strongly needed. The growing need for mental health promotion among nursing staff points to the importance of raising awareness of current policies and practices to help better prepare for possible new pandemics and outbreaks of new infectious diseases.

Key words: depression, anxiety, nurses, health promotion strategies, COVID-19 intensive care

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	5
2.1	KONCEPT ZDRAVJA IN PROMOCIJE ZDRAVJA.....	5
2.1.1	Koncept zdravja in dobrega počutja	6
2.1.2	Koncept promocije zdravja	6
2.1.3	Opredelitev duševnega zdravja	7
2.2	OPREDELITEV IN JAVNO ZDRAVSTVENO BREME ANKSIOZNOSTI IN DEPRESIJE.....	9
2.3	PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	13
2.3.1	Epidemija COVID-19 in duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III	15
2.3.2	Duševno zdravje v enotah intenzivne terapije III v obdobju pred in med epidemijo.....	16
2.4	ŽIVLJENJSKI SLOG IN UPORABNOST STRATEGIJ ZA PROMOCIJO DUŠEVNEGA ZDRAVJA MED ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI V ČASU EPIDEMIJE COVID-19.....	23
3	EMPIRIČNI DEL	26
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	26
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE	27
3.3	METODE RAZISKOVANJA.....	28
3.3.1	Dizajn raziskave	29
3.3.2	Instrument raziskave.....	29
3.3.3	Udeleženci raziskave	33
3.3.4	Potek raziskave in soglasja	34
3.3.5	Obdelave podatkov.....	36
3.4	REZULTATI	37
3.4.1	Pojavnost depresije med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III	38
3.4.2	Pojavnost tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III.....	41
3.4.3	Uporabnost strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III	43

3.4.4	Preverjanje zastavljenih raziskovalnih hipotez	45
3.5	RAZPRAVA.....	55
3.5.1	Prednosti in omejitve raziskave	63
4	ZAKLJUČEK.....	66
5	LITERATURA.....	68
6	PRILOGE	
6.1	VPRAŠALNIK	

KAZALO SLIK

Slika 1: Shematični prikaz kontinuuma duševnega zdravja (NIJZ, 2022)	9
--	---

KAZALO TABEL

Tabela 1: Sociodemografski podatki zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III	34
Tabela 2: Pojavnost depresije med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III (PHQ – 9)	38
Tabela 3: Pojavnost depresije glede na spol, delo v rdeči coni in prerazporeditev v COVID-19 EIT III (PHQ-9).....	39
Tabela 4: Doživljanje posameznih simptomov depresije v zadnjih 14 dneh med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III	40
Tabela 5: Pomen simptomov depresije na delo, skrb za stvari doma in odnose z ljudmi	41
Tabela 6: Pojavnost tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III (GAD-7) ..	41
Tabela 7: Pojavnost tesnobe glede na spol, delo v rdeči coni in prerazporeditev v COVID-19 EIT III (GAD-7)	42
Tabela 8: Doživljanje posameznih simptomov tesnobe v zadnjih 14 dneh med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III	42
Tabela 9: Pomen simptomov tesnobe na delo, skrb za stvari doma in odnose z ljudmi .	43
Tabela 10: Pogostost uporabe strategij za promocijo duševnega zdravja v zadnjem tednu med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III	44
Tabela 11: Pomen izvajanja strategij za promocijo duševnega zdravja na boljše počutje	45
Tabela 12: Pojav depresije glede na spol.....	46
Tabela 13: Pojav tesnobe glede na spol.....	46
Tabela 14: Pojav depresije glede na starost	47
Tabela 15: Pojav tesnobe glede na starost	47
Tabela 16: Pojav depresije glede na prerazporeditev v intenzivno terapijo COVID-19	48
Tabela 17: Pojav tesnobe glede na prerazporeditev v intenzivno terapijo COVID-19...	49

Tabela 18: Pojav depresije glede na delo v rdeči coni s pacienti s COVID-19	50
Tabela 19: Pojav tesnobe glede na delo v rdeči coni s pacienti s COVID-19	51
Tabela 20: Pojav depresije glede na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja	52
Tabela 21: Pojav tesnobe glede na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja .	53
Tabela 22: Pomen uporabe strategij za promocijo duševnega zdravja na boljše počutje	53
Tabela 23: Vpliv dejavnikov na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja	54

SEZNAM KRAJŠAV

COVID-19	Poimenovanje bolezni, ki jo povzroča virus SARS-CoV-2 (Corona Virus Inflammation Disease)
DSM	Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EIT	Enota intenzivne terapije (ICU - Intensive care unit)
GAD	Lestvica generalizirane anksioznosti (Generalized Anxiety Disorder)
GAM	Generalizirana anksiozna motnja
KO	Klinični oddelek
MKB	Mednarodna klasifikacija bolezni
NPDZ	Nacionalni program za duševno zdravje
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
PHQ	Vprašalnik o bolnikovem zdravju (Patient Health Questionnaire)
ReNPDZ	Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja
SARS-CoV-2	Hudi akutni respiratorni sindrom koronavirus-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2)
SPSS	Statistični program za družboslovne znanosti (Statistical Package for Social Sciences)
UKC	Univerzitetni klinični center
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization)

1 UVOD

Decembra 2019 so v Wuhanu na Kitajskem poročali o novi pljučnici neznanega vzroka. Februarja 2020 je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) to bolezen poimenovala Corona Virus Inflammation Disease (v nadaljevanju COVID-19), ki jo povzroča virus, imenovan hudi akutni respiratorni sindrom koronavirus-2 (SARS-CoV-2). Znano je, da se virus zelo hitro širi po vsem svetu in je do danes terjal že več kot 6,9 milijona življenj (SZO, 2023). V Sloveniji so prvi primer COVID-19 potrdili marca 2020 in istega meseca prvič razglasili epidemijo (Kamenšek, et al., 2021). Pandemija COVID-19 je bila za večino od nas popolnoma nova preizkušnja, neprimerljiva z dosedanjimi delovnimi in življenjskimi izkušnjami. Zahtevala je hitre prilagoditve tako v zasebnem kot poklicnem življenju (Dernovšček Hafner, 2021). Dejanski izbruh epidemije COVID-19 je korenito posegel v zdravstveni sistem in spremenil delovne procese tudi v zdravstveni negi. Zdravstveni delavci so se zaradi tega soočali z naraščajočimi psihičnimi pritiski, ki so bili posledica velikega števila potrjenih primerov in smrti med pacienti v času COVID-19. Zaposleni v prvi bojni liniji s COVID-19 so nosili nepredstavljivo breme in bili izpostavljeni visoki stopnji nevarnosti okužbe, medtem ko so si prizadevali rešiti življenje drugih (Buselli, et al., 2020; Pan, et al., 2020).

Narava dela zaposlenih v zdravstveni negi že sama po sebi predstavlja zahtevno in napeto delovno okolje (Ceballos-Vásquez, et al., 2015; Wozniak, et al., 2021). Zaposleni, predvsem v enotah intenzivne terapije, so zelo nagnjeni k stresu in drugim duševnim motnjam zaradi neposredne in posredne izpostavljenosti travmatičnim dogodkom, prekomerne delovne obremenitve, duševnega in telesnega napora, visoke zahtevnosti po oskrbi pacientov, dolgega izmenskega dela, slabih medsebojnih odnosov in komunikacije, vsakodnevnega stika s smrtjo in hudimi boleznimi in celo nasilja (Ceballos-Vásquez, et al., 2015; Mealer, et al., 2017b; Lu, et al., 2019; Turan & Hemşirelik Bölümü, 2020). Enote intenzivne terapije III (EIT III) so kakovostno opremljene in organizirane enote, ki omogočajo visoko specializirano obravnavo huje poškodovanih pacientov in kritično bolnih (Mavsar Najdenov, 2011). Delo v EIT III spremlja čustvena napetost, ki izvira iz odgovornosti, nepričakovanih in nenadnih dogodkov ter številnih etičnih in moralnih vprašanj. Vse to od zaposlenih v zdravstveni

negi zahteva veliko naporov, nenadno zbranost in vestnost, hitro ukrepanje ter visoko strokovno znanje (Ručigaj, 2017). Številne raziskave (Lan, et al., 2014; Taghinejad, et al., 2014; Ceballos-Vásquez, et al., 2015; Tajvar, et al., 2015; Swapnil, et al., 2016; Çelik, et al., 2017; Mealer, et al., 2017a; Santos Tito, et al., 2017; Pan, et al., 2020; Turan & Hemşirelik Bölümü, 2020) še pred pandemijo COVID-19 pričajo o izzivih v EIT, ki so posledica stresnih razmer in napetosti zaradi nujnih situacij pri zdravljenju kritično bolnih pacientov, ter slabem duševnem zdravju zaposlenih v zdravstveni negi v EIT. Poleg stresa sta najpogostejši duševni motnji pri zaposlenih v zdravstveni negi v EIT tesnoba in depresija, ki sta pogostejši pri ženskah (Taghinejad, et al., 2014; Ross, et al., 2017; Ezzat, et al., 2021; Wozniak, et al., 2021) in se običajno kaže predvsem s pomankanjem motivacije, z občutki žalosti in krivde, razdražljivostjo, utrujenostjo, nespečnostjo, izolacijo in nezadovoljstvom, to pa se odraža na njihovem delu s pacienti (Ceballos-Vásquez, et al., 2015; Ross, et al., 2017; Turan & Hemşirelik Bölümü, 2020).

Nedvomno da je epidemija COVID-19 dodatno ogrozila telesno in duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi (Dernovšček Hafner, 2021). Doživljali so skrajne pritiske, zaradi strahu pred spopadanjem s pandemijo COVID-19 (Suryavanshi, et al., 2020) in se še danes soočajo s psihosocialnimi dejavniki tveganja, kot je huda izčrpanost zaradi pomankanja delavcev in prekomernega obsega dela (Moradi, et al., 2020; San Juan, et al., 2021). Tako v Sloveniji kot v tujini (Suryavanshi, et al., 2020) so se na začetku epidemije zaposleni soočali predvsem s pomanjkanjem smernic za zdravstveno obravnavo pacientov, zaradi pomanjkanja znanja o bolezni COVID-19, njeni klinični sliki in prognozi so bili negotovi. Tuji avtorji (Buselli, et al., 2020, Moradi, et al., 2020) poročajo, da se je učinkovitost dela v času COVID-19 še zmanjšala, ni podpore zaposlenim v zdravstveni negi, kar je zanje veliko breme. Po pregledu literature (Buselli, et al., 2020; Saracoglu, et al., 2020; Wasim, et al., 2020; Ezzat, et al., 2021; Greenberg, et al., 2021) ugotavljamo, da so bili zaposleni v zdravstveni negi v EIT v času epidemije COVID-19 posebej ranljiva skupina, ki ji je treba posvetiti pozornost (Pan, et al., 2020; Pinho, et al., 2021a). Poleg slabega duševnega zdravja imajo tudi nezdrav življenjski slog, kamor spadajo slabe prehranjevalne navade, slaba kakovost spanca (Akbarzadeh, et al., 2014; Çelik, et al., 2017; Pan, et al., 2020), večje uživanje alkohola (Greenberg, et al., 2021; Wozniak, et al., 2021), telesna neaktivnost (Ross, et al., 2017; Pinho, et al., 2021a; Pinho,

et al., 2021b) in kajenje, kar prav tako neugodno vpliva na duševno zdravje (Wozniak, et al., 2021). Avtorji (Taghinejad, et al., 2014; Tajvar, et al., 2015) ugotavljajo, da je tako telesno kot duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi skrb vzbujajoče. Uporaba strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v času epidemije COVID-19 je pomembno povezana s simptomi depresije, tesnobe in stresa (Pinho, et al., 2021a, 2021b).

Marca (2023) so minila tri leta, odkar se je COVID-19 prvič pojavil na slovenskih tleh, v tem času pa je terjal več kot 7000 življenj (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2023). Čeprav je epidemioloških razmer, povezanih s COVID-19 pri nas in po svetu skoraj konec, so pustile hude posledice in še dodatno ogrozile duševno zdravje vsega prebivalstva. SZO (Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), 2022) ocenjuje, da se je leta 2020 v samo enem letu povečala pojavnost tesnobe za 26 % in depresije za 28 %, kar je skrb vzbujajoče. Bolnišnice v Sloveniji so se dolgo časa prilagajale stanju epidemije, večale so se kapacitete enot intenzivne terapij, intenzivne nege in drugih bolnišničnih oddelkov. Kljub manjšemu številu okužb pa so ukrepi proti COVID-19 v zdravstvu še vedno nujno potrebni (nošenje osebne varovalne opreme, redno testiranje hospitaliziranih pacientov, omejevanje obiskov, izolacija pacientov s COVID-19).

Huda pandemska izčrpanost je pripomogla k slabemu telesnemu in duševnemu zdravju zaposlenih v zdravstveni negi, posledično pa je vodila tudi v hudo kadrovsko podhranjenost. Odpovedi in odhajanje zaposlenih v zdravstveni negi nakazujejo, da je bil pritisk v času epidemije zanje prevelik. Kljub boljšemu poznavanju duševnega zdravja in izkušnjam na področju promocije duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi, je njihovo zdravje enako ali še bolj ogroženo v primerjavi s splošnim prebivalstvom. Ocena potreb po promociji duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi je kritičnega pomena za sodoben in učinkovit razvoj stroke ter posledično varno in učinkovito zdravstveno nego in odpravljanje pomanjkljivosti sistema. V Sloveniji do zdaj nismo imeli nobene raziskave, ki bi bila podobna naši in bi ocenjevala pojavnost depresije in tesnobe zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III v petem in šestem valu epidemije COVID-19, v dveh največjih terciarnih ustanovah v Sloveniji. Z magistrskim delom želimo oceniti duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III v slovenskem

prostoru in njihovo uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja ter s tem seznaniti širšo javnost s problematiko epidemije COVID-19.

2 TEORETIČNI DEL

Pandemije in epidemije so bile vedno pomemben del človeške zgodovine, saj so samo v zadnjem stoletju s špansko gripo (1918 – 1920), azijsko gripo (1957 – 1958), hudim akutnim respiratornim sindromom (SARS, 2002 – 2004), prašičjo gripo (2009), ebolo (2013 – 2014) in nenazadnje COVID-19 (SARS-CoV-2) ogrozile zdravje ljudi po vsem svetu (Talevi, et al., 2020). Nujno potrebni omejevalni ukrepi, kot so bile karantena, socialna distanca in izolacija so močno vplivali na duševno počutje ljudi in na čustvene odzive na samo pandemijo. Duševno zdravje je povezano z mnogimi vidiki vsakdanjega življenja, vključno z zaposlitvijo (Nowrouzi-Kia, et al., 2021). Nedvomno so bili zdravstveni delavci ena najranljivejših skupin v času pandemije COVID-19, zlasti zaposleni v prvi bojni liniji, ki so se spopadali z negativnimi vplivi pandemije (Pan, et al., 2020; Nowrouzi-Kia, et al., 2021; Pinho, et al., 2021a). Povezava med pandemijo in duševnim zdravjem je še danes zapletena in večplastna (Talevi, et al., 2020). Kratkoročni in dolgoročni vplivi pandemije na duševno zdravje in dobro počutje zdravstvenih delavcev pa ostajajo še precej neznani (Nowrouzi-Kia, et al., 2021).

2.1 KONCEPT ZDRAVJA IN PROMOCIJE ZDRAVJA

SZO je že leta 1948 zdravje definirala kot » stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali invalidnosti «. Opredelitev zdravja je bila bistvena za vzdrževanje in izboljšanje zdravja in za to, da je bilo preseženo zakoreninjeno mnenje, da je zdravje le odsotnost bolezni (Svalastog, et al., 2017, McCartney, et al., 2019). Definicija SZO je tako ponudila prepričljivo obravnavo različnih razsežnosti zdravja (tako telesne kot duševne in prvič tudi družbene), vendar je naletela na veliko kritik, da je preveč utopična in statična (Svalastog, et al., 2017, McCartney, et al., 2019). Pozneje so nastajale nove sodobnejše definicije zdravja, ki so skušale ublažiti absolutistične definicije zdravja (McCartney, et al., 2019). Po novejših spoznanjih SZO in drugih avtorjev (McCartney, et al., 2019) je zdravje celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, družbene in poklicne funkcije in preprečevati bolezni, onemoglost in prezgodnjo smrt. Zdravje je vir za vsakdanje

življenje in je pozitiven koncept, ki vključuje družbene in osebne vire ter telesne in duševne zmogljivosti. Je sposobnost obvladovanja slabega in dobrega počutja, pri čemer se dobro in slabo zdravje ne pojavljata kot dihotomija, ampak kot kontinuiteta (McCartney, et al., 2019). Zdravje nastane, ko so posameznikom, družinam in skupnostim omogočeni dohodek, izobrazba in moč ter možnost nadzorovati svoje življenj.potrebe in pravice, ki so podprte s sistemi, okolji in politikami in omogočajo ter prispevajo k boljšemu zdravju (McCartney, et al., 2019).

2.1.1 Koncept zdravja in dobrega počutja

Sociolog Aaron Antonovsky je k razumevanju zdravja prispeval pomembno vrednost. Leta 1987 je razvil salutogenetski model zdravja in spremenil prepričanje, da sta zdravje in bolezen dve različni skrajnosti (Antonovsky, 1996; Mjøsund, et al., 2015; Mittelmark & Bauer, 2017, 2022). Zdravje je predstavil kot dinamičen proces na daljici in zavrnil prepričanje da je zdravje statično stanje (Antonovsky, 1996; Mittelmark & Bauer, 2017, 2022). Antonovsky je razlikoval salutogenezo od patogeneze z opisom, da je salutogenza usmerjena v odkrivanje vzrokov in varovalnih dejavnikov za zdravje in dobro počutje, medtem ko je patogeneza osredotočena na odkrivanje vzrokov in dejavnikov tveganja nastanka bolezni (Antonovsky, 1996; Mittelmark & Bauer, 2017, 2022; Svalastog, et al., 2017). S tem je omogočil velik premik pri razumevanju promocije zdravja. Uvedel je pojem » občutek skladnosti « kot ključno značilnost zdrave osebe. Glede na kompleksnost in negotovost sveta v katerem živimo, je dal poudarek na načine, s katerimi se posamezniki spoprijemajo z neugodnimi življenjskimi razmerami, povezanimi z zdravjem (Antonovsky, 1996; Mittelmark & Bauer, 2017, 2022).

2.1.2 Koncept promocije zdravja

Koncept promocije zdravja lahko v svetovnem političnem sistemu zasledimo že leta 1986. Takrat je bila sprejeta Ottawska listina, ki je opredelila temeljne cilje javnega zdravstva za promocijo zdravja in postala temeljna listina za razumevanje koncepta promocije zdravja (Wilberg, et al., 2019). Ottawska listina (1986) promocijo zdravja definira kot » proces, ki omogoča ljudem povečati nadzor nad svojim zdravjem in doseči

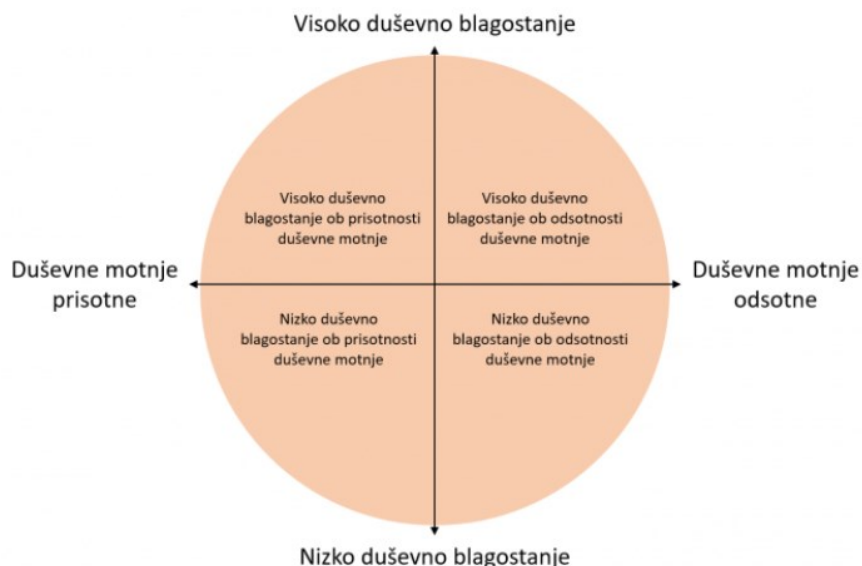
izboljšanje zdravja. Za doseganje stanja popolnega telesnega, duševnega in družbenega blagostanja, mora biti posameznik ali skupina sposobna prepoznati in uresničiti pričakovanja, zadovoljiti potrebe ter se prilagoditi okolju ali ga obvladati. Zdravje postane tako pogoj za vsakodnevno življenje in ni le posledica življenja. Zdravje je pozitiven koncept, ki obsega družbene in osebne danosti, kakor tudi fizične sposobnosti. Zaradi tega promocija zdravja ni samo odgovornost zdravstvenega sektorja, ampak vodi od zdravega življenjskega sloga do doseganja dobrega telesnega in duševnega zdravja. « Ottawska listina je prispevala k pozitivnemu pogledu na zdravje in predstavila pet ključnih področij na katerih deluje promocija zdravja: (1) na ravni javne politike, (2) aktiviranju skupnosti, (3) ustvarjanju podpornih okolij za zdravje, (4) opolnomočenju posameznika in (5) prilagajanju zdravstvenega sistema promocijskim pristopom (Fry & Zask, 2017; Thompson, et al., 2017; Wilberg, et al., 2019). Čeprav je Ottawska listina prispevala k načrtovanju promocije zdravja, se različni avtorji (Thompson, et al., 2017; Wilberg, et al., 2019; Nutbeam & Muscat, 2021) strinjajo, da se je v vseh teh letih pri razumevanju koncepta promocije zdravja in njenih strategij marsikaj spremenilo, zato ne smemo zanemariti dejstva, da so bili izzivi pred 30 leti drugačni, kot so danes (Thompson, et al., 2017; Wilberg, et al., 2019).

2.1.3 Opredelitev duševnega zdravja

Da ni zdravja brez duševnega zdravja, je prva prepoznala že SZO v svoji definiciji zdravja leta 1948. SZO je duševno zdravje opredelila kot » stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spopriema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost « (SZO, 2022). Tri ključne sestavine te definicije so: dobro počutje, učinkovito delovanje posameznika in učinkovito delovanje skupnosti (Kraiss, et al., 2022). V 80 letih prejšnjega stoletja je ameriška psihologinja Carol Ryff proučevala psihološko dobro počutje in predstavila šest elementov psihološkega dobrega počutja, in sicer: (1) sprejemanje samega sebe, (2) pozitivni odnosi z drugimi, (3) avtonomnost, (4) obvladovanje okolja, (5) smisel življenja, (6) osebna rast. (Ryff, 2014; Kraiss, et al., 2022). Ugotovila je, da je vsak element pomemben pri prizadevanju, da bi postali boljši ljudje in spoznali svojo moč. Ryffovo delo (Ryff, 2014) se je osredotočalo predvsem na optimalno delovanje

posameznika v smislu individualne izpopolnjevanosti. Sociolog Corey Keyes (Keyes, 2014) je Ryffovo delo (Ryff, 2014) kritiziral z vidika tega, da je za optimalno delovanje posameznikov pomembna vpetost v družbo, zato je v pomen dobrega počutja vključil še družbeno blaginjo (Keyes, 2014; Ryff, 2014; Kraiss, et al., 2022).

