



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
PROMOCIJA ZDRAVJA

**SAMOOCENA UČINKOVITOSTI DELA
REFERENČNIH MEDICINSKIH SESTER PRI
DELU S PACIENTI Z NENALEZLJIVIMI
KRONIČNIMI BOLEZNIMI**

**SELF-ASSESSMENT OF THE
EFFECTIVENESS OF THE WORK OF
REFERENCE NURSES IN WORKING WITH
PATIENTS WITH NON-COMMUNICABLE
CHRONIC DISEASES**

Mentorica: red. prof. dr. Danica Rotar Pavlič
Somentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Monika Bergant Jamnik

Ljubljana, september, 2023

ZAHVALA

Najprej izrekam posebno zahvalo za svoj čas, pripravljenost za pomoč, usmeritve, koristne napotke, spodbudo in dobro voljo tekom pisanja magistrskega dela somentorju doc. dr. Branku Bregarju. Bilo mi je v veselje delati z vami. Prav tako gre zahvala mentorici prof. dr. Danici Rotar Pavlič za vse usmeritve, hitro odzivnost in dobro voljo. Hvala tudi obema recenzentkama, doc. dr. Sedinu Kalender Smajlović in prof. dr. Antoniji Poplas Susič, za pripravljenost in pomoč. Hvala tudi lektorici Hani Jagodic, dipl. slovenistki in zgodovinarici, za odlično opravljeno delo. Iskrena zahvala vsem udeležencem raziskave, ki so pomembno vplivali na zastavljene cilje, ki smo jih dosegli z magistrskim delom. Na koncu pa bi se rada zahvalila moji veliki družini, ki me je spodbujala in mi stala ob strani, ter mojemu možu Roku za vso podporo in izrečene besede, ki so mi dajale moč in pogum za vztrajanje. Neizmerno sem vam hvaležna.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V boju proti kroničnim nenalezljivim boleznim v Sloveniji delujejo ambulate družinske medicine, ki so usmerjene v motivacijo pacientov za spremembo življenjskega sloga. Za učinkovito doseganje rezultatov je potrebna ustrezna usposobljenost, pristop dela, znanje in sodelovanje celotnega tima.

Cilj: Cilj magistrskega dela je ugotoviti samooceno učinkovitosti dela, identificirati strategije dela in ugotoviti povezavo med samooceno učinkovitosti dela in izbranimi sociodemografskimi dejavniki. Proučili smo tudi pristope dela diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov v ambulantah družinske medicine.

Metoda: Raziskava magistrskega dela temelji na neeksperimentalni opisni eksplorativni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Izbran je bil namenski vzorec, ki je obsegal 535 zdravstvenih delavcev, od tega 505 diplomiranih medicinskih sester in 30 diplomiranih zdravstvenikov. Podatke, pridobljene z anketnim vprašalnikom, smo statistično obdelali v statističnem programu za kvantitativno obdelavo podatkov MATLAB, pri vseh proračunih pa je bil vzet prag statistične pomembnosti $p < 0,05$. Izračunali smo povprečno vrednost, standardni odklon, standardno napako, korelacijsko analizo in test hi-kvadrat.

Rezultati: Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, ki so motivatorji, imajo višjo dejansko samooceno učinkovitosti dela ($r = 0,23$; $p = 0,053$). Tisti z višjo dejansko samooceno učinkovitosti pri delu so pri tem bolj odprti ($r = 0,36$; $p = 0,025$), vestni ($r = 0,41$; $p = <0,001$), izkazujejo več energije in navdušenja ($r = 0,35$; $p = 0,002$), so bolj ljubeznivi in prijetni ($r = 0,28$; $p = 0,019$) in so bolj čustveno stabilni ($r = 0,41$; $p < 0,001$).

Razprava: Ugotovili smo, da je stopnja samoocene lastnega dela povezana s splošnimi osebnostnimi lastnostmi anketirancev. Izsledki raziskave lahko pomagajo tako kadrovníkom kot izobraževalnim inštitucijam, ki izobražujejo kader za ADM. Priporočamo nadaljnje raziskovanje obravnavane tematike z vključenim vseslovenskim vzorcem, s katerim bi pridobili podatke, ki bi jih lahko posplošili na celotno populacijo.

Ključne besede: kronične nenalezljive bolezni, ambulanta družinske medicine, samoocena učinkovitosti dela, pristopi dela, osebnostne lastnosti

SUMMARY

Theoretical background: Family medicine clinics are a part of the fight against chronic non-communicable diseases in Slovenia. They are aimed at motivating patients to change their lifestyle and require relevant training, appropriate work approach, knowledge and cooperation of the entire team to achieve results effectively.

Goals: The objective of the master's thesis is to determine self-assessed work efficiency, identify work strategies and determine the relationship between self-assessed work efficiency and selected socio-demographic factors. We also studied the work approaches of nurses/medical personnel in family medicine clinics.

Methods: The research of the master's thesis is based on a non-experimental descriptive exploratory quantitative method of empirical research. The empirical evaluation was collected using a survey questionnaire. A purposive sample consisting of 535 health professionals was selected, of which 505 were registered nurses and 30 were registered health workers. The data obtained from the conducted research were statistically processed in the MATLAB statistical software for quantitative data processing, and the threshold of statistical significance $p < 0.05$ was taken for all budget data. We calculated the mean value, standard deviation, standard error, correlation analysis and chi-square test.

Results: Registered nurses/health workers who are motivators reported a higher actual self-assessment of work efficiency ($r = 0.23$; $p = 0.053$). Likewise, those with a higher actual self-assessment of work efficiency are more open ($r = 0.36$; $p = 0.025$), conscientious ($r = 0.41$; $p < 0.001$), show more energy and enthusiasm at work ($r = 0.35$; $p = 0.002$), are more affectionate and pleasant ($r = 0.28$; $p = 0.019$) and more emotionally stable ($r = 0.41$; $p < 0.001$).

Discussion: We found that the level of self-assessment of one's own work is related to the general personality traits of the respondent. The research findings can help both professionals and educational institutions that train staff for family medicine. We recommend further research on the discussed topic with a nationwide sample in order to obtain data that could be generalized to the entire population.

Key words: chronic non-communicable diseases, family medicine clinic, self-assessment

of work efficiency, work approaches, personality traits

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
2.1	OPREDELITEV KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI.....	4
2.1.1	Kardiovaskularne bolezni	4
2.1.2	Rak	5
2.1.3	Sladkorna bolezen.....	5
2.2	ŽIVLJENJSKI SLOG PACIENTOV S KRONIČNIMI NENALEZLJIVIMI BOLEZNIMI	6
2.2.1	Prehranjevalne navade pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi.....	6
2.2.2	Telesna dejavnost pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi	7
2.2.3	Zloraba alkohola, drog in kajenje	8
2.2.4	Stres	10
2.2.5	Spanje.....	11
2.3	NAČINI OBVLADOVANJA KRONIČNIH BOLEZNI IN KREPITEV ZDRAVJA POPULACIJE	12
2.3.1	Delovanje ambulant družinske medicine doma in po svetu pri krepitvi zdravja in obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni.....	12
2.3.2	Naloge diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika v ADM.....	14
2.4	ZNANJE IN UČINKOVITOST DIPLOMIRANIH MEDICINSKIH SESTER/ZDRAVSTVENIKOV V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE	15
2.4.1	Znanje in usposobljenost diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov za delo v ambulantah družinske medicine	15
2.4.2	Učinkovitost diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov pri spreminjanju življenjskega sloga pacientov z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi.....	16
2.5	PRISTOPI DELA IN OSEBNOSTNE LASTNOSTI DIPLOMIRANIH MEDICINSKIH SESTER/ZDRAVSTVENIKOV V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE.....	17
2.5.1	Različni pristopi dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov za spreminjanje posameznikovega življenjskega sloga	17
2.5.2	Uporaba motivacijskega intervjuja pri spreminjanju življenjskega sloga	20

2.5.3	Osebnostne lastnosti diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, ki delujejo v ambulantah družinske medicine	21
3	EMPIRIČNI DEL	23
3.1	NAMEN IN CILJI MAGISTRSKEGA DELA	23
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE	23
3.3	METODE RAZISKOVANJA	25
3.3.1	Dizajn raziskave.....	25
3.3.2	Instrument raziskave	26
3.3.3	Udeleženci raziskave	27
3.3.4	Potek raziskave in soglasja	28
3.3.5	Obdelave podatkov	29
3.4	REZULTATI.....	30
3.4.1	Opisni podatki.....	30
3.4.2	Ovrednotenje hipotez	36
3.5	RAZPRAVA.....	41
3.5.1	Razprava o metodi raziskovanja	41
3.5.2	Razprava po ciljnih raziskovanja	42
3.5.3	Omejitve raziskave	47
4	ZAKLJUČEK	49
5	LITERATURA	51
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	
6.2	MATRIKA PODATKOV	

KAZALO SLIK

Slika 1: Delež debelih dečkov in deklic med šolskima letoma 2014/2015 in 2015/2016	7
Slika 2: Delež prebivalcev (25–64 let), ki so dosegli zadostno količino telesne dejavnosti po priporočilih za telesno dejavnost za krepitev zdravja odraslih Svetovne zdravstvene organizacije s telesno dejavnostjo različnih intenzivnosti.....	8
Slika 3: Uporaba alkohola, prepovedanih drog in tobaka, med odraslimi prebivalci Slovenije, starimi med 15 in 64 let, za leto 2015	9
Slika 4: Učinek stresa na zmogljivost, Ergonomija v teoriji in praksi, NIJZ, 2016	10
Slika 5: Priporočena dolžina spanja, glede na starostno skupino	11
Slika 6: Porazdelitev lastnosti diplomiranih medicinskih sester / zdravstvenikov: energija, sprejemljivost, vestnost, čustvena stabilnost in odprtost.....	36

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski in drugi opisni podatki	27
Tabela 2: Razlogi diplomiranih medicinskih sester / zdravstvenikov za delo v ambulanti družinske medicine	30
Tabela 3: Ocena znanja diplomiranih medicinskih sester / zdravstvenikov o uporabi MI	30
Tabela 4: Načini in pristopi dela diplomiranih medicinskih sester / zdravstvenikov.....	32
Tabela 5: Trditve o učinkovitosti in odnosu diplomiranih medicinskih sester / zdravstvenikov do dela v ambulanti družinske medicine.....	34
Tabela 6: Povezava avtoritativnosti z delovno dobo in čustveno stabilnostjo	36
Tabela 7: Povezava motivatorstva z delovno dobo v ambulanti družinske medicine, samooceno dela, ter energijo	36
Tabela 8: Povezava samoocene učinkovitosti dela z delovno dobo in izkušnjami v ambulanti družinske medicine	38
Tabela 9: Povezava samoocene učinkovitosti dela z splošnimi »Velikih pet faktorjev osebnosti«; odprtost, vestnost, energija, sprejemljivost, čustvena stabilnost.....	38
Tabela 10: Povezava samoocene učinkovitosti dela z zdravim življenjskim slogom	39

Tabela 11: Povezava samoocene učinkovitosti dela z vključevanjem pacienta v postavljanju ciljev.....	40
--	----

SEZNAM KRAJŠAV

ADM	Ambulanta družinske medicine
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
WHO	World Health Organization
KNB	Kronične nenalezljive bolezni
KVB	Kardiovaskularne bolezni
KOPB	Kronična obstruktivna pljučna bolezen
SB	Sladkorna bolezen
KME	Komisija za medicinsko etiko
MI	Motivacijski intervju
COVID-19	Coronavirus disease 2019
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test

1 UVOD

Kronične nenalezljive bolezni (v nadaljevanju KNB) predstavljajo veliko breme zdravstvenega sistema. Kot poroča svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju WHO) vsako leto zaradi KNB umre 41 milijonov ljudi, kar predstavlja 71 % vseh smrti na svetu. Od teh je več kot 15 milijonov smrti ljudi starih od 30 do 69 let; 85 % teh »prezgodnjih« smrti se zgodi v državah z nizkim in srednjim dohodkom. Največ smrti predstavljajo bolezni srca in ožilja (17,9 milijonov), nato sledi rak (9,3 milijona), bolezni dihal (4,1 milijona) in sladkorna bolezen (v nadaljevanju SB) (1,5 milijona). Te štiri skupine bolezni predstavljajo več kot 80 % vseh prezgodnjih smrti zaradi KNB (World health organization (WHO), 2021). Uživanje tobaka, telesna nedejavnost, škodljiva uporaba alkohola in nezdrava prehrana povečujejo tveganje za umrljivost zaradi KNB. WHO v ta namen pripravlja priporočila, ki vključujejo sprejemanje in upoštevanje nasvetov zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev, prenehanje kajenja, zmanjšanje vnosa soli, uživanje zelenjave in sadja, zmanjšanje maščobe v hrani, telesno aktivnost ter zmanjšanje in ohranjanje telesne teže (WHO, 2021).

Slovenija v številu pojava KNB ne zaostaja veliko za drugimi razvitimi državami po svetu. Z namenom zmanjševanja pojavnosti KNB v Sloveniji uporabljamo preventivne pristope, ki jih delimo na dva nivoja. Pristopamo lahko populacijsko s preventivnimi ukrepi za zmanjševanje dejavnikov tveganja (kajenje, nezdrava prehrana, telesna nedejavnost, alkohol itd.) ali pa z izboljšanjem obravnave pacientov s KNB (opolnomočenje, spremljanje, hitro odkrivanje itd. (Softič, et al., 2011)). Slovenija ima visoko prevalenco KNB, še višja pa je pri ranljivemu in ogroženem delu populacije z nižjim zaposlitvenim statusom ter pri upokojencih. V Sloveniji se je pričakovana življenjska doba v zadnjih desetletjih zviševala tako pri moških kot pri ženskah. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURs) za leto 2020, je pričakovana življenjska doba ob rojstvu za moške znašala 76,7 let, za ženske pa 83,4 let. Če je prisotna KNB, se življenjska doba zmanjša za skoraj 10 let. Med KNB spadajo številna obolenja kot so srčno-žilne bolezni, kronična obstruktivna pljučna bolezen, rak, SB, depresija, povečana telesna teža itd. (WHO, 2014).

Hlastan Ribičeva s sodelavci (2012) je mnenja, da imajo prebivalci Slovenije v povprečju nezdrave prehranske navade. Prehranski status in prehranjevalne navade sta pomembni

determinanti večine KNB – lahko sta dejavnika tveganja ali pa varovalna dejavnika. Če pogledamo širše, lahko ugotovimo, da je več kot polovica odrasle evropske populacije prekomerno težka in debela. Trend debelosti sicer upada, vendar ni prepričljivih dokazov za upadanje števila prekomerno težkih ali debelih (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2018).

Z namenom krepitev zdravja in zgodnjega odkrivanja nastanka KNB v Sloveniji delujejo diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki v ambulantah družinske medicine (v nadaljevanju ADM), ki so usmerjeni v motivacijo pacientov, njihovih družin in skupnosti ter v ozaveščanje o zdravem načinu življenja in izogibanju dejavnikom tveganja. Za dobre rezultate je potrebno dobro sodelovanje celotnega tima, usposobljenost in motiviranost (Trobec, 2010). Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik ima ključno vlogo pri promociji zdravja in zdravstveni vzgoji za spremembo življenjskega sloga. Da lahko doseže pozitivne učinke svojega dela, je zelo pomembno obojestransko spoštovanje, občutek dostojanstva, zaupanja, intimnosti, razumevanja in empatije, kar je osnova za dober terapevtski medosebni odnos, ki omogoča, da pacient sodeluje in je bolj motiviran za spremembo življenjskega sloga (Pajnkihar & Harih, 2011). Yamada s sodelavci (2010) je odkril, da dober medsebojni odnos, sodelovanje in motivacijski pristop pozitivno vplivajo na spremembo življenjskega sloga. Z motivacijskim pristopom pacienta spodbudimo v spremembo življenjskega sloga, kot je izboljšanje vodenja bolezni in skrb za zdravje. Z empatičnim odnosom in uporabo terapevtskih tehnik diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik usmerja pacienta do odločitve za spremembo življenjskega sloga (Anderluh, 2015). Östlund in sodelavci (2015) dokazujejo, da motivacijski pristop z uporabo MI olajša delo s pacienti in da se izboljša sposobnost diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov za pomoč, motivacijo pacientov in okrepitev medsebojnega odnosa. Vendar je spreminjanje navad dolgotrajen in težek proces, ki je odvisen predvsem tudi od stila vodenja in pristopa strokovnih delavcev na področju KNB (Maučec Zakotnik & Keršič Svetel, 2017). Ker je zdravljenje KNB doživljenjsko, je prav zato potrebno dobro sodelovanje med pacientom in zdravstvenim timom. Dober odnos in motiviranje pacienta je ključnega pomena za doseg najboljšega možnega izida zdravljenja (Petek Šter, 2012).