Duševno zdravje danes spada med najpomembnejše javnozdravstvene vsebine (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (ReNPDZ18-28), 2018). Sama definicija ne zajema duševnih težav ali motenj, zato so se z leti razvili razširjeni koncepti, ki duševno zdravje opisujejo celoviteje. Če je Aaron Antonovsky definiral zdravje kot dinamični kontinuum na eni sami daljici (Mittelmark & Bauer, 2017, 2022), je Keyes leta 1995 (Keyes, 2014) za duševno zdravje razvil koncept dvojnega kontinuuma, duševno zdravje je razdelil na dva ločena, a povezana kontinuum: kontinuum duševnih motenj in kontinuum pozitivnega duševnega zdravja (Gilmour, 2014; Keyes, 2014; Jeriček Klanšček, et al., 2018; Kraiss, et al., 2022). Slika 1 (NIJZ, 2022) prikazuje dvojni kontinuum, ki na kontinuumu duševnih motenj na eni strani predstavlja prisotnost duševnih motenj na drugi strani pa odsotnost duševnih motenj, na kontinuumu duševnega zdravja pa sta na skrajni točki pomanjkanje ali odsotnost doživljanja duševnega blagostanja in na drugi točki prisotnost in doživljanje duševnega blagostanja (slika 1). Odsotnost duševne motnje ne pomeni prisotnost duševnega zdravja oziroma obratno (Gilmour, 2014; Jeriček Klanšček, et al., 2018).



Slika 1: Shematični prikaz kontinuuma duševnega zdravja

(NIJZ, 2022)

2.2 OPREDELITEV IN JAVNO ZDRAVSTVENO BREME ANKSIOZNOSTI IN DEPRESIJE

Model dveh kontinuumov trdi, da se duševno zdravje in duševne motnje ves čas prepletajo in povezujejo (Gilmour, 2014; Keyes, 2014; Mjøsund, et al, 2015). Razdelitev in razmejitev konceptov duševnega zdravja in duševnih motenj omogoča, da ima lahko posameznik diagnosticirano duševno motnjo in hkrati dosega visoko stopnjo dobrega duševnega zdravja. Če bi koncepta duševnega zdravja in duševnih motenj pripadala istemu kontinuumu, bi obstajali samo dve možnosti – posameznik je lahko ali duševno zdrav ali duševno bolan (Keyes, 2014). Zdravstveno breme duševnih motenj in samomorov je danes večje od bremena sladkorne bolezni ali bolezni dihal (ReNPDZ18-28, 2018). Največji delež stroškov nastane zaradi izgube produktivnosti, in sicer zaradi odsotnosti z dela in prezgodnje upokojitve kot, posledica duševnih motenj. Stroški duševnih motenj v Evropi so bili leta 2014 ocenjeni na 240 milijard evrov letno, medtem ko so bili v Sloveniji za leto 2010 ocenjeni na 2,4 milijarde evrov, kar pomeni 7 % bruto

domačega proizvoda (ReNPDZ18-28, 2018). Wahlbeck in sodelavci (2017) navajajo, da je družbena neenakost tesno povezana z duševnimi motnjami in slabim zdravjem nasploh. Revščino, socialno prikrajšanost, zlorabo človekovih pravic in socialno izključenost povezujejo s slabim duševnim zdravjem ljudi po vsem svetu (Wahlbeck, et al, 2017). SZO (SZO, 2022) ocenjuje, da je leta 2019 kar 970 milijonov ljudi po vsem svetu živelo z duševno motnjo, med katerimi sta bili najpogostejši depresija in tesnoba. Leta 2020 se je zaradi pandemije COVID-19 to število zelo povečalo. Začetne ocene kažejo 26 odstotno oziroma 28 odstotno povečanje tesnobe in depresivnih motenj v samo enem letu. Čeprav danes obstajajo učinkovite možnosti preprečevanja in zdravljenja duševnih motenj, še vedno velika večina ljudi nima dostopa do učinkovite oskrbe in se sooča s stigmatom, diskriminacijo in kršenjem človekovih pravic (SZO, 2022).

Depresija je ena najpogostejših duševnih motenj na svetu, tako v razvitih kot razvijajočih se državah (ReNPDZ18-28, 2018). Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije depresija prizadene več kot 280 milijonov posameznikov (SZO, 2021). Uvršča se v sam vrh lestvice bolezni po številu let in je v Evropi eden glavnih razlogov za izgubo učinkovitosti (Patel, et al., 2019; Smith Fawzi, et al., 2019; Marx, et al., 2022). Leta 2014 so bili v Evropi stroški depresije ocenjeni na 218 milijard evrov so v veliki večini posledica posrednih stroškov, kot so; manjša delovna produktivnost, dolgotrajna odsotnost z delovnega mesta, nezmožnost za delo in prezgodnja upokojitvev. Leta 2010 so bili v Sloveniji stroški, ki so nastali zaradi depresije ocenjeni na več kot 260 milijonov evrov (ReNPDZ18-28, 2018).

Depresija je pogostejša pri ženskah (Taghinejad, et al., 2014; Jeriček Klanšček, et al., 2018; Ezzat, et al., 2021; Wozniak, et al., 2021; Shevlin, et al., 2022) in nesorazmerno pogosteje prizadene ljudi z nižjim družbenoekonomskim statusom (Wahlbeck, et al., 2017; Jeriček Klanšček, et al., 2018; Patel, et al., 2019; Smith Fawzi, et al., 2019, Marx, et al., 2022). V mnogih primerih je revščina povezana z političnimi nesoglasji in nasiljem, kar je breme za ranljivo prebivalstvo (Wahlbeck, et al., 2017; Smith Fawzi, et al., 2019). V revnih državah so osnovne potrebe, kot je dostop do hrane, oblačil, pitne vode in sanitarij, pogosto nezadovoljene, kar po ugotovitvah avtorjev (Jeriček Klanšček, et al., 2018; Patel, et al., 2019; Smith Fawzi, et al., 2019) lahko vodi v več bolezni in posledično

do slabega zdravja prebivalcev. Shevlin in sodelavci (2022) ugotavljajo, da sta depresija in tesnoba negativno povezani s starostjo. Avtorji (Jeriček Klanšček, et al., 2009) navajajo, da se med aktivno populacijo v starostni skupini 20 – 64 let na primarni ravni obravnava največ anksioznih motenj, depresij, odzivov na hud stres in prilagoditvenih motenj, medtem ko Jeriček Klanšček in sodelavci (2018) menijo, da depresija in anksioznost nista omejeni le na obdobje odraslosti, v otroštvu sta sicer redki, vendar pa močno porasteta v puberteti, kar se lahko kaže z nekaterimi specifičnimi simptomi, kot je popuščanje v šoli. Avtorji (Jeriček Klanšček, et al., 2018) menijo, da so krepitev in varovanje duševnega zdravja ter preprečevanje nastanka duševnih motenj pomembno v vseh starostnih obdobjih, vendar je duševno zdravje v otroštvu in puberteti pomemben napovedni dejavnik duševnega zdravja v odrasli dobi. Leta 2014 je v Sloveniji 7,7 odstotka mladih, starih 15 – 19 let poročalo o depresiji, vsaj blagi simptomi depresije pa so se pojavili pri 29 odstotka mladih (Jeriček Klanšček, et al., 2018). Posebno ranljiva skupina prebivalstva so starejši, ki jih je v Sloveniji že skoraj petina vsega prebivalstva. Za obdobje staranja (nad 64 let) je značilno zmanjševanje duševnih in telesnih sposobnosti, pri čemer sta najpogostejši demenca in depresija (Jeriček Klanšček, et al., 2009). Dernovšek in sodelavci (2020) menijo da je starost eden glavnih dejavnikov tveganja nastanka depresije. Ugotavljajo, da pri starejših ljudeh obstaja večja možnost za razvoj depresije, pri čemer pomembno vlogo igra višja stopnja osamljenosti in oviranosti zaradi različnih kroničnih zdravstvenih stanj v tej starostni skupini.

Depresija ima pomemben vpliv na kakovost posameznikovega življenja. Dernovšek in sodelavci (2020) navajajo, da se simptomi depresije kažejo na štirih ravneh posameznikovega delovanja, tj. na kognitivni, čustveni, telesni in vedenjski ravni, ki se med seboj prepletajo in prekrivajo. Osebe imajo običajno občutek manjvrednosti, nesposobnosti, krivde in so pesimistične glede prihodnosti, lahko se pojavijo tudi samomorilne misli. Značilni so občutki žalosti, obupa, brezvoljnosti, otopelosti in nezmožnosti uživanja, občutki razdražljivosti in napetosti. Na telesni ravni lahko pri osebah z depresijo opazimo različne simptome: od različnih bolečin, tiščanja v prsih in tresenja do občutka dušenja, pogoste so težave z apetitom in spanjem, pomanjkanjem energije in hitri utrujenosti. Za depresivno vedenje so značilni neaktivnost, poležavanje in brezcilnost (Maina, et al., 2016; SZO, 2016; Liu, et al., 2019; Turan & Hemşirelik

Bölümü, 2020). Glede na število in izrazitost simptomov je Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) in sorodnih zdravstvenih problemov depresivno epizodo opredelila kot blago, zmerno ali hudo in jo uvrstila med razpoloženske (afektivne) motnje (NIJZ, 2021c):

1. Blaga depresivna epizoda: prisotna sta dva ali trije simptomi. Oseba je prizadeta, vendar sposobna nadaljevati večino aktivnosti.
2. Zmerna depresivna epizoda: prisotni so štirje ali več simptomov. Oseba ima težave pri opravljanju običajnih dejavnosti.
3. Huda depresivna epizoda brez psihotičnih simptomov: prisotna je večina simptomov, predvsem somatskih simptomov. Oseba se spopada z izgubo samospoštovanja, občutki ničvrednosti in krivde. Pogoste so samomorilne misli in samomorilna dejanja. Sem uvrščamo agitirano depresijo, veliko depresijo in vitalno depresijo.
4. Huda depresivna epizoda s psihotičnimi simptomi: Tu so prisotne še halucinacije, blodnjavost, psihomotorna upočasnjenost in stupor. Oseba ni sposobna niti običajnih družbenih aktivnosti. Oseba je življenjsko ogrožena zaradi samomora, dehidracije in stradanja. Sem uvrščamo velike depresije s psihotičnimi simptomi, psihogene depresivne psihoze, psihotične depresije, reaktivne depresivne psihoze.

Nemalokrat se simptomi depresije pojavljajo skupaj s simptomi anksioznosti oziroma tesnobe, ki prav tako spada v sam vrh prevladujočih duševnih motenj v svetu (Stein & Sareen, 2015; Jeriček Klanšček, et al., 2018; DeMartini, et al., 2019). Anksioznost oz. tesnoba je primeren odziv na stresne situacije, vendar velja za bolezensko motnjo, ki jo je težko nadzorovati. Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) anksioznost oz. tesnobo uvršča med nevrotske, stresne in somatoformne motnje (NIJZ, 2021c). Glavna značilnost anksioznih motenj je bojazen, ki je bodisi povezana z določenimi opredeljenimi okoliščinami ali pa je generalizirana oz. neomejena s posebnimi okoliščinami (Jeriček Klanšček, et al., 2018). Tako v prvem primeru govorimo o fobijah, kjer se posameznik okoliščinam, ki mu vzbujajo strah izogiba. Sem spadajo (1) agorafobija (strah pred odprtimi prostori in zapuščanjem doma), (2) socialne fobije (strah pred ocenjevanjem drugih) in (3) druge specifične fobije (npr. akrofobija – strah pred višino, živalske fobije). V drugem primeru pa ne gre za povezanost s konkretnimi vzroki

in se ne omejuje na kakšno posebno okoliščino. Sem uvrščamo (1) generalizirano anksiozno motnjo, za katero so značilni nenehni občutki zaskrbljenosti, strahu, stiske in nemira in ki se kaže kot mišična napetost, potenje tresenje, omotica, palpitacije in podobno (Stein & Sareen, 2015; Jeriček Klanšček, et al., 2018; DeMartini, et al., 2019). V nekaterih primerih se lahko pojavijo tudi (2) napadi panike in anksioznosti, ki jih spremljajo še drugi simptomi, kot so; občutek dušenja, občutek nerealnosti, strahovi, lahko tudi strah pred smrtjo (Jeriček Klanšček, et al., 2018). Generalizirana anksiozna motnja (GAM) je najpogostejša anksiozna motnja, diagnosticirana na primarni ravni (Jeriček Klanšček, et al., 2018; DeMartini, et al., 2019). Anksioznost je tako kot pri depresiji pogostejša pri ženskah kot pri moških (Stein & Sareen, 2015; Jeriček Klanšček, et al., 2018; DeMartini, et al., 2019). Avtorji navajajo (Stein & Sareen, 2015; DeMartini, et al., 2019), da so osebe z nizkim družbenoekonomskim statusom, vdove, ločene osebe in osebe srednjih letih bolj nagnjene k pojavu GAM. Drugi dejavniki tveganja, ki povečujejo tveganje pojava GAM, so tudi prisotnost druge duševne motnje, zloraba psihoaktivnih snovi ali travmatska izkušnja, lahko pa se pojavi kot posledica kronične bolezni (DeMartini, et al., 2019). Na tujih in slovenskih tleh se za merjenje in ocenjevanje tesnobe, najpogosteje uporablja mednarodni merski instrument – Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) (Spitzer, et al., 2006) oziroma lestvica generalizirane anksioznosti (Stein & Sareen, 2015; Buselli, et al., 2020; Kavčič & Podlesek, 2020; Kim, et al., 2020; Greenberg, et al., 2021; NIJZ, 2021b; Wozniak, et al., 2021), ki pripomore k opredeljevanju prednostnih ciljev in ustreznemu načrtovanju javnozdravstvenih ukrepov.

2.3 PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Dobro duševno zdravje je sestavni del telesnega zdravja, da lahko dosežemo splošno zdravje. Torej brez duševnega zdravja ni telesnega zdravja in obratno (Keyes, 2014). Koncept promocije duševnega zdravja vključuje prizadevanja za izboljšanje blaginje posameznikov in skupnosti ter se razlikuje od preprečevanja duševnih motenj, ki so lahko tudi sestavni del promocije duševnega zdravja (Keyes, 2014). Promocija zdravja izhaja iz psihosocialnega modela zdravja, iz pozitivnih in varovalnih vidikov zdravja ter je k njim tudi usmerjena. Osredotoča se na izboljševanje kakovosti življenja ter na poudarjanje pozitivnih lastnosti in sposobnosti posameznika, ne le na zmanjševanje

simptomov oziroma na duševne motnje (Nutbeam & Muscat, 2021). Nutbeam in Muscat (2021) navajata, da promocija zdravja zahteva celovito znanje o determinantah duševnega zdravja, kot so; starost, spol in genetske lastnosti, individualne determinante življenjskega sloga, družbene mreže, življenjski in delovni pogoji ter splošni družbenoekonomski, kulturni in okoljski pogoji. Eden od pomembnih ciljev promocije duševnega zdravja je poleg zmanjševanja duševnih motenj tudi premik proti stanju visokega duševnega blagostanja in kakovosti življenja posameznika ali skupnosti. Slabo duševno zdravje pri otrocih (vedenske, čustvene in razvojne težave) napovedujejo slabo duševno zdravje in delovanje pozneje v življenju (ReNPDZ18-28, 2018). Zaradi velike prevalece težav v duševnem zdravju to področje postaja vse aktualnejše tako v evropskem kot v svetovnem merilu. Izboljšanje duševnega zdravja je eden od strateških ciljev politike EU, ki mu je v zadnjih nekaj letih namenjena veliko pozornosti. Duševno zdravje je, podobno kot v drugih državah EU, tudi v Sloveniji dobilo svoj pomen šele leta 2008, ko je bil sprejet Zakon o duševnem zdravju. Slovenci smo takrat dobili prvi pravni akt s področja duševnega zdravja (Jeriček Klanšček, 2009). Posledično, deset let pozneje, 27.marca 2018 je bil v parlamentu s podporo vseh političnih strank sprejet Nacionalni program o duševnem zdravju (program MIRA). Takrat je Slovenija prvič v zgodovini celostno naslovlila to pomembno področje. Z Nacionalnim programom o duševnem zdravju je postavila temeljna načela podpore in skrbi za duševno zdravje posameznika in posredno družbe kot celote ter si zadala strateške cilje, ki jih želi doseči do leta 2028 (ReNPDZ18-28, 2018). Cilj programa je vzpostaviti dobro podporno okolje na vseh področjih varovanja duševnega zdravja. Službe in storitve poskuša približati uporabnikom in jih spodbuditi k zgodnjemu iskanju pomoči ter z zmanjševanjem stigme in diskriminacije oseb z duševnimi motnjami zmanjšati institucionalizacijo na področju duševnega zdravja. S programom želijo zagotoviti vsem prebivalcem Slovenije pravico do optimalnega duševnega in telesnega blagostanja, pogoje za razvoj v poklicnem, družbenem, zasebnem in družinskem življenju ter enak dostop do kakovostnih virov pomoči (ReNPDZ18-28, 2018).

2.3.1 Epidemija COVID-19 in duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III

Pandemija COVID-19 je povzročila znatne pritiske na zdravstvene sisteme in zdravje zaposlenih. Število pacientov s COVID-19, ki so potrebovali oskrbo v enotah intenzivne terapije III se je hitro povečalo, visoko specializiranih zaposlenih v zdravstveni negi pa je glede na porast okužb močno primanjkovalo (Kissel, et al., 2023). V zdravstvu so bile začasno ukinjene vse ne-nujne zdravstvene storitve, uvedeni so bili ukrepi glede omejevanja vstopa v zdravstvene ustanove ter ukrepi za zaščito pred okužbo za zaposlene in paciente ter druge prebivalce (uporaba osebne varovalne opreme) (Dernovšček Hafner, 2021). Nujno potrebna širitev enot intenzivne terapije COVID-19 je zahtevala prerazporeditev zdravstvenih delavcev z drugih kliničnih oddelkov (zaposleni v zdravstveni negi, babice, zdravniki in drugi specialisti, tudi tisti, ki niso imeli izkušenj z mehansko ventiliranimi pacienti), za pomoč pri oskrbi kritično bolnih pacientov (Bergman, et al., 2021; Kissel, et al., 2023). Uvedeni ukrepi so se ves čas spreminjali glede na aktualne epidemiološke ramere v Sloveniji (Dernovšček Hafner, 2021). Izbruh COVID-19 je povzročil nepričakovano povečanje obolevnosti in umrljivosti ter posledično povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Hiter porast pacientov je drastično zmanjšal razmerje med zdravstvenimi delavci in pacienti ter s tem močno povečalo delovne obremenitve zaposlenih v zdravstvu (Bergman, et al., 2021; Chigwedere, et al., 2021), ki so se soočali s hudimi psihičnimi pritiski (Buselli, et al., 2020; Pan, et al., 2020). Medtem, ko so si zaposleni v zdravstvu prizadevali rešiti življenje pacientov s COVID-19 in posledično bili izpostavljeni veliki nevarnosti okužbe, je bolezen prizadela tudi njih (Bandyopadhyay, et al., 2020; Buselli, et al., 2020; Pan, et al., 2020). Do 8. maja 2020 je bilo na svetovni ravni potrjenih 152.888 okužb s COVID-19 med zaposlenimi v zdravstvu, od tega jih je 1413 zaradi bolezni COVID-19 umrlo. Največ okužb so potrdili med zaposlenimi v zdravstveni negi (38,6 %), medtem ko je bilo največ smrti zaradi COVID-19 med zdravniki (Bandyopadhyay, et al., 2020).

2.3.2 Duševno zdravje v enotah intenzivne terapije III v obdobju pred in med epidemijo

Enote intenzivne terapije so posebej organizirane in opremljene enote v bolnišnicah, ki omogočajo visoko specializirano oskrbo kritično bolnih in pacientov po različnih hujših poškodbah. EIT obravnava paciente, ki so življenjsko ogroženi zaradi nestabilnega stanja z zmanjšanim delovanjem življenjsko pomembnega organa in velike nevarnosti za nastanek hudega zapleta. Po merilih evropskega združenja za intenzivno medicino kategoriziramo paciente glede na stopnjo intenzivnosti:

- I. stopnja: pacienti, pri katerih se pričakuje zdravstvene zaplete in potrebujejo predvsem neprekinjen nadzor vitalnih funkcij.
- II. stopnja: pacienti, ki jim grozi nevarnost odpovedi organskih sistemov in potrebujejo poleg neprekinjenega nadzora vitalnih funkcij tudi terapevtske ukrepe.
- III. stopnja: pacienti, pri katerih je že nastopila odpoved enega ali več organskih sistemov in potrebujejo neprekinjen nadzor vitalnih funkcij, intenzivne terapevtske ukrepe in hemodinamski nadzor. Oskrbuje jih multidisciplinarno osebje, ki je posebej usposobljeno na področju intenzivne medicine in nege (Mavsar Najdenov, 2011).

Že sama narava dela v enotah intenzivne terapije je vir stresa. Zaposleni v zdravstveni negi se ves čas soočajo s smrtjo, družinsko stisko in najtežjimi bolezenskimi stanji (Caillet, et al., 2020), duševnimi in telesnimi napor, dolgim izmenskimi delom, ki ga spremljajo slabi medsebojni odnosi in slaba komunikacija (Ceballos-Vásquez, et al., 2015; Lu, et al., 2019; Turan & Hemşirelik Bölümü, 2020). Številne raziskave (Lan, et al., 2014; Ceballos-Vásquez, et al., 2015; Tajvar, et al., 2015; Swapnil, et al., 2016; Çelik, et al., 2017; Mealer, et al., 2017a; Santos Tito, et al., 2017; Pan, et al., 2020; Turan & Hemşirelik Bölümü, 2020) še pred pandemijo COVID-19 so pokazale, da so bili zaposleni v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije, zaradi narave svojega dela izpostavljeni visoki stopnji stresnih in travmatičnih dogodkov, ki so vodili v slabo duševno zdravje zaposlenih. Ceballos-Vásquez in sodelavci (2015) so med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT ugotovili, da 64 odstotkov anketirancev meni, da imajo prevelik

obseg dela, pomanjkanje časa za izvedbo vseh nalog, ki zahtevajo zapleteno odločanje in stalno pozornost, 47,7 odstotka jih meni, da njihove vloge niso bile jasno opredeljene in da podpora vodstva in sodelavcev ni bila zadostna. Ceballos-Vásquez in sodelavci (2015) ugotavljajo, da imajo zaposleni v zdravstveni negi v EIT visoko stopnjo duševnih motenj, zaradi nalog, ki jih opravljajo, kar posledično vodi v duševno preobremenjenost in izčrpanost. Tajvar in sodelavci (2015) so v raziskavi ugotovili, da je bila najbolj izpostavljena duševna motnja med zaposlenimi v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije bila socialna izolacija (71,4 %), najmanj izrazita pa depresija (10,7 %). Kar 62,5 % vprašanih je imelo simptome tesnobe, 60,7 % je imelo druge somatske simptome in kar 59 % anketiranih je imelo drugo duševno motnjo. Nobene povezave niso našli med somatskimi simptomi in izmenskim delom. Zaznali pa so visoko stopnjo poklicnega stresa (83,9%), ki je bil pomembno povezan z duševnim zdravjem anketirancev. Poleg stresa in nespečnosti sta najpogostejši duševni motnji pri zaposlenih v zdravstveni negi tesnoba in depresija. Ezzat in sodelavci (2021) so med 515 zaposlenimi v zdravstvu v EIT iz Velike Britanije, Francije, Italije, Tajske, Kitajske, Belgije in Egipta v času epidemije COVID-19 zaznali največ nespečnosti (do 86 %), drugi najpogostejši so bili simptomi depresije (do 44 %) najmanj zaznana pa je bila posttravmatska stresna motnja (do 35 %). Anketiranci so bili pozitivni na vseh treh presejalnih testih, pri katerih so imeli zdravniki najnižje vrednosti v primerjavi z zaposlenimi v zdravstveni negi in drugimi profili v zdravstvu. Glavni dejavniki, ki so vplivali na višje rezultate na presejalnih testih, so bili čas, preživet v osebni varovalni opremi, spol, starost in prerazporejenost kadra (Ezzat, et al., 2021). Ločeni zdravstveni delavci so v primerjavi s poročenimi bolj izpostavljeni pojavu depresije in tesnobe, kar avtorji (Tajvar, et al., 2015) pripisujejo pomanjkanju podpore družine in svojcev. Drugi dejavniki tveganja, ki jih avtorji (Akbarzadeh, et al., 2014; Khamisa, et al., 2015; Turan & Hemşirelik Bölümü, 2020; San Juan, et al., 2021) izpostavljajo pri zdravstvenih delavcih so, izmensko delo, nočno delo, neugodni delovni pogoji, kot so hrup, alarmi, osvetljava, nižje vrednoteno delovno mesto, slabi medsebojni odnosi, pomankanje delavcev in s tem prekomerna delovna obremenitev ter spopadanje z umirajočimi pacienti. Ponekod pa obstajajo tudi druge grožnje, s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci. Khamisa in sodelavci (2015) ugotavljajo, da je zaradi visoke stopnje kriminala v Južni Afriki ogrožena varnost zaposlenih v zdravstveni negi. Torej je varno delovno okolje bistvenega pomena za ugodno duševno zdravje in dobro somatsko

zdravje. Avtorji (Ross, et al., 2017) menijo, da so posledice nezdravega delovnega okolja škodljive in vplivajo na moralo zaposlenih v zdravstveni negi, njihovo produktivnost in kakovost zdravstvene nege. Raziskave (Tajvar, et al., 2015; Santos Tito, et al., 2017; Yifan, et al.; 2020) kažejo, da je delo v EIT III sprožilec somatskih težav, kot sta pomankanje koncentracije in slab spomin, medtem ko so najpogostejši zaznani telesni simptomi, glavobol, bolečine v trebuhu, napetost v mišicah, bolečine v hrbtu in bolečine v okončinah, utrujenost, potenje, povišan krvni tlak, nespečnost in z njimi povezane psihosomatske motnje.