Glede na proučeno literaturo pri nas in v tujini obstajajo številne priložnosti, da področje dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM na podlagi pridobljenih dokazov izboljšamo. Vendar pa do sedaj še nismo zasledili dokazov, ki bi povezovali učinkovitost dela z različnimi pristopi, ki so vezani na osebne lastnosti diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM. Zato je potrebno pri nas obstoječo vrzel z vidika diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM izpopolniti in oceniti pomen pristopa obravnave pacientov v ADM. Prav tako bi bilo potrebno globlje raziskati povezavo med osebnostnimi lastnostmi diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov ter njihovo samooceno učinkovitosti dela v ADM.

2 TEORETIČNI DEL

KNB so dolgotrajne in večinoma počasi napredujoče, vseeno pa povzročijo več smrti kot vsi drugi vzroki skupaj (WHO, 2014). Prav zato je spodbujanje k spremembi življenjskega sloga in preprečevanje bolezni pomembno, saj se na ta način lahko izognemo nastanku KNB (Fitzgerald, et al., 2013).

2.1 OPREDELITEV KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI

Z zmanjšanjem dejavnikov tveganj je KNB v veliki meri mogoče preprečiti ali zmanjšati. Dejavnike tveganja za nastanek KNB v grobem delimo na dejavnike življenjskega sloga, genetske dejavnike, okoljske dejavnike, starost in družbeno ekonomske dejavnike (WHO, 2014). Najpogostejše oblike KNB, ki jih diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki obravnavajo v ADM, so SB, astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen, arterijska hipertenzija, benigno povečanje prostate, depresija, kardiovaskularne bolezni in osteoporoza (Ministrstvo za zdravje, 2019).

2.1.1 Kardiovaskularne bolezni

Kardiovaskularne bolezni (v nadaljevanju KVB) vsako leto predstavljajo največ smrti na svetu, celo več kot smrti zaradi kroničnih bolezni dihal in raka skupaj (Blundell & Hine, 2019). V Sloveniji KVB predstavljajo vodilni vzrok bolnišničnih obravnav. Razlog za nastanek teh bolezni je nezdrav življenjski slog. Za uspešno preprečevanje KVB je nujno pravočasno odkrivanje in zdravljenje, saj s tem lahko preprečimo nastanek teh bolezni in njihovih posledic (Sočan, 2013).

Po podatkih Ameriškega združenja za srce (American Heart Association) obstaja sedem ključnih dejavnikov tveganja, ki prispevajo k povečanju tveganja za nastanek KVB. Med te dejavnike spadajo: prehrana, kajenje, prekomerna telesna teža, telesna nedejavnost, nenadzorovan krvni tlak, povišana raven holesterola in sladkorja v krvi. Večino srčno-žilnih bolezni je mogoče preprečiti z obvladovanjem teh dejavnikov, ki vključujejo zdravo prehrano, redno telesno dejavnost, izogibanje kajenju in pasivnemu kajenju, doseganje in vzdrževanje zdrave telesne teže ter uravnavanje krvnega tlaka, holesterola

in krvnega sladkorja (Harbman, 2014; Hu, et al., 2014; WHO, 2018).

2.1.2 Rak

Rak je glavni javnozdravstveni problem in drugi glavni vzrok smrti po vsem svetu. Tudi v Sloveniji breme raka narašča. Rak je KNB, ki se razlikuje glede na obliko, lokalizacijo, odgovor na zdravljenje in klinični potek (Sočan, 2013). Vzroke za nastanek raka lahko razvrstimo v tri kategorije: biološke rakotvorne snovi (npr. virusne, bakterijske ali parazitske okužbe, hormonski in genetski dejavniki); kemične rakotvorne snovi (kot so onesnaženost hrane in vode, kajenje) in fizikalne rakotvorne snovi (kot sta ultravijolično in ionizirajoče sevanje). Najpogostejši je kožni rak, nato pa sledi rak debelega črevesa in danke, prostate, pljuč in rak dojke. Dejavniki tveganja za nastanek so povezani z nepravilno prehrano, nezdravim življenjskim slogom, kajenjem, alkoholom in čezmernim sončenjem. Pri ženskah je najpogostejši rak dojke, pri moških pa rak prostate (Primic Žakelj, et al., 2013).

Smernice za preprečevanje in zgodnje odkrivanje onkoloških bolezni temeljijo na oceni tveganja za raka, vključno z zgodovino bolezni, dejavniki življenjskega sloga, družinsko anamnezo bolezni in genetskim testiranjem (Kahn, et al., 2014). V Sloveniji potekajo različni presejalni programi in sicer za zgodnje odkrivanje raka na dojkah – DORA, za zgodnje odkrivanje raka na materničnem vratu – ZORA in presejalni program za zgodnje odkrivanje raka na debelem črevesu in danki – Svit. Poteka pa tudi nacionalni preventivni program CINDI (Horvat, 2016).

2.1.3 Sladkorna bolezen

SB je zelo razširjena po celotni Evropi. Zanja obstaja dobro uveljavljeno preprečevanje in zdravljenje v večini evropskih držav (WHO, 2013). SB je pritegnila svetovno pozornost zaradi vse večje razširjenosti in incidence. Slabo obvladovana SB lahko povzroči resne bolezni, kot so bolezni srca, odpoved ledvic in poškodbe oči, kar lahko posledično povzroči slepoto. Lahko se pojavijo razjede na stopalu, ki lahko zahtevajo amputacijo okončine (Bellou, et al., 2018). Čeprav je SB lahko delno podedovana, lahko

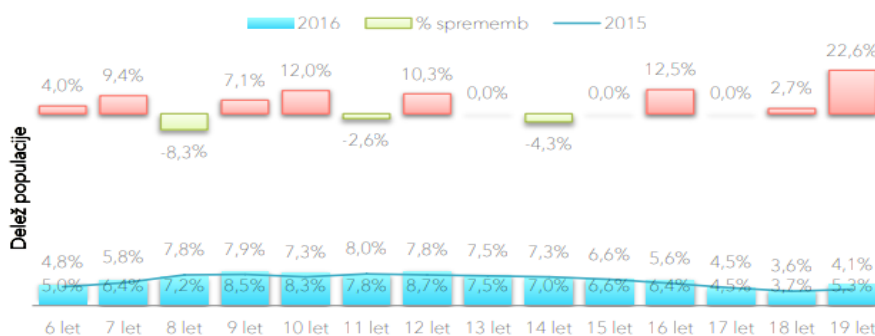
k napredovanju SB pomembno prispeva več dejavnikov življenjskega sloga, kot so debelost, uživanje preveč sladkorja in pomanjkanje telesne dejavnosti. Vendar pa lahko spremembe življenjskega sloga preprečijo SB in dolgoročne zaplete. Pacienti s SB tipa 2 lahko nadzorujejo bolezen s spremembo življenjskega sloga in prehranjevalnih navad (Esposito, et al., 2014).

2.2 ŽIVLJENJSKI SLOG PACIENTOV S KRONIČNIMI NENALEZLJIVIMI BOLEZNIMI

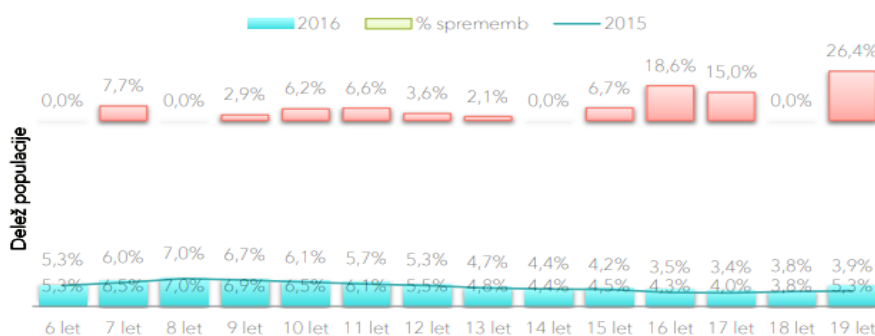
Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, ki delujejo v ADM, obravnavajo različne dejavnike tveganja v okviru svetovanja za zdrav življenjski slog, med katere spadajo prehranjevalne navade, telesna dejavnost, zloraba alkohola in drog, stres, spanje (Železnik & Vidnar, 2013).

2.2.1 Prehranjevalne navade pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi

Za krepitev in ohranjanje zdravja je potrebno živeti zdrav življenjski slog, kar zmanjšuje obolevnost in posledično tudi umrljivost ter pomembno pripomore k izboljšanju splošne kakovosti življenja (Pori, et al., 2013; Leatherdale, 2015; Nyberg, et al., 2020). Pomemben temelj zdravega življenjskega sloga predstavlja zdrava prehrana. Omogoča normalno obnovo, rast in razvoj organizma, preprečuje lakoto, žejo in je pomemben dejavnik zaščite pred boleznimi (Dervišević & Vidmar, 2013). Poleg zadostnega vnosa in kakovosti hranil je potrebno upoštevati tudi ritem hranjenja. Po podatkih SLOfit sistema, Pediatrične klinike Ljubljana in WHO COSI (2016) (Childhood obesity surveillance initiative) lahko sklepamo, da se je v zadnjih desetih letih trend naraščanja telesne teže v Sloveniji začel zaustavljati, v zadnjih petih letih pa tudi upadati. SLOfit sistem zbira podatke indeksa telesne mase otrok, kožne gube in motoričnih testov od leta 1987. Spremljajo približno 90 % populacije, stare od 6–19 let. Vzorec je velik, nekje od 180.000 do 190.000 enot. Analiza debelih otrok in mladostnikov iz leta 2015/2016 kaže, da so fantje z vidika debelosti bolj ogroženi kot dekleta (slika 1) (Starc, et al., 2017). Zadnji podatki kažejo, da prekomerna prehranjenost otrok s starostjo še narašča, vse to pa predstavlja resen problem 21. stoletja (Pavc Mikec, 2019).



Prikaz 2.28: Delež debelih fantov in delež sprememb med šolskima letoma 2014/2015 in 2015/2016



Prikaz 2.29: Delež debelih deklet in delež sprememb med šolskima letoma 2014/2015 in 2015/2016

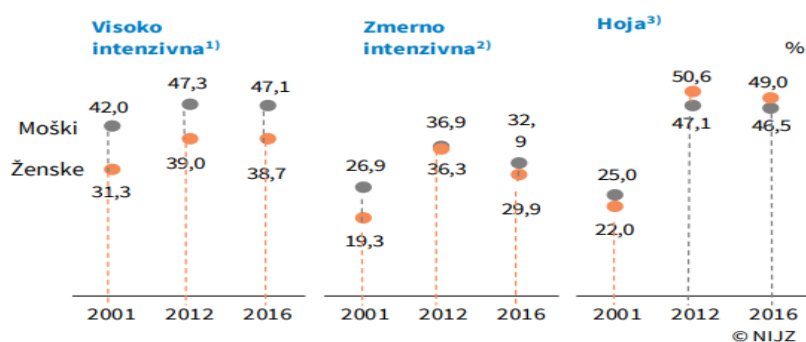
Slika 1: Delež debelih dečkov in deklic med šolskima letoma 2014/2015 in 2015/2016 (Starc, et al., 2017)

Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, ki delujejo v ADM, pri svojem delu uporabljajo vprašalnike o zdravi prehrani, da pridobijo oceno, ali se pacient prehranjuje dovolj zdravo. Pri tem uporabljajo smernice zdravega prehranjevanja in prehransko piramido, ki jih je pripravil Nacionalni inštitut za javno zdravje (Bilban, 2018).

2.2.2 Telesna dejavnost pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi

Telesna dejavnost je prav tako pomembna za zdrav življenjski slog. Povečuje funkcijske sposobnosti organov, ohranja dobro prekrvavljenost in omogoča obnovo celic in tkiv. S povečano funkcijsko sposobnostjo organov lahko preprečimo nastanek KNB ali pa upočasnimo njihov potek (Hajdinjak, 2015). Priporočila za telesno dejavnost so različna. Knap in Horvat (2015) predlagata visoko intenzivno vadbo vsaj 75 minut na teden za ohranjanje zdravja, za izboljšanje zdravja pa 150 minut na teden. Drugače trdi Pori s

sodelavci (2013) in WHO (2013), ki za ohranjanje zdravja priporočata zmerno telesno aktivnost vsaj 150 minut na teden, za izboljšanje zdravja pa vsaj 300 minut na teden. Warburton in Bredin (2016) sta mnenja, da z redno telesno dejavnostjo lahko zmanjšamo tveganje za nastanek KNB za vsaj 20–30 %. Koristi za zdravje pa se pojavljajo tudi že ob manjši aktivnosti (Simmons & Simonsohn, 2017). Starejši in šibkejši kot je posameznik, večji je razlog za dodajanje progresivnega treninga in vključevanje v program aerobne vadbe. Krhkost ni kontraindikacija za vadbo, ampak nasprotno, eden najpomembnejših razlogov za njeno predpisovanje (Bauman, et al., 2016). Spodaj (slika 2) je prikaz deleža prebivalcev Slovenije, ki so v letih 2001, 2012 in 2016 dosegli zadostno količino telesne dejavnosti po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije. Po najnovejših podatkih glede doseganja zadostne količine telesne dejavnosti v zadnjem desetletju praktično ni mogoče opaziti skoraj nobenih izboljšav (NIJZ, 2022).



¹⁾ Visoko intenzivna telesna dejavnost vsaj 3 dni na teden po 25 minut.
²⁾ Zmerno intenzivna telesna dejavnost vsaj 5 dni na teden po 30 minut.
³⁾ Hoja vsaj 5 dni na teden po 30 minut.

Viri: Raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog (CINDI), 2001, 2012, 2016

Slika 2: Delež prebivalcev (25–64 let), ki so dosegli zadostno količino telesne dejavnosti po priporočilih za telesno dejavnost za krepitev zdravja odraslih Svetovne zdravstvene organizacije s telesno dejavnostjo različnih intenzivnosti (NIJZ, 2022)

2.2.3 Zloraba alkohola, drog in kajenje

Uporaba alkohola, prepovedanih drog in tobaka je med odraslimi prebivalci Slovenije razširjena. Podatki za leto 2015 med prebivalci Slovenije, starimi 15–64 let, kažejo (slika 3):

- vsak četrty kadi tobak,

- vsak deseti prebivalec pije alkohol v prevelikih količinah (visoko tvegano opijanje je pitje šest meric alkohola ali več ob eni priložnosti za moške in štiri merice alkohola ali več ob eni priložnosti za ženske),
- vsak drugi se je v zadnjem letu vsaj enkrat opil,
- vsak šesti je vsaj enkrat v življenju zlorabil drogo,
- vsak peti uporablja kombinacijo alkohola, konoplje ali tobaka,
- več je moških, ki kadijo, pijejo, zlorablajo droge, kot je žensk,
- višji kot je socialno-ekonomski položaj, manjši je delež uporabe tobaka, alkohola in drog.

Najbolj razširjena prepovedana droga je konoplja, sledijo ji ekstazi ali amfetamin, kokain in heroin (NIJZ, 2015). Nacionalna raziskava o uporabi alkohola, tobaka in drog je bila v Sloveniji izvedena leta 2015 in 2018. Novejše raziskave kažejo, da se je pomembno zvišal odstotek prebivalcev, ki so že kdaj v življenju uporabili katerokoli izmed prepovedanih substanc (NIJZ, 2018).



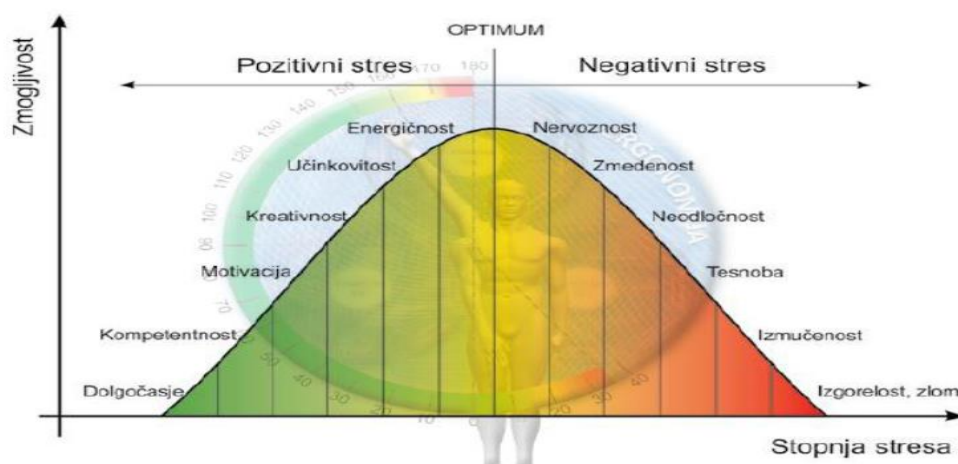
Slika 3: Uporaba alkohola, prepovedanih drog in tobaka med odraslimi prebivalci Slovenije, starimi med 15 in 64 let, za leto 2015 (NIJZ, 2018)

Za zagotavljanje optimalnega zdravja je nujno potrebno omejiti uživanje alkohola, opustiti kajenje in psihoaktivne substance (Železnik & Vidnar, 2013). Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki v ADM najpogosteje ocenjujejo stopnjo tvegane pitja alkohola z uporabo vprašalnika AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), ki ga je razvila Svetovna zdravstvena organizacija (Kolšek, 2017). Prav tako pa v populaciji ljudi, starejših od 30 let diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki v ADM izvajajo

preventivne preglede v zvezi s kajenjem (Petek, 2017). Vsako leto zaradi bolezni, povzročenih s kajenjem, umre skoraj 3.600 prebivalcev Slovenije ali skoraj 10 vsak dan, od teh jih četrtina umre že pred 60. letom starosti (NIJZ, 2021).

2.2.4 Stres

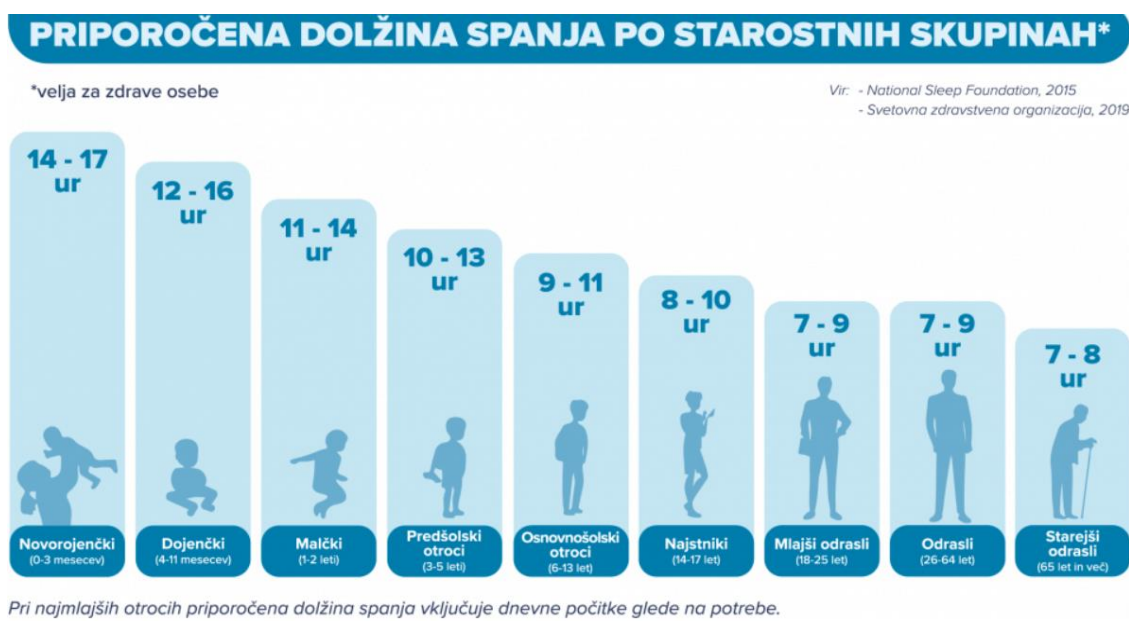
V Sloveniji večina zaposlenih poroča, da pri delu doživljajo stres, več kot 40 % zaposlenih pa navaja splošno utrujenost. Navajajo, da doživljajo ponižujoče ravnanje, grožnje in visoko intenzivnost dela, manj pa poročajo o fizičnem nasilju. Psihičnemu nasilju je izpostavljena desetina anketiranih, več žensk kot moških. Zdravstvene težave, ki jih poročajo, so bile spalne motnje, živčnost in mišična napetost (NIJZ, 2015). Vsak človek doživlja stres, vendar pa je najpomembnejši faktor način spoprijemanja s stresom (Scott, 2018). Stres na delovnem mestu nastane kot posledica previsokih zahtev in nezmožnosti izpolnitve vseh pričakovanj (Jeriček Klanšček & Bajt, 2015). Zanimiv je tudi podatek, ki navaja da je 75–90 % vseh obiskov pri splošnem zdravniku posledica stanj, ki so povezana s stresom (Elkin, 2014). V ADM poleg poglobljenega pogovora uporabljajo tudi različne vprašalnike. Najpogosteje uporabljen vprašalnik za oceno stresa je presejalni vprašalnik Doživljanje stresa. Ta vprašalnik je bil razvit za hitro oceno stresnih odzivov pri pacientih, ki prihajajo na pregled k zdravniku (Dernovšek, et al., 2015). Spodaj (slika 4) je prikazano, kako stopnja stresa vpliva na človekovo zmogljivost ter učinki pozitivnega in negativnega stresa na telo.



Slika 4: Učinek stresa na zmogljivost, Ergonomija v teoriji in praksi (NIJZ, 2016)

2.2.5 Spanje

Kvaliteten spanec prinaša številne koristi za zdravje: izboljšuje imunski odziv (preprečuje okužbe, rakasta obolenja in ostale KNB), okrepi možganske funkcije, telesno pripravljenost, vpliva na naše duševno zdravje in presnovo. Zadnje raziskave, ki jih je izvedel NIJZ, so pokazale, da Slovenci spimo premalo. Glede na priporočila NIJZ-ja za odrasle (od 7 do 9 ur spanja dnevno) v Sloveniji dovolj dolgo spi le tretjina odraslih (33 % moških in 37 % žensk med 18. in 74. letom starosti) in le nekaj več kot petina otrok in mladostnikov (9 ur ali več na noč). S starostjo odstotek mladostnikov, ki med tednom spi skladno s priporočili, upada (NIJZ, 2022). Raziskava Babičeve (2021) je pokazala, da je večina udeležencev spala zadostno količino spanca na noč, vendar ugotavlja, da je bolj pomembna kakovost spanca. Na udeležence in njihov spanec je v veliki meri vplival stres. Spodaj je slikovni prikaz priporočene dolžine spanja glede na starostno skupino, ki ga je pripravila Svetovna zdravstvena organizacija v letu 2019 (glej sliko 5).



**Slika 5: Priporočena dolžina spanja glede na starostno skupino,
(Svetovna zdravstvena organizacija, 2019)**

2.3 NAČINI OBVLADOVANJA KRONIČNIH BOLEZNI IN KREPITEV ZDRAVJA POPULACIJE

Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki so pomemben člen pri izvajanju dejavnosti za krepitev zdravja, kot so zdrava prehrana, telesna dejavnost, obvladovanje stresa, higiena spanja in ohranjanje zdravih medsebojnih odnosov (Ross, et al., 2017).

2.3.1 Delovanje ambulant družinske medicine doma in po svetu pri krepitvi zdravja in obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni

Namen delovanja ADM je, da se s presejalnimi testi ugotavlja različne KNB in dejavnike tveganja, ki bi le te lahko povzročili. Paciente glede na rezultate razvrščamo v tri skupine, in sicer zdrave, tiste z dejavniki tveganja in tiste, ki že imajo obolenja.

Projekt ADM je bil predstavljen januarja 2011 vsem zainteresiranim zdravnikom (Poplas Susič, et al., 2013). Nato so kmalu po tem s svojim delom pričele prve ADM (Govc Eržen, et al., 2017). Konec leta 2012 je delovalo skupaj 271 ADM, konec septembra 2016 pa že 638 (Poplas Susič, et al., 2013). Model, katerega namen je odgovarjati potrebam populacije in izvajalcem, vključuje:

- organizacijo dela (celovita obravnava, delitev kompetenc in aktivnosti),
- vsebino dela (registri pacientov s KNB, sistematična preventiva, protokoli vodenja pacientov s KNB),
- kadrovsko strategijo (ustrezna delitev dela znotraj tima).

Znotraj ADM se izvaja preventiva in zgodnje odkrivanje KNB, obravnava stanj in bolezni, vodenje pacientov z novonastalimi KNB in vodenje registrov ogroženih pacientov in tistih, ki že imajo KNB (Govc Eržen, et al., 2017). Registri pacientov dajejo vpogled v nabor pacientov, omogočajo strukturiran pristop pri obravnavi KNB in so osnova za vodenje in izvajanje protokola. Cilj protokola vodenja pacienta s KNB je, da sam postane partner pri vodenju bolezni ter da se ga usposobi na način, da postane odgovoren za lastno zdravje (Vodopivec Jamšek, 2013). Glavni cilji delovanja ADM so zmanjšanje zgodnje umrljivosti in invalidnosti zaradi KNB ter zmanjšanje dejavnikov tveganja in s tem tudi izboljšanje duševnega zdravja populacije (Maučec Zakotnik, et al., 2015).

Delovanje ADM po svetu je zelo raznoliko. Zasedili smo program Svetovnega centra za nadzor nad boleznimi »Healthy people 2020« v raziskavi Koha in sodelavcev (2016), ki zajema storitve preventivne oskrbe, vključno z rutinskimi pregledi in spremljanjem kroničnih stanj, in s tem omogoča zmanjšanje umrljivosti in obolevnosti pri ogroženih populacijah. Z integracijo modela bi po izračunih lahko letno rešili več kot dva milijona življenj. KNB so velik problem ne le za razvite, ampak tudi za države v razvoju. Na Tajskem obstajajo uveljavljeni izobraževalni programi izvajanja preventive, vendar je malo znanega o tem, kako to zdravstveni delavci implementirajo v prakso. Razvijajo nove modele, ki temeljijo na izvajanju akcijskih strategij znotraj skupnosti, ki preprečujejo nastanek raka in drugih bolezni, poleg tega pa je poudarek na izobraževanju zdravstvenega kadra (Jongudomkarn & Macduff, 2015). Indonezijska raziskava Rizkiyanija s sodelavci (2021), v kateri je sodelovalo 16 medicinskih sester, je pokazala pet strategij, ki jih izvajajo medicinske sestre, ki se ukvarjajo s promocijo zdravja in preprečevanjem bolezni. Strategije njihovega dela vključujejo zdravstveno vzgojo, timsko sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci, koordinacijo, vključevanje družinskih članov in pomoč pri posameznikovi spremembi življenjskega sloga. Rizkiyani s sodelavci (2021) ugotavlja, da je delovanje medicinskih sester v preventivi potrebno še izboljšati, da bi dosegli celovite zdravstvene rezultate. Zarbailov s sodelavci (2019) opisuje, kakšno je delovanje ambulant družinske medicine v Moldaviji. Zgodnje odkrivanje, zdravljenje in obvladovanje KNB je vse bolj v središču zdravstvenega sistema. Vloga diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM tam še ni povsem jasna in dobro opisana. Profili delovnih mest na tem področju so še premalo razviti, vsebina usposabljanj zdravstvenih delavcev pa je raznolika. Še vedno razvijajo poklicni profil dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM, glavne delovne naloge, razporeditev in organizacijo dela. Prav tako je financiranje diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM problematično in lahko omeji njen potencial pri preprečevanju KNB. Nujno potrebno je dodatno usposabljanje zdravstvenih delavcev in nadaljnja strokovna izobraževanja. V Indiji se srečujejo s podobnimi težavami. V raziskavi Adhikarija in Pradhana (2015), kjer je sodelovalo 100 diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, je bilo ugotovljeno, da se pri svojem delu v veliki meri srečujejo s previsokim pritokom pacientov (78 %), s preobremenjenostjo z dokumentacijo (69 %) ter s pomankanjem znanja (47 %). Opažajo tudi, da so ljudje premalo ozaveščeni glede KNB

in dostopa do storitev, ki preprečujejo in zdravijo KNB. Obstaja velika potreba po stalnem nadzoru njihovega dela in usposabljanju diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM.

2.3.2 Naloge diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika v ADM

Z ustreznim znanjem in sporazumevanjem, še zlasti z vzpostavljenim dobrim partnerskim odnosom, lahko diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik pacienta spodbudijo k sodelovanju. Naloge, ki jih izvaja diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, zajemajo:

- zgodnje odkrivanje novonastalih bolezni (te običajno odkrijemo naključno s preventivnim pregledom na videz zdravih oseb),
- vodenje pacientov, ki imajo že odkrito KNB in jo je potrebno ustrezno voditi (zdravstvena vzgoja, preverjanje razumevanja in znanja o svoji bolezni, tehnike uporabe zdravil in pripomočkov povezanih s KNB, spodbujanje zdravega načina življenja (Rakovec & Felser, 2014)).

Temeljne naloge zaposlenih v ADM so izvajati promocijo zdravja, skrbeti za ohranjanje zdravja, preprečevati bolezni ter blažiti trpljenje. Svetovni trendi spodbujajo potrebo po preventivnih programih oz. programih promocije zdravja, ki so ustrezno okrepljeni in strokovni. Vključujejo:

- spreminjanje vzorcev bolezni,
- zdravstvene reforme,
- skrb za neuravnoteženost delovne sile v zdravstvu,
- seznanjenost z novimi globalnimi nevarnostmi za zdravje,
- odpravo funkcionalne nepismenosti,
- telekomunikacijski napredek,
- boljše načine merjenja družbenih determinant zdravja,
- promocijo zdravja na globalni ravni,
- vodstvo zdravstvenega sektorja (WHO, 2018).

Zdravstveno vzgojno je vedno usmerjeno individualno na vsakega pacienta, z

upoštevanjem njegovih zmožnosti, motivacije in prioritet (Vodopivec Jamšek, 2013).

2.4 ZNANJE IN UČINKOVITOST DIPLOMIRANIH MEDICINSKIH SESTER/ZDRAVSTVENIKOV V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Proces izobraževanja za človeka predstavlja pridobivanje spretnosti, znanj in sposobnosti za zadovoljevanje potreb, ki predstavljajo izobraževalno komponento (Brumen, 2014).

2.4.1 Znanje in usposobljenost diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov za delo v ambulantah družinske medicine

Nujen pogoj za uspešno in učinkovito delo diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM je ustrezna usposobljenost. Izobraževanje omogoča pridobitev veščin in znanja za pridobitev ustreznih stališč in prispevek h oblikovanju kompetenc diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, da lahko potem prispevajo k izboljšanju kakovosti vodenja pacientov s KNB (Garside & Nhemachena, 2013). V sklopu ambulant družinske medicine morajo diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki za delo v ADM opraviti obvezne module, ki jih organizira projektna pisarna NIJZ-ja. V letu 2017 in 2018 se je modulov udeležilo približno 500 zaposlenih. V teh dveh letih so na modulih obravnavali predvsem vsebine kot so organizacija dela, preventiva, astma, KOPB, SB tipa 2, arterijska hipertenzija in osteoporoza (Ministrstvo za zdravje, 2019).

Raziskava Petek Šterove in Štera (2015), katere namen je bil na primeru izobraževanja iz področja arterijske hipertenzije oceniti potrebo po izobraževanju kadra diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, ki delujejo v ADM, ter ugotoviti, ali so vsebine izobraževalnega modula in metode, ki jih pri delu uporabljajo, primerne, kaže velike razlike v znanju udeležencev (zbrali so med 15,0 % in 100,0 % točk). V raziskavo je bilo vključenih 143 diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, ki so obiskovali petintrideseturno izobraževanje o arterijski hipertenziji. Njihovo znanje so preverili na način, da so izpolnili enak delovni list pred pričetkom izobraževanja in po njem. Vprašanja so se nanašala na opredelitev arterijske hipertenzije, pristop k pacientu z arterijsko hipertenzijo, vodenje pacienta ter prepoznavanje in ukrepanje ob zapletih

arterijske hipertenzije. Udeleženci so reševali primere pacientov na način, kot bi bili ti pacienti pri njih na obravnavi v ADM. V povprečju je bil rezultat na končnem testu za 32,5 % boljši v primerjavi z začetnim. Delo diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM je specifično in zahteva posebna znanja, ki jih dodiplomsko izobraževanje po programu zdravstvene nege ne daje (Petek Šter & Šter, 2015).