Številni avtorji (Lan, et al., 2014; Taghinejad, et al., 2014; Tajvar, et al., 2015; Ross, et al., 2017; Isa, et al., 2019; Pinho, et al., 2021a; 2021b), opozarjajo, da je promocija duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi izrednega pomena. Ugotavljajo (Ross, et al., 2017), da je promocija duševnega zdravja nujna, in to ne le zaradi zdravstvenih težav, ki jih imajo zaposleni, ampak tudi zaradi stroškov absentizma in bolj kakovostne oskrbe pacientov. Promocijski programi in strategije za krepitev in varovanje duševnega zdravja so se izkazali kot zelo učinkoviti, za zmanjševanje simptomov stresa, tesnobe in depresije med zaposlenimi v zdravstveni negi (Lan, et al., 2014; Ross, et al., 2017; Mealer, et al., 2017; Isa, et al., 2019; Lu, et al., 2019; Pan, et al., 2020; Pinho, et al., 2021a; 2021b). Lan in sodelavci (2014) so dokazali, da so programi čuječnosti in kognitivne terapije zelo učinkoviti pri zmanjševanju navedenih težav. V raziskavi (Lan, et al., 2014) so med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III pred udeležbo programa čuječnosti in kognitivne terapije zaznali visoko raven stresa (43 %), tesnobe (82 %) in depresije (40 %), po udeležbi programa pa se je raven stresa zmanjšala na 8 odstotkov, tesnobe na 51 odstotkov ter depresije na 19 odstotkov. Do podobnih rezultatov so prišli tudi Lu in sodelavci (2019), ki so ugotovili, da čuječnost ugodno vpliva ter ublaži njegove učinke ter deluje kot zaščitni dejavnik pred pojavnostjo simptomov depresije, tesnobe in čustvene izčrpanosti. Pri pregledu literature so Ross in sodelavci (2017) ugotovili, da simptomi utrujenosti, depresije in tesnobe zmanjšujejo motivacijo zaposlenih v zdravstveni negi za uporabo strategij, ki promovirajo duševno zdravje. Ugotavljajo (Ross, et al., 2017), da zaposleni v zdravstveni negi v EIT dosegajo nižje rezultate v raziskavah zdravega življenjskega sloga v primerjavi z zaposlenimi na drugih bolnišničnih oddelkih. Menijo (Ross, et al., 2017), da zaposleni v zdravstveni negi dobro poznajo pomen

promocije zdravja in z njo povezanih dejavnosti, kot so zdravo prehranjevanje, telesna dejavnost, obvladovanje stresa, dobre spalne navade in ohranjanje zdravih odnosov, vendar se v večini primerov to znanje nanje ne prenese. Ovire pri tem so: osebna prepričanja, ženski spol, mlajši zaposleni, pomanjkanje časa in denarja, slaba organizacijska in družbena podpora, izmensko delo ter veliko število opravljenih ur (Ross, et al., 2017). Raziskave (Bergman, et al., 2021) dokazujejo, da se je duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi v času epidemije COVID-19 le še poslabšalo in da je potreba po promociji duševnega zdravja še večja. Med 324 zaposlenimi v zdravstveni negi so Kim in sodelavci (2020) v ZDA poročali o zmernem in visokem stresu (80,1 %) med zaposlenimi v zdravstveni negi, 43 % jih je imelo simptome zmerne do hude tesnobe in 26 % simptome depresije. Avtorji (Kim, et al., 2020) ugotavljajo, da so ti simptomi bistveno pogostejši kot v času pred epidemijo COVID-19 in da podpora družine, visoka odpornost in duhovnost med zaposlenimi napovedujejo 2 do 6 krat nižjo verjetnost za zmerno do hudo stopnjo stresa, tesnobe in depresije. Do podobnih rezultatov sta prišli tudi Labrague in De Los Santos (2020), ki so med 325 zaposlenimi v zdravstveni negi z različnih bolnišničnih oddelkov, ugotovili, da jih ima kar 37,8 % simptome tesnobe povezane s COVID-19. Zaposleni, ki so imeli višjo stopnjo odpornosti ter več organizacijske in socialne podpore, so poročali o nižji tesnobi kot ostali zaposleni (Labrague & De Los Santos, 2020). Odpornost, Mealer in sodelavci (2017b) opisujejo kot koncept oziroma promocijsko strategijo, ki se nanaša na sposobnost posameznika, da se pozitivno odzove na stisko, in ki se jo je mogoče priučiti s kognitivnimi in vedenjskimi intervencijami. Odpornost je psihološki mehanizem, ki lahko prepreči posttravmatsko stresno motnjo in je eden najpomembnejših dejavnikov za zdravo prilagoditev po travmatičnem dogodku. V EIT III so med 744 zaposlenimi v zdravstveni negi v ZDA ugotovili (Mealer, et al., 2017b), da so tisti z visoko stopnjo odpornosti imeli od 18 do 50 odstotkov manjšo možnost za pojav posttravmatske stresne motnje v primerjavi s tistimi, ki so imeli nizko stopnjo odpornosti. V raziskavi, ki so jo izvedli Bergman in sodelavci (2021) na Švedskem, so zaposleni v zdravstveni negi svoje delo v intenzivni terapiji COVID-19 opisali kot kaotično, zaradi slabe nege pacientov je bila pacientova varnost še bolj ogrožena, zaradi nezmožnosti zagotavljanja kakovostne zdravstvene nege, večje delovne obremenitve in neustreznega delovnega okolja pa so se zaposleni spopadali s hudimi etičnimi dilemami. Tudi drugi tuji avtorji (Sampaio, et al., 2020; 2021) zaznavajo

višjo stopnjo depresije, tesnobe in stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT v času COVID-19 v primerjavi s starejšimi raziskavami in splošnim prebivalstvom. Buselli in sodelavci (2020) so prišli do drugačnih rezultatov in ugotovili, da se raven simptomov depresije in tesnobe v času pandemije bistveno ne razlikuje od tiste, ki so jo ugotovili med rednimi zdravstvenimi pregledi zaposlenih pred pandemijo. Kljub temu menijo, da je bila raziskava narejena prezgodaj, da bi ugotovili prave učinke pandemije na duševno zdravje zaposlenih. Čeprav avtorji (Sampaio, et al., 2021) ugotavljajo, da je izbruh COVID-19 takoj vplival na duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi v EIT, opažajo tudi pojav psihološke prilagoditve skozi čas. Dejavnik, ki je najbolj izstopal in vplival na višjo pojavnost simptomov depresije, tesnobe in stresa, je bil strah pred okužbo oz. prenosom okužbe na bližnje (Moradi, et al., 2020; Suryavanshi, et al., 2020; Crowe, et al., 2021; Ezzat, et al., 2021; Sampaio, et al., 2021; Wozniak, et al., 2021). Dernovšček Hafner (2021) ugotavlja, da se je s trajanjem epidemije, spremenila tudi narava stiske zdravstvenih delavcev v Sloveniji. V prvem valu so zdravstveni delavci poročali predvsem o strahu pred neznanim in o prilagoditvenih težavah, medtem ko so v drugem valu poročali o osebnih žrtvah (preselitve, izolacija pred svojci), kar jim je vzbujalo občutke krivde, poročali so o odsotnosti komunikacije pri prerazporejanju na covidne oddelke, o nestrpnih in nespoštljivih svojcih, duševni in telesni izčrpanosti. Ugotovitve so pokazale, da imajo zaposleni v EIT znatno slabše duševno zdravje v primerjavi z zaposlenimi na drugih bolnišničnih oddelkih in enotah (Taghinejad, et al., 2014; Saracoglu, et al., 2020; Wozniak, et al., 2021). Saracoglu in sodelavci (2020) so ugotovili, da so strah, tesnoba, depresija in nespečnost pogostejša pri zaposlenih v EIT v primerjavi z zaposlenimi na drugih bolnišničnih oddelkih, izstopajo pa zaposleni v zdravstveni negi. To avtorji (Saracoglu, et al., 2020; Wozniak, et al., 2021) pripisujejo težavnosti dela v EIT in stresnim razmeram, npr. smrt pacientov. Do podobnih rezultatov so prišli tudi Wozniak in sodelavci (2021), vendar razlik v stopnji tesnobe in depresije med različnimi profili v zdravstvu niso našli. Avtorji Sampaio in sodelavci (2020) so prišli do spoznanja, da prerazporeditev na drugo delovno mesto oz. enoto v času pandemije COVID-19 ni vplivala na višjo stopnjo depresije, tesnobe ali stresa. Te ugotovitve so namreč v nasprotju s teorijami (Suryavanshi, et al., 2020; Crowe, et al., 2021), da strah pred neznanim povečuje stopnjo tesnobe. Nasprotno so dokazali San Juan in drugi (2021) ter Ezzat in

sodelavci (2021), in sicer so dokazali, da se je raven tesnobe povečala zaradi prerazporeditve na drugo delovno mesto in neznanega okolja.

V Sloveniji je v drugem valu epidemije COVID-19 Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ, 2021a) ocenjeval potrebo po psihosocialni podpori zaposlenih na področju zdravstva. Ugotovili so, da so zaposleni v zdravstvu doživljali nekoliko intenzivnejšo duševno stisko, kot pred epidemijo in prvim valom epidemije. Največjo spremembo v duševni stiski so doživeli specializanti, za njimi pa zdravniki, kar ne sovпада s tujo literaturo. Tuji avtorji (Buselli, et al., Pan, et al., 2020; 2020; Saracoglu, et al., 2020; Wasim, et al., 2020; Ezzat, et al., 2021; Greenberg, et al., 2021), namreč ugotavljajo, da so duševnim motnjam v zdravstvu najbolj izpostavljeni zaposleni v zdravstveni negi. Do istih spoznanj kot v tujini so prišli tudi v slovenski raziskavi (NIJZ, 2021a), v kateri so ugotovili, da med zaposlenimi v zdravstvu najbolj prevladujeta strah pred okužbo bližnjih in delo v stresnih okoliščinah. Obremenjujejo jih tudi spremenjen obseg dela, strah pred negotovo prihodnostjo in ločenost od družine. Kljub težavam v duševnem zdravju je večina zaposlenih v zdravstvu izrazila, da pomoči ne potrebujejo. Kot razloge, da pomoči niso poiskali, zdravstveni delavci navajajo težjo dostopnost psihološke in psihiatrične pomoči med epidemijo, preveliko zasedenost psihoterapevtskih služb, nepoznavanje ali nezmožnost brezplačnih možnosti psihoterapije v njihovem okolju, pomanjkanje časa, volje in energije ter stigma. Omenjajo, da ne želijo koristiti bolniške odsotnosti, saj nočejo dodatno obremeniti svojih sodelavcev (NIJZ, 2021a).

Spremembe in stresni dogodki (bodisi večji stresni dogodek, bodisi dolgotrajno doživljanje manjših stresnih dogodkov) so pomemben dejavnik tveganja depresije (Dernovšek, et al., 2020). Kissel in sodelavci (2023) ugotavljajo, da so zaposleni v zdravstveni negi bolj izpostavljeni negativnim psihološkim dejavnikom, kot pripadniki drugih strok v zdravstvu. Poleg strahu pred okužbo in spopadanjem s pandemijo COVID-19 so se zaposleni v zdravstveni negi soočali s psihosocialnimi dejavniki tveganja, kot so huda izčrpanost zaradi pomanjkanja delavcev in prekomernega obsega dela, nezmožnosti vzdrževanja standardov oskrbe pacientov, negotovi izidi in trajanje valov ter pogoste organizacijske spremembe (Moradi, et al., 2020; San Juan, et al., 2021; Kissel, et al., 2023). V letnem poročilu UKC Ljubljana je navedeno, da so leta 2020 (UKCL, 2021)

prejeli kar 265 odpovedi pogodbe o zaposlitvi na področju zdravstvene nege, leta 2021 (UKCL, 2022) pa 299. Ob koncu leta 2020 (UKCL, 2021) je bilo zaposlenih v zdravstveni negi 115 pod načrtovanim številom, leta 2021 (UKCL, 2022) pa je to število naraslo na kar 807. Na Kliniko za infektivne bolezni in vročinska stanja so leta 2020 (UKCL, 2021) premestili 220 diplomiranih medicinskih sester in 161 zdravstvenih tehnikov z drugih oddelkov, za leto 2021 tega podatka nimamo. Posledično so imeli leta 2020 glede na kadrovski načrt na skoraj vseh oddelčnih enotah primanjkljaj zaposlenih s področja zdravstvene nege, razen na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja (UKCL, 2021). V letu 2021 se je število kadra na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja kljub veliki obremenitvi zaradi epidemije COVID-19 prepolovilo (UKCL, 2022). V letnem poročilu UKC Maribor iz leta 2020 poročajo o izredno velikih obremenitvah zaposlenih v zdravstveni negi, kar je še podkrepila epidemija COVID-19, nezadovoljstvo med zaposlenimi pa je bilo posledično še toliko večje. V UKC Maribor ugotavljajo, da so dodatne obremenitve (reorganizacija dela in dodatne obveznosti zaposlenih zaradi epidemije COVID-19, vodenje čakalnih vrst, zagotavljanje informiranosti pacientov) delo, ki zaposlene odteguje od pacientov, kar lahko privede do težav pri zagotavljanju primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave. V UKC Maribor navajajo, da preobremenjenost zaposlenih v zdravstvu posledično lahko pomeni tudi večjo možnost napak pri delu in bolniških odsotnosti zaradi izgorelosti. Dodatne bolniške odsotnosti so tudi posledica dodatne obremenjenosti in ogroženosti na delovnem mestu zaradi zdravljenja pacientov s COVID-19. Za reševanje problematike zaposlovanja na najbolj kritičnih oddelkih zaradi obvladovanja nalezljive bolezni COVID-19, so v UKC Maribor načrtovali povečanje števila zaposlenih za 90, vendar tudi tu načrta niso realizirali (UKCM, 2020). Leta 2021 so v UKC Maribor za področje zdravstvene nege načrtovali povečanje števila zaposlenih za 68 izvajalcev zdravstvene nege zaradi obvladovanja nalezljive bolezni COVID-19, saj je šlo za nove funkcionalne enote glede na svetovno epidemiološko situacijo, vendar načrta tudi takrat niso dosegli, bodisi zaradi pomanjkanja ustrezne delovne sile na trgu dela bodisi zaradi neprijavljanja kandidatov na razpisana prosta delovna mesta (UKCM, 2021).

2.4 ŽIVLJENJSKI SLOG IN UPORABNOST STRATEGIJ ZA PROMOCIJO DUŠEVNEGA ZDRAVJA MED ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI V ČASU EPIDEMIJE COVID-19

Zdrav življenjski slog je sklop vzorcev vedenja, ki izhajajo iz znanja, kaj je to zdravo vedenje, vedenja, ki zmanjšuje stres in omogoča dobro počutje (Saint Ongea & Krueger, 2017). Odgovornost do zdravja in zdrav življenjski slog sta domeni vsakega posameznika, ki mora poznati dejavnike ki so povezani z zdravjem in spodbujajo zdrav življenjski slog (Özçakar, et al., 2015). Saint Ongea & Krueger (2017) navajata, da sta zdrav način življenja in vedenje povezano z zdravjem ves čas pod vplivom družbenih, kulturnih in gospodarskih sil, ki oblikujejo in omejujejo posamezne izbire posameznika. Menita tudi, da je zdrav življenjski slog ključen za preprečevanje kroničnih bolezni in duševnih motenj. Center za preprečevanje in obvladovanje bolezni je predstavil smernice za preprečevanje kroničnih bolezni ter poudaril pomembnost zdravega življenjskega sloga. Med smernice zdravega življenjskega sloga je uvrstil: dovolj telesne aktivnosti, dovolj spanja, zdravo prehranjevanje (dovolj sadja in zelenjave), ter izogibanje tobačnim in alkoholnim izdelkom (Mazurek Melnyk, et al., 2021).

Zdravstveni delavci naj bi bili zgled za zdravje v družbi, zato je pomembno, da prevzamejo odgovornost tudi za svoje zdravje (Özçakar, et al., 2015). Avtorji (Mazurek Melnyk, et al., 2021) menijo, da so zaposleni v zdravstveni negi dobro usposobljeni na področju promocije zdravja, vendar sami ne dosegajo dobrega duševnega in telesnega zdravja. V eni izmed raziskav, v katero je bilo vključenih 1790 medicinskih sester so ugotovili, da jih več kot 50 odstotkov ne dosega optimalnega telesnega in duševnega zdravja (Mazurek Melnyk, et al., 2021). Tuji avtorji ugotavljajo, da zaposleni v zdravstveni negi ne dosegajo priporočene dnevne telesne aktivnosti (Blake & Harrison, 2013; Latha, et al., 2013; Mazurek Melnyk, et al., 2021). V slovenski raziskavi (Škrbina & Zorc, 2016) so ugotovili, da so glavni razlogi za telesno neaktivnost med zaposlenimi v zdravstveni negi; večizmensko delo, pomankanje časa in nedoseganje takojšnjega učinka.

Promocija zdravja je proces, ki spodbuja ljudi oz. skupnost, da poveča nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na zdravje in prispevajo k boljšemu počutju. Ta koncept v prvi vrsti vključuje zdrav življenjski slog (ReNPDZ18-28, 2018). Temiz in Isil (2018) opredeljujeta zdrav življenjski slog kot varovanje in razvoj telesnega, duševnega, kognitivnega in socialnega blagostanja. Avtorji (Marx, et al., 2022) navajajo, da skrb za duševno zdravje temelji na zdravem življenjskem slogu in vključuje ukrepe, ki promovirajo duševno zdravje in preprečujejo duševne motnje. Med takšne ukrepe uvrščajo: telesno aktivnost, opustitev kajenja, v delo usmerjene strategije, terapije, ki temeljijo na čuječnosti in obvladovanju stresa, vključno s tehnikami sproščanja, zdravo prehranjevanje, spanje, družebno podporo ter gibanje v naravi. Do podobnih strategij so prišli tudi Pinho in sodelavci (2021a; 2021b), ki so za raziskovanje (predvsem med zdravstvenimi delavci) večkrat uporabili lestvico strategij za promocijo duševnega zdravja, ki so jo sestavili po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, 2021), ki jo je oblikovala v času pandemije COVID-19. Strategije za promocijo duševnega zdravja enako kot prej temeljijo na zdravem življenjskem slogu, ki ugodno vpliva na duševno zdravje. Te strategije so: odmor in počitek med izmenskimi deli, zdrava prehrana, zadostna količina zaužite vode, telesna aktivnost, sprostitvena dejavnost, rekreacijska dejavnost, socialni stiki, izražanje čustev in občutkov ter vprašanje o izogibanju nezanesljivim informacijam o COVID-19.

Zaposleni v zdravstveni negi imajo poleg slabega duševnega zdravja tudi nezdrav življenjski slog, kamor spadajo slabe prehranjevalne navade, slaba kakovost spanca (Akbarzadeh, et al., 2014; Çelik, et al., 2017; Pan, et al., 2020), večje uživanje alkohola (Greenberg, et al., 2021; Wozniak, et al., 2021), telesna neaktivnost (Pinho, et al., 2021a; Pinho, et al., 2021b) in kajenje. Avtorji (Taghinejad, et al., 2014; Tajvar, et al., 2015) ugotavljajo, da je tako telesno kot duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi skrb vzbujajoče in da je promocija duševnega zdravja še kako potrebna. Uporaba strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v času epidemije COVID-19 je pomembno povezana s simptomi depresije, tesnobe in stresa (Pinho, et al., 2021a, 2021b). Mazurek Melnyk in sodelavci (2021) ugotavljajo, da je bilo v času epidemije COVID-19 zaznati visoko stopnjo depresije, anksioznosti, stresa in izgorelosti med zaposlenimi v zdravstveni negi. Prav tako niso skrveli za zdrav življenjski slog, npr.

za telesno aktivnost, zdravo prehranjevanje in dovolj spanca. Raziskave (Pinho, et al., 2021a; 2021b; Wozniak, et al., 2021) kažejo, da zdravo prehranjevanje in telesna aktivnost znižujeta stopnjo tesnobe in depresije. V raziskavi (Pinho, et al., 2021a), kamor je bilo vključenih 199 zaposlenih v zdravstveni negi, ki so delali izključno s pacienti COVID-19 so ugotovili, da je bila ocena depresije bistveno nižja pristikih, ki so uporabljali skoraj vse strategije za promocijo duševnega zdravja v primerjavi z zaposlenimi, ki niso uporabljali strategij za promocijo duševnega zdravja. Prav tako je bila ocena tesnobe bistveno nižja pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki so uporabljali strategije, npr. telesno aktivnost in sprostitevno aktivnost. Nižja stopnja stresa je bila zaznana pri osebah, ki se zdravo prehranjujejo in si vzamejo čas za počitek (Pinho, et al., 2021b). Skrb za dobro duševno zdravje vseh državljanov je naložba, saj enakopraven dostop do pravočasne, kakovostne in celostne pomoči spada v okvir zagotavljanja človekovih pravic in dostojanstva ranljivih skupin naše družbe (ReNPDZ18-28, 2018).

3 EMPIRIČNI DEL

V Sloveniji je bilo do zdaj narejenih malo raziskav, ki bi ugotovljale kakšne posledice je epidemija COVID-19 pustila na duševnem zdravju zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III, zato smo v empiričnem delu magistrskega dela s pomočjo zastavljenih ciljev in raziskovalnih hipotez skušali problematiko bolje raziskati.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je bil oceniti pojavnost depresije in tesnobe zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III v dveh terciarnih ustanovah v Sloveniji. Z raziskavo smo želeli oceniti potrebo po promociji duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III v času epidemije COVID-19 in ugotoviti, katere strategije zaposleni v zdravstveni negi uporabljajo pri spoprijemanju z depresijo in tesnobo. Cilji raziskave so bili:

- C1 Ugotoviti pojavnost depresije in tesnobe prizaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III.
- C2 Ugotoviti razliko v pojavnosti depresije in tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi, ki delajo v enoti intenzivne terapije III neposredno s pacienti okuženimi s COVID-19 in zaposlenimi, ki niso v stiku s temi pacienti.
 - Ugotoviti vpliv simptomov depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi na delo, življenje doma in odnose z ljudmi.
- C3 Oceniti pogostost uporabe strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III.
 - Ugotoviti povezavo med pogostostjo uporabe strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III ter pojavnostjo depresije, tesnobe in boljšim počutjem.
- C4 Ugotoviti kateri dejavniki vplivajo na večjo potrebo po promociji duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III v času epidemije COVID-19.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Za raziskovanje pojavnosti depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III in proučevanje uporabe strategij za promocijo duševnega zdravja smo preverjali naslednje raziskovalne hipoteze:

H1 Obstajajo statistično pomembne razlike v pojavnosti depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III glede na spol, starost in prerazporeditev v enote intenzivne terapije COVID-19.