2.4.2 Učinkovitost diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov pri spreminjanju življenjskega sloga pacientov z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi

Zurc (2014) v izvedeni metaanalizi potrjuje 68 % uspešnost intervencij za zmanjševanje tveganja za nastanek KNB. Namen metaanalize je bil testiranje programov promocije gibalne aktivnosti. Kar 8 raziskav (21,62 %) kaže na majhno ali delno uspešnost programov (O'Hara, et al., 2013; Lakerveld, et al., 2013; Zurc, 2014). Kot trdi O'Hara s sodelavci (2013), so raziskave, ki kažejo večjo uspešnost programov, uspešne le v času izvajanja programa, na daljši rok pa parametri zdravstvenega statusa in življenjskega sloga značilno upadajo. Rezultati udeležencev se beležijo še pol leta po končani intervenciji.

Zanimiv podatek kaže, da je bilo leta 2018 v ADM opravljenih največ storitev iz sklopa »preventiva« in to v 41 % vseh opravljenih storitev, v 36 % pa so bile opravljene storitve, ki obravnavajo paciente z že odkrito KNB. Pri večini kazalnikov je bilo ugotovljeno, da sistematično ne dosegajo normativov. Pomemben je tudi podatek, da med vsemi ADM diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki ugotavljajo multimorbidnost opredeljenih pacientov v samo 37 %. Od leta 2012 je tu opazen napredek, saj se delež izvajalcev, ki analizirajo podatke o multimorbidnosti, povečuje (Ministrstvo za zdravje, 2019).

Kot pravi Stegel Smiljanič (2014), so pacienti z načinom dela in obravnavo v ADM zelo zadovoljni. Najpomembnejši vpliv na zadovoljstvo predstavlja vloga in delo diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika, ki so ji v tej raziskavi dodelili nadpovprečno visoko oceno. Pacientom je največ pomenilo opolnomočenje glede lastne bolezni. Kovačič (2015) v svoji raziskavi ugotavlja, da so pacienti obravnavi v ADM zelo naklonjeni. Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik jim pogosto nameni več časa kot osebni

zdravnik. Hitro prepoznavanje simptomov in reagiranje lahko pacientu olajša napredovanje obolenja in omogoči hitro nadaljnje zdravljenje. Raziskava Peipeia in sodelavcev (2021) je proučevala vpliv in učinkovitost zdravstvenega varstva po reformi, ki je bila uvedena leta 2009. Ocenjevali so učinkovitost preventivnega varstva pred in po reformi ter primerjali med 31 provincami Kitajske. Ugotovitve kažejo, da je mogoče učinkovitost in produktivnost ljudi izboljšati s povečanjem finančne varnosti, optimizacijo dodeljevanja zdravstvenih virov, zlasti med človeškimi viri, s povečanjem zdravstvenih in bolnišničnih postelj ter z razširitvijo stroškovno učinkovite tehnologije v zdravstvenem sektorju. Ugotovljeno je bilo tudi, da naložbe v izobraževanje prispevajo k večji učinkovitosti storitev za preprečevanje KNB. Za doseganje učinkovitosti diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM je potrebno dosledno in pravilno izvajanje vseh vrst presejanj v integrirani preventivi proti boju s KNB (Poplas Susič, et al., 2013).

2.5 PRISTOPI DELA IN OSEBNOSTNE LASTNOSTI DIPLOMIRANIH MEDICINSKIH SESTER/ZDRAVSTVENIKOV V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

V raziskavi Heydaria in sodelavcev (2016), katere namen je bil oceniti stopnjo usposobljenosti diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in možno povezavo z njihovo osebnostjo in čustveno inteligenco, se je izkazalo, da so osebnostne lastnosti diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov povezane s stopnjo njihove usposobljenosti. Tezo, da so osebnostne lastnosti posameznika povezane z njegovo učinkovitostjo pri delu, preizkušajo na različnih področjih družbenega življenja, tudi med politiki.

2.5.1 Različni pristopi dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov za spreminjanje posameznikovega življenjskega sloga

Strong in Asons (2020) omenjata dve vrsti spreminjanja življenjskega sloga. Najbolj pogosti način spreminjanja življenjskega sloga je intuitivni, ki ga nezavedno uporabljamo v stabilnem in predvidljivem okolju, in aktivni, ki ga izvajamo z večjim naporom. Znanstveniki so na podlagi tega odkrili model življenjskega sloga in sicer t. i. Behaviour

Change Weel (kolo sprememb življenjskega sloga). Sestavljajo ga tri pomembne komponente:

- priložnost, ki vključuje socialne norme in fizične vire,
- zmožnost, ki vključuje znanje, spretnost, moč in vzdržnost,
- motivacija, ki vključuje zavedno in nezavedno sprejemanje odločitev (Michie, et al., 2011).

Kot pravita Strong in Asons (2020), je spreminjanje življenjskega sloga eden najbolj zahtevnih izzivov, ki se jih diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki poslužujejo pri svojem delu. Uporaba motivacijskega pristopa je ključna za obrazložitev, zakaj pacient spremembe sploh potrebuje ter kako jih najlažje lahko doseže (Petek Šter & Šter, 2015). Da bi zmanjšali število KNB poznamo različne pristope, ki jih na grobo delimo v dva nivoja. Prvi nivo je pristop k celotni populaciji z izvajanjem preventivnih ukrepov in s tem tudi zmanjšanje dejavnikov tveganja ter drugi nivo, ki se bolj osredotoča na vsakega posameznika in izboljšanje obravnav pacientov s KNB (Hlastan Ribič, et al., 2012). V sklopu programa integrirane preventive KNB se izvaja aktiven nadzor nad zdravjem ljudi. Zajema iskanje dejavnikov tveganja in visoko ogroženo populacijo za nastanek KNB. S pomočjo vprašalnikov in različnih meritev diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik pridobi pomembne rezultate o življenjskem slogu, navadah in razvadah ljudi. Skladno z njegovim zdravstvenim stanjem ga lahko usmeri in spodbudi k vključitvi v zdravstveno vzgojne delavnice v centrih za krepitev zdravja (Vrbovšek, et al., 2015).

Pristop do dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v grobem delimo na dva načina, in sicer motivacijski pristop in avtoritativni pristop. Bistvenega pomena za dobro motivacijo je, da se pacient, ki ga skušamo motivirati, pri tem počuti varno in ne občuti očitkov glede svojega življenjskega sloga. Glede na občutke odpora in sramu glede življenjskega sloga je smiselno pridobiti dovoljenje za pogovor s pacientom o zanj občutljivih temah. Obstaja tudi verjetnost, da se pacient zaradi teh tem izogiba obiskom v ADM. Vedno je potrebno računati, da bo nekje tretjina pacientov samih po sebi motiviranih, dve tretjini pa je takšnih, ki niso motivirani, vendar nujno potrebujejo pomoč. Motivacijske intervencije, ki se jih uporablja, je potrebno podpreti z ustreznimi razlagalnimi konstrukti in tako bomo lažje vedeli kdaj in kaj komu izreči, ali pa morda v

določeni situaciji samo poslušati. Komunikacija s pacientom, ki temelji na motivaciji, mora biti strokovno kultivirana, ne osebna in nevtralna, da nase ne prevzemamo premalo ali preveč odgovornosti. S poznavanjem motivacijskega pristopa se povečuje tudi učinkovitost dela in se izboljšuje interakcija s pacienti (Garibaldi & Russell, 2021). Bistvenega pomena pri spreminjanju življenjskega sloga je ustrezna komunikacija med diplomirano medicinsko sestro/zdravstvenikom in pacientom. Na komunikacijo vplivajo čustvene in kognitivne potrebe pacienta, ki zajemajo svetovanje, dajanje informacij, empatijo, ravnanje s čustvi, pričakovanji itd. Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik se mora osredotočati izključno na pacienta, z upoštevanjem njegovih želja, potreb in pričakovanj. Ključnega pomena v procesu spreminjanja življenjskega sloga je vključevanje pacienta, da aktivno sodeluje pri zdravstvenih odločitvah. Je pa nujno, da je komunikacija prilagojena vsakemu posamezniku (Noordman, 2013). Poznamo tri kategorije življenjskega sloga, povezanega z zdravjem:

- aktivnosti, ki so usmerjene v krepitev zdravja in njegovo ohranjanje ter zgodnje odkrivanje znakov obolenja,
- aktivnosti, ki so preventivne narave in so usmerjene v prepoznavanje bolezni in izbiro metod za povrnitev zdravja,
- aktivnosti, ki so povezane s percepcijo in navodili, kako je potrebno ravnati, če pride do bolezni, kar vključuje opolnomočenje, samoiniciativnost pri dnevnih aktivnostih in sprejemanje odgovornosti za lastno zdravje (Babnik & Štemberger Kolnik, 2013).

Kiveä s sodelavci (2014) je na podlagi pregleda literature proučeval učinke motivacije na paciente s KNB. Po merilih za vključitev je bilo izbranih trinajst raziskav. Rezultati kažejo, da motivacija pacientov pozitivno vpliva na fiziološko in psihološko stanje pacientov ter na njihovo družbeno življenje. Statistično pomembni rezultati so razkrili boljše obvladovanje telesne teže, večjo telesno aktivnost ter izboljšano telesno in duševno zdravstveno stanje. Povzamemo lahko, da zdravstveni delavci z motivacijskim pristopom izboljšujejo obvladovanje KNB. Kot pravi McGrane (2015) s sodelavci, je motivacijski pristop uspešen pri izboljšanju življenjskega sloga in bi po njegovem mnenju moral postati del prakse. Bender (2015) je prav tako mnenja, da je način motiviranja pacientov uspešen, vendar le, če je izvedba pravilna. Za uspešen rezultat si je potrebno vzeti veliko

časa, ki pa ga včasih glede na naravo dela ni dovolj. Večja verjetnost za uspešne rezultate je pri zdravstvenih delavcih, ki jim bodo pacienti zaupali in jim bodo všeč. Prav tako je ključnega pomena dober prvi vtis, ki se oblikuje na prvem obisku. Če je zdravstveni delavec topel, prijazen in izraža pristno skrb za pacienta in se mu ne mudi preveč, to poveča zaupanje med njima. Pri tem so pomembni dejavniki tudi ton glasu, očesni stik, nasmeh in druga neverbalna komunikacija. Predvsem pa se učinkovita komunikacija začne z aktivnim poslušanjem. Velik problem predstavlja tudi časovna stiska zdravstvenih delavcev, ki se ji včasih ni mogoče izogniti. Bender (2015) poudarja dve tehniki, ki dobro pripomoreta k procesu spreminjanja življenjskega sloga. Prva tehnika so odprta vprašanja, na katera pacient ne more odgovorjati z »da« ali »ne«, druga pa je tehnika aktivnega poslušanja, ki vključuje le podajanje trditev, ki jih zdravstveni delavec povzame od bližnjih in s tem bolje razume pacienta in tudi pogled njegovih najbližjih.

Kot pravi Bramhall (2014), je ključnega pomena uspešno informiranje pacientov, ki pa ga lahko dosežemo le, če poznamo spretnosti, kot so: podajanje manjših količin informacij na enkrat, izogibanje žargona, preverjanje, katere informacija pacient že ima, izogibanje podrobnostim, kjer to ni potrebno, ter sprotno preverjanje razumevanja informacij in preverjanje, kako te informacije vplivajo na vsakega posameznika. Če so pacienti ustrezno informirani, je veliko večja verjetnost, da bodo v procesu sprejemanja odločitev tudi aktivno sodelovali. Dejavniki, ki igrajo ključno vlogo za pacientovo sodelovanje, so uspešna izmenjava informacij in aktivna komunikacija zdravstvenih delavcev. Pacientom veliko pomeni, da jih vključimo v oceno in načrtovanje oskrbe (Tobiano, et al., 2015). Kot pravi Mavis s sodelavci (2014), so prednosti pacientovega sodelovanja v procesih zdravljenja številne. Sodelovanje pacienta vpliva na povečanje zadovoljstva pacientov in zdravstvenih delavcev, prav tako pa izboljšuje komunikacijo med njimi. Vpliva tudi na boljše obvladovanje bolezni in izboljšanje zdravstvenih rezultatov.

2.5.2 Uporaba motivacijskega intervjuja pri spreminjanju življenjskega sloga

Noordman (2013) kot glavne tehnike motivacijskega intervjuja (v nadaljevanju MI) šteje reflektivno poslušanje, sočutje, potrjevanje, odprta vprašanja in povzemanje. MI se

pogosto uporablja za učinkovito doseganje sprememb življenjskega sloga pri različnih težavah, npr. pri debelosti in kajenju. Posameznika pripravi na soočenje s spremembo in spodbuja pozitiven odnos do sprememb (Miller & Rollnick, 2013; Klonek, et al., 2016). Kot pravita Miller in Rollnick (2013), je uporaba MI pomembna ravno zaradi vsebine pogovora med terapijo. Več kot je govora o spremembi, večja je možnost da se bo zgodila. MI je način pogovora o spremembi življenjskega sloga, pri katerem ima pri spremembi glavno besedo pacient sam. Sestavljen je iz štirih faz. Prva faza je vključitvena, kjer pacient in strokovni delavec razvijata terapevtsko zavezništvo in zaupen odnos, kar olajša kasnejše sodelovanje. Nato nastopi faza osredotočenosti, v kateri postavita jasne cilje in želje. Ko so cilji jasno postavljeni, se prične faza vzbujanja, v kateri poizkušamo s pogovorom, svetovanjem, razumevanjem in odkrivanjem pacientovih spretnosti najti pacientovo lastno motivacijo za spremembo. Ko je pacient dovolj pripravljen, nastopi še zadnja faza načrtovanja, kjer se sestavi plan dela (Miller & Rollnick, 2013). MI poudarja tudi pomembnost osebnosti strokovnega delavca, ki mora znati izkazovati empatičnost, pristnost v odnosu in neposեսivno bližino (Miller & Rollnick, 2013). Motivacijski pristop je bil najprej uporabljen na področju alkoholizma, kasneje pa tudi na drugih področjih odvisnosti. Danes ga uporabljamo za spremembo življenjskega sloga pri številnih KNB (McKenzie, et al., 2015). Raziskave so že v samem začetku uporabe MI pokazale veliko uspešnost le-tega. MI ima prav zaradi poudarka na popolni empatiji in iskanju pacientove lastne motivacije za spremembo velik potencial za izboljšanje učinkovitosti dela v primerjavi z drugimi načini poti do spremembe (Miller & Rollnick, 2013).

2.5.3 Osebnostne lastnosti diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, ki delujejo v ambulantah družinske medicine

V zdravstveni obravnavi lahko lastnosti strokovnega delavca vplivajo na medsebojni odnos s pacienti. Čeprav so osebnostne lastnosti nekoliko genetsko določene, obstajajo še drugi dejavniki, ki lahko vplivajo na njihovo fenotipsko izražanje. Mednje spada samozavest, družinsko, socialno in klinično okolje ter izobraževanje. Presečna raziskava, izvedena med dodiplomskimi in podiplomskimi študenti zdravstvene nege na Malti, osvetljuje naravo osebnostnih lastnosti študentov, ki jih privlači poklic zdravstvene nege. Rezultati so pokazali, da imajo študentje nizko oceno nevroticizma, povprečne ocene pri

odprtosti in visoko oceno pri ekstraverziji in vestnosti (Donia & Galea, 2013).