- H1a: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z ženskim spolom.
- H1b: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z ženskim spolom.
- H1c: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z višjo starostjo.
- H1č: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z višjo starostjo.
- H1d: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana s prerazporeditvijo v enote intenzivne terapije COVID-19.
- H1e: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana s prerazporeditvijo v enote intenzivne terapije COVID-19.

H2 Obstajajo statistično pomembne razlike v pojavnosti depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III, ki delajo neposredno s COVID-19 pozitivnimi pacienti, v primerjavi s tistimi, ki stika s COVID-19 pozitivnimi pacienti nimajo.

- H2a: Pojavnost depresije je večja pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III, ki delajo neposredno s COVID-19 pozitivnimi pacienti, v primerjavi s tistimi, ki stika s COVID-19 pozitivnimi pacienti nimajo.
- H2b: Pojavnost tesnobe je večja pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III, ki delajo neposredno s COVID-19 pozitivnimi pacienti, v primerjavi s tistimi, ki stika s COVID-19 pozitivnimi pacienti nimajo.

H3 Obstajajo statistično pomembne razlike v pojavnosti depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III glede na uporabo strategij / aktivnosti za promocijo duševnega zdravja.

- H3a: Večja uporaba strategij / aktivnosti za promocijo duševnega zdravja pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z nižjo pojavnostjo depresije.
- H3b: Večja uporaba strategij / aktivnosti za promocijo duševnega zdravja pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z nižjo pojavnostjo tesnobe.
- H3c: Večja uporaba strategij / aktivnosti za promocijo duševnega zdravja pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z boljšim počutjem.

H4 Na večjo potrebo po uporabi strategij za promocijo duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III vplivajo pojavnost depresije, pojavnost tesnobe, spol, starost, prerazporeditev v enote intenzivne terapije COVID-19.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Za teoretični del raziskave smo uporabili pregled slovenske in angleške literature. Pregled je temeljil na analizi raziskav, ki so obravnavale oceno depresije in tesnobe, strategije za spoprijemanje z depresijo in tesnobo ter oceno potreb po promociji duševnega zdravja pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki delajo v enotah intenzivne terapije III v času pandemije

COVID-19, in jih primerjali z raziskavami v času pred pandemijo. Pri pregledu literature smo si pomagali z vzajemno bibliografsko katalogno bazo podatkov v Sloveniji – COBBIS.SI in podatkovnimi e-bazami CINAHL, PubMed, MEDLINE in GOOGLE SCHOLAR. Uporabili smo naslednje ključne besede v slovenščini: duševno zdravje, medicinske sestre, intenzivna terapija, depresija, tesnoba, promocija duševnega zdravja, COVID-19. V angleščini smo kot ključne besede uporabili: mental health, nurses, intensive care unit (ICU), depression, anxiety, mental health promotion, COVID-19. Ključne besedne zveze so bile v vseh podatkovnih bazah uporabljene posamično ali v različnih kombinacijah. V različnih podatkovnih bazah smo uporabili osnovno ali napredno iskanje z logičnim operatorjem AND oz. IN v slovenščini. Upoštevali smo članke glede na ustreznost naslova, ustreznost izvlečka in celotno besedilo. Za izbor literature smo obdobje iskane literature omejili na 10 let (starejšo literaturo smo izbrali le v izjemnih primerih, ko je bila ta relevantna z našo raziskavo).

V empiričnem delu raziskave smo za zbiranje podatkov na osnovi pregleda literature uporabili anonimni strukturirani vprašalnik zaprtega tipa, ki se v raziskovalnih krogih pogosto uporablja (Kroenke, et al., 2001; Spitzer, et al., 2006; Tančič Grum, et al., 2010; Jelenko Roth & Dernovšek, 2011; Konec Juričič, et al., 2016; NIJZ, 2021b; Pinho, et al., 2021a, 2021b; SZO, 2021).

3.3.1 Dizajn raziskave

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni, opisni kvantitativni metodi dela, pri kateri smo uporabili princip presečnega raziskovanja.

3.3.2 Instrument raziskave

V raziskavi smo uporabili tehniko pisnega in spletnega anketiranja. Za zbiranje podatkov smo uporabili anonimni strukturirani vprašalnik, z zaprtim tipom vprašanj. Sestavljen je bil iz 4 tematskih sklopov, v katerih smo ocenjevali depresijo, tesnobo, strategije za promocijo duševnega zdravja ter socio–demografske podatke. Vprašalnika Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Kroenke, et al., 2001, Tančič Grum, et al., 2010, Konec Juričič,

et al., 2016), Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) (Spitzer, et al., 2006, Jelenko Roth & Dernovšek, 2011; NIJZ, 2021b) sta bila predhodno uporabljena tako v tujem kot v slovenskem prostoru in se pogosto uporabljata v raziskovalnih krogih (Kroenke, et al., 2001; Spitzer, et al., 2006; Tančič Grum, et al., 2010; Jelenko Roth & Dernovšek, 2011; Konec Juričič, et al., 2016; NIJZ, 2021b).

Prvi sklop sestavlja vprašalnik Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Kroenke, et al., 2001), ki se v slovenskem prevodu imenuje Vprašalnik o bolnikovem zdravju (Konec Juričič, et al., 2016). Je modul večjega vprašalnika (PHQ), ki ga sestavljajo še vprašalniki PHQ-2, PHQ-4, PHQ-7, PHQ-8, in PHQ-15 in se jih uporablja za oceno duševnega zdravja. Vprašalnik PHQ-9 je namenjen odkrivanju depresije med splošnim prebivalstvom na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Je mednarodni instrument tako za odkrivanje velike depresivne motnje kot tudi drugih oblik depresivnih motenj med splošnim prebivalstvom. Vprašalnik se v sklopu standardiziranih postopkov redno uporablja v referenčnih ambulantah družinske medicine. PHQ-9 je torej podlestvica, ki obsega devet simptomov depresije (skladno z devetimi kriteriji DSM-IV). Anketiranec na 4-stopenjski lestvici označi, koliko časa v zadnjih dveh tednih je bil posamezni simptom prisoten. Na vsako vprašanje je mogoče odgovoriti z ocenami 0 – 3, pri čemer 0 pomeni nikoli, 1 – nekaj dni, 2 – več kot polovica dni in 3 – skoraj vsi dnevi. Za oceno resnosti motnje, je potreben seštevek točk. Ocena 0 – 4 depresija ni prisotna, ocena 5 – 9 kaže na blage simptome depresije, ocena 10 - 14 kaže na zmerno depresijo, ocene 15 – 19 kažejo na zmerno hudo depresijo, ocene nad 20 pa na hudo depresijo. Pod sklopom devetih vprašanj je postavljeno dodatno deseto vprašanje, ki prispeva k ugotavljanju posameznikovega poslabšanega delovanja na socialnem, delovnem ali drugih pomembnih področjih. Vprašalnik sta v slovenščino prevedla Dejan Kozel in Alenka Tančič Grum (Tančič Grum, et al., 2010). Je javno dostopen in ima ustrezne psihometrične lastnosti (občutljivost in specifičnost sta 88-odstotni). Koeficient Cronbach α je v predhodnih raziskavah znašal 0,89, kar je odlična zanesljivost merskega instrumenta (Kroenke, et al., 2001). Tudi v naši raziskavi smo zanesljivost vprašalnika preverjali z metodo notranje konsistentnosti in uporabili koeficient Cronbach α za vsak sklop vprašanj posebej. Za prvi sklop vprašalnika, v katerem smo merili depresijo, je v

naši raziskavi Cronbach α znašal 0,90, kar je odlična zanesljivost vprašalnika tudi v našem primeru.

V drugem sklopu smo ocenjevali tesnobo z uporabo vprašalnika Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) (Spitzer, et al., 2006). Slovenska lestvica generalizirane anksioznosti (NIJZ, 2021b) je orodje za kratko klinično samooceno tesnobe oziroma za oceno resnosti simptomov tesnobe v zadnjih dveh tednih, ki ga sestavlja sedem trditev. Običajno se uporablja presejalno za ugotavljanje povečane tesnobe kot motnje. Anketiranci imajo na podlagi zastavljenih trditev možnost odgovorov na štiri stopenjski ordinalni lestvici (0 – sploh ne, 1 – nekaj dni, 2 – več kot polovico dni, 3 – skoraj vsak dan), na kateri ocenjujejo pogostost doživljanja naštetih simptomov v zadnjih dveh tednih (npr. trditev 1: »Počutim se nervozno in/ali zaskrbljeno«; trditev 3: »Težko sem se sprostil/a«; trditev 6: »Zlahka sem se vznemiril/a, razdražil/a«). Rezultat seštevek ocen trditev je v razponu od 0 do 21 točk. Višji kot je seštevek, resnejša je tesnoba anketiranega. Seštevek točk odgovorov vseh sedmih trditev se interpretira na naslednji način: tesnoba ali minimalna tesnoba (0-4 točk); blaga tesnoba (5-9 točk); zmerna tesnoba (10-14 točk); huda tesnoba (15-21 točk). 8 točk ali več velja za mejo, ki je primerna za prepoznavanje primerov generalizirane anksiozne motnje, a je za potrditev prisotnosti oziroma določitev vrste tesnobe potrebna nadaljnja klinična diagnostična ocena (NIJZ, 2021b). Nekateri strokovnjaki priporočajo razmislek o uporabi mejne vrednosti 8, z namenom optimizacije občutljivosti brez spreminjanja specifičnosti (Spitzer et al., 2006). Za mejno vrednost je zato priporočljiveje uporabljati mejno vrednost 10 točk. Prav tako kot prejšnji merski instrument ima tudi ta dodatno vprašanje, ki se nanaša na to, kako močno so simptomi tesnobe v zadnjih dveh tednih vplivali na delo, na skrbi za stvari doma in odnose z ljudmi. V slovenskem prostoru so v času epidemije merski instrument uporabili NIJZ (2021b) ter avtorja Kavčič in Podlesek (2020). Uporabili so različico, ki sta jo prilagodili in prevedli psihologinji Petra Jelenko Roth in psihiatrinja prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek (Jelenko Roth & Dernovšek, 2011). Koeficient Cronbach α je v predhodnih raziskavah znašal 0,92, kar je prav tako odlična zanesljivost merskega instrumenta (Spitzer et al., 2006). V naši raziskavi je za drugi sklop vprašalnika, kjer smo merili tesnobo, Cronbach α znašal 0,93, kar je odlična zanesljivost vprašalnika.

V tretjem sklopu vprašalnika smo preverjali katere strategije zaposleni v zdravstveni negi uporabljajo pri spoprijemanju s tesnobo in depresijo. Uporabili smo lestvico strategij za promocijo duševnega zdravja, ki so jo sestavili Pinho in sodelavci (2021a; 2021b), po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, 2021), ki jih je oblikovala v času pandemije COVID-19. Strategije za promocijo duševnega zdravja pravzaprav predstavljajo zdrav življenjski slog, ki ugodno vpliva na duševno zdravje. Te strategije so: » odmor in počitek med izmenskimi deli, zdrava prehrana, zadostna količina zaužite vode, telesna aktivnost, sprostitvena dejavnost, rekreacijska dejavnost, socialni stiki, izražanje čustev in občutkov ter vprašanje o izogibanju nezanesljivim informacijam o COVID-19«. Lestvico so Pinho in sodelavci (2021a; 2021b) sestavili iz 9 vprašanj, ki v izvirnem vprašalniku ocenjujejo kako pogosto so anketiranci uporabljali naslednje strategije / aktivnosti v zadnjem tednu. Na 5- stopenjski ordinalni lestvici anketiranci na vprašanja odgovarjajo z 0 – 4 (pri čemer pomeni 0 - nikoli, 1 - redko kdaj, 2 – včasih, 3 – pogosto, 4 – vedno). Do sedaj so Pinho in sodelavci (2021a, 2021b) vrednotili vsako trditev posebej. Uporabili so osnovne statistične izračune, frekvenco, povprečje in standardni odklon. Glede na pogostost uporabe strategij, so v raziskavah (Pinho, et al., 2021a, 2021b) za vsako strategijo posebej ugotavljali pojavnost depresije, tesnobe in stresa. Koeficient Cronbach α je v eni izmed raziskav (Pinho et al., 2021b) znašal 0,77, kar je dobra zanesljivost merskega instrumenta. Tudi za tretji sklop smo v naši raziskavi preverili zanesljivost vprašalnika v slovenskem jeziku. V našem primeru je koeficient Cronbach α znašal 0,85, kar je dobra zanesljivost vprašalnika. Kot v ostalih dveh sklopih smo z dodatnim vprašanjem, skušali ugotoviti, kako močno so te aktivnosti vplivale na boljše počutje v zadnjem tednu. Dodatno vprašanje je povečalo prijaznost in boljše razumevanje vprašalnika za anketirance. Lestvica v slovenskem prostoru sicer še ni bila uporabljena, vendar je bila podobna tematika vprašalnika pogosto uporabljena tudi v slovenskih raziskovalnih krogih (NIJZ, 2021b). NIJZ (2021b) je v raziskavi ocenjeval doživljanje epidemije COVID-19 med študenti, pri čemer so raziskovali tudi navade študentov, kot so uživanje tobačnih izdelkov, pitje alkoholnih pijač, telesna aktivnost, nezdrava prehrana, gledanje televizijskih programov, serij, filmov (rekreacijske dejavnosti), spanje, itd.

Četrty sklop vprašalnika je bil namenjen socio – demografskim podatkom. Zanimali so nas spol in starost anketirancev, delovna doba ter ali delo, ki ga anketiranci trenutno opravljajo poteka v rdeči coni, torej izključno s pacienti, okuženimi s COVID-19 in ali so bili v času COVID-19 prerazporejeni na drug oddelek.

3.3.3 Udeleženci raziskave

Vzorec so predstavljali zaposleni v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana in Maribor. Način vzorčenja je bil nenaključni namenski vzorec in sicer je bila raziskava namensko izvedena na zaposlenih v zdravstveni negi, ki delajo v enotah intenzivne terapije III, druge oddelke smo izključili iz raziskave. V raziskavo smo vključili vse enote intenzivne terapije III, kjer je potekalo delo s kritično bolnimi in življenjsko ogroženimi pacienti, ki so potrebovali invazivno ali neinvazivno mehansko ventilacijo. Upoštevali smo enote intenzivne terapije III, ki so imele rdečo cono oziroma paciente s COVID-19 (nastale oziroma prilagojene v času COVID-19) in intenzivne terapije, katerih delo ni potekalo v neposrednem stiku s pacienti COVID-19. V raziskavo smo vključili zaposlene v zdravstveni negi moškega in ženskega spola, ki so bili v času COVID-19 prerazporejeni v enoto intenzivne terapije in tiste, ki so svoje delo že opravljali v matični enoti intenzivne terapije. V raziskavi so sodelovali le zaposleni v zdravstveni negi, drugih profilov v zdravstvu nismo vključili v raziskavo.

V UKC Ljubljana in UKC Maribor je bilo v času naše raziskave približno 543 zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III. Od 12 enot intenzivne terapije III v UKC Ljubljana in UKC Maribor jih je v raziskavi sodelovalo 9. Za statistično obdelavo podatkov smo skupaj s spletnim vprašalnikom upoštevali 267 ustrezno izpolnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 49,17 % realizacijo vzorca. Povprečna starost anketirancev je bila 35,83 let (SO = 9,12). V raziskavo je bilo vključenih 82,77 % (n = 221) žensk in 17,23 % (n = 46) moških. Od tega jih je imelo 30 (11,30 %) srednješolsko izobrazbo, 219 (82,00 %) višješolsko ali visokošolsko strokovno izobrazbo in 18 (6,70 %) magisterij ali doktorat iz zdravstvene nege ali druge zdravstvene smeri. Povprečna delovna doba je bila 12,81 let (SO = 10,01). V raziskavo smo vključili tudi enote intenzivne terapije III, ki so imele rdečo cono oziroma paciente s COVID-19 (nastale oziroma prilagojene v času

COVID-19) in enote, katerih delo ni potealo v neposrednem stiku s pacienti s COVID-19. Vključili smo zaposlene v zdravstveni negi, ki so bili v času COVID-19 prerazporejeni v enoto intenzivne terapije in tiste, ki svoje delo že opravljajo v matični enoti intenzivne terapije. Večina anketirancev, to je 74,91 odstotka (n = 200), v času naše raziskave ni opravljal dela v rdeči coni oziroma s pacienti s COVID-19. Malo več kot polovica anketirancev (50,56 %; n = 135) navaja, da so bili v času COVID-19 prerazporejeni na covidni oddelek. Vsi socio-demografski podatki so predstavljeni v tabeli 1 (tabela 1).

Tabela 1: Sociodemografski podatki zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III

Demografija		n	%	PV	SO
Spol	Skupaj	267	100	/	/
	Ženske	221	82,77	/	/
	Moški	46	17,23	/	/
Starost	Skupaj	267	/	35,83	9,12
Delovna doba	Skupaj	266	/	12,81	10,01
Stopnja izobrazbe	Skupaj	267	100	/	/
	Srednješolska izobrazba	30	11,30	/	/
	Višješolska ali visokošolska strokovna izobrazba	219	82,00	/	/
	Magisterij ali doktorat	18	6,70	/	/
Ali delo, ki ga trenutno opravljate poteka v rdeči coni (s COVID-19 pozitivnimi pacienti)?	Da	67	25,09	/	/
	Ne	200	74,91	/	/
	Skupaj	267	100	/	/
Ali ste v času COVID-19 bili prerazporejeni na drug oddelek?	Da	135	50,56	/	/
	Ne	132	49,44	/	/
	Skupaj	267	100	/	/

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Po odobreni dispoziciji magistrskega dela na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin smo naprej skušali pridobiti soglasje za izvedbo raziskave v UKC Ljubljana. 25. novembra 2021 smo poslali prošnjo za odobritev raziskave, 18. februarja 2022 so na izrednem

sestanku skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi obravnavali prošnjo in odobrili raziskavo na ravni UKC Ljubljana. 11. februarju 2022 smo prošnjo za odobritev raziskave poslali tudi v UKC Maribor. Po pošti smo prejeli pismo, da je 11. marca 2022 komisija Službe zdravstvene nege UKC Maribor raziskavo odobrila. Po pridobitvi soglasij smo glavne medicinske sestre in nadzorne sestre klinik po elektronski pošti zaprosili za pomoč pri razdelitvi vprašalnikov zaposlenim v EIT III. V UKC Ljubljana smo z nadzornimi in glavnimi medicinskimi sestrami organizacijskih enot v stik stopili na Kliničnem oddelku (KO) za interno medicino (KOIIM), KO za intenzivno terapijo otrok (KOITO), KO za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo (KO VNINT), Kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja in intenzivno terapijo COVID-19, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok (KOAIT), KO za kirurgijo srca in ožilja (KVIT) ter KO za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino (KOPREKO). V UKC Maribor smo stopili v stik z nadzornimi in glavnimi medicinskimi sestrami na KO za interno medicino (OIIM), KO za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin, KO za intenzivno terapijo otrok in intenzivno terapijo COVID-19. V raziskavo je privolilo 9 EIT III od 12 EIT III v UKC Ljubljana in UKC Maribor. Kljub večkratnemu povabilu k sodelovanju v raziskavi se 3 EIT III na naše povabilo do konca raziskave žal niso odzvale. Vprašalnike smo v UKC Ljubljana natisnjene dostavili osebno na vsak klinični oddelek po predhodni najavi in dogovoru z strokovnimi vodjami organizacijskih enot. V UKC Maribor smo vprašalnike po predhodnem dogovoru z nadzornimi medicinskimi sestrami dostavili po pošti, s priloženo prazno ovojnico za vračilo vprašalnikov in ustreznimi navodili.

Presečno raziskavo smo izvedli z uporabo pisnega anketiranja, ki je potekalo od 23. februarja 2022 do 9. maja 2022. Predhodno smo nadzorne in glavne medicinske sestre pisno in ustno seznanili z vsebino in namenom raziskave in jih zaprosili za sodelovanje. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Sledljivost anketirancev smo glede na ustanovo povsem anonimizirali tako, da rezultati po ustanovah niso bili prepoznavni in izpostavljeni strokovni javnosti. Že v vabilu za sodelovanje v anketi, smo poudarili, da bodo podatki uporabljeni izključno za namen magistrskega dela. Raziskavo smo v celoti izvedli v skladu z načeli Kodeksa etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi (2017) in Helsinške deklaracije (2013).

Zaradi epidemiološke situacije, preprečevanja prenosa nalezljive bolezni COVID-19 ter boljše dostopnosti statistične populacije smo na COVID-19 deloviščih za pridobivanje podatkov izvedli še spletno anketiranje, v programu 1KA. Povezavo do raziskave smo poslali nadzorni medicinski sestri v EIT III COVID-19 delovišča, ta pa je nato povezavo posredovala na email naslove zaposlenim v zdravstveni negi v EIT III. Spletna anketa je bila dostopna od 2.3.2022 do 9.5.2022. Anonimnost pri spletnem anketiranju je bila zagotovljena tako, da URL-ji vprašalnikov niso bili individualizirani. Za dodatne informacije in vprašanja jim je bil na voljo naš kontakt.

3.3.5 Obdelave podatkov

Podatke smo statistično obdelali v programu SPSS (verzija 22), s programom MS Excel (verzija 2016). Zanesljivost vprašalnika smo preverili s koeficientom Cronbach α . Izvedli smo opisno statistiko in uporabili osnovne statistične izračune: število oz. vzorec (n), odstotek (%), povprečna vrednost (PV), standardni odklon (SO), minimalno (Min) in maksimalno (Max) vrednost. Porazdelitev podatkov smo preverjali s testom Kolmogorov – Smirnovim, s katerim smo ugotovili, da podatki niso normalno porazdeljeni, zato smo v nadaljevanju uporabili neparametrične statistične teste:

- uporabili smo test Mann – Whitney za ugotavljanje statistično značilnih razlik med povprečnima vrednostma rangov (aritmetična sredina - \bar{x}) dveh spremenljivk z uporabo p-vrednosti;
- za preverjanje povezanosti dveh ordinalnih spremenljivk smo uporabili Spearmanov koeficient korelacije (ρ), ki ga vrednotimo na podlagi naslednje lestvice, ρ : od 0 do +/- 0,19: neznatna povezanost; od +/- 0,2 do +/- 0,39: šibka povezanost; od +/-0,4 do +/- 0,69: zmerna povezanost; od +/- 0,7 do +/- 0,89: močna povezanost; od +/- 0,9 do +/- 1: zelo močna povezanost.

Pri potrjevanju četrte hipoteze smo uporabili linearno regresijo, s katero smo želeli preveriti kako več neodvisnih spremenljivk (depresija, tesnoba, spol, starost, prerazporeditev) vplivajo na odvisno spremenljivko (potreba po promociji duševnega zdravja). Za preverjanje ali je linearna regresija primerna metoda smo uporabili test

Durbin–Watson, ki preverja serijske korelacije med spremenljivkami in mora biti med intervalom 1,5 in 2,5. V nadaljevanju smo uporabili naslednje statistične teste:

- multiplo korelacijo (R) med neodvisnimi in odvisno spremenljivko;
- koeficient R–kvadrat (R^2), s katerim smo ugotovili koliko % variiranja odvisne spremenljivke pojasnjujejo neodvisne spremenljivke,
- test ANOVA, s katerim smo preverili ali je regresijski model statistično pomemben;
- multikolinearnost (VIF), s katero smo ugotovili ali so neodvisne spremenljivke v preveliki korelaciji, pogoj za regresijski model je, da ne obstaja multikolinearnost, ki se jo vrednoti na naslednji način: če je vrednost enaka 1, ni kolinearnosti, vrednost med 1 in 5 pomeni, da gre za zmerno kolinearnost, vrednosti nad 5 pa pomeni visoko kolinearnost;
- nestandardizirani koeficinet (B), s katerim smo ugotovili moč vpliva neodvisne spremenljivke na odvisno;
- standardiziran koeficient (β), s katerim smo ugotovili, kako močno vsaka neodvisna spremenljivka vpliva na odvisno, meri se pa v enotah standardnega odklona.

Za statistično značilne smo upoštevali rezultate na ravni statistične značilnosti (p) 0,05 in manj. Rezultate raziskave smo predstavili v različnih tematskih sklopih, pri čemer so nas vodile zastavljene raziskovalne hipoteze.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati, ki smo jih pridobili z uporabo vprašalnika. Rezultati so predstavljeni po tematskih sklopih in prikazujejo pojavnost depresije, tesnobe in uporabnost strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III v času epidemije COVID-19.

3.4.1 Pojavnost depresije med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III

Ugotovili smo, da je imelo 56,55 % (n = 151) zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III v času epidemije COVID-19 simptome depresije, 30,34 % (n = 81) zaposlenih je imelo blago depresijo, pri 14,23 % (n = 38) zaposlenih zmerno depresijo, pri 9,36 % (n = 25) smo zaznali zmerno hudo depresijo, pri 2,62 % (n = 7) zaposlenih pa smo ugotovili hudo depresijo (tabela 2).

Tabela 2: Pojavnost depresije med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III (PHQ – 9)

PHQ-9 kategorije	n	%
Depresija ni prisotna (0- 4 točk)	116	43,45
Blaga depresija (5- 9 točk)	81	30,34
Zmerna depresija (10– 14 točk)	38	14,23
Zmerno huda depresija (15– 19 točk)	25	9,36
Huda depresija (nad 20 točk)	7	2,62
Skupaj	267	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek.

Glede na ocenjevalno lestvico (PHQ – 9) pri izračunu povprečne vrednosti seštevka točk pri pojavnosti depresije nismo ugotovili bistvenih razlik med ženskim in moškim spolom. Ženske so v povprečju na ocenjevalni lestvici dosegale oceno 6,88 (SO = 5,43), moški pa oceno 6,04 (SO = 5,57), kar pomeni, da so anketiranci v povprečju imeli simptome blage depresije. Anketiranci, ki so v času naše raziskave delali v rdeči coni, izključno s pacienti s COVID-19, so glede na ocenjevalno lestvico dosegali bistveno višje rezultate v seštevku točk za pojavnost depresije (PV = 9,42; SO = 6,25), kot tisti, ki stika s temi pacienti niso imeli (PV = 5,85; SO = 5,14). Povprečna ocena depresije pri prerazporejenih anketirancih je bila 8,18 (SO = 6,17), medtem ko med zaposlenimi, ki niso bili prerazporejeni na drug oddelek in niso delali s pacienti s COVID-19, v večini primerov depresija ni bila prisotna (PV = 4,97; SO = 4,33) (tabela 3).

Tabela 3: Pojavnost depresije glede na spol, delo v rdeči coni in prerazporeditev v COVID-19 EIT III (PHQ-9)

Demografija - Depresija		n	%	PV	SO
Spol	Ženske	221	82,8	6,88	5,43
	Moški	46	17,2	6,04	5,57
	Skupaj	267	100	6,74	5,64
Ali delo, ki ga trenutno opravljate poteka v rdeči coni (s COVID-19 pozitivnimi pacienti)?	Da	67	25,1	9,42	6,25
	Ne	200	74,9	5,85	5,14
	Skupaj	267	100	6,75	5,64
Prerazporeditev in delo s COVID-19 pacienti?	Da	147	55,4	8,18	6,17
	Ne	119	44,6	4,97	4,33
	Skupaj	267	100	6,75	5,64

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Tabela 4 prikazuje doživljanje posameznih simptomov depresije v zadnjih dveh tednih med zaposlenim v zdravstveni negi v EIT III. Izraženost simptomatske depresije med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III je bila v času epidemije COVID-19 nizka (PV = 0,73; SO = 0,5). Najpogosteje sta se med zaposlenimi (n = 122) v zdravstveni negi pojavljala utrujenost in pomankanje energije (PV = 1,53; SO = 0,93). Najmanj izražen simptom depresije med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III sp bile » misli o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil«, na katerega je 88,06 % (n = 236) anketirancev odgovorilo s » sploh ne« (PV = 0,18; SO = 0,54) (tabela 4).

Tabela 4: Doživljanje posameznih simptomov depresije v zadnjih 14 dneh med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III

Vprašalnik o bolnikovem zdravju (PHQ-9)	n	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	Min / Max	PV	SO
Misli o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.	268	236 (88,06 %)	21 (7,84 %)	7 (2,61 %)	4 (1,49 %)	0 - 3	0,18	0,54
Tako upočasnjeno gibanje ali govor, da so drugi ljudje lahko to opazili. Ali nasprotno – velika nervoza in nemir, kot da nimam obstanka.	267	190 (71,16 %)	45 (16,86 %)	27 (10,11 %)	5 (1,87 %)	0 – 3	0,43	0,75
Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/a in da sem razočaran/a sebe ali bližnje.	268	154 (57,46 %)	74 (27,61 %)	28 (10,45 %)	12 (4,48 %)	0 – 3	0,62	0,84
Potrlost, depresivnost, obup.	267	149 (55,81 %)	77 (28,84 %)	36 (13,48 %)	5 (1,87 %)	0 – 3	0,62	0,79
Težave s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije.	268	147 (54,85 %)	83 (30,97 %)	26 (9,70 %)	12 (4,48 %)	0 – 3	0,63	0,83
Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem	268	123 (45,89 %)	91 (33,96 %)	40 (14,93 %)	14 (5,22 %)	0 – 3	0,80	0,89
Slab apetit ali prenajedanje.	264	123 (46,59 %)	83 (31,44 %)	38 (14,39 %)	20 (7,57 %)	0 – 3	0,83	0,95
Težko zaspim, spim slabo; ali spim prekomerno.	268	80 (29,85 %)	101 (37,69 %)	60 (22,39 %)	27 (10,07 %)	0 – 3	1,13	0,95
Utrujenost in pomanjkanje energije	268	29 (10,82 %)	122 (45,52 %)	63 (23,51 %)	54 (20,15 %)	0 – 3	1,53	0,93
Depresija – skupaj*	268	/	/	/	/	0 - 3	0,73	0,5

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Min = minimum; Max = maksimum; 0 = sploh ne, 1 = nekaj dni, 2 = več kot polovico dni, 3 = skoraj vsak dan.

Nekaj več kot polovica anketirancev ($n = 143$; 59,10 %) je poročalo, da navedene težave niso preveč vplivale na delo, skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi (tabela 5).

Tabela 5: Pomen simptomov depresije na delo, skrb za stvari doma in odnose z ljudmi

Depresija	n	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	Min	Max	PV	SO
Vpliv na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi?	242	143 (59,10 %)	75 (30,99 %)	20 (8,26 %)	4 (1,65 %)	0	3	0,52	0,72

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Min = minimum; Max = maksimum; 0 – ne preveč, 1- precej močno, 2 – zelo močno, 3- izredno močno.

3.4.2 Pojavnost tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III

Rezultati naše raziskave, so pokazali, da je imelo v času epidemije COVID-19, 47,56 % ($n= 127$) zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III prisotne simptome tesnobe, od tega jih je imelo 140 (52,44 %) minimalno tesnobo in 14 (5,24 %) hudo tesnobo. (tabela 6).

Tabela 6: Pojavnost tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III (GAD-7)

GAD-7 kategorije	n	%
Minimalna tesnoba (0– 4 točk)	140	52,44
Blaga tesnoba (5– 9 točk)	78	29,21
Zmerna tesnoba (10– 14 točk)	35	13,11
Huda tesnoba (15– 21)	14	5,24
Skupaj	267	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek.

Na podlagi ocenjevalne lestvice (GAD – 7), smo ugotovili minimalne razlike pri pojavnosti tesnobe med ženskim in moškim spolom. Ženske so v povprečju na ocenjevalni lestvici dosegle oceno 5,42 (SO = 4,71), moški pa oceno 4,72 (SO = 5,51), kar pomeni, da so imele ženske v povprečju blago tesnobo, moški pa minimalno tesnobo. Anketiranci, ki so v času naše raziskave delali v rdeči coni, izključno s pacienti s COVID-19, so imeli višjo stopnjo tesnobe (PV = 7,68; SO = 5,82), kot tisti, ki stika s temi pacienti

niso imeli (PV = 4,55; SO = 4,26). Povprečna ocena tesnobe pri prerazporejenih anketirancih je bila 6,65 (SO = 5,48), medtem ko je bila med zaposlenimi, ki niso bili prerazporejeni na drug oddelek in niso delali s pacienti s COVID-19 večinoma prisotna minimalna tesnoba (PV = 3,68; SO = 3,35) (tabela 7).

Tabela 7: Pojavnost tesnobe glede na spol, delo v rdeči coni in prerazporeditev v COVID-19 EIT III (GAD-7)

Demografija- Tesnoba		n	%	PV	SO
Spol	Ženske	221	82,8	5,42	4,71
	Moški	46	17,2	4,72	5,51
	Skupaj	267	100	5,30	4,86
Ali delo, ki ga trenutno opravljate poteka v rdeči coni (s COVID-19 pozitivnimi pacienti)?	Da	67	25,1	7,68	5,82
	Ne	200	74,9	4,55	4,26
	Skupaj	267	100	5,32	4,87
Prerazporeditev in delo s COVID-19 pacienti?	Da	147	55,4	6,65	5,48
	Ne	119	44,6	3,68	3,35
	Skupaj	267	100	5,32	4,87

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Izaženost simptomatske tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III je bila tako kot pri depresiji nizka (PV = 0,73; SO = 0,68). Vznemirjenost in razdražljivost (PV = 0,94; SO = 0,83) sta bili najpogostejša simptoma, najmanj izražen simptom tesnobe pa je bila, nemirnost (da je oseba težko sedela pri miru) (PV = 0,52; SO = 0,77) (tabela 8).

Tabela 8: Doživljanje posameznih simptomov tesnobe v zadnjih 14 dneh med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III

Lestvica generalizirane anksioznosti (GAD-7)	n	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	Min / Max	PV	SO
Tako sem bil/a nemiren/a, da sem težko sedel/a pri miru.	266	166 (62,41 %)	71 (26,69 %)	21 (7,89 %)	8 (3,01 %)	0 – 3	0,52	0,77
Strah me je bilo, da se bo zgodilo nekaj groznega.	266	168 (63,16 %)	69 (25,94 %)	19 (7,14 %)	10 (3,76 %)	0 – 3	0,52	0,79
Nisem mogel/a kontrolirati ali ustaviti zasrbljenosti.	266	136 (51,13 %)	84 (31,58 %)	39 (14,66 %)	7 (2,63 %)	0 – 3	0,70	0,83
Težko sem se sprostil/a.	264	108 (40,91 %)	99 (37,50 %)	44 (16,67 %)	13 (4,92 %)	0 – 3	0,86	0,88

Lestvica generalizirane anksioznosti (GAD-7)	n	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	Min / Max	PV	SO
Počutim se nervozno in/ali zaskrbljeno.	266	93 (34,96 %)	119 (44,74 %)	46 (17,29 %)	8 (3,01 %)	0 – 3	0,89	0,80
Pretirano sem bil/a zaskrbljen/a za različne stvari.	265	98 (36,98 %)	109 (41,13 %)	47 (17,74 %)	11 (4,15 %)	0 – 3	0,90	0,85
Zlahka sem se vznemiril/a, razdražil/a.	265	86 (32,45 %)	123 (46,42 %)	44 (16,60 %)	12 (4,53 %)	0 – 3	0,94	0,83
Tesnoba – skupaj*	267	/	/	/	/	0 – 3	0,73	0,68

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Min = minimum; Max = maksimum; 0 = sploh ne, 1 = nekaj dni, 2 = več kot polovico dni, 3 = skoraj vsak dan.

Več kot polovica anketirancev (n = 130; 55,79 %) meni, da navedene težave niso imele vpliva na delo, skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi, le 5 (2,15 %) pa jih je menilo, da so imele težave izredno močan vpliv (PV = 0,56; SO = 0,71) (tabela 9).

Tabela 9: Pomen simptomov tesnobe na delo, skrb za stvari doma in odnose z ljudmi

Tesnoba	n	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	Min	Max	PV	SO
Vpliv na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi	233	130 (55,79 %)	85 (36,48 %)	13 (5,58 %)	5 (2,15 %)	0	3	0,56	0,71

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Min = minimum; Max = maksimum; 0 – ne preveč, 1 – precej močno, 2 – zelo močno, 3 – izredno močno.

3.4.3 Uporabnost strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III

Ugotovili smo, da so zaposleni v zdravstveni negi v EIT III le včasih uporabljali strategije za krepitev in promocijo duševnega zdravja. Zaposleni v zdravstveni negi v EIT III so se najpogosteje izogibali nezanesljivim informacijam o COVID-19 (PV = 2,82; SO = 1,22), najmanj pa so izvajali sprostivne dejavnosti, kot sta joga in meditacija (PV = 0,88; SO = 1,11) (tabela 10).

Tabela 10: Pogostost uporabe strategij za promocijo duševnega zdravja v zadnjem tednu med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT

III

Strategije za promocijo duševnega zdravja	n	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	Min/ Max	PV	SO
Izvajal/a sprostitvene dejavnosti (primer: joga, meditacija).	266	136 (51,13 %)	66 (24,81 %)	31 (11,65 %)	27 (10,15 %)	6 (2,26 %)	0 - 4	0,88	1,11
Izvajal/a telesne aktivnosti.	265	24 (9,06 %)	82 (30,94 %)	76 (28,68 %)	48 (18,11 %)	35 (13,21 %)	0 - 4	1,96	1,17
Si vzel/a čas za odmor in počitek med izmenskimi delom.	267	9 (3,37 %)	95 (35,58 %)	84 (31,46 %)	55 (20,60 %)	24 (8,99 %)	0 - 4	1,96	1,03
Užival/a zdravo in uravnoteženo prehrano.	267	10 (3,45 %)	71 (26,59 %)	90 (33,71 %)	81 (30,34 %)	15 (5,62 %)	0 - 4	2,07	0,97
Izvajal/a rekreacijske dejavnosti (primer: branje, poslušanje glasbe, gledanje filmov/nadaljevanj).	266	21 (7,90 %)	63 (23,68 %)	81 (30,45 %)	59 (22,18 %)	42 (15,79 %)	0 - 4	2,15	1,18
Izrazil/a lastna čustva in občutke.	267	14 (5,24 %)	68 (25,47 %)	81 (30,34 %)	68 (25,47 %)	36 (13,48 %)	0 - 4	2,16	1,11
Užival/a zadostno količino vode in tekočin.	265	6 (2,26 %)	63 (23,77 %)	91 (34,34 %)	66 (24,91 %)	39 (14,72 %)	0 - 4	2,26	1,05
Vzdrževal/a socialne stike.	267	7 (2,62 %)	52 (19,48 %)	94 (35,21 %)	63 (23,59 %)	51 (19,10 %)	0 - 4	2,37	1,08
Se izogibal/a nezanesljivim informacijam o COVID-19.	267	16 (5,99 %)	27 (10,11 %)	51 (19,10 %)	68 (25,47 %)	105 (39,33 %)	0 - 4	2,82	1,22
Uporaba strategij	268	/	/	/	/	/	0 - 4	2,07	0,74

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Min = minimum; Max = maksimum; 0 = nikoli, 1 = redko kdaj, 2 = večkrat, 3 = pogosto, 4 = vedno.

Rezultati so pokazali, da je uporaba strategij za promocijo duševnega zdravja imela precej močan vpliv na boljše počutje ($PV = 0,94$; $SO = 0,89$) (tabela 11).

Tabela 11: Pomen izvajanja strategij za promocijo duševnega zdravja na boljše počutje

Strategije/ aktivnosti	n	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	Min	Max	PV	SO
Vpliv na vaše boljše počutje	250	90 (36,00 %)	103 (41,20 %)	42 (16,80 %)	15 (6,00 %)	0	3	0,94	0,89

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Min = minimum; Max = maksimum; 0 – ne preveč, 1- precej močno, 2 – zelo močno, 3- izredno močno.

3.4.4 Preverjanje zastavljenih raziskovalnih hipotez

Z uporabo opisne statistike smo naprej izračunali povprečje vseh odgovorov, minimum in maksimum ter standardni odklon.

H1 Obstajajo statistično pomembne razlike v pojavnosti depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III glede na spol, starost in prerazporeditev v enote intenzivne terapije COVID-19.

Prvo hipotezo smo preverjali s tremi sklopi vprašalnika, s sklopom, s katerim smo merili depresijo (PHQ – 9), s sklopom, s katerim smo merili tesnobo (GAD-7) in sklopom demografskih podatkov.

H1a: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z ženskim spolom.

Pri prvi hipotezi nas je zanimalo ali je pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III višja pri ženskem spolu kot pri moškem. Ženske so na ocenjevalni lestvici PHQ-9 imele povprečno oceno 6,88 ($SO = 5,43$), medtem ko so imeli moški povprečno oceno 6,04 ($SO = 6,57$). Ugotovili smo, da je bila za depresijo aritmetična sredina rangov za ženski spol višja ($\bar{x} = 137,71$) kot za moški spol ($\bar{x} = 116,2$), vendar razlike niso bile statistično značilne, saj je vrednost p večja od 0,05 ($U = 4262,5$; $p = 0,084$). Na podlagi izračuna smo prvo pod-hipotezo ovrgli, zato ne moremo trditi, da

je depresija pogostejša pri ženskem spolu med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III (tabela 12).

Tabela 12: Pojav depresije glede na spol

Značilnost	Spol	n	%	PHQ-9 PV	PHQ-9 SO	U	p
Depresija	Ženske	221	82,77	6,88	5,43	4262,5	0,084
	Moški	46	17,23	6,04	6,57		
	Skupaj	267	100	6,74	5,64		

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotek, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, U = Mann Whitney U test; p = statistična značilnost

H1b: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z ženskim spolom.

Ženske so na ocenjevalni lestvici GAD -7 imele povprečno oceno 5,42 (SO = 4,71), medtem ko so imeli moški povprečno oceno 4,72 (SO = 5,51). Ugotovili smo, da je bila za tesnobo aritmetična sredina rangov za ženski spol višja ($\bar{x} = 136,9$) kot za moški spol ($\bar{x} = 116,8$), vendar razlike tudi tu niso bile statistično značilne (U = 4291,5; p = 0,104). Na podlagi izračuna smo tudi drugo pod-hipotezo ovrgli, zato ne moremo trditi, da je pojavnost tesnobe večja pri ženskem spolu (tabela 13).

Tabela 13: Pojav tesnobe glede na spol

Značilnost	Spol	n	%	GAD-7 PV	GAD-7 SO	U	p
Tesnoba	Ženske	221	82,77	5,42	4,71	4291,5	0,104
	Moški	46	17,23	4,72	5,51		
	Skupaj	267	100	5,30	4,86		

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotek, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, U = Mann Whitney U test; p = statistična značilnost

H1c: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z višjo starostjo.

Pri tretji pod-hipotezi nas je zanimalo, ali je večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III značilnejša pri starejših zaposlenih. Ugotovili smo, da ni statistično pomembne povezave med depresijo in starostjo (p = 0,306). Moč povezave je

bila šibka in negativna ($r = -0,063$), torej spremenljivki nista povezani. Tretjo pod – hipotezo smo na podlagi statistične analize ovrgli, zato ne moremo trditi, da je večji pojav depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III povezan z višjo starostjo (tabela 14).

Tabela 14: Pojav depresije glede na starost

Odvisna spremenljivka (vprašalnik PHQ – 9)	Neodvisna spremenljivka	n	Min / Max	PV	SO	Ro	p
Depresija	Starost	267	21 - 59	35,83	9,12	-0,063	0,306

Legenda: n = število odgovorov, Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Ro = Spearmanov koeficient korelacije, p = statistična značilnost

H1č: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z višjo starostjo.

Pri četrti pod-hipotezi nas je zanimalo ali je večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III povezana z višjo starostjo. Ugotovili smo, da ni statistično pomembne povezave med tesnobo in starostjo ($p = 0,358$). Moč povezave med spremenljivkama je bila šibka in negativna ($r = -0,057$). Hipoteze nismo potrdili, zato ne moremo trditi, da je večji pojav tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III povezan z višjo starostjo (tabela 15).

Tabela 15: Pojav tesnobe glede na starost

Odvisna spremenljivka (vprašalnik GAD-7)	Neodvisna spremenljivka	n	Min / Max	PV	SO	Ro	p
Tesnoba	Starost	267	21 - 59	35,83	9,12	-0,057	(0,358)

Legenda: n = število odgovorov, Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Ro = Spearmanov koeficient korelacije, p = statistična značilnost

H1d: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana s prerazporeditvijo v enote intenzivne terapije COVID-19.

Anketiranci, ki so delali neposredno s pacienti s COVID-19 in so bili prerazporejeni v EIT III so imeli več simptomov depresije (PV = 8,18; SO = 6,17), kot tisti, ki niso delali s temi pacienti (PV = 4,97; SO = 4,33). Razlike so statistično značilne, saj je vrednost p manjša od 0,05 (U = 6045,00; p < 0,00) (tabela 16). Na podlagi izračuna smo zato peto pod-hipotezo potrdili. Ugotovili smo, da je pojavnost depresije večja pri zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III, ki so delali neposredno s pacienti s COVID-19 in tistih, ki so bili v času COVID-19 prerazporejeni.

Tabela 16: Pojav depresije glede na prerazporeditev v intenzivno terapijo COVID-19

Značilnost	Delo s COVID-19 pacienti	n	%	PHQ-9 PV	PHQ-9 SO	U	p
Depresija	Da	148	55,43	8,18	6,17	6045,00	≤ 0,001
	Ne	119	44,57	4,97	4,33		
	Skupaj	267	100	6,75	5,64		

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotek, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, U = Mann Whitney U test; p = statistična značilnost

H1e: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana s prerazporeditvijo v enote intenzivne terapije COVID-19.

Anketiranci, ki so delali neposredno s pacienti s COVID-19 in so bili prerazporejeni, so imeli na ocenjevalni lestvici tesnobe (GAD-7) enkrat višje rezultate (PV = 6,65; SO = 5,48), kot tisti ki niso delali s COVID-19 pozitivnimi pacienti in niso bili prerazporejeni (PV = 3,68; SO = 3,35). Razlike so statistično značilne, saj je vrednost p manjša od 0,05 (U = 5994,50; p < 0,001). Na osnovi naših rezultatov smo tudi šesto pod-hipotezo potrdili. Sklepamo, da je pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III, ki delajo neposredno v stiku s pacienti s COVID-19 in tistih, ki so bili v času COVID-19 prerazporejeni na drug oddelek večja pojavnost simptomov tesnobe v primerjavi z

zaposlenimi, ki niso v stiku s pacienti s COVID-19 in v času COVID-19 niso bili prerazporejeni v intenzivno terapijo COVID-19 (tabela 17).

Tabela 17: Pojav tesnobe glede na prerazporeditev v intenzivno terapijo COVID-19

Značilnost	Delo s COVID-19 pacienti	n	%	GAD-7 PV	GAD-7 SO	U	p
Tesnoba	Da	147	55,43	6,65	5,48	5994,50	≤ 0,001
	Ne	119	44,57	3,68	3,35		
	Skupaj	267	100	5,32	4,87		

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotek, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, U = Mann Whitney U test; p = statistična značilnost

Na osnovi naših rezultatov smo pri prvi hipotezi zavrnil podhipotezi, da je večja pojavnost depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III povezana z ženskim spolom in višjo starostjo (tabeli 12 in 13), torej lahko sklepamo, da se simptomi depresije in tesnobe pojavljajo tako pri ženskem in moškem spolu brez pomembnih statističnih razlik. Enako velja za starost, med mlajšimi zaposlenimi se tako kot pri starejših v enaki meri pojavljajo simptomi tesnobe in depresije (tabela 14 in 15). Potrdili pa smo, da je večja pojavnost depresije in tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III povezana s prerazporeditvijo v intenzivno terapijo COVID-19, torej lahko sklepamo, da imajo zaposleni, ki so bili v času COVID-19 prerazporejeni na drug oddelek več simptomov depresije in tesnobe (tabeli 16 in 17).

H2 Obstajajo statistično pomembne razlike v pojavnosti depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III, ki delajo neposredno s COVID-19 pozitivnimi pacienti, v primerjavi s tistimi, ki stika s COVID-19 pozitivnimi pacienti nimajo.