Obstaja več teorij in modelov o osebnosti. V psihologiji je med bolj popularnimi model »velikih pet faktorjev osebnosti«. Predstavlja osebnostne lastnosti, po katerih se ljudje razlikujemo med seboj. V današnjem času je v ospredje prišlo dimenzionalno pojmovanje osebnostnih lastnosti, kar pomeni, da je neka lastnost kot kontinuum, ki se razteza med dvema skrajnostnima. Na podlagi tega je mogoče določiti stopnjo in izraženost neke lastnosti. »Velikih pet faktorjev osebnosti« predstavlja: odprtost (oseba kaže zanimanje za drugega), vestnost (oseba je ambiciozna, urejena, razumna in učinkovita), ekstravertnost (oseba je zgovorna, polna energije in navdušenja), prijetnost (oseba izraža simpatijo do sogovornika, je ljubezniva in uživa v sodelovanju), nevroticizem (oseba kaže znake napetosti, tesnobe, občutka krivde, išče potrditve in podporo) (Musek, 2010). Vprašalnik »velikih pet faktorjev osebnosti« ali v angleščini »Big five Questionnaire« se uporablja pri raziskovanju osebnostnih lastnosti, saj odnos posameznika v medosebnem odnosu izhaja delno tudi iz njihovih osebnostnih lastnosti (Oshio, et al., 2018; Watrin, et al., 2019).

3 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu smo z opisno neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja raziskali učinkovitost dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, ki delujejo v ADM.

3.1 NAMEN IN CILJI MAGISTRSKEGA DELA

Namen raziskave je bil raziskati samooceno učinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM pri pacientih s KNB v razmerju do izbranih sociodemografskih podatkov: starosti, delovne dobe, delovnih izkušenj v ADM, njihovih pristopov dela ter osebnostnih lastnosti.

Cilji:

- Ugotoviti samooceno učinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM pri delu s pacienti, ki vzdržujejo nezdrav življenjski slog.
- Identificirati različne strategije dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov pri spodbujanju zdravih navad in spremembe življenjskega sloga pri obvladovanju KNB.
- Ugotoviti povezavo med samooceno učinkovitosti dela do izbranih sociodemografskih dejavnikov in pristopov dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM, ki izhajajo iz njihovih osebnostnih lastnosti.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Za proučevanje značilnosti samoocene učinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM pri pacientih s KNB smo preverili naslednje raziskovalne hipoteze:

Hipoteza 1: Obstajajo razlike v strategijah dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM pri pacientih s KNB glede na njihovo delovno dobo, delovne izkušnje v ADM, samooceno usposobljenosti dela, strategije dela in osebnostne lastnosti.

Hipoteza 1 a: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je pri svojem delu

avtoritativen, ima daljšo delovno dobo.

Hipoteza 1 b: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je motivator, ima več delovnih izkušenj v ADM.

Hipoteza 1 c: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je motivator, ima višjo samooceno usposobljenosti za delo.

Hipoteza 1 d: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je v odnosu do pacienta bolj avtoritativen, pri delu izkazuje več napetosti in išče potrditve.

Hipoteza 1 e: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki se pri delu zavzema za bolj spodbudne strategije dela, je bolj poln energije in navdušenja.

Hipoteza 1 f: Samoocena učinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM je povezana z daljšo delovno dobo.

Hipoteza 1 g: Samoocena učinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM je povezana z več delovnimi izkušnjami v ADM.

Hipoteza 2: Obstajajo razlike v samooceni učinkovitosti diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM glede na njihove splošne osebnostne lastnosti.

Hipoteza 2 a: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki v odnosu s pacientom izkazuje odprtost, ima višjo samooceno učinkovitosti dela.

Hipoteza 2 b: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki pri svojem delu izkazuje vestnost, ima višjo samooceno učinkovitosti dela.

Hipoteza 2 c: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je poln energije in navdušenja, ima višjo samooceno učinkovitosti dela.

Hipoteza 2 d: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je pri delu ljubezniva in prijetna, ima višjo samooceno učinkovitosti dela.

Hipoteza 2 e: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki pri svojem delu izkazuje napetost in išče potrditve, ima nižjo samooceno učinkovitosti dela.

Hipoteza 3: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki tudi sam skrbi za zdrav življenjski slog, ima višjo samooceno učinkovitosti pri delu.

Hipoteza 4: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki vključuje pacienta v postavljanje ciljev, ima višjo samooceno učinkovitosti dela.

Hipoteza 5: Mogoče je izdelati model za samooceno učinkovitosti dela, ki je povezan z delovno dobo, delovnimi izkušnjami v ADM, samooceno usposobljenosti, strategijami dela in splošnimi osebnostnimi lastnostmi.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Uporabili smo kvantitativne metode raziskovanja.

3.3.1 Dizajn raziskave

V uvodnem teoretičnem delu magistrskega dela smo sistematično pregledali relevantno domačo in tujo strokovno literaturo povezano s KNB ter njihovo obravnavo in pristope v ADM. Sistematični pregled znanstvene literature smo naredili v podatkovnih bazah virtualne knjižnice (COBIB.SI), ScienceDirect, SpringerLink, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane in PubMed-u. Iskanje smo omejili na objave s celotnim besedilom v znanstvenih ali strokovnih recenziranih revijah. Strokovno literaturo smo iskali po ključnih besedah: kronične nenalezljive bolezni, življenjski slog, motivacijski intervju, velikih pet faktorjev osebnosti, ambulanta družinske medicine, strategije dela. V tujem jeziku pa: non-communicable chronic diseases, lifestyle, motivational interview, big five personality traits, referral clinic, work strategy. Literaturo v slovenskem in tujem jeziku smo omejili na obdobje med 2010 in 2023. Vključitveni kriteriji za pregled literature so bili široki: predvsem sistematični pregledi literature, kvantitativno in kvalitativno zasnovane raziskave, prosto dostopni članki v slovenskem in angleškem jeziku, strokovni prispevki na strokovnih konferencah z recenzijo in zaključna dela. Izključitvena kriterija sta bila starost objave in nedostopnost objave na podatkovnih bazah, predvsem pa nerelevantnost vsebine strokovnih del glede na naš cilj raziskave.

Raziskava v empiričnem delu je temeljila na kvantitativnem neeksperimentalnem eksplorativnem pristopu dela z uporabo vprašalnika. Izvedli smo presečno raziskavo med vsemi diplomiranimi medicinskimi sestrami/zdravstveniki, ki delujejo v ADM v Sloveniji. Pri presečni raziskavi se podatki o proučevanem pojavu zberejo naenkrat glede na eno točko v času. Odseva stanje pojava v določenem časovnem okviru in je zato namenjena primerjavi različnih skupin med seboj (Polit & Beck, 2018).

3.3.2 Instrument raziskave

Uporabili smo vprašalnik, ki je sestavljen iz štirih sklopov. V prvem sklopu so vprašanja zaprtega tipa, pri čemer so nas zanimali demografski podatki, kot so starost, spol, skupna delovna doba, delovna doba v ADM ter vprašanje o odločitvi za delo v ADM.

V drugem sklopu smo uporabili standardiziran vprašalnik za ugotavljanje osebnostnih lastnosti pri posameznikih. Vprašalnik so v Italiji razvili Gian Vittorio Caprara, Claudio Barbaranelli in Laura Borgogni. Vprašalnik je prvič izšel leta 1997. Namenjen je odraslim osebam in služi kot orodje za ugotavljanje »velikih petih faktorjev osebnosti« (Bucik, et, al., 1997). Vprašalnik »velikih pet faktorjev osebnosti« ali v angleščini »Big five Questionnaire« meri in zaznava 5 dimenzij osebnosti. Osebnostne lastnosti, ki jih obravnava vprašalnik so: odprtost (oseba kaže zanimanje za drugega), vestnost (oseba je ambiciozna, urejena, razumna in učinkovita), ekstravertnost (oseba je zgovorna, polna energije in navdušenja), prijetnost (oseba izraža simpatijo do sogovornika, je ljubezniva in uživa v sodelovanju), nevroticizem (oseba kaže znake napetosti, tesnobe, občutka krivde, išče potrditve in podporo) (Musek, 2010). Vprašalnik »velikih pet faktorjev osebnosti« sestavlja 40 trditev, ki niso ločene po dimenzijah. Na vprašalnik se je odgovarjalo s 7-stopenjsko lestvico, kjer sta bili na vsaki strani po dve lastnosti in je bilo potrebno označiti, katera lastnost je bolj značilna za posameznika.

V tretjem sklopu vprašalnika smo uporabili vprašanja na podlagi proučene literature in so se nanašali na pristope dela. Pristopi dela so pri izvajalcih različni, vendar pa je za doseg ciljev potrebno upoštevati osnovna načela dobre in spoštljive komunikacije (Miller & Rollnick, 2013). Sklop o pristopih dela vključuje 20 trditev, nanj pa se je odgovarjalo s 5-stopenjsko Likertovo lestvico, kjer trditve predstavljajo: 1 – se ne strinjam, 2 – malo se strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam.

V četrtem sklopu smo obravnavali lastno oceno učinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, ki delujejo v ADM. Sklop najprej vsebuje vprašanje zaprtega tipa o samooceni učinkovitosti dela. Odgovor se giblje na lestvici od 1–10. Učinkovitost dela je ključnega pomena pri doseganju želenih rezultatov. Diplomirana

medicinska sestra/zdravstvenik z učinkovitim pristopom lahko prepozna, v kateri fazi spremembe se posameznik nahaja. Lahko samo razmišlja o spremembi ali pa je že v fazi, ko je že prepoznal, da je potrebno spremeniti življenjski slog (Levounis, et al., 2017). Nato v vprašalniku sledi 12 trditve o samooceni učinkovitosti dela, na katere se je odgovarjalo s 5-stopenjsko Likertovo lestvico. Nato sledi vprašanje zaprtega tipa o uporabi MI. MI je uporaben na vseh področjih spremembe življenjskega sloga, vendar pa uporaba MI še ni povsem in dobro raziskana (McKenzie, et al., 2015). Sledi vprašanje zaprtega tipa o samooceni znanja za učinkovito delo v ADM. Na koncu pa še vprašanje zaprtega tipa o mnenju diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM o potrebnosti specializacije za delo v ADM.

Zanesljivost instrumenta smo izračunali s Koeficientom Cronbach Alpha, ki za celoten vprašalnik znaša 0,764, za trditve o oceni pristopov dela (20 trditve) znaša 0,743, za trditve o učinkovitosti dela (14 trditve) znaša 0,728. Vrednost koeficienta se giblje med 0 in 1. Čim bližje je vrednosti števila 1, tem boljša je zanesljivost inštrumenta (Cencič, 2009).

3.3.3 Udeleženci raziskave

Ciljna populacija so bile vse diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, ki delujejo v ADM po vsej Sloveniji. Po podatkih, pridobljenih iz projektne pisarne za ADM, je bilo konec leta 2019 535 diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM, od tega 30 moškega spola. Po zadnjih podatkih, pridobljenih iz projektne pisarne za ADM, je bilo konec leta 2019 535 diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM, naš vzorec pa je obsegal 72 udeležencev.

Večina anketirancev je bila žensk – 69 (95,80 %). Povprečna starost anketirancev je bila 39,60 (SO = 10,43), s povprečno delovno dobo 16,68 (SO = 11,13). Anketiranci so svojo učinkovitost dela ocenili na lestvici od 1 do 10 s povprečjem 6,96 (SO = 1,56).

Tabela 1: Demografski in drugi opisni podatki

Demografski podatki		n	%	Min	Max	PV	SO
	Moški	3	4,20	33	63	47,67	15,01

Demografski podatki		n	%	Min	Max	PV	SO
Spol	Ženske	69	95,80	24	61	39,25	16,55
Starost		72	/	24	63	39,60	10,43
Skupna delovna doba		72	/	2	40	16,68	11,13
Učinkovitost dela		72	/	5	10	6,96	1,56

Legenda: n – vzorec, % – procent pritrdilnih odgovorov, Min – minimum, Max – maksimum, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Po pridobljenem sklepu Komisije za študijske in študentske zadeve senata Fakultete za zdravstvo Angele Boškin smo sestavili vprašalnik v programu Enklik Ankete (1KA). Vprašalnik, ki je bil vnesen v spletno orodje, smo posredovali anketirancem v mesecu oktobru 2020. Vprašalnik smo poslali vsem vodjem zdravstvene nege po vseh zdravstvenih domovih po Sloveniji ter od vsakega posebej pridobili soglasje za izvedbo ankete. Ker nismo prejeli vseh anket, smo po štirinajstih dneh poslali opomnik. Zaradi izjemno slabe odzivnosti smo tistim, ki niso odgovorili vprašalnik, opomnik poslali tudi do petkrat. Srečevali smo se s prezasedenostjo diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM, saj je bil takrat ravno čas COVID-19 in so zdravstveni delavci, ki drugače delujejo v ADM, pomagali pri preprečevanju širjenja COVID-19. Vsem anketirancem smo v spremnem besedilu predstavili namen raziskave, zagotovili anonimnost in prostovoljnost pri sodelovanju.

V vsakem zdravstvenem domu smo pridobili soglasja, nato pa kontaktirali še glavno medicinsko sestro in jo prosili, da zaposlene spodbudi k reševanju vprašalnikov. Ker je bil vprašalnik online, smo tekom pridobivanja odgovorov večkrat spodbujali zaposlene v ADM k izpolnjevanju. Vsem sodelujočim v raziskavi je bila pojasnjena vsebina in namen raziskave, prav tako so bila vprašalniku priložena vsa navodila. Sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost, prav tako so bili seznanjeni z možnostjo zavrnitve sodelovanja v raziskavi. Kontaktirali smo komisijo za medicinsko etiko (v nadaljevanju KME), pri kateri smo se pozanimali, ali je potrebno zaradi uporabe psihološkega vprašalnika (Big five Questionnaire) pridobiti njihovo soglasje za izvedbo raziskave. Ker udeleženci raziskave niso pacienti, soglasja KME nismo potrebovali. Pri vrednotenju tega dela

vprašalnika je podala soglasje za sodelovanje mag. Katarina Drev, univ. dipl. psihologinja.

3.3.5 Obdelave podatkov

Podatke, pridobljene z izvedeno raziskavo, smo statistično obdelali v statističnem programu za kvantitativno obdelavo podatkov MATLAB in v računalniškem programu Microsoft Windows Excel. Za analizo smo uporabili univariatne in bivariatne statistične metode (Spearmanov korelacijski koeficient, t-test, ANOVA test idr.). Za predstavitev osnovnih rezultatov ankete smo uporabili frekvenčno in deskriptivno statistiko. Pri vprašanjih, kot so ordinalne lestvice, pa smo analizirali povprečne vrednosti (PV) in standardne odklone (SO). Statistično značilnost smo preverjali na stopnji 5-odstotnega tveganja (Kastelec & Košmelj, 2010). Rezultate izvedene raziskave smo predstavili opisno in grafično. Izračunali smo povprečno vrednost, standardni odklon, standardno napako in korelacijsko analizo. Za preverjanje hipotez v raziskavi smo uporabili naslednje spremenljivke:

- delovna doba,
- delovne izkušnje,
- samoocena usposobljenosti,
- različne strategije dela: motivacijska in avtoritativna strategija dela,
- različne osebnostne lastnosti: odprtost, vestnost, ekstravertnost, prijetnost, nevroticizem,
- življenjski slog.

Spremenljivko samoocene učinkovitosti dela smo izračunali iz vprašanja številka 8. Vendar smo pri obdelavi podatkov spoznali, da izračunana spremenljivka iz vprašanja številka 8 za nas ni najbolj ustrezna. Zato smo izračunali tudi drugo spremenljivko iz vprašanja številka 9, ki smo jo poimenovali dejanska samoocena učinkovitosti dela, ki je po našem mnenju bolj reprezentativna za oceno učinkovitosti dela. Dejansko samooceno učinkovitosti dela smo izračunali s pomočjo faktorске analize (tabela 5). V preverjanju hipotez smo uporabili spremenljivko, ki smo jo dobili s pomočjo faktorске analize.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati raziskave v opisni, slikovni in tabelarični obliki.

3.4.1 Opisni podatki

Največ anketirancev ($n = 38$, 52,80 %) se je zaposlilo v ambulanti družinske medicine zaradi prostega delovnega mesta, ki je bilo na razpolago (tabela 2).