Drugo hipotezo smo preverjali s tremi sklopi vprašalnika, s sklopom, s katerim smo merili depresijo (PHQ – 9), s sklopom, pri katerem smo merili tesnobo (GAD-7) in sklopom demografskih podatkov, kjer smo se osredotočili na vprašanje glede dela v neposrednem stiku s pacienti s COVID-19.

H2a: Pojavnost depresije je večja pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III, ki delajo neposredno s COVID-19 pozitivnimi pacienti, v primerjavi s tistimi, ki stika s COVID-19 pozitivnimi pacienti nimajo.

Na podlagi ocenjevalne lestvice za depresijo (PHQ – 9), smo ugotovili, da so imeli zaposleni v rdeči coni, ki so delali neposredno pacienti s COVID-19 znatno več simptomov depresije (PV = 9,42; SO = 6,25) v primerjavi s tistimi, ki stika s temi pacienti niso imeli (PV = 5,85; SO = 5,14). Razlike so statistično značilne, saj je vrednost p manjša od 0,05 (U = 4443,50; p < 0,001). Na osnovi naših rezultatov smo prvo pod-hipotezo potrdili. Sklepamo, da je pojav depresije večji pri zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III, ki so delali neposredno pacienti s COVID-19, kot pri tistih, ki stika s temi pacienti niso imeli (tabela 18).

Tabela 18: Pojav depresije glede na delo v rdeči coni s pacienti s COVID-19

Značilnost	Ali delo, ki ga trenutno opravljate poteka v rdeči coni (s COVID-19 pozitivnimi pacienti)?	n	%	PHQ-9 PV	PHQ-9 SO	U	p
Depresija	Da	67	25,09	9,42	6,25	4443,50	< 0,001
	Ne	200	74,91	5,85	5,14		
	Skupaj	267	100	6,75	5,64		

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotek, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, U = Mann Whitney U test, p = statistična značilnost

H2b: Pojavnost tesnobe je večja pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III, ki delajo neposredno s COVID-19 pozitivnimi pacienti, v primerjavi s tistimi, ki stika s COVID-19 pozitivnimi pacienti nimajo.

Zaposleni v rdeči coni, ki so delali neposredno s pacienti s COVID-19 so na ocenjevalni lestvici za tesnobo (GAD-7) dosegli višje število točk, kar pomeni, da so imeli več simptomov tesnobe (PV = 7,68; SO = 5,82) v primerjavi s tistimi, ki stika s temi pacienti niso imeli (PV = 4,55; SO = 4,26). Razlike so statistično značilne, saj je vrednost p manjša od 0,05 (U = 4484,000; p < 0,001). Na osnovi naših rezultatov smo drugo pod-hipotezo potrdili. Sklepamo, da je pojav tesnobe večji pri zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III,

ki so delali v rdeči coni, neposredno s pacienti s COVID-19, kot pri tistih, ki stika s temi pacienti niso imeli (tabela 19).

Tabela 19: Pojav tesnobe glede na delo v rdeči coni s pacienti s COVID-19

Značilnost	Ali delo, ki ga trenutno opravljate poteka v rdeči coni (s COVID-19 pozitivnimi pacienti)?	n	%	GAD-7 PV	GAD-7 SO	U	p
Tesnoba	Da	67	25,09	7,68	5,82	4484,00	< 0,001
	Ne	200	74,91	4,55	4,26		
	Skupaj	267	100	5,32	4,87		

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotek, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, U = Mann Whitney U test, p = statistična značilnost

Na osnovi statistične analize smo drugo hipotezo v celoti potrdili. Potrdili smo, da obstajajo statistično pomembne razlike v pojavnosti depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III, ki so delali neposredno s pacienti s COVID-19, v primerjavi s tistimi, ki stika s temi pacienti niso imeli. Zaposleni v zdravstveni negi v EIT III, ki so delali v rdeči coni s COVID-19 pozitivnimi pacienti, so imeli več simptomov depresije in tesnobe v primerjavi, s tistimi, ki niso bili z njimi (tabeli 18 in 19).

H3 Obstajajo statistično pomembne razlike v pojavnosti depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III glede na uporabo strategij/ aktivnosti za promocijo duševnega zdravja.

Pri preverjanju tretje hipoteze smo v statistično analizo vključili tri sklope vprašalnika, sklop glede depresije (PHQ-9), sklop glede tesnobe (GAD-7) in sklop glede strategij/aktivnosti za promocijo duševnega zdravja, z dodatnim vprašanjem kako močno so te strategije vplivale na boljše počutje. Želeli smo preveriti, ali obstajajo statistično pomembne razlike v pojavnosti depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III glede na uporabo strategij/aktivnosti za promocijo duševnega zdravja.

H3a: Večja uporaba strategij/aktivnosti za promocijo duševnega zdravja pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z nižjo pojavnostjo depresije.

Ugotovili smo, da obstaja statistično pomembna povezava med depresijo in uporabo strategij / aktivnosti za promocijo duševnega zdravja ($p < 0,001$). Moč povezave je srednje močna in negativna ($R_o = -0,473$), kar pomeni, da večja kot je bila uporaba strategij / aktivnosti, nižja je bila pojavnost depresije in obratno. Zato smo prvo podhipotezo potrdili. Sklepamo lahko, da je večja uporaba strategij za promocijo duševnega zdravja povezana z nižjo pojavnostjo depresije (tabela 20).

Tabela 20: Pojav depresije glede na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja

Odvisna spremenljivka (vprašalnik PHQ – 9)	Neodvisna spremenljivka	n	R_o	p
Depresija	Uporaba strategij	268	-0,473**	< 0,001

Legenda: n = število odgovorov; R_o = Spearmanov koeficient korelacije; p= statistična značilnost; p** - korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,01$; p* - korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,05$.

H3b: Večja uporaba strategij / aktivnosti za promocijo duševnega zdravja pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z nižjo pojavnostjo tesnobe.

Ugotovili smo, da obstaja statistično pomembna povezava med tesnobo in uporabo strategij/aktivnosti za promocijo duševnega zdravja ($p < 0,001$). Moč povezave je bila v našem primeru srednje močna in negativna ($R_o = -0,407$), kar pomeni, da večja kot je bila uporaba strategij/aktivnosti, nižja je bila pojavnost tesnobe in obratno. Drugo podhipotezo smo potrdili. Sklepamo lahko, da so zaposleni v zdravstveni negi v EIT III, ki so imeli več simptomov tesnobe, manj uporabljali strategije/aktivnosti za promocijo duševnega zdravja (tabela 21).

Tabela 21: Pojav tesnobe glede na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja

Odvisna spremenljivka (vprašalnik GAD-7)	Neodvisna spremenljivka	n	Ro	p
Tesnoba	Uporaba strategij	267	-0,407**	< 0,001

Legenda: n = število odgovorov; Ro = Spearmanov koeficient korelacije; p= statistična značilnost; p**- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,01$; p*- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,05$.

H3c: Večja uporaba strategij / aktivnosti za promocijo duševnega zdravja pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III je povezana z boljšim počutjem.

Ugotovili smo, da obstaja statistično pomembna povezava med boljšim/dobrim počutjem in uporabo strategij/aktivnosti za promocijo duševnega zdravja ($p = 0,045$). Moč povezave je bila majhna in pozitivna ($Ro = 0,127$), kar pomeni, da večja kot je bila uporaba strategij/aktivnosti, boljše je bilo počutje anketirancev in obratno. Tretjo pod – hipotezo smo potrdili. Sklepamo lahko, da so se zaposleni v zdravstveni negi v EIT III, ki so uporabljali več strategij/aktivnosti za promocijo duševnega zdravja, boljše počutili (tabela 22).

Tabela 22: Pomen uporabe strategij za promocijo duševnega zdravja na boljše počutje

Odvisna spremenljivka (Vprašalnik – strategije za promocijo duševnega zdravja)	Neodvisna spremenljivka (Kako močno so te trditve vplivale na vaše boljše počutje?)	n	Ro	p
Uporaba strategij	Boljše počutje	250	0,127*	< 0,001

Legenda: n = število odgovorov; Ro = Spearmanov koeficient korelacije; p= statistična značilnost; p**- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,01$; p*- korelacija je statistično značilna pri $p \leq 0,05$.

Tretjo hipotezo smo glede na našo statistično analizo v celoti potrdili. Potrdili smo, da obstajajo statistično pomembne razlike v pojavnosti depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III glede na uporabo strategij/aktivnosti za promocijo duševnega zdravja. Ugotovili smo, da so imeli zaposleni v zdravstveni negi v EIT III, ki so v večji meri uporabljali strategije/aktivnosti za promocijo duševnega

zdravja, manj simptomov tesnobe in depresije in so se boljše počutili (tabele 20, 21 in 22).

H4 Večjo potrebo po uporabi strategij za promocijo duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III lahko razložimo z dejavniki, kot so: pojavnost depresije, pojavnost tesnobe, spol, starost, prerazporeditev v intenzivno terapijo COVID-19.

Pri preverjanju četrte hipoteze smo z linearno regresijsko analizo skušali ugotoviti, kako na uporabo strategij, ki promovirajo duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III vplivajo naslednji dejavniki: pojavnost depresije, pojavnost tesnobe, spol, starost ter prerazporeditev v intenzivno terapijo COVID-19. Multipla korelacija med neodvisnimi spremenljivkami in odvisno spremenljivko je znašala $R = 0,442$, kar kaže na zmerno povezanost. Vrednost R kvadrat je bila $R^2 = 0,196$, kar pomeni, da z vsemi neodvisnimi spremenljivkami pojasnimo 19,6 % variance, kar je dokaj malo. Torej obstaja 80,4 % drugih dejavnikov, ki so vplivali na odvisno spremenljivko. Statistično pomembna dejavnika za oceno potreb po uporabi strategij za promocijo duševnega zdravja sta bili depresija ($p = 0,009$) in starost ($p < 0,001$). Ugotovili smo, da če se je depresija povečala za eno enoto se je uporaba strategij zmanjšala za $b = 0,037$ enote. Na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja je depresija vplivala negativno ($\beta = -0,278$), pri statistično značilnem vplivu $p = 0,009$. Ugotovili smo, da če se je starost povečala za eno leto se je uporaba strategij zmanjšala za $b = 0,020$ enote. Na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja je starost vplivala negativno ($\beta = -0,237$) pri statistično značilnem vplivu $p < 0,001$. Drugi dejavniki niso statistično značilno vplivali na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja, zato četrte hipoteze ne moremo v celoti potrditi. Rezultati so podrobneje predstavljeni v tabeli 23.

Tabela 23: Vpliv dejavnikov na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja

Neodvisne spremenljivke	b	SE	β	p	VIF	R	R^2
Depresija	-0,037	0,014	-0,278	0,009	3,569		
Tesnoba	-0,020	0,016	-0,138	0,192	3,585		
Spol	0,017	0,111	0,009	0,875	1,036		

Neodvisne spremenljivke	b	SE	β	p	VIF	R	R ²
Starost	-0,020	0,005	-0,237	< 0,001	1,037	0,442	0,196
Ali ste v času COVID-19 bili prerazporejeni na drug oddelek?	0,018	0,088	0,012	0,840	1,129		

Legenda: b = nestandardiziran koeficient; SE = standardna napaka; β = standardiziran koeficient; p = statistična značilnost; VIF = multikolinearnost; R = multipla korelacija, R² = R kvadrat – varianca

Na podlagi naših rezultatov smo potrdili, da depresija negativno vpliva na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III, torej lahko sklepamo, da bi se, če bi povečali uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja, simptomi depresije zmanjšali. Potrdili smo tudi, da je višja starost negativno vplivala na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III, torej lahko sklepamo, da je bila uporaba strategij za promocijo duševnega zdravja pogostejša pri mlajših anketirancih kot pri starejših. Vendar ne moremo trditi, da dejavniki (pojavnost tesnobe, spol in prerazporeditev) vplivajo na uporabo strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III.

3.5 RAZPRAVA

Z našo raziskavo smo ugotovili, da je epidemija COVID-19 vsekakor posegla v zdravje zaposlenih v zdravstveni negi. Čeprav je bila izraženost simptomatske depresije (tabela 2) in tesnobe (tabela 6) pri zaposlenih sicer nizka, ugotavljamo, da jih ima več kot polovica težave v duševnem zdravju, medtem ko ne moremo trditi, da simptomov depresije in tesnobe zaposleni niso imeli že pred epidemijo COVID-19, saj je bila naša raziskava izvedena v preseku enega časa. Večina anketiranih je bila ženskega spola (tabela 1), kar smo v raziskavi tudi pričakovali, saj zdravstvena nega zaradi specifičnosti svojega dela že ves čas velja za poklic ženskega spola (Zupanc Gril, 2016). Večina zaposlenih je imelo višješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo (tabela 1), kar smo zaradi težavnosti dela tudi pričakovali, saj je delo v EIT III po kategorizaciji najzahtevnejšo in so zanj potrebni strokovno znanje in kompetence. V obdobju izvedene raziskave večina

anketirancev ni več delala v rdeči coni oz. izključno s pacienti s COVID-19 (tabela 1), kar je posledično lahko vplivalo na manjšo izraženost simptomatske depresije in tesnobe kot smo pričakovali, jih je bila pa nekaj več kot polovica v času epidemije COVID-19 prerazporejena na drug oddelek oz. enoto (tabela 1).

Ugotovili smo, da ima več kot polovica zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III simptome depresije (tabela 2). Najpogosteje izraženi simptomi depresije med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III, ki so se pojavljali vsaj nekaj dni v zadnjih dveh tednih, so bili utrujenost in pomanjkanje energije ter težave s spanjem (tabela 4). Najmanj izražen simptom depresije med zaposlenimi pa so bile misli o smrti ali samopoškodovanju (tabela 4). V Sloveniji so v drugem valu COVID-19 avtorice Patricija Kerč, Nina Krohne, dr. Tanja Šraj Lebar in mag. Mateja Štirn prišle do podobnih rezultatov, ko so ugotovile, da se med zaposlenimi v zdravstvu najpogosteje pojavljajo utrujenost in pomanjkanje energije ter težave s spanjem (NIJZ, 2021a). Simptomi so bili najizrazitejši pri zaposlenih v zdravstveni negi, čeprav ugotavljajo, da je bila izraženost simptomatske depresije sicer nizka (NIJZ, 2021a). Tudi v naši raziskavi smo ugotovili, da je bila izraženost simptomatske depresije nizka (tabela 4), vendar pri podrobnem pregledu rezultatov ugotavljamo, da je več kot polovica zaposlenih imela vsaj blage simptome depresije (tabela 2). Čeprav ugotavljamo, da navedene težave pri polovici zaposlenih niso preveč vplivale na delo, skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi (tabela 5). Tuji avtorji (Kim, et al., 2020) so ugotovili, da so ti simptomi bistveno pogostejši kot v času pred pandemijo COVID-19, enako so na Portugalskem ugotovili Sampaio in sodelavci (2020). To predpisujemo dolgemu prilagajanju in številnim ukrepom, ki so korenito posegli v osnovne življenjske potrebe po medsebojnih odnosih in druženju ter družinski podpori. Spremembe so bile tako velike, da so pri marsikom presegle njegovo zmožnost prilagajanja. Kim in sodelavci (2020) opažajo, da je karantena oziroma izolacija zaposlenih v zdravstveni negi pozitivno povezana z zmerno do visoko stopnjo depresije. Zaposleni v zdravstveni negi, ki so bili izolirani od doma in domačih (predvsem prostovoljno, da ne bi okužili svojih najbližjih), so navajali višjo stopnjo depresije, tesnobe in stresa, njihov strah pred okužbo pa je postal še večji (Sampaio, et al., 2020). Do podobnih sklepov je prišel tudi Wasim s sodelavci (2020), ki so ugotovili, da je imela več kot polovica zaposlenih v zdravstvu simptome depresije, največ simptomov so

zaznali med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III, izstopala je nespečnost, ki je bila pogostejša pri manj izobraženih delavcih, kar je posledica slabšega znanja o bolezni COVID-19 in njihovi usposobljenosti. Enako so poročali Heesakkers in sodelavci (2021) na Nizozemskem, kjer so ugotovili, da je eden izmed glavnih dejavnikov tveganja pojava simptomov depresije, tesnobe, posttravmatske stresne motnje in utrujenosti med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT nezadostno število usposobljenih delavcev. Poleg nezadostnega števila usposobljenih delavcev je med dejavniki tveganja za pojav simptomov depresije in tesnobe izstopal strah pred okužbo s COVID-19 (Moradi, et al., 2020; Sampaio, et al., 2020; Saracoglu, et al., 2020; Ezzat, et al., 2021; Heesakkers, et al., 2021; Sampaio, et al., 2021; Wozniak, et al., 2021). Saracoglu in sodelavci (2020) ugotavljajo, da je bil strah pred okužbo s COVID-19 višji med zaposlenimi v intenzivni terapiji III in zaposlenimi v zdravstveni negi kot pri drugih. Na slovenskih tleh so v drugem valu epidemije COVID-19 avtorice (NIJZ, 2021a) ugotovile, da pri večini anketirancev, zaposlenih v zdravstvu, prevladujeta strah pred okužbo bližnjih in delo v stresnih okoliščinah. Obremenjujejo jih tudi spremenjen obseg dela, strah pred negotovo prihodnostjo in ločenost od družine. Avtorji (Sampaio, et al., 2021) menijo, da je izbruh COVID-19 takoj vplival na duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi, vendar opažajo tudi pojav psihološke prilagoditve skozi čas. Nasprotno so Buselli in sodelavci (2020) ugotovili, da raven simptomov depresije v času pandemije ni bil nič višji od tistih, ki so jih zaznali med rednimi zdravstvenimi pregledi zaposlenih pred pandemijo. Skrb vzbujajoč podatek v naši raziskavi je bil ta, da kar 11,73 % zaposlenih v zdravstveni negi razmišlja o smrti oziroma samopoškodovanju (tabela 4). Do podobnih rezultatov so prišli v Veliki Britaniji Greenberg in sodelavci (2021) v raziskavi, v kateri je sodelovalo 709 zdravstvenih delavcev, od tega jih je bilo 49 % zaposlenih v zdravstveni negi. Med njimi so bile duševne težave tudi najizrazitejše, poročali so, da je kar 13 % zaposlenih izrazilo, da bi bilo bolje, da bi bili mrtvi oz. so razmišljali o samopoškodbi.

V naši raziskavi smo ugotovili, da ima skoraj polovica zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III simptome tesnobe (tabela 6). Najbolj izraženi simptomi tesnobe med zaposlenimi so bili hitra vznemirjenost in razdražljivost, pretirana zaskrbljenost, občutek nervoznosti in zaskrbljenosti ter težave s sprostitvijo (tabela 8). Najmanj izraženi simptomi tesnobe med zaposlenimi pa so bili nemirnost, strah pred tem, da bi se zgodilo nekaj groznega,

težave pri samonadzoru in zaskrbljenost (tabela 8). Nekaj več kot polovica anketirancev je menila, da navedene težave niso preveč vplivale na njihovo delo, skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi (tabela 9). Heesakkers in sodelavci so med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III ugotovili, da je polovica anketiranih našla ustrezno ravnovesje med službenim in zasebnim življenjem, vendar so kljub temu pri polovici zaposlenih ugotovili, da so razmere v službi negativno vplivala nanje in njihovo zasebno življenje, čeprav jih je kar 96,8 odstotka ob tem čutilo podporo svoje družine in bližnjih. V ZDA so Kim in drugi (2020) ugotovili, da je delo s pacienti s COVID-19 pozitivno povezano z visoko stopnjo tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi. Visoko stopnjo tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi ocenjujejo tudi Wasim in sodelavci (2020) v Pakistanu ter Buselli in sodelavci (2020) v Italiji. Tuji avtorji (Crowe, et al., 2021) duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi v intenzivni terapiji ocenjujejo kot slabo, saj jih ima več kot polovica simptome depresije, še bolj izpostavljena pa sta tesnoba in stres. Crowe in sodelavci (2021) ugotavljajo, da so bili za povečanje tesnobe med zaposlenimi v zdravstveni negi kriva predvsem hitro spreminjajoča se politika in informacije glede bolezni COVID-19 ter nejasna navodila glede varne oskrbe pacientov s COVID-19. Številni tuji avtorji (Karanikola, et al., 2012; Taghinejad, et al., 2014; Pan, et al., 2020; Ezzat, et al., 2021; Wozniak, et al., 2021) navajajo, da so ženske v zdravstveni negi bolj nagnjene k depresiji in tesnobi kot moški. Giudice in sodelavci (2022) menijo, da so ženske na splošno ustrežljivejše ter občutijo večjo psihično obremenitev v primeru kriznih razmer kot je COVID-19, zaradi svoje vloge v svetu (materinstvo, središče družine, vloga negovalke) (Kissel, et al., 2023). Tudi v naši raziskavi ugotavljamo, da sta depresija (tabela 12) in tesnoba (tabela 13) pri ženskah sicer pogostejši, vendar razlike med spoloma niso bile statistično značilne. Menimo, da smo v naši raziskavi do drugačnega izida prišli, zaradi manjšega števila moških vključenih v raziskavo. Pravtako nismo ugotovili nobenih razlik v pojavnosti depresije (tabela 14) in tesnobe (tabela 15) med zaposlenimi v zdravstveni negi v EIT III glede na starost. Dernovšek in sodelavci (2020) menijo, da so med splošnim prebivalstvom starejši ljudje bolj nagnjeni k razvoju depresije, ki jo povezujejo predvsem z osamljenostjo, dolgčasom ter strahom pred umiranjem in smrtjo. Ezzat in sodelavci (2021) so raziskavo izvedli v sedmih državah po svetu in ugotovili, da imajo starejši zdravstveni delavci v EIT III več simptomov depresije in tesnobe. Nasprotno so ugotovili Giudice in sodelavci (2022), saj menijo, da so bili

mlajši odrasli v času COVID-19 ranljivejši, saj so bili bolj prizadeti zaradi uvedenih ukrepov in omejitev, kot so socialna distanca, izolacija in karantena. To dokazuje tudi porast samomorov med mlajšimi odraslimi v času pandemije COVID-19. Enako so ugotovili tudi Talevi in sodelavci (2020) ter Kissel in sodelavci (2023).

Ugotovili smo, da sta prerazporejanje zaposlenih v zdravstveni negi in delo s pacienti s COVID-19 pomembna dejavnika tveganja depresije in tesnobe. Izsledki naše raziskave kažejo, da je pojavnost depresije in tesnobe večja pri zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III, ki so bili prerazporejeni v intenzivno terapijo COVID-19 (tabeli 16 in 17), prav tako sta depresija in tesnoba pogostejši pri zaposlenih, ki so delali neposredno s pacienti s COVID-19 (tabela 18 in 19). Ezzat in sodelavci (2021) so ugotovili, da je velika večina zdravstvenih delavcev, ki so bili prerazporejeni v COVID-19 EIT III občutila podporo javnosti, več kot polovica pa jih je občutila velik strah pred okužbo s COVID-19. Zaposleni, ki so dlje časa preživljali v zaščitni opremi, zaposleni v zdravstveni negi, ženske, starejši in prerazporejeni delavci so na lestvicah merjenja nespečnosti, simptomov depresije in postravmatske stresne motnje imeli višje rezultate. Velik izziv na Švedskem je bilo zagotavljanje ustreznega števila usposobljenih delavcev za delo s pacienti s COVID-19 v EIT III. Zaposleni v zdravstveni negi, ki so bili prerazporejeni v enote intenzivne terapije COVID-19 iz drugih bolnišničnih oddelkov, so se običajno počutili premalo usposobljene in izkušene, obenem pa so se počutili negotove in osamljene, medtem ko so zaposleni, ki so bili izkušeni na področju intenzivne terapije, občutili še večjo delovno obremenitev zaradi uvajanja novih in prerazporejenih delavcev v delo (Bergman, et al., 2021). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi San Juan in sodelavci (2021), ki so poleg tega izpostavili tudi oteženo komunikacijo zaradi nepoznavanja drugih zaposlenih in uporabe osebne varovalne opreme. Nasprotno so ugotovili Sampaio in sodelavci (2020), da prerazporeditev na drugo delovno mesto oz. enoto v času pandemije COVID-19 ni vplivala na višjo stopnjo depresije, tesnobe ali stresa. Te ugotovitve so namreč v nasprotju s teorijami (Suryavanshi, et al., 2020; Crowe, et al., 2021), da strah pred neznanim povečuje stopnjo tesnobe in depresije. V naši raziskavi smo ugotovili, da so zaposleni, ki so delali neposredno s pacienti s COVID-19, na ocenjevalni lestvici za depresijo (PHQ-9) in tesnobo (GAD-7) dosegali skoraj dvakrat višje rezultate v pojavnosti depresije in tesnobe v primerjavi s tistimi, ki stika s temi pacienti niso imeli

(tabeli 18 in 19). Saracoglu in sodelavci (2020) ugotavljajo, da je stopnja depresije bistveno višja pri zaposlenih v intenzivni terapiji III kot na drugih bolnišničnih oddelkih, medtem ko pri zdravstvenih delavcih, ki so delali s pacienti s COVID-19, in tistimi, ki niso bili v stiku z njimi, bistvenih razlik v stopnji depresije niso odkrili. Menimo, da je delo v enotah intenzivne terapije samo po sebi dovolj stresno zaradi samih pogojev dela in preobremenjenosti zaposlenih v zdravstveni negi, kar posledično vodi v slabo telesno in duševno zdravje. Na osnovi naših rezultatov menimo, da je posebno pozornost treba nameniti zaposlenim v zdravstveni negi, ki so bili prerazporejeni v enote intenzivne terapije COVID-19, saj navajajo več simptomov depresije in tesnobe v primerjavi s tistimi, ki niso bili prerazporejeni v enote intenzivne terapije COVID-19. Zaposlene v zdravstvu je treba bolje usposobiti za morebitne nove krizne situacije ali pandemije ter prevzeti odgovornost za njihovo počutje in duševno zdravje. To pomeni, da je vključevanje intervencij za promocijo zdravja na delovnem mestu nujno potrebno, enako velja za uvajanje promocijskih programov, ki so holistični, na primer programi čuječnosti in joga ter sprehodi v naravi, ki ugodno vplivajo na zmanjševanje stresa, izgorelosti in drugih duševnih motenj. Vodstvo je pri ustvarjanju zdravega delovnega okolja bistvenega pomena, nadzorne in timske medicinske sestre so lahko vzor za zdrav življenjski slog in zagovornice sprememb sistema tako, da prepoznajo ovire v delovnem okolju, ki bi zaposlenim onemogočale zdrav življenjski slog. Več podpore je treba nameniti tudi tistim zaposlenim, ki so poslani v neznano okolje in še nimajo potrebnega znanja in niso navajeni urnikov in procesa dela.

V naši raziskavi smo ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi v EIT III le včasih uporabljajo strategije za promocijo duševnega zdravja (tabela 10). Enako ugotavljajo tuji avtorji (Ross, et al., 2017; Mazurek Melnyk, et al., 2021), ki menijo, da so zaposleni v zdravstveni negi dobro usposobljeni na področju promocije zdravja, vendar sami ne dosegajo dobrega duševnega in telesnega zdravja. Anketiranci v naši raziskavi so se najpogosteje izogibali nezanesljivim informacijam o COVID-19, vzdrževali socialne stike ter uživali dovolj vode in in drugih vrst tekočine. Izogibanje informacijam o COVID-19 se je izkazalo kot zelo učinkovit zaščitni dejavnik pred simptomi tesnobe in depresije. Pan in sodelavci (2020) so v raziskavi med zaposlenimi v zdravstvu ugotovili, da so tisti, ki so preverjali novice o COVID-19 več kot 10-krat na dan, dosegali višje

rezultate pri pojavu simptomov depresije in tesnobe kot tisti, ki so novice spremljali le 3 do 10-krat na dan. Turan in Hemsirelik Bölümü (2020) menita, da je ustrezna družbena podpora dober zaščitni dejavnik, ki preprečuje spremembe v duševnem zdravju. Glede na epidemiološke razmere v Sloveniji omejevalni ukrepi (gibanje na prostem, druženje s prijatelji in družino, omejitev prehajanja občin) v času naše raziskave niso bili več tako strogi kot na začetku epidemije, zato menimo, da je bilo vzdrževanje socialnih stikov med najpogosteje izbranimi strategijami posledica časa, v katerem je raziskava potekala, čeprav moramo omeniti, da so v drugem valu epidemije v Sloveniji zaposleni v zdravstvu kot glavni vir pomoči pri spopadanju s stisko prav tako navedli pogovor s prijatelji, družino ali znanci (NIJZ, 2021a). Ugotovili smo, da so naši anketiranci najmanj uporabljali sprostitvene dejavnosti, kot sta joga in meditacija, bili so redko so bili telesno aktivni in si niso vzeli dovolj časa za odmor in počitek med izmenskim delom (tabela 10). Pri pregledu literature Ross in sodelavci (2017) ugotavljajo, da zaposleni v zdravstveni negi običajno ne sledijo priporočenim smernicam za promocijo duševnega zdravja. Mazurek Melnyk in sodelavci (2021) ugotavljajo, da zaposleni v zdravstveni negi ne dosegajo priporočene dnevne telesne aktivnosti. Pinho in sodelavci (2021a) so med zaposlenimi v zdravstveni negi, ki so delali izključno s pacienti s COVID-19 ugotovili, da je bila ocena tesnobe bistveno nižja pri tistih, ki so uporabljali strategije, kot so telesna aktivnost in sprostitvene dejavnosti. V drugi raziskavi so Pinho in drugi (2021b) ugotovili, da se zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije v primerjavi z zaposlenimi na drugih področjih, bolj zdravo prehranjujejo, zaužijejo dovolj vode, uporabljajo sprostitvene in rekreacijske tehnik, vzdržujejo socialne stike ter izražajo svoja čustva in občutke. Tuji avtorji (Lan, et al., 2014; Mealer, et al., 2017; Ross, et al., 2017; Lu, et al., 2019; Pan, et al., 2020; Suryavanshi, et al., 2020) menijo, da čuječnost, joga in druge sprostitvene tehnike ugodno vplivajo na duševno zdravje. V nasprotju z našo raziskavo so v slovenski raziskavi (NIJZ, 2021a) ugotovili, da so si zaposleni v zdravstvu v drugem valu epidemije COVID-19 pogosto stisko lajšali s telesno dejavnostjo ali branjem in poslušanjem (zvočnih) knjig. Z našo raziskavo smo ugotovili, da je pri anketirancih, ki so uporabljali več strategij za promocijo duševnega zdravja, nižja pojavnost depresije (tabela 20) in tesnobe (tabela 21). Pinho in sodelavci (2021b) so ugotovili, da je uporaba strategij za promocijo duševnega zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi v času epidemije COVID-19 pomembno povezana s simptomi depresije,

tesnobe in stresa. Izsledki njihove raziskave (Pinho, et al., 2021b) kažejo, da zdravo prehranjevanje in telesna aktivnost znižujeta stopnjo tesnobe in stresa. Tudi drugi avtorji (Wozniak, et al., 2021) menijo, da je zdravstveno osebje v EIT III bolj nagnjeno k slabim prehranjevalnim navadam, slabemu spanju in večjemu uživanju alkohola. Avtorji (Pinho, et al., 2021b) ugotavljajo, da imajo zaposleni v zdravstveni negi, ki delajo na področju duševnega zdravja, veliko manj simptomov depresije, tesnobe in stresa v primerjavi z zaposlenimi, ki ne delajo na področju duševnega zdravja, kar pripisujejo visoki stopnji znanja s področja duševnega zdravja in samozavedanja. Menijo (Pinho, et al., 2021b), da so te kompetence pripomogle k spopadanju z neugodnimi in nepričakovanimi razmerami kot je COVID-19, zaradi česar so tudi odpornejši, ne le pri zagotavljanju promocije duševnega zdravja pacientov, temveč tudi pri lastni skrbi za duševno zdravje. Čeprav smo v naši raziskavi ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi v EIT III le redko uporabljajo strategije za promocijo duševnega zdravja (tabela 10), so izsledki naše raziskave pokazali, da so zaposleni, ki so uporabljali več strategij za promocijo duševnega zdravja, navajali boljše počutje (tabela 22). Kljub pozitivnim učinkom uporabe strategij San Juan in sodelavci (2021) ugotavljajo, da še vedno niso povsem prilagojene pogojem dela zaposlenih v zdravstveni negi, saj jih zaposleni ne uporabljajo predvsem zaradi utrujenosti in izčrpanosti, pomankanja prostega časa in nestabilnega urnika. V naši raziskavi sta na večjo potrebo po uporabi strategij za promocijo duševnega zdravja vplivala dva ključna dejavnika (tabela 23). To sta bila bili depresija in starost. Ocenjujemo, da je potreba po promociji duševnega zdravja in uporabi strategij za promocijo duševnega zdravja višja pri zaposlenih, ki imajo simptome depresije, saj se je uporaba strategij izkazala kot učinkovita metoda za zmanjševanje simptomov depresije (tabela 23). Čeprav so Pinho in sodelavci (2021a) na Portugalskem ugotovili, da sta depresija in stres znatno nižja pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki so uporabljali skoraj vse strategije za promocijo duševnega zdravja, ugotavljajo tudi, da se stopnja depresije po šestih mesecih uporabe strategij za promocijo duševnega zdravja in od začetka epidemije COVID-19 med zaposlenimi v zdravstveni negi ni bistveno razlikovala. Menimo, da je bila raziskava narejena v prekratnem časovnem razmiku, da bi lahko uporabljene strategije za promocijo duševnega zdravja vplivale na pojavnost depresije. Enako ugotovljamo pri starejših anketirancih, pri katerih ocenjujemo, da je potreba po uporabi strategij za promocijo duševnega zdravja večja. To sovпада s tujo literaturo, v

kateri avtorji (Sampaio, et al., 2020; Ezzat, et al., 2021) navajajo, da so starejši zaposleni v zdravstveni negi bolj nagnjeni k depresiji in tesnobi. Čeprav mi razlik v pojavnosti depresije in tesnobe med mlajšimi in starejšimi zaposlenimi v zdravstveni negi nismo zasledili (tabeli 14 in 15), menimo, da s starostjo upadeta tako telesna kot miselna zmogljivost, spremeni se doživljanje samega sebe (samopodoba), pojavijo se lahko različne telesne oviranosti, kronične bolezni in duševne težave, zato sta za starejše značilnejši obolevnost in manjša uporaba strategij za promocijo duševnega zdravja kot pri mlajših generacijah. Ross in sodelavci (2017) menijo, da strategije in vedenje, ki promovirajo zdravje kot so telesna aktivnost, zdrava prehrana, obvladovanje stresa, dobre spalne navade, zdravi odnosi, ne povečujejo le osebne odpornosti in ne izboljšujejo le duševnega zdravja in boljšega počutja, ampak so ključnega pomena tudi za telesno zdravje in zaustavitev porasta debelosti in z debelostjo povezanih bolezni, ki trenutno pestijo cel svet.

3.5.1 Prednosti in omejitve raziskave

Naša raziskava ima prednost v tem, da podaja oceno duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije III in ugotavlja potrebo po promociji duševnega zdravja v dveh največjih terciarnih ustanovah v Sloveniji. V svetovnem merilu naša raziskava dodatno opozarja na pomen promocije duševnega zdravja, zlasti v času kriznih razmer kot je COVID-19, in njenem vplivu na duševno zdravje predvsem ranljivih skupin, kot so zdravstveni delavci. V prvem in drugem valu epidemije COVID-19 so precej poročali o stiskah zdravstvenih delavcev, zato kot prednost naše raziskave vidimo tudi časovni okvir, v katerem je bila izvedena raziskava, saj se je takrat o bolezni COVID-19 že veliko vedelo. Na podlagi tega lahko spremljamo prilagoditve skozi čas in primerjamo našo raziskavo z raziskavami, izvedenimi na začetku epidemije COVID-19. Uporabljeni vprašalniki so standardizirani in psihometrično preverjeni v več raziskavah. Prednost vprašalnika vidimo tudi v njegovi vsebini, ki zajema oceno pojavnosti depresije in tesnobe ter potrebo po promociji duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi na podlagi uporabe strategij za promocijo duševnega zdravja. Z rezultati naše raziskave lahko ugotovimo, kakšne posledice je zares pustila epidemija COVID-19. Kot zelo veliko prednost vidimo tudi preprostost in dolžino vprašalnika. Njegova pomanjkljivost je ta, da

nima dodatnega sklopa ali vprašanja o potrebah po promociji duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi, ki bi nam ponudil natančno oceno. Ena izmed omejitev raziskave je nižja stopnja odziva, kot smo pričakovali, kar lahko pomeni pristranskost izida. Nižjo odzivnost, kot smo pričakovali, lahko pripisujemo prav sami epidemiji COVID-19 (zaradi ukrepov v zdravstvu in posledično slabše dostopnosti do posameznih oddelkov zlasti v intenzivnih terapijah COVID-19), kjer vprašalnikov nismo smeli osebno razdeliti zaradi preprečevanja prenosa okužbe in smo zato poleg pisnega anketiranja uporabili še spletno anketiranje. Pri teh opažamo, da je bilo pri reševanju veliko več manjkajočih odgovorov kot pri reševanju pisnega vprašalnika. Guyot in sodelavci (2023) neodzivnost ocenjujejo s splošnimi značilnostmi raziskovane populacije. Ugotovili so, da se bodo osebe z nizkimi dohodki, nizko stopnjo izobrazbe, nižjo ali višjo starostjo, osebe iz neurejenih okolij in s težavami v duševnem zdravju manj verjetno odzvale na raziskavo. Med omejitve raziskave vključujemo tudi pristranskost odgovorov. Pristranskost Fadnes in sodelavci (2009) definirajo kot katerokoli gibanje v zbirki, analizi, interpretaciji, objavi ali pregledu podatkov, ki lahko vodi do ugotovitev raziskave in je sistematično drugačen od resnice. Anketiranci so lahko tudi v naši raziskavi odgovarjali na osnovi subjektivnega dojetja resničnosti, ki ni skladno z dejanskim stanjem, oz. so odgovorili z odgovorom, ki je za družbo najbolj sprejemljiv. Fadnes in sodelavci (2009) menijo, da se takšne naključne napake običajno izničijo če je vzorec dovolj velik. V slovenskem okolju smo po nam dostopnih podatkih našli le eno podobno raziskavo (NIJZ, 2021a) naši, ki je bila izvedena na zaposlenih v zdravstvu med drugim valom epidemije COVID-19, vendar tesnoba ni bila raziskana. Nismo pa našli nobene podobne raziskave naši, ki bi bila izvedena v enotah intenzivne terapije III, zato primerjava in ovrednotenje v tem primeru nista bila mogoča. Naša raziskava je bila izvedena v petem in šestem valu epidemije COVID-19, ko se je epidemiološko stanje po svetu in Sloveniji nekoliko umirjalo, zmanjševalo se je število pacientov v COVID-19 EIT III, pritisk na zaposlene v zdravstveni negi ni bil več tako velik, zaposleni so se vračali na svoje matične oddelke, strah pred neznanim ni bil več tako izrazit, kot je bil na začetku epidemije COVID-19, vendar nam je kljub temu omogočila vpogled v duševno zdravje zaposlenih in posledice, ki jih je na njih pustila epidemija COVID-19. Menimo, da bi bilo priporočljivo, da bi se tovrstna raziskava izvajala tudi v obdobju po epidemiji COVID-19, saj bi le tako lahko izbrane kazalnike spremljali v času ter hkrati opazovali

uspešnost vpeljanih programov za promocijo duševnega zdravja in drugih ukrepov ter jih med seboj primerjali. V raziskavi ugotavljamo tudi nesorazmeren vzorec glede na spol, saj je v raziskavi sodelovalo več žensk, kar je lahko vplivalo na določene rezultate. Ne nazadnje v raziskavi nismo uporabili vseh podatkov, ki so nam bili na voljo, npr. stopnje pridobljene izobrazbe, ki v našem primeru ni bil dovolj relevanten pokazatelj, saj so skoraj vsi anketiranci imeli visoko oziroma višješolsko izobrazbo, zato primerjava ne bi bila smiselna. Prav tako v raziskavi nismo uporabili podatka o delovni dobi, ki bi sicer lahko ponudil boljšo interpretacijo in primerjavo v pojavnosti depresije in tesnobe med tistimi, ki imajo več delovnih izkušenj.

4 ZAKLJUČEK

Zaposleni v zdravstveni negi v EIT III so zaradi večjega obsega dela in večje izpostavljenosti dejavnikom tveganja posebej ranljiva skupina. Ogroženost njihovega zdravja, tako telesnega kot duševnega, se je zaradi pandemske izčrpanosti močno povečala, kar je bil pričakovan in naraven odziv na dolgotrajno javnozdravstveno krizo. V magistrskem delu smo ugotovili, da se pri polovici zaposlenih v zdravstveni negi v EIT III pojavljata vsaj blaga tesnoba in blaga depresija. Pojavnost depresije je nekoliko bolj izražena kot pojavnost tesnobe. V raziskavi ugotavljamo, da sta pomembna dejavnika, ki vplivata na večjo potrebo po uporabi strategij za promocijo duševnega zdravja, depresija in starost. Obenem menimo, da je treba večjo pozornost nameniti tudi prerazporejenim delavcem, zaposlenim, ki delajo v neposrednem stiku s pacienti s COVID-19 in tistim, ki ne uporabljajo strategij za promocijo duševnega zdravja. V raziskavi ugotavljamo, da so strategije izredno pomembne za izboljšanje počutja. Zavedamo se, da promocija duševnega zdravja ni zadeva le posameznika, temveč zahteva strukturne spremembe v zdravstvu in politiki.

Na podlagi pregleda literature in izsledkov naše raziskave ugotavljamo, da je ne glede na epidemiološke razmere, promocija duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi močno potrebna. V naši raziskavi zato predlagamo (1) večji poudarek in ozaveščanje o trenutni politiki in praksi, ki bi pripomogli k boljši pripravi v primeru morebitnih ponovnih pandemij in izbruhov novih nalezljivih bolezni, (2) celovit pristop, ki zahteva sodelovanje promotorjev zdravja z najranljivejšimi skupinami tako na klinični kot izobraževalni ravni, (3) reševanje politike zaposlovanja z namenom preprečevanja preobremenjenosti delavcev in izgorelosti ter odhajanja zaposlenih v zdravstveni negi iz javnega sektorja ter ciljem zagotoviti boljšo, varno in bolj kakovostno zdravstveno nego pacientov, (4) zagotoviti ustrezno znanje s področja promocije duševnega zdravja vsem zaposlenim v zdravstveni negi (morebiti v modul licence za diplomirane medicinske sestre vključiti obvezno izobraževanje o promociji duševnega zdravja), (5) izpostaviti smernice za izboljšanje promocije duševnega zdravja in narediti poudarek na uporabnosti strategij za promocijo duševnega zdravja ter (6) opolnomočenje zaposlenih v zdravstveni negi za prevzemanje aktivne vloge pri reševanju kriznih dogodkov v prihodnje z uporabo

strategij za promocijo duševnega zdravja. Naša raziskava je pripomogla k pomembni oceni stanja duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji in potreb po promociji duševnega zdravja. Raziskava je podlaga za nadaljnje raziskovalno delo na področju duševnega zdravja, zlasti v obdobju po epidemiji COVID-19 in spodbuja k oblikovanju ustreznih promocijskih programov za zaposlene v zdravstveni negi.

5 LITERATURA

Akbarzadeh, H., Khezri, H.D., Mahmudi, G., Jahani, M.A., Tahmasebi, H. & Emami Zeydi, A., 2014. Sleep quality among iranian nurses working in intensive care units versus general wards: A cross-sectional study. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), pp. 930-935.

Antonovsky, A., 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), pp. 11-18.

Bandyopadhyay, S., Baticulon, R.E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D.K., Badereddin, Y., Kamath, A., Arathi Parepalli, S., Brown, G., Iharchane, S., Gandino, S., Markovic - Obiago, Z., Scott, S., Manirambona, E., Machhada, A., Aggarwal, A., Benazaize, L., Ibrahim, M., Kim, D., Tol, I., Taylor, E.H., Knighton, A., Bbaale, D., Jasim, D., Alghoul, H., Reddy, H., Abuelgasim, H., Saini, K., Sigler, A., Abuelgasim, L., Moran-Romero, M., Kumarendran, M., Abu Jamie, N., Ali, O., Sudarshan, R., Dean, R., Kisyova, R., Kelzang, S., Roche, S., Ahsan, T., Mohamed, Y., Maqhawe Dube, A., Paidá Gwini, G., Gwokyalá, R., Brown, R., Papon, M.R.K., Li, Z., Sun Ruzats, S., Charuvila, S., Peter, N., Khalidy, K., Moyo, N., Alser, O., Solano, A., Robles-Perez, E., Tariq, A., Gaddah, M., Kolovos, S., Muchemwa, F.C., Saleh, A., Gosman, A., Pinedo-Villanueva, R., Jani, A. & Khundkar, R., 2020. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *British Medical Journal Global Health*, 5(12), pp. 1-11.

Bergman, L., Falk, A.C., Wolf, A. & Larsson, I.M., 2021. Registered nurses experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in Critical Care Journal*, 2021(26), pp. 467-475.

Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., Bertelloni, C.A., Massimetti, G., Dell'Osso, L., Cristaudo, A. & Carmassi, C., 2020. Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), pp. 1-12.

Caillet, A., Coste, C., Sanchez, R. & Allaouchiche, B., 2020. Psychological impact of COVID-19 on ICU caregivers. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 39(6), pp. 717-722.

Ceballos-Vásquez, P., Rolo-González, G., Hernández-Fernaund, E., Díaz-Cabrera, D., Paravic-Klijn, T. & Burgos-Moreno, M., 2015. Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), pp. 315-322.

Çelik, S., Taşdemir, N., Kurt, A., İlgezdi, E. & Kubalas, Ö., 2017. Fatigue in intensive care nurses and related factors. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 8(4), pp. 199-206.

Chigwedere, O.C., Sadath, A., Kabir, Z. & Arensman, E., 2021. The impact of epidemics and pandemics on the mental health of healthcare workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), pp. 1-35.

Crowe, S., Howard, A.F., Vanderspank Wright, B., Gillis, P., McLeod, F., Penner, C. & Haljan, G., 2021. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63(1), pp. 1-8. 10.1016/j.iccn.2020.102999.

DeMartini, J., Patel, G. & Fancher, T.L., 2019. Generalized anxiety disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7), pp. 1-16. 10.7326/AITC201904020.

Dernovšček Hafner, N., 2021. Psihološka podpora zaposlenim v UKC Ljubljana v času pandemije covid-19. *Zdravniški Vestnik*, 90(7-8), pp. 15-17.

Dernovšek, M.Z., Sedlar Kobe, N. & Furman, L., 2020. *Psihoedukativna delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo: primer dobre prakse na področju duševnega zdravja*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Ezzat, A., Li, Y., Holt, J. & Komorowski, M., 2021. The global mental health burden of COVID-19 on critical care staff. *British Journal of Nursing*, 30(11), pp. 634-642. 10.12968/bjon.2021.30.11.634.

Fadnes, L., Taube, A. & Tylleskär, T., 2009. How to identify information bias due to self-reporting in epidemiological research. *The Internet Journal of Epidemiology*, 7(2), pp. 1-10.

Fry, D. & Zask, A., 2017. Applying the Ottawa Charter to inform health promotion programme design. *Health Promotion International*, 32(5), pp. 901-912.

Gilmour, H., 2014. Positive mental health and mental illness. *Health Reports*, 25(9), pp. 3-9.

Giudice, V., Iannaccone, T., Faiella, F., Ferrara, F., Aversano, G., Coppola, S., Chiara, E., Romano, M.G., Conti, V. & Filippelli, A., 2022. Gender differences in the impact of COVID-19 pandemic on mental health of Italian academic workers. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4), pp. 1-11.

Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V. & Fong, K., 2021. Mental health of staff working in intensive care during COVID-19. *Occupational Medicine*, 71(2), pp. 1-6. 10.1093/occmed/kqaa220.