Tabela 2: Razlogi diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov za delo v ambulanti družinske medicine

Razlogi	N	%
Prosto delovno mesto	38	52,80
Delovni pogoji	23	31,90
Želim pomagati ljudem	21	29,20
Drugi so se odločili zame	12	16,70
Zanima me področje preventivne dejavnosti	37	51,40
Dokler ne najdejo druge med. sestre	1	1,40

Legenda: n – vzorec, % – procent pritrilnih odgovorov

Motivacijski intervju (v nadaljevanju MI) pozna večina anketirancev ($n = 46$, 63,90 %), 30,60 % ($n = 22$) ga uporablja pri svojem delu, večina ocenjuje, da ima dovolj znanja za delo v ambulanti družinske medicine ($n = 39$, 54,20 %). 77,8 % anketirancev ($n = 56$) je mnenja, da bi bilo za delo v ADM smiselno opraviti specializacijo (tabela 3).

Tabela 3: Ocena znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov o uporabi MI

Motivacijski intervju	Trditve	n	%
Poznavanje MI	Da.	46	63,90

Motivacijski intervju	Trditve	n	%
Uporaba MI pri svojem delu	Ne.	26	36,10
	Da.	25	34,70
	Želel/a bi, ampak ga premalo poznam.	22	30,60
	Zdi se mi povsem neuporaben.	/	/
	Uporabljam svoje – druge pristope pri motiviranju pacientov.	11	16,30
	Ne.	14	19,40
Ocena učinkovitosti dela v ambulantni družinske medicine	Menim, da imam dovolj znanja.	39	54,20
	Primanjkuje mi splošnega znanja.	4	5,60
	Primanjkuje mi ozko strokovno znanje.	29	40,30
Specializacija	Da.	56	77,8
	Ne.	9	12,50
	Ne vem.	3	4,20
	Nimam mnenja.	4	5,60

Legenda: n – vzorec, % – procent pritrilnih odgovorov

Trditve v tabeli 4, ki opisujejo načine in pristope dela diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika v ADM, smo s pomočjo faktorske analize zmanjšali na manjše število faktorjev. Trditve (20) v tabeli 4 smo želeli najprej oceniti, ali so primerne za izvedbo faktorske analize. Pregled korelacijske matrike je pokazal prisotnost vrednosti koeficientov $> 0,3$; KMO = 0,695 in Bartlett $p < 0,001$. Analiza glavnih komponent za 20-stopenjsko lestvico vprašalnika je pokazala prisotnost treh komponent oziroma faktorjev z lastnimi vrednostmi več kot 1, s katerimi lahko pojasnimo 51,48 % skupne variance, s prvim faktorjem 32,40 %, z drugim faktorjem 10,20 %, s tretjim faktorjem pa 8,85 % skupne variance. Rezultati paralelne Hornove analize so pokazali, da je bilo

smiselno ohraniti dva faktorja, zato smo v nadaljevanju izvedli pravokotno rotacijo Varimax z dvema fiksnima faktorjema, s katerima smo pojasnili 35,88 % skupne variance, in sicer s prvim faktorjem 25,50 %, z drugim pa 10,38 %. Porazdelitev trditvev med dva faktorja je predstavljena v tabeli 4. Prvi faktor združuje trditve, ki najbolj pojasnjujejo »usposobljenost za komuniciranje« ($\alpha = 0,841$), drugi faktor pa »(ne)usposobljenost za komuniciranje« ($\alpha = 0,603$). Prvi faktor smo poimenovali motiviranost, drugi faktor smo poimenovali avtoritativnost.

Anketiranci so način in pristop do dela ocenjevali s 5-stopenjsko Likertovo lestvico, na kateri 1 pomeni »se ne strinjam« in 5 »zelo se strinjam«. Anketiranci se strinjajo, da pri svojem delu največkrat uporabljajo pozitivno naravnost. Ta naravnost pozitivno vpliva na rezultate, ki jih pacienti dosegajo na poti do spremembe življenjskega sloga (PV = 4,64, SO = 0,512). Prav tako se anketiranci strinjajo, da je aktivno poslušanje način, ki ga pri svojem delu pogosto uporabljajo (PV = 4,40, SO = 0,620). Za obravnavo, kjer posamezniki spreminjajo življenjski slog, si je potrebno vzeti čas (PV = 4,75, SO = 0,467), prav tako pa je pomemben zaupen odnos (PV = 4,47, SO = 0,671). Najnižje se strinjajo s trditvijo »Menim da posamezniki nimajo dovolj znanja, da si sami postavijo cilje, ki jih zmorejo« (PV = 3,19, SO = 1,182), kjer standardni odklon kaže na raznolikost odgovorov anketirancev. Naslednja najnižja ocenjena trditev je »Menim, da si posamezniki prevečkrat izberejo prelahke naloge in cilje« (PV = 3,22, SO = 1,258).

Tabela 4: Načini in pristopi dela diplomiranih medicinskih sester / zdravstvenikov

Trditve (vzorec n = 72)	Min(1)	Max(5)	PV	SO	F1 ($\alpha = 0,841$)	F2 ($\alpha = 0,603$)
Vedno najprej vzpostavim zaupen odnos s pacientom, preden ocenim, kako pomembna se posamezniku zdi sprememba življenjskega sloga.	2	5	4,35	0,675	0,587	-0,245
Za oceno zmožnosti posameznika za spremembo življenjskega sloga upoštevam tudi oceno njegovega duševnega zdravja.	2	5	4,39	0,640	0,694	0,068
Predem se s pacientom lotiva spremembe življenjskega sloga, se pogovoriva, da pridobim oceno o morebitnih ovirah in strahovih.	2	5	4,37	0,615	0,613	0,163

Trditve (vzorec n = 72)	Min(1)	Max(5)	PV	SO	F1 ($\alpha = 0,841$)	F2 ($\alpha = 0,603$)
S pogovorom pridobim oceno pacientove moči za spremembo življenjskega sloga.	4	5	4,51	0,503	0,754	-0,014
S pogovorom pridobim oceno pacientovega znanja za spremembo življenjskega sloga.	2	5	4,39	0,662	0,664	0,039
Menim, da posamezniki nimajo dovolj znanja, da si sami postavijo cilje, ki jih zmorejo.	1	5	3,19	1,182	0,280	0,596
Menim, da si posamezniki prevečkrat izberejo prelahke naloge in cilje.	1	5	3,22	1,258	0,305	0,309
Pacienta vedno najprej spodbudim, da si sam postavi cilje, ki jih zmore.	2	5	4,28	0,716	0,679	-0,066
Pri spremembi življenjskega sloga vedno upoštevam tudi pacientove želje.	4	5	4,62	0,488	0,597	-0,388
Ob neupoštevanju dogovorov, ki jih postavim, pacientu dam več navodil.	1	5	3,59	1,294	0,271	0,606
Ob neupoštevanju dogovorov ki jih postavim, določim nove cilje za spremembo življenjskega sloga.	1	5	3,62	1,054	0,168	0,554
Menim, da nekateri posamezniki spreminjajo življenjski slog le ob uporabi bolj direktivnega pristopa.	1	5	3,64	1,025	0,228	0,641
Menim, da sem dober motivator.	2	5	3,85	0,816	0,337	-0,237
Pogosto uporabljам tehniko aktivnega poslušanja.	2	5	4,40	0,620	0,524	-0,371
Pogosto uporabljам tehniko aktivnega svetovanja.	2	5	4,08	0,707	0,471	0,084
Kratkoročni cilji pri spremembi življenjskega sloga so pomembnejši od dolgoročnih ciljev.	1	5	3,43	1,341	-0,049	-0,245
Menim, da pozitivna naravnost pozitivno vpliva na rezultate, ki jih pacienti dosegajo na poti do spremembe življenjskega sloga.	3	5	4,64	0,512	0,659	-0,084
Menim, da so pacienti v večini sposobni spremeniti življenjski slog.	1	5	3,64	0,877	0,295	-0,057

Trditve (vzorec n = 72)	Min(1)	Max(5)	PV	SO	F1 ($\alpha = 0,841$)	F2 ($\alpha = 0,603$)
Za učinkovito doseganje ciljev je ključnega pomena zaupen odnos s pacientom.	2	5	4,47	0,671	0,611	-0,114
Menim, da si je za nekatere paciente potrebno vzeti več časa za spremembo življenjskega sloga .	3	5	4,75	0,467	0,492	-0,108

Legenda: Min – minimum, Max – maksimum, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F1 – motiviranost, F2 – avtoritativnost

Trditve v tabeli 5, ki opisujejo dejansko učinkovitost dela in odnos do dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ambulanti družinske medicine, smo s pomočjo faktorjske analize zmanjšali na manjše število faktorjev. Trditve (14) v tabeli 5 smo želeli najprej oceniti, ali so primerne za izvedbo faktorjske analize. Pregled korelacijske matrike je pokazal prisotnost vrednosti koeficientov $> 0,3$; KMO = 0,755 in Bartlett $p < 0,001$. Kot oceno dejanske učinkovitosti dela smo uporabili prvo komponento (31,08 % skupne variance) z lastno vrednostjo 4,452.

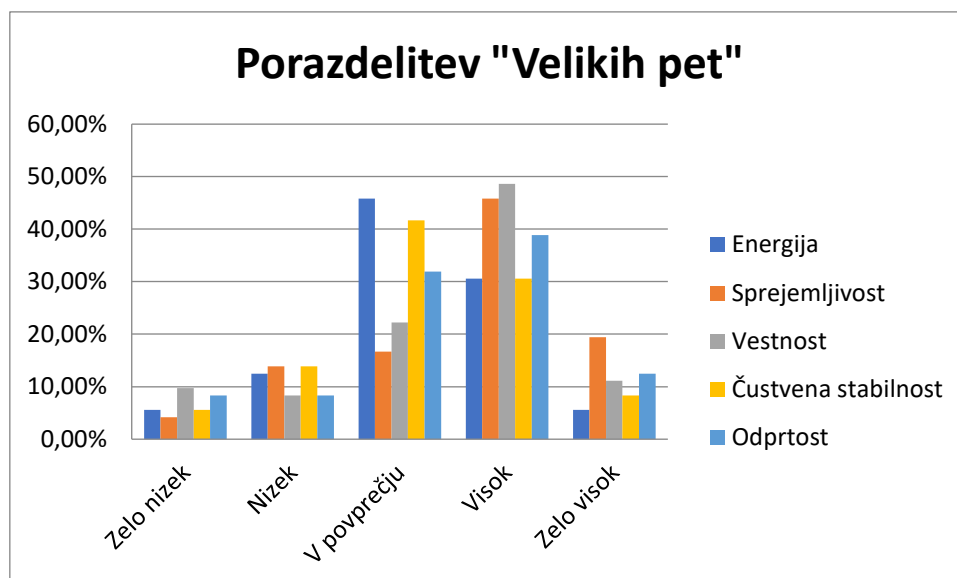
Tabela 5: Trditve o učinkovitosti in odnosu diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do dela v ambulanti družinske medicine

Trditve (vzorec n = 72)	Min	Max	PV	SO	F1 ($\alpha = 0,835$)	F2	F3	F4
Kakovost zdravstvene obravnave je pomemben cilj pri mojem delu.	4	5	4,64	0,484	0,269	0,407	-0,275	0,456
Delovno mesto mi omogoča dobre možnosti za nadgrajevanje znanja in stalno usposabljanje.	2	5	4,08	0,818	0,263	0,149	-0,705	-0,428
Cilje, ki si jih postaviva s pacientom, običajno tudi doseževa.	2	5	3,33	0,751	0,546	-0,453	-0,374	-0,123
Menim, da so pacienti, ki obiskujejo referenčno ambulanto, zadovoljni z mojim delom.	3	5	4,33	0,504	0,556	0,406	0,102	0,027

Trditve (vzorec n = 72)	Min	Max	PV	SO	F1 ($\alpha = 0,835$)	F2	F3	F4
S pacienti, ki obiskujejo referenčno ambulanto, imam spoštljiv odnos.	3	5	4,76	0,489	0,439	-0,668	0,036	0,262
Moj odnos do pacientov temelji na strokovnosti.	4	5	4,63	0,488	0,520	0,398	-0,180	0,166
Pri večini posameznikov, ki obiskujejo referenčno ambulanto, je opazen napredek.	1	5	3,67	0,831	0,609	-0,440	0,160	0,200
Pacienti, ki obiskujejo referenčno ambulanto, v večini dosežejo svoj cilj.	1	5	3,33	0,964	0,704	-0,429	0,003	0,308
Čutim, da mi pacienti povsem zaupajo.	3	5	4,12	0,627	0,730	0,255	0,305	-0,075
Čutim, da so pacienti z menoj odkriti.	2	5	3,97	0,750	0,723	-0,010	0,287	-0,314
Čutim, da se pacienti zavedajo, da jim želim pomagati.	3	5	4,18	0,657	0,762	0,091	0,221	-0,273
Pacienti se držijo rednih kontrol, brez da jih moram za to posebej prositi.	1	5	3,46	0,934	0,655	-0,288	0,219	-0,126
Menim, da pacienti težko dosežajo cilje.	1	5	3,15	1,030	-0,411	-0,045	0,560	0,279
Tudi sam/a skrbim za zdrav življenjski slog.	1	5	4,15	0,816	0,374	-0,364	-0,371	0,531

Legenda: Min – minimum, Max – maksimum, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F1 – dejanska učinkovitost, α = koeficient Cronbach Alpha.

Pri analizi vprašalnika velikih pet faktorjev osebnosti smo ugotovili, da ima največ anketirancev povprečno energijo (n = 33; 45,83 %) in čustveno stabilnost (n = 30; 41,67 %), nekoliko manj pa visoko (n = 22; 30,56 %). Večina anketirancev ima visoko sprejemljivost (n = 33; 45,83 %), vestnost (n = 35; 48,61 %) ter odprtost (n = 28; 38,89 %) (slika 6).



Slika 6: Porazdelitev lastnosti diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov: energija, sprejemljivost, vestnost, čustvena stabilnost in odprtost

3.4.2 Ovrednotenje hipotez

Hipoteza 1: Obstajajo razlike v strategijah dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM pri pacientih s KNB glede na njihovo delovno dobo, delovne izkušnje v ADM, samooceno usposobljenosti dela, strategije dela in osebnostne lastnosti.

Tabela 6: Povezava avtoritativnosti z delovno dobo in čustveno stabilnostjo

Trditve (vzorec n = 72)	Koeficient korelacije (rho)	p - vrednost
Delovna doba (hipoteza 1a)	0,05	0,684
Čustvena stabilnost (hipoteza 1d)	0,28	0,016

Legenda: rho – Spearmanov test korelacije, * = statistična značilnost pri 0,05, * = statistična značilnost pri 0,01

Tabela 7: Povezava motivatorstva z delovno dobo v ambulanti družinske medicine, samooceno dela ter energijo

Trditve (vzorec n = 72)	Koeficient korelacije (rho)	p - vrednost
Delovna doba v ref. ambulanti (hipoteza 1b)	0,10	0,397

Trditve (vzorec n = 72)	Koeficient korelacije (rho)	p - vrednost
Samoocena učinkovitosti dela (hipoteza 1c)	0,12	0,319
Dejanska samoocena učinkovitosti dela (hipoteza 1c*)	0,23	0,053
Energija (hipoteza 1e)	0,22	0,063

Legenda: rho – Spearmanov test korelacije, * = statistična značilnost pri 0,05, ** = statistična značilnost pri 0,01

Hipoteza 1a: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je pri svojem delu avtoritativen, ima daljšo delovno dobo.

Hipoteza 1a je zavrnjena. Ugotovili smo, da v našem primeru med avtoritativnostjo in delovno dobo ni povezave ($r = 0,05$; $p = 0,684$)(tabela 6).

Hipoteza 1b: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je motivator, ima več delovnih izkušenj v ADM.

Hipoteza 1b je zavrnjena. Ugotovili smo, da v našem primeru motivatorstvo ni povezano z delovno dobo v RA ($r = 0,10$; $p = 0,397$)(tabela 7).

Hipoteza 1c: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je motivator, ima višjo samooceno usposobljenosti za delo.

Hipoteza 1c je potrjena. Dejanska samoocena učinkovitosti dela je povezana z motivatorstvom ($r = 0,23$; $p = 0,053$)(tabela 7).

Hipoteza 1d: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je v odnosu do pacienta bolj avtoritativen, pri delu izkazuje več napetosti in išče potrditve.

Hipoteza 1d je zavrnjena. Avtoritativnost je v našem primeru rahlo pozitivno povezana s čustveno stabilnostjo diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika, kar je v nasprotju s hipotezo 1d ($r = 0,28$; $p = 0,016$) (tabela 6).

Hipoteza 1e: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki se pri delu zavzema za bolj spodbudne strategije dela, je bolj poln energije in navdušenja.