Guyot, M., Pelgrims, I., Aerts, R., Keune, H., Remmen, R., De Clercq, E.M., Thomas, I. & Vanwambeke, S.O., 2023. Non-response bias in the analysis of the association between mental health and the urban environment: a cross-sectional study in Brussels, Belgium. *Archives of Public Health*, 81(129), pp. 1-10.

Heesakkers, H., Zegers, M., M.C. van Mol, M. & Boogaard, M., 2021. The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2021(65), pp. 1-6.

Isa, K.Q., Ibrahim, M.A., Abdul-Manan, H.H., Mohd-Salleh, Z.A., Abdul-Mumin, K. & Rahman, H.A., 2019. Strategies used to cope with stress by emergency and critical care nurses. *British Journal of Nursing*, 28(1), pp. 1-6.

Jelenko Roth, P. & Dernovšek, M.Z., 2011. *Generalizirana anksiozna motnja*. [online] Available at: https://www.karakter.si/media/1240/gam-_mylan.pdf [Accessed 14 October 2021].

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. & Roškar, S., eds. 2009. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Kamenšek, T., Fošnarič, M. & Žibert, J., 2021. Vloga epidemiološkega modeliranja COVID-19 v zdravstvenem sistemu. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), pp. 72-75. 10.14528/snr.2021.55.2.3091.

Kavčič, V. & Podlesek, A., 2020. Samoocena anksioznosti med epidemijo COVID-19 v Sloveniji. In: Ž. Lep & K. Hacin Beyazoglu, eds. *Psihologija pandemije: Posamezniki in družba v času koronske krize*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, pp. 105-116.

Keyes, C.L.M., 2014. Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In: G.F. Bauer & O. Hämmig, eds. *Bridging occupational, organizational and public health*. s.l.: Springer Dordrecht, pp. 179-192.

Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K. & Ilic, D., 2015. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), pp. 652-666.

Kim, S.C, Quiban, C., Sloan, C. & Montejano, A, 2020. Predictors of poor mental health among nurses during COVID-19 pandemic. *Nursing Open*, 8(2), pp. 900-907.

Kissel, K., Filipek, C. & Jenkins, J., 2023. Impact of the COVID-19 pandemic on nurses working in intensive care units: A scoping review. *Critical Care Nurse*, 43(2), pp. 55-63.

Kodeks etike zaposelnih v zdravstveni negi in oskrbi, 2017. Uradni list Republike Slovenije št. 13.

Konec Juričič, N., Roškar, S. & Jelenko Roth, P., eds. 2016. Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika: Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni. Prva izdaja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Kraiss, J., Redelinghuys, K. & Weiss, L.A., 2022. The effects of psychological interventions on well-being measured with the mental health continuum: a meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 2022(23), pp. 3655–3689.

Kroenke, K., Spitzer, R. & Williams, J., 2001. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), pp. 606-613.

Labrague, L.J. & De los Santos, J.A., 2020. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*, 28(7), pp. 1653-1661.

Lan, H.K., Subramanian, P., Rahmat, N. & Kar, P.V, 2014. The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(3), pp. 22-31.

Liu, Q., Hea, H., Yanga, J., Fenga, X., Zhaoa, F. & Lyu, J., 2019. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the global burden of disease study. *Journal of Psychiatric Research*, 126(1), pp. 134-140.

Lu, F., Xu, Y., Yu, Y., Peng, L., Wu, T., Wang, T., Liu, B., Xie, J., Xu, S. & Li, M., 2019. Moderating effect of mindfulness on the relationships between perceived stress and

mental health outcomes among chinese intensive care nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 2019(10), pp. 1-12.

Maina, G., Mauri, M. & Rossi, A., 2016. Anxiety and depression. *Journal of Psychopathology*, 2016(22), pp. 236-250.

Manoilov, M., ed. 2010. *Osnove metodologije in statistike*. Nova Gorica: Zavod novo znanje.

Marx, W., Manger, S.H., Blencowe, M., Murray, G., YanYee Ho, F., Lawn, S., Blumenthal, J.A., Schuch, F., Stubbs, B., Ruusunen, A., Demelash Desyibelew, H., Dinan, T.G., Jacka, F., Ravindran, A., Berk, M. & O'Neil, A., 2022. Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder: World federation of societies for biological psychiatry (WFSBP) and australasian society of lifestyle medicine (ASLM) taskforce. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 24(5), pp. 1-54.

Mavsar Najdenov, B., 2011. Bolnik v enoti intenzivne terapije. *Farmacevtski vestnik*, 2011(62), pp. 249-250.

Mazurek Melnyk, B., Tan, A., Pavan Hsieh, A., Gawlik, K., Arslanian-Engoren, C., Braun, L.C., Dunbar, S., Dunbar-Jacob, J., Lewis, L.M., Millan, A., Orsolini, L., Robbins, L.B., Russell, C.L., Tucker, S. & Wilbur, J., 2021. Critical care nurses physical and mental health, worksite wellness support and medical errors. *American Journal of Critical Care*, 30(3), pp. 176-184. 10.4037/ajcc2021301.

McCartney, C., Popham, F., McMaster, R. & Cumbers, A., 2019. Defining health and health inequalities. *Public Health*, 2019(172), pp. 22-30.

Mittelmark, M.B. & Bauer, G.F., 2017. The Meanings of Salutogenesis. In: Mittelmark, M.B, Sagar, S., Eriksson, M., Bauer, G.F., Pelikan, J.M., Lindström, B. & Arild Espnes,

G., eds. *The Handbook of Salutogenesis*. Zürich: Springer International Publishing, pp. 7-19.

Mittelmark, M.B. & Bauer, G.F., 2022. Salutogenesis as a theory, as an orientation and as the sense of coherence. In: Mittelmark, M.B., Bauer, G.F. Vaandrager, L., Pelikan, J.M., Sagy, S., Eriksson, M., Lindström, B. & Meier Magistretti, C., eds. *The Handbook of Salutogenesis: second edition*. Zürich: Springer International Publishing, pp. 11-17.

Mealer, M., Hodapp, R., Conrad, D., Dimidjian, S., Rothbaum, B.O. & Moss, G.M., 2017a. Designing a resilience program for critical care nurses. *Advanced Critical Care*, 28(4), pp. 1-10.

Mealer, M., Jones, J. & Meek, P., 2017b. Factors affecting resilience and development of posttraumatic stress disorder in critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 26(3), pp. 184-192.

Mjøsund, N.H., Eriksson, M., Norheim, I., Keyes, C.L.M., Espnes, G.A. & Vinje, H.F., 2015. Mental health as perceived by persons with mental disorders – an interpretative phenomenological analysis study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 17(4), pp. 215-233. 10.1080/14623730.2015.1039329.

Moradi, Y., Baghaei, R., Hosseingholipour, K. & Mollazadeh, F., 2020. Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), pp. 1-10. 10.1111/jonm.13254.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021a. *Ocena potreb po psihosocialni podpori v drugem valu epidemije COVID-19*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021b. *Raziskava o doživljanju epidemije COVID-19 med študenti*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021c. *Avstralska modifikacija desete revizije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM, verzija 6)*. [online] Available at: <https://nijz.si/podatki/klasifikacije-in-sifranti/mkb-10-am-verzija-6/> [Accessed 7 June 2023].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022. *O duševnem zdravju*. [online] Available at: <https://nijz.si/zivljenjski-slog/dusevno-zdravje/o-dusevnem-zdravju/> [Accessed 29 September 2023].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023. *Dnevno spremljanje okužb s SARS-Cov-2 (covid-19)*. [online] Available at: <https://nijz.si/nalezljive-bolezni/koronavirus/dnevno-spremljanje-okuzb-s-sars-cov-2-covid-19/> [Accessed 29 September 2023].

Nowrouzi-Kia, B., Sithamparanathan, G., Nadesar, N., Gohar, B. & Ott, M., 2021. Factors associated with work performance and mental health of healthcare workers during pandemics: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health*, 44(6), pp. 1-9. 10.1093/pubmed/fdab173.

Nutbeam, D. & Muscat, D.M., 2021. Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), pp. 1578-1598.

Özçakar, N., Kartal, M., Mert, H. & Güldal, D., 2015. Healthy living behaviors of medical and nursing students. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), pp. 536-542.

Pan, X., Xiao, Y., Ren, D., Xu, Z.M., Zhang, Q., Yang, L.Y., Liu, F., Hao, Y.S., Zhao, F. & Bai, Y.H., 2020. Prevalence of mental health problems and associated risk factors among military healthcare workers in specialized COVID-19 hospitals in Wuhan, China: A cross-sectional survey. *Asia Pacific Psychiatry*, 14(1), pp. 1-8. 10.1111/appy.12427

Patel, J.S., Oh, Y., Rand, K.L., Wu, W., Cyders, M.A., Kroenke, K. & Stewart, J.C., 2019. Measurement invariance of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) depression

screener in U.S. adults across sex, race/ethnicity, and education level: NHANES 2005-2016. *Depress Anxiety*, 36(9), pp. 813–823. 10.1002/da.22940.

Pinho, L.G., Correia, T., Sampaio, F., Sequeira, C., Teixeira, L., Lopes, M.J. & Fonseca, C., 2021a. The use of mental health promotion strategies by nurses to reduce anxiety, stress, and depression during the COVID-19 outbreak: A prospective cohort study. *Environmental Research*, 2021(195), pp. 1-8. 10.1016/j.envres.2021.110828.

Pinho, L.G., Sampaio, F., Sequeira, C., Teixeira, L., Fonseca, C. & Lopes, M.J., 2021b. Portuguese nurses stress, anxiety, and depression reduction strategies during the COVID-19 outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), pp. 1-11.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018 – 2028 (ReNPDZ18-28), 2018. Uradni list Republike Slovenije št. 92/07.

Ross, A., Bevans, M., Brooks, A., Gibbons, S. & Wallen, G., 2017. Nurses and health-promoting behaviors: Knowledge may not translate into self-care. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 105(3), pp. 1-14.

Ručigaj, B., 2017. *Medprofesionalno sodelovanje v enoti intenzivne terapije: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Ryff C.D., 2014. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), pp. 10-28.

Saint Ongea, J.M. & Kruege, P.M., 2017. Health lifestyle behaviors among U.S. adults. *Social Science & Medicine: Population Health*, 3(2017), pp. 89-98. 10.1016/j.ssmph.2016.12.009.

Sampaio, F., Sequeira, C. & Teixeira, L., 2020. Nurses mental health during the Covid-19 outbreak: A cross-sectional study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(10), pp. 783-787.

Sampaio, F., Sequeira, C. & Teixeira, L., 2021. Impact of COVID-19 outbreak on nurses mental health: A prospective cohort study. *Environmental Research*, 194(2021), pp. 1-7. 10.1016/j.envres.2020.110620.

San Juan, N.V., Aceituno, D., Djellouli, N., Sumray, K., Regenold, N., Syversen, A., Mulcahy Symmons, S., Dowrick, A., Mitchinson, L., Singleton, G. & Vindrola Padros, C., 2021. Mental health and well-being of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK: contrasting guidelines with experiences in practice. *British Journal of Psychiatry Open*, 7(15), pp. 1-9.

Santos Tito, R., Pavan Baptista, P.C., José da Silva, F. & Andres Felli, V.E., 2017. Mental health problems among nurse in paediatric cardiac intensive care. *British Journal of Nursing*, 26(15), pp. 870-873.

Saracoglu, K.T, Simsek, T., Kahraman, S., Bombaci, E., Sezen, Ö., Saracoglu, A. & Demirhan, R., 2020. The psychological impact of COVID-19 disease is more severe on intensive care unit healthcare providers: A cross-sectional study. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 18(4), pp. 607-615. 10.9758/cpn.2020.18.4.607.

Shevlin, M., Butter, S., McBride, O., Murphy, J., Gibson Miller, J., Hartman, T.K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A.P., McKay, R., Stocks, T.V.A., Bennett, K.M., Hyland, P., Vallieres, F., Valiente, C., Vazquez, C., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., Bertamini, M., Panzeri, A., Bruno, G., Granzio, U., Mignemi, G., Spoto, A., Vidotto, G. & Bentall, R.P., 2022. Measurement invariance of the patient health questionnaire (PHQ-9) and generalized anxiety disorder scale (GAD-7) across four european countries during the COVID-19 pandemic. *BioMed Central psychiatry*, 154, pp. 1-9.

- Smith Fawzi, M., Ngakongwa, F., Liu, Y., Rutayuga, T., Siril, H., Somba, M. & Kaaya, S.F., 2019. Validating the Patient health questionnaire-9 (PHQ-9) for screening of depression in Tanzania. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 2019(31), pp. 9-14.
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. & Löwe, B., 2006. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), pp. 1092-1097. 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Stein, M.B. & Sareen, J., 2015. Generalized anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine*, (2015)21, pp. 2059–2068.
- Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhumal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., Cox, S.R. & Gupte, N., 2020. Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain and Behavior*, 10(11), pp. 1–12. 10.1002/brb3.1837.
- Svalastog, A.L., Donev, D., Jahren Kristoffersen, N. & Gajović, S., 2017. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal*, (2017)58, pp. 431-435. 10.3325/cmj.2017.58.431.
- Swapnil, B., Harshali, R. & Snehal, C., 2016. Prevalence of low mental health among nurses in medical intensive care units. *International Journal of Contemporary Medical Research*, 3(8), pp. 2444-2447.
- Škrbina, V. & Zorc, J., 2016. Gibalna aktivnost pri diplomiranih medicinskih sestrah, ki opravljajo enoizmensko in večizmensko delo. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(3), pp. 193-206.
- Taghinejad, H., Suhrabi, Z., Kikhavani, S., Jaafarpour, M. & Azadi, M., 2014. Occupational mental health: A study of work-related mental health among clinical nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(9), pp. 1-3.

Tajvar, A., Saraji, G.A., Ghanbarnejad, A., Omidi, L., Seyed Hosseini, S.S. & Salehi Sahl Abadi, A., 2015. Occupational stress and mental health among nurses in a medical intensive care unit of a general hospital in Bandar Abbas in 2013. *Electronic physician*, 7(3), pp. 1108-1113. 10.14661/2015.1108-1113.

Talevi, D., Socci, V., Cara, M., Carnaghi, G., Falri, S., Trebbi, E., Di Bernatdo, A., Capelli, F. & Pacitti, F., 2020. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), pp. 137-144.

Tančič Grum, A., Poštuvan, V. & Roškar S., 2010. *Spregovorimo o depresiji in samomori med starejšimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Temiz, G. & Isil, O., 2018. Factors affecting healthy life style behaviors in adolescents; eating disorders: A systematic review. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), pp. 1352-1361.

Thompson, S.R., Watson, M.C. & Tilford, S, 2018. The Ottawa Charter 30 years on: still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education*, 56(2), pp. 73-84.

Turan, N.D. & Hemşirelik Bölümü, G.A., 2020. Examination of the psychological changes in nurses due to workload in an intensive care unit: a mixed method study. *Contemporary Nurse*, 56(2), pp. 171-184.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2021. *Letno poročilo 2020*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2022. *Letno poročilo 2021*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Univerzitetni klinični center Maribor, 2021. *Letno poročilo 2020*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor.

Univerzitetni klinični center Maribor, 2022. *Letno poročilo 2021*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor.

Zupanc Gril, T., 2016. *Moški v tradicionalno ženskih poklicih – poklic zdravstvenika in diplomiranega zdravstvenika: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za varnostne vede.

Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P. & Parkkonen J., 2017. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(5), pp. 505-514.

Wasim, T., Raana, G., Bushra, N. & Riaz, A., 2020. Effect of COVID-19 pandemic on mental wellbeing of healthcare workers in tertiary care hospital. *Annals of King Edward Medical University*, (2020)26, pp. 140-144.

Wilberg, A., Saboga-Nunes, L. & Stock, C., 2019. Are we there yet? Use of the Ottawa Charter action areas in the perspective of European health promotion professionals. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, (2019)29, pp. 1-7.

World Health Organization, 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: WHO.

World Health Organization, 2020. *Mental Health and Psychosocial Considerations during the COVID-19 Outbreak*. [pdf] World Health Organization. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV_MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Accessed 19 September 2021].

World Medical Association Declaration of Helsinki, 2013. *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. [pdf] JAMA. Available at: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [Accessed 14 October 2021].

World Health Organization, 2022. *Mental health*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Accessed 4 August 2023].

World Health Organization, 2022. *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. [online] World Health Organization. Available at: [https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide#:~:text=In%20the%20first%20year%20of,Health%20Organization%20\(WHO\)%20today](https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide#:~:text=In%20the%20first%20year%20of,Health%20Organization%20(WHO)%20today.). [Accessed 8 October 2023].

World Health Organization, 2023. *WHO Coronavirus (Covid-19) dashboard*. [online] World Health Organization. Available at: <https://covid19.who.int/> [Accessed 8 October 2023].

Wozniak, H., Benzakour, L., Moullec, G., Buetti, N., Nguyen, A., Corbaz, S., Roos, P., Vieux, L., Suard, J.C., Weissbrodt, R., Pugin, J., Pralong, J.A. & Cereghetti, S., 2021. Mental health outcomes of ICU and non-ICU healthcare workers during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *Annals of Intensive care*, 11(106), pp. 1-10. 10.1186/s13613-021-00900-x.

Yifan, T., Ying, L., Chunhong, G., Jing, S., Rong, W., Zhenyu, L., Zejuan, G. & Peihung, L., 2020. Symptom cluster of ICU nurses treating COVID-19 pneumonia patients in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), pp. 48-53.

6 PRILOGE

6.1 VPRAŠALNIK

Spoštovani,

sem Diana Avdić, diplomirana medicinska sestra in študentka magistrskega študijskega programa Promocija zdravja na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Pri spoprijemanju z epidemijo COVID-19 se zaposleni v zdravstveni negi soočamo z ogromnimi izzivi na področju zdravstvene nege. Izpostavljeni smo potencialnemu tveganju okužbe in tveganju pojava tesnobe in težav v duševnem zdravju, ki so povezane z našim delom. Tudi sama delo trenutno opravljam v enoti intenzivne terapije s pacienti s COVID-19 in imam ob tem različne občutke. Zdravstveni delavci imamo pomembno vlogo pri zagotavljanju zdravja prebivalcev, vendar je pomembno, da prevzamemo odgovornost tudi za svoje zdravje. V sklopu magistrskega dela bom opravila raziskavo z naslovom » *Ocena potreb po promociji duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi v enotah intenzivne terapije v obdobju epidemije COVID-19 – presečna raziskava v dveh terciarnih ustanovah v Sloveniji*«, pod mentorstvom doc. dr. Branka Bregarja.

Z vprašalnikom, ki je pred vami, bomo pridobili pomembne podatke, zato vas vljudno prosim, da odgovorite na zastavljena vprašanja. Vprašalnik je prostovoljen in anonimen. Podatki, ki bodo pridobljeni, bodo uporabljeni izključno za namen magistrskega dela.

Izpolnjevanje vprašalnika vam bo vzelo približno 10 minut časa. Za morebitna dodatna vprašanja pa sem vam na voljo na e-naslovu: dianavdic@gmail.com.

Za sodelovanje se vam iskreno zahvaljujem.

Diana Avdić, dipl. m. s.

V spodnjih tabelah so nanizane trditve, ki se nanašajo na simptome depresije in tesnobe. Na 4 stopenjski Likert-ovi lestvici ustrezno obkrožite, koliko časa v zadnjih dveh tednih je bil posamezen simptom prisoten. V kolikor simptom v zadnjih dveh tednih ni bil prisoten obkrožite številko **0 – Sploh ne**. V primeru, da ste v zadnjih dveh tednih občutili katerega od navedenih simptomov, ustrezno obkrožite številko koliko časa je bil simptom prisoten, torej **1 – Nekaj dni**, **2 – Več kot polovico dni** ter **3 – Skoraj vsak dan**.

1. Kako pogosto so vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

Vprašalnik o bolnikovem zdravju (PHQ-9)	Sploh ne	Nekaj dni	Več kot polovico dni	Skoraj vsak dan
Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3
Potrtnost, depresivnost, obup.	0	1	2	3
Težko zaspim, spim slabo; ali spim prekomerno	0	1	2	3
Utrujenost in pomanjkanje energije	0	1	2	3
Slab apetit ali prenajedanje.	0	1	2	3
Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/a in da sem razočaral/a sebe ali bližnje.	0	1	2	3
Težave s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije.	0	1	2	3
Tako upočasnjeno gibanje ali govor, da so drugi ljudje lahko to opazili. Ali nasprotno – velika nervoza in nemir, kot da nimam obstanka.	0	1	2	3
Misli o tem, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev ali da bi si nekaj hudega naredil.	0	1	2	3

2. Če ste označili katerokoli od težav navedenih zgoraj, navedite, kako močno so te težave vplivale na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi? (obkrožite ustrezno številko pod vašim odgovorom)

Ne preveč	Precej močno	Zelo močno	Izredno močno
0	1	2	3

3. Kako pogosto so vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

Lestvica generalizirane anksioznosti (GAD-7)	Sploh ne	Nekaj dni	Več kot polovico dni	Skoraj vsak dan
Počutim se nervozno in/ali zaskrbljeno.	0	1	2	3
Nisem mogel/a kontrolirati ali ustaviti zaskrbljenosti.	0	1	2	3
Težko sem se sprostil/a.	0	1	2	3
Pretirano sem bil/a zaskrbljen/a za različne stvari.	0	1	2	3
Tako sem bil/a nemiren/a, da sem težko sedel/a pri miru.	0	1	2	3
Zlahka sem se vznemiril/a, razdražil/a.	0	1	2	3
Strah me je bilo, da se bo zgodilo nekaj groznega.	0	1	2	3

4. Če ste označili katerokoli od težav navedenih zgoraj, navedite, kako močno so te težave vplivale na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi? (obkrožite ustrezno številko pod vašim odgovorom)

Ne preveč	Precej močno	Zelo močno	Izredno močno
0	1	2	3

- 5. Kako pogosto ste v preteklem tednu izvajali naslednje aktivnosti?** (Na 5 – stopenjski Likertovi lestvici označite številko za vsako trditev posebej, kako pogosto ste v zadnjem tednu izvajali navedeno strategijo / aktivnost, kjer 0 pomeni – nikoli, 1 – redko kdaj, 2 – včasih, 3 – pogosto, 4 – vedno.)

Strategije za promocijo duševnega zdravja	Nikoli	Redko kdaj	Včasih	Pogosto	Vedno
Si vzel/a čas za odmor in počitek med izmenskimi deli.	0	1	2	3	4
Užival/a zdravo in uravnoteženo prehrano.	0	1	2	3	4
Užival/a zadostno količino vode in tekočin.	0	1	2	3	4
Izvajal/a telesne aktivnosti.	0	1	2	3	4
Izvajal/a sprostitvene dejavnosti (primer: joga, meditacija).	0	1	2	3	4
Izvajal/a rekreacijske dejavnosti (primer: branje, poslušanje glasbe, gledanje filmov/nadaljevanj).	0	1	2	3	4
Vzdrževal/a socialne stike.	0	1	2	3	4
Izrazil/a lastna čustva in občutke.	0	1	2	3	4
Se izogibal/a nezanesljivim informacijam o COVID-19.	0	1	2	3	4

- 6. Če ste označili katerokoli od trditev navedenih zgoraj, navedite, kako močno so te trditve vplivale na vaše boljše počutje?** (obkrožite ustrezno številko pod vašim odgovorom)

Ne preveč	Precej močno	Zelo močno	Izredno močno
0	1	2	3

SOCIO-DEMOGRAFSKI PODATKI

Prosim da na spodnja vprašanja odgovorite tako, da obkrožite črko pred ustreznim odgovorom.

1. Spol:

a) Ženski

b) Moški

2. Starost (napišite leta): _____ let

3. Delovna doba (napišite leta): _____ let

4. Stopnja izobrazbe :

a) 3 – letna poklicna izobrazba

b) Srednješolska izobrazba

c) Višješolska ali visokošolska strokovna izobrazba

d) Magisterij ali doktorat

5. Ali delo, ki ga trenutno opravljate poteka v rdeči coni (izključno s COVID-19 pozitivnimi pacienti)?

a) DA

b) NE

6. Ali ste v času COVID-19 bili pre razporejeni na drug oddelek?

a) DA

b) NE