Hipoteza 1e je zavrnjena.. Na podlagi rezultatov lahko rečemo da motivatorstvo v našem primeru ni povezano z energijo, ki jo ima diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik ($r = 0,22$; $p = 0,063$) (tabela 7).

Hipoteza 1f: Samoocena učinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM je povezana z daljšo delovno dobo.

Tabela 8: Povezava samoocene učinkovitosti dela z delovno dobo in izkušnjami v ambulantni družinske medicine

Trditve (vzorec n = 72)	Koeficient korelacije (rho)	p - vrednost	Koeficient korelacije*	p - vrednost*
Delovna doba (hipoteza 1f)	0,05	0,668	0,03	0,806
Delovna doba v ref. ambulanti (hipoteza 1g)	0,09	0,417	-0,07	0,558

Legenda: rho – Spearmanov test korelacije, * = statistična značilnost pri 0,05, * = statistična značilnost pri 0,01
Testi z uporabo dejanske samoocene učinkovitosti dela so označeni z zvezdico (*)

Hipoteza 1f je zavrnjena. Kot je razvidno iz tabele 8, dejanska samoocena učinkovitosti dela v našem primeru ni povezana z delovno dobo ($r = 0,03$; $p = 0,806$).

Hipoteza 1g: Samoocena učinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM je povezana z več delovnimi izkušnjami v ADM.

Hipoteza 1g je zavrnjena. Kot je razvidno iz tabele 8, dejanska samoocena učinkovitosti dela ni povezana z več delovnimi izkušnjami v ADM ($r = -0,07$; $p = 0,558$).

Hipoteza 2: Obstajajo razlike v samooceni učinkovitosti diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM glede na njihove splošne osebnostne lastnosti.

Hipoteza 2a: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki v odnosu s pacientom izkazuje odprtost, ima višjo samooceno učinkovitosti dela.

Tabela 9: Povezava samoocene učinkovitosti dela s splošnimi »Velikih pet faktorjev osebnosti«: odprtost, vestnost, energija, sprejemljivost, čustvena stabilnost

Trditve (vzorec n = 72)	Koeficient korelacije (rho)	p - vrednost	Koeficient korelacije*	p - vrednost*
Odprtost (hipoteza 2a)	0,14	0,244	0,36	0,025
Vestnost (hipoteza 2b)	0,21	0,007	0,41	< 0,001
Energija (hipoteza 2c)	0,26	0,025	0,35	0,002
Sprejemljivost (hipoteza 2d)	0,17	0,165	0,28	0,019
Čustvena stabilnost (hipoteza 2e)	0,18	0,139	0,41	< 0,001

Legenda: rho – Spearmanov test korelacije, * = statistična značilnost pri 0,05, * = statistična značilnost pri 0,01
Testi z uporabo dejanske samoocene učinkovitosti dela so označeni z zvezdico (*)

Hipoteza 2a je potrjena. Dejanska samoocena učinkovitosti dela je v našem primeru rahlo povezana z odprtostjo v odnosu do pacienta ($r = 0,36$; $p = 0,025$)(tabela 9).

Hipoteza 2b: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki pri svojem delu izkazuje vestnost, ima višjo samooceno učinkovitosti dela.

Hipoteza 2b je potrjena. Dejanska samoocena učinkovitosti je povezana z izkazovanjem vestnosti ($r = 0,41$; $p < 0,001$) (tabela 9).

Hipoteza 2c: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je poln energije in navdušenja, ima višjo samooceno učinkovitosti dela.

Hipoteza 2c je potrjena. Dejanska samoocena učinkovitosti dela je povezana z energijo in navdušenjem v odnosu do pacienta ($r = 0,35$; $p = 0,002$) (tabela 9).

Hipoteza 2d: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki je pri delu ljubezniva in prijetna, ima višjo samooceno učinkovitosti dela.

Hipoteza 2d je potrjena. Dejanska samoocena učinkovitosti dela je rahlo povezana z ljubeznivostjo in prijetnostjo v odnosu do pacienta ($r = 0,28$; $p = 0,019$) (tabela 9).

Hipoteza 2e: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki pri svojem delu izkazuje napetost in išče potrditve, ima nižjo samooceno učinkovitosti dela.

Hipoteza 2e je potrjena. Dejanska samoocena učinkovitosti dela je povezana z napetostjo in iskanjem potrditev ($r = 0,41$; $p = < 0,001$) (tabela 9).

Hipoteza 3: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki tudi sam skrbi za zdrav življenjski slog, ima višjo samooceno učinkovitosti pri delu.

Tabela 10: Povezava samoocene učinkovitosti dela z zdravim življenjskim slogom

Trditve (vzorec n = 72)	Koeficient korelacije (rho)	p - vrednost	Koeficient korelacije*	p - vrednost*
Zdrav življenjski slog (hipoteza 3)	0,11	0,355	0,41	< 0,001

Legenda: rho – Spearmanov test korelacije, * = statistična značilnost pri 0,05, * = statistična značilnost pri 0,01
Testi z uporabo dejanske samoocene učinkovitosti dela so označeni z zvezdico (*)

Hipoteza 3 je potrjena. Obstajajo povezave med dejansko samooceno učinkovitosti dela in skrbjo za zdrav življenjski slog ($r = 0,41$; $p = < 0,001$)(tabela 10).

Hipoteza 4: Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik v ADM, ki vključuje pacienta v postavljanje ciljev, ima višjo samooceno učinkovitosti dela.

Tabela 11: Povezava samoocene učinkovitosti dela z vključevanjem pacienta v postavljanju ciljev

Trditve (vzorec n = 72)	Koeficient korelacije (rho)	p - vrednost	Koeficient korelacije*	p - vrednost*
Vključevanje pacienta v postavljanju ciljev (hipoteza 4)	0,06	0,636	0,35	0,003

Legenda: rho – Spearmanov test korelacije, * = statistična značilnost pri 0,05, * = statistična značilnost pri 0,01
Testi z uporabo dejanske samoocene učinkovitosti dela so označeni z zvezdico (*)

Hipoteza 4 je potrjena. Za spremenljivko vključevanje pacienta v postavljanje ciljev smo uporabili trditve iz vprašanja številka 7 iz vprašalnika in jo primerjali z dejansko samooceno učinkovitosti dela. Ugotovili smo, da je dejanska samoocena učinkovitosti dela rahlo povezana z vključevanjem pacienta v postavljanje ciljev ($r = 0,35$; $p = 0,003$)(tabela 11).

Hipoteza 5: Mogoče je izdelati model za samooceno učinkovitosti dela, ki je povezan z delovno dobo, delovnimi izkušnjami v ADM, samooceno usposobljenosti, strategijami dela in splošnimi osebnostnimi lastnostmi.

Tabela 12: Regresivni model za dejansko samooceno dela z vključenimi neodvisnimi spremenljivkami v hipotezi 5

<i>Dejanska samoocena učinkovitosti dela ($R_{adj.}^2 = 0.257, p = 0,001$)</i>				
$I_{j,j}$	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>p</i>
Delovna doba	-0,013	0,043	-0,032	0,771
Delovna doba v ref. amb	-0,015	0,017	-0,092	0,390
Motiviranost	0,428	0,102	-0,471	< 0,001
Avtoritativnost	0,004	0,138	0,003	0,977
Energija	0,054	0,076	0,109	0,484
Sprejemljivost	0,061	0,063	0,163	0,341
Vestnost	-0,083	0,079	-0,260	0,296
Čustvena stabilnost	0,069	0,086	0,802	0,426
Odprtost	0,054	0,079	0,151	0,500

Legenda: R^2 = R-Squared; *b* = regresijski koeficient; *SE* = standardna napaka regresijskega koeficienta; β = standardni regresijski koeficient; *p* = statistična značilnost ($p < 0,001$).

Hipoteza 5 je delno potrjena. V nadaljevanju je predstavljen regresiven model za dejansko samooceno dela z vključenimi neodvisnimi spremenljivkami v hipotezi (glej tabelo 12). Model pojasnjuje 25,70 % variance dejanske samoocene dela anketiranih. Statistično pomembna neodvisna spremenljivka od vključenih v model so strategije dela diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika v ambulantni družinski medicine, ki opisujejo motivacijske pristope pri delu ($p < 0,001$).

3.5 RAZPRAVA

Namen naše raziskave je bil raziskati samooceno učinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM pri pacientih s KNB v razmerju do izbranih sociodemografskih podatkov, delovnih izkušenj v ADM, njihovih pristopov dela ter osebnostnih lastnosti, ki smo ga tudi dosegli. Ugotovili smo, da je dejanska samoocena učinkovitosti dela povezana s splošnimi osebnimi lastnostmi diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, in sicer zmerno z vestnostjo in čustveno stabilnostjo, rahlo pa z odprtostjo, energijo in sprejemljivostjo. Prav tako je samoocena učinkovitosti zmerno povezana z zdravim življenjskim slogom in vključevanjem pacienta v samostojno postavljanje ciljev.

3.5.1 Razprava o metodi raziskovanja

Uporabili smo presečno raziskavo, ki je po našem mnenju najbolj primerna za raziskovanje samoocene samoučinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM v povezavi z nekaterimi dejavniki v raziskavi. Presečna raziskava je obenem tudi ekonomična in enostavna za izvedbo. Podatki se zberejo glede na eno točko v času, z namenom, da se lahko med seboj primerja različne skupine udeležencev (Rifel, 2014).

Ciljna populacija so bile vse diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, ki delujejo v ADM po vsej Sloveniji. Pričakovali smo nizko odzivnost, saj smo izvedli spletno anketiranje, za katero je značilna nižja odzivnost. Glavni razlog za nizko odzivnost pri reševanju spletnih vprašalnikov je, da dolgi vprašalniki vzamejo veliko časa. Prav tako je malo ljudi, ki je pripravljeno izpolniti vprašalnik brez lastne koristi. Odzivnost se izboljša,

če anketiranci v raziskavi vidijo priložnost za izboljšanje kakovosti dela in prispevek h kliničnemu znanju (Cunningham, et al., 2015). Zaradi izjemno slabe odzivnosti smo tistim, ki niso odgovorili na vprašalnik, opomnik poslali tudi do petkrat. Srečevali smo se s prezasedenostjo diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM, saj je bil takrat ravno čas COVID-19 in so zdravstveni delavci, ki drugače delujejo v ADM, pomagali pri preprečevanju širjenja COVID-19.

3.5.2 Razprava po ciljnih raziskovanja

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je samoocena učinkovitosti dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ADM. Svojo oceno so podali na Likertovi lestvici, ki se je gibala od 1–10. Največ anketirancev je svojo učinkovitost ocenilo s 5 (30,56 %), nato sledi ocena 8 (22 %), 7 (21 %) in 9 (17 %). Najmanj so se ocenili z oceno 10 (3 %) in 6 (7 %). Pri teh ugotovitvah smo prišli do spoznanja, da smo ljudje pri lastnem ocenjevanju precej pristranski. Sklepamo, da če bi se ljudje ocenjevali bolj iskreno in poglobljeno ter na podlagi nekih vprašalnikov, ki bi jim pri oceni pomagali, bi se verjetno ocenili drugače. Vseeno pa lahko trdimo, da anketiranci svoje delo ocenjujejo za bolj učinkovito, kot ne. Glede na to, da se nihče ni ocenil pod oceno 5, smo mnenja, da anketiranci v večini zaupajo v svoje delo in lastno učinkovitost. Smo pa v raziskavi bolj uporabljali dejansko oceno učinkovitosti dela, ki smo jo pridobili s pomočjo faktorske analize. Anketiranci najvišje ocenjujejo trditev, da imajo s pacienti spoštljiv odnos in strokoven odnos, najmanj pa se strinjajo s trditvijo »Menim, da pacienti težko dosegajo cilje.« Glede na te trditve lahko sklepamo, da so diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki pri svojem delu precej učinkoviti, saj je po našem mnenju prav pacientovo doseganje ciljev rezultat učinkovitosti njihovega dela. Kot pravi tudi Leskovicova (2022), je samoocena diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov precej odvisna od izobrazbe izvajalcev in posledično vpliva na kakovost in učinkovitost lastnega dela. Na samooceno pa vplivajo tudi motiviranost, predanost, samozavest in podpora v delovnem okolju. V naši raziskavi smo ugotovili, da lahko stopnja izobrazbe vpliva na stopnjo samoocene učinkovitosti dela. Višja kot je, večje je znanje in posledično tudi večja samozavest, ki pa je ključna za doseganje rezultatov pri svojem delu. Podobnega mnenja je tudi Bechler s sodelavci (2021), ki so mnenja, da kakovost

zdravstvene nege prispeva do spremembe vedenja in izvajanja aktivnosti zdravstvene nege. Kot je objavil Blegen s sodelavci (2015), izobrazba lahko vpliva na samooceno medicinske sestre na različne načine. Višja stopnja izobrazbe lahko prinaša večje strokovno znanje, samozavest in občutek kompetentnosti pri opravljanju nalog v zdravstveni negi. Prav tako lahko višja izobrazba omogoča medicinskim sestram pridobitev naprednejših vlog in odgovornosti ter večjo samostojnost pri odločanju. Vpliv izobrazbe na samooceno medicinskih sester je lahko tudi posreden, saj višja izobrazba pogosto omogoča dostop do boljših zaposlitvenih priložnosti, višjega ekonomskega ter upravljaljskega statusa in večje prepoznavnosti v poklicu. To lahko prispeva k povečanju samozaupanja in pozitivni samooceni.

V raziskavi smo obravnavali delo diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, ki delujejo v ADM na področju obvladovanja in preprečevanja nastanka KNB. Problemi, ki se pojavljajo pri doseganju zelenih rezultatov, nastajajo zaradi omejenih virov in pomanjkanja ponudnikov zdravstvenih storitev (Vedanthan, et al., 2019). Celovito zdravljenje, ki vključuje spremembo življenjskega sloga in upoštevanje načrta zdravljenja, pomembno vpliva na nastanek KNB in zmanjšuje umrljivost (Himmelfarb, et al., 2016; WHO, n.d.). Na spremembo posameznikovega življenjskega sloga lahko do neke mere vplivajo tudi pristop in strategije dela diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika, ki deluje v ADM. Pomemben dejavnik predstavlja tudi narava odločitve diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika za delo v ADM. Ugotovili smo, da se je največ anketirancev zaposlilo v ADM zaradi prostega delovnega mesta. Glede na proučeno literaturo smo ugotovili, da so zaposleni v ADM s svojim delom delno zadovoljni. Delovno mesto jim predstavlja veliko dobrih možnosti, predvsem dober urnik in upoštevanje želja glede dopusta, vendar pa je še veliko možnosti izboljšanja, kar po njihovem mnenju vključuje napredovanje na delovnem mestu, dodatno izobraževanje in informacijsko podporo (Pečelin & Sočan, 2016).

Pri tem je potrebno poudariti, da ni vseeno kakšne osebne lastnosti ima zaposleni v ADM, ker je prvi stik pacienta z diplomirano medicinsko sestro/zdravstvenikom ključen za nadaljnjo obravnavo in potek zdravljenja. Do podobnih ugotovitev prihaja Laurant s sodelavci (2018), ki so mnenja, da so pacienti bolj zadovoljni z obravnavo KNB pri medicinski sestri kot pri zdravniku. Medicinske sestre si vzamejo več časa, podajo več

informacij in njim lahko tudi bolj zaupajo. Ugotavljajo boljše rezultate pri zdravljenju KNB ob ustreznem pristopu medicinske sestre (Laurant, et al., 2016). Glede na pristop dela nas je v prvi vrsti zanimala uporaba MI pri delu diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika. Večina jih pozna MI in ga pri svojem delu tudi uporablja. Kmetec s sodelavci (2016) je objavil, da je MI zelo uporabno orodje, ki pomaga pacientu, da sam uvidi slabe navade in vzorce, ki jih je potrebno spremeniti. Velika večina anketirancev je izrazila potrebo po specializaciji dela diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika v ADM. Glede na ta rezultat bi lahko trdili, da pri svojem delu vseeno vidijo vrzeli v znanju, ki bi jih s specializacijo morda lahko odpravili. V Veliki Britaniji medicinske sestre že od leta 1992 prevzemajo naloge s področja svetovanja, vodenja pacientov s KNB in promocije zdravja. Samostojno prevzemajo vlogo vodenja zdravljenja, ki je v skladu s smernicami, saj imajo za to pridobljena še kako potrebna specialna znanja (Dubois & Singh, 2013).

Poleg dodatnih specialnih znanj igra veliko vlogo tudi način in pristop dela diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika v ADM. Anketiranci so v večini pozitivno naravnani pri svojem delu, ob tem pa pogosto uporabljajo tehniko aktivnega poslušanja. Menijo, da si je za pacienta s KNB potrebno vzeti dovolj časa in poudarjajo pomen zaupnega odnosa. Prav tako so mnenja, da si pacienti s KNB zmorejo sami postaviti cilje in naloge in da te niso prelahke in so dovolj realne. Kot ugotavlja tudi Kmetec (2016) s sodelavci, je temelj pogovora prav poslušanje. Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik pacientu s KNB zagotovi, da njegove potrebe popolnoma razume ter mu na ta način pomaga k uresničevanju sprememb. Pacient mora biti glavni govorec, diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik pa skrbi, da pogovor steče in da je usmerjen v pacienta. Postavlja odprta vprašanja in ga vključuje v pogovor na način, da si sam izbere naloge in cilje. Pomemben temelj predstavlja tudi čas, ki si ga diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik vzame za delo s pacientom s KNB. Ta dejavnik so anketiranci v naši raziskavi prepoznali kot zelo pomemben. Podobnega mnenja je Kartika (2018), ki pravi, da lahko zadovoljstvo pacienta izboljšamo, če si zanj vzamemo dovolj časa.

Poleg vseh obravnavanih dejavnikov so osebne lastnosti zaposlenih v ADM pomembne za delo s pacienti (Farčić, et al., 2020). Anketiranci so večinoma prijazne osebe z empatijo, skrbne, natančne in odprte, kar lahko kasneje vpliva tudi na doseganje

rezultatov. Kot izpostavlja tudi Kartika (2018), je čustvena podpora eden najpomembnejših dejavnikov, ki vpliva na zadovoljstvo pacientov pri interakciji z medicinskimi sestrami. Večja kot je podpora medicinske sestre, večje je pacientovo zadovoljstvo. V raziskavi nismo odkrili pomembnih povezav med strategijami dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov glede na delovno dobo, delovne izkušnje, samooceno usposobljenosti za delo in osebnostne lastnosti. Predvsem smo pričakovali, da bi bila lahko avtoritativnost povezana z delovno dobo, pa do te ugotovitve nismo prišli. Pri raziskovanju literature smo nato ugotovili pomembna dejstva, ki jih navaja tudi Uthaman s sodelavci (2015), ki pravi, da imajo medicinske sestre z daljšo delovno dobo sicer več telesnih okvar in s stresom povezanih motenj razpoloženja. Navaja pa, da imajo kljub ranljivosti, veliko prednosti. Znano je, da so starejše medicinske sestre najbolj usposobljene in produktivne. Imajo bogate življenjske izkušnje, vrhunske komunikacijske sposobnosti, predanost in zvestobo. Pomemben dejavnik pri doseganju ciljev je aktivno vključevanje pacienta v proces odločanja (Uthaman, et al., 2015). Ugotovili smo, da so diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, ki delujejo v ADM, mnenja, da si pacienti zmorejo postaviti lastne cilje. Prav tako jih k temu tudi vedno spodbudijo. Ugotovili smo, da se njihov dvom pri vključevanje pacienta v lastno postavljanje ciljev pojavi, ker je pri nekaterih pacientih zaznati pomanjkanje znanja na področju preventive in s tem nezmožnost postavljanja realnih ciljev. Za postavitev realnih ciljev mora imeti pacient dovolj znanja in spretnosti, zato moramo njegovo znanje stalno nadgrajevati, saj le zdravstvena pismenost lahko omogoči sprejemanje kompetentnih odločitev (Rajkovič, 2018). Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki so usmerjeni v motivacijo pacientov in informiranje za udeležbo v preventivnih aktivnostih in presejalnih programih. Prav tako stalno izvajajo zdravstveno vzgojo in vstopajo v mikrosistem pacienta in s tem lahko vplivajo na njegovo ravnovesje in tudi odločitve. Pred postavitvijo ciljev se morajo s pacientom najprej pogovoriti, da lahko postavijo oceno potreb in načrtujejo minimalno sprejemljive aktivnosti, ki bi zagotovile optimalni nivo zdravja. Postavitev ciljev mora vedno temeljiti na sodelovanju pacienta in strokovnjakov. Ob podpori si pacient lahko sam postavi cilje, ki jih zmore in samooskrbo izvaja sam. Pomembno je, da se pacientova pot samooskrbe premakne iz izobraževanja na aktivno prepoznavanje izzivov in ciljev ter na ukrepanje. Podpora aktivni vlogi pacienta pripomore k manj pogostim obiskom zdravstvenih institucij (Hevey, et al.,

2018). Kot pravi tudi Cordier (2014), je smiselno, da pacienti postanejo enakopravni partnerji v strokovnih timih. Potrebno je spodbujati paciente, da postanejo aktivni v samooskrbi in postavljanju ciljev. Prav tako bi bilo potrebno izobraževati zdravstveni kader, ki bi stremel k spreminjanju zdravstvenega sistema v sistem, ki je usmerjen v pacienta in njegove izzive.

Stopnja samoocene lastnega dela je povezana s splošnimi osebnostnimi lastnostmi diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika. Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, ki so pri svojem delu bolj vestni in čustveno stabilni, imajo višjo samooceno lastnega dela. Le ta pa je rahlo povezana tudi z odprtostjo, energijo in sprejemljivostjo. Do zelo podobnih ugotovitev je prišla Kwiatosz s sodelavci (2021) v raziskavi, ki je bila izvedena v enoti za anestezijo in intenzivno nego na Poljskem. Anketiranci, ki so imeli višjo samooceno učinkovitosti dela, so pri svojem delu v večji meri izražali vestnost, ekstravertiranost in odprtost do izkušenj, tisti z nizkimi rezultati samoocene učinkovitosti dela pa so kazali povezavo z nevroticizmom. Prav tako podobne ugotovitve kažejo, da so osebnostne lastnosti povezane s kliničnim odločanjem v zdravstveni negi. Medicinske sestre z visokimi vrednostmi samospoštovanja, samoučinkovitosti in notranjega nadzora pri opravljanju svojega dela sprejemajo avtonomne intervencijske odločitve, iščejo alternativne možnosti, podrobno analizirajo podatke o pacientih, ocenjujejo posledice teh intervencij in delno iščejo nove informacije (Farčić, et al., 2020). Ugotovili smo tudi povezavo med samooceno učinkovitosti dela in zdravim življenjskim slogom. Do podobnih ugotovitev je prišla tudi Stanulewicz s sodelavci (2019), ki pravi, da medicinske sestre porabijo veliko časa za spodbujanje zdravega življenjskega sloga pacientov in njihovih družin. Prav tako ugotavlja, da sta prekomerna telesna teža in debelost bistveno višja med medicinskimi sestrami kot pri drugih zdravstvenih delavcih in tistih, ki delajo v poklicih, ki niso povezani z zdravjem. Nacionalna raziskava Kyla in sodelavcev (2017) je pokazala, da je 25 % angleških medicinskih sester debelih (BMI: indeks telesne mase $\geq 30,0$), pri čemer so stopnje debelosti višje kot pri drugih zdravstvenih delavci. Prav tako Kyle s sodelavci (2017) ugotavlja, da znanje medicinskih sester o zdravem življenjskem slogu ne povzroči nujno bolj zdravega življenjskega sloga in izbire zdravega življenjskega sloga tudi izven delovnega mesta. Z raziskavo želimo pomagati tako kadrovnikom kot izobraževalnim

institucijam, ki izobražujejo kader za diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike v ADM. Prav tako služi zaposlenim v ADM pri organizaciji dela in izbiri ustreznih pristopov dela. Priporočamo nadaljnje raziskovanje obravnavane tematike z vključenim vseslovenskim vzorcem, s katerim bi pridobili podatke, ki bi jih lahko posplošili na celotno populacijo.

3.5.3 Omejitve raziskave

Uporabili smo presečno raziskavo, pri kateri se podatki o proučevanem pojavu zberejo glede na eno točko v času (Polit & Beck, 2018). To lahko predstavlja tudi omejitev naše raziskave, pa vendar je izbrani pristop izhodišče za nadaljnje raziskave. V raziskavi je sodelovalo le 72 udeležencev od 535 zaposlenih v ADM. Čeprav smo zaposlene večkrat povabili k udeležbi in sodelovanju pri anketi, nam večje realizacije ni uspelo doseči. Največji problem neodzivnosti je bil čas COVID-19, ki je povzročil, da so zdravstveni delavci, ki drugače delujejo v ADM, pomagali pri preprečevanju širjenja COVID-19. Ministrstvo za zdravje je izdalo odredbo o začasnih ukrepih za obvladovanje širjenja COVID-19 in izvajalci preventivne dejavnosti so dobili navodilo, naj prenehajo izvajati preventivne zdravstvene storitve. Zdravstvene delavce, ki delujejo na področju preventivnih dejavnosti, so premeščali na mesta, kjer so nudili pomoč pri obvladovanju širjenja COVID-19 (Novak Mlakar, et al., 2021). Vseeno menimo, da smo kljub nizki udeležbi dobili nek vpogled v povprečje. Prav tako bi kot omejitev lahko izpostavili vprašalnik, ki je bil kar precej dolg in zato tudi ne v celoti dokončan. Zelo pomemben je podatek, da je v anketi kliknilo na nagovor 342 anketirancev, 146 jih je kliknilo na anketo, 119 jih je pričelo z izpolnjevanjem in 115 jih je delno izpolnilo anketo. Nizka odzivnost je bila pričakovana, saj smo izvedli spletno anketiranje. Pri spletnih vprašalnikih je pričakovati nižjo odzivnost, saj se lahko ljudje zlahka odločijo, da jih preskočijo ali ne izpolnijo v celoti (Smith, 2022). Prav tako je malo ljudi, ki je pripravljeno izpolniti vprašalnik brez lastne koristi. Odzivnost se izboljša, če anketiranci v raziskavi vidijo priložnost za izboljšanje kakovosti dela in prispevek h kliničnemu znanju (Cunningham, et al., 2015).

Za oceno »Velikih pet faktorjev osebnosti« smo uporabili sicer standardiziran vprašalnik, katerega koeficienti notranje zanesljivosti alfa znašajo od 0,64 do 0,82 za posamezne

poddimenzije in od 0,75 do 0,85 za dimenzije; za lestvico neiskrenosti pa Cronbachov alfa znaša 0,80. Analiza zanesljivosti za vprašalnik BFQ za starejše je za poddimenzije in dimenzije pokazala Cronbachove koeficiente alfa, ki se raztezajo od 0,74 do 0,87 pri oceni drugih (N = 364) in med 0,43 do 0,78 pri samooceni (N = 167). V anketi uporabljamo tudi nestandardizirane vprašalnike, ki pa ni nujno, da so zanesljivi in prikažejo želene rezultate. Zanesljivost našega vprašalnika smo izračunali s Koeficientom Cronbach Alpha, ki za celoten vprašalnik znaša 0,764, za trditve o oceni pristopov dela (20 trditev) znaša 0,743, za trditve o učinkovitosti dela (14 trditev) znaša 0,728. Vrednost koeficienta se giblje med 0 in 1. Čim bližje je vrednosti števila 1, tem boljša je zanesljivost inštrumenta (Cencič, 2009). Glede na rezultate lahko trdimo, da je bil vprašalnik zanesljiv in je dosegel svoj namen.

4 ZAKLJUČEK

Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki so pomemben člen pri doseganju sprememb v življenjskem slogu pacientov. Njihova prisotnost in opora je za pacienta izjemnega pomena, včasih še bolj pomembna od podpore zdravnika. Pacient vidi v diplomirani medicinski sestri/zdravstveniku steber, na katerega se lahko zanese v trenutku, ko potrebuje pomoč za naslednji korak. Velikokrat je diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik bolj dostopen za pogovor in v odnosu bolj enakovreden kot zdravnik. Naloga diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika je, da pacientu svetuje, ga motivira in mu pomaga na poti do sprememb. Pri tem je izjemnega pomena način, ki ga pri svojem delu uporablja, saj tudi ta lahko vpliva na doseganje sprememb in ciljev. Pri tem je seveda pomembno znanje na področju doseganja sprememb mišljenja, pa vendar to ni najpomembnejši razlog za uspeh. Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik mora imeti ustrezen pristop, ki zajema ustrezno komunikacijo, občutek za človeka in ustrezno mero empatije. Imeti morajo zaupanje v vsakega pacienta, da lahko doseže cilje, pa če izgleda še tako brezupno. Pomembno je tudi dejstvo, da je diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik tudi sam zgled zdravega življenja, kajti tako lahko pri pacientih vzbudi nek globlji občutek zaupanja v resničnost besed, ki jih podaja naprej v svojem delu. Priporočamo nadaljnje raziskovanje obravnavane tematike z vključenim vseslovenskim vzorcem, s katerim bi pridobili podatke, ki bi jih lahko posplošili na celotno populacijo.

Z raziskavo smo želeli tudi razviti model, ki omogoča ocenjevanje učinkovitosti dela na podlagi več dejavnikov. Naš cilj je bil razumeti, kako se različne spremenljivke, kot so delovna doba, delovne izkušnje v ADM, samoocena usposobljenosti, strategije dela in splošne osebne lastnosti povezujejo z oceno učinkovitosti dela. Ugotovili smo, da je model lahko uporaben za napovedovanje samoocene učinkovitosti dela anketiranih posameznikov. Pojasnjuje 25,70 % variance dejanske samoocene dela, kar pomeni, da lahko precej natančno ocenimo, kako posameznik ocenjuje svojo delovno učinkovitost.

V našem modelu smo preučevali več različnih spremenljivk, vendar je ena spremenljivka izstopala kot statistično pomembna. To je bila strategija dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v ambulanti družinske medicine, ki opisuje motivacijske pristope pri delu. Ta spremenljivka je pokazala pomembno povezanost z oceno učinkovitosti dela ($p < 0,001$), kar pomeni, da strategije dela močno vplivajo na to, kako se posameznik

oceni glede na svojo učinkovitost pri delu. Naša raziskava nam je omogočila razvoj modela, ki je lahko koristen pri razumevanju samoocene učinkovitosti dela.

5 LITERATURA

Adhikari, U.R. & Pradhan, S., 2015. Role of community nurses and challenges towards providing non-communicable disease services in selected blocks of selected district in West Bengal. *College of nursing, medical college and hospital*, 10(3), p. 73. 10.5958/2349-2996.

Anderluh, M., 2015. Motivacijski intervju. *Slovenska pediatrija*, 22(2), pp. 38-43.

Babič, N., 2021. *Spanje kot okupacija: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Babnik, K. & Štemberger-Kolnik, T., 2013. Koncept zaznane samoučinkovitosti in njegova aplikacija v zdravstveno-vzgojnih aktivnostih. In: D. Železnik, eds. *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: zbornik predavanj z recenzijo / 3. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved. Slovenj Gradec, 17. september 2013*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 173-180. 10.18690/978-961-286-271-8.

Bauman, A., Dafna, M., Bull, P. & Buchner, D., 2016. Updating the evidence for physical activity: summative reviews of the epidemiological evidence, prevalence, and interventions to promote active aging. *The Gerontologist*, 56(2), pp. 268-280. 10.1093/geront/gnw031.

Bechler, C.J., Tormala, Z. L. in Rucker. D. D., 2021. The Attitude–Behavior Relationship Revisited. *Psychological science*, 32(8), pp. 1285-1297. 10.1177/09567976219952.

Bellou, V., Belbasis, L., Tzoulaki, I. & Evangelou, E., 2018. Risk factors for type 2 diabetes mellitus: an exposure-wide umbrella review of meta-analyses. *Plos one*, 13(5), pp. 123-126. 10.1371/journal.pone.0194127.

Bender, B.G., 2015. Motivating patient adherence to allergic rhinitis treatments. *Curr*

Allergy Asthma, 15(10), pp. 1-7. 10.1007/s11882-014-0507-8.

Bilban, M., 2018. Debelost – javnozdravstveni problem delovne populacije. *Delo in varnost*, 2(8), pp. 28-41.

Blegen, M.A., Goode, C. J., Reed, L. & Park, S. H., 2015. Nurse staffing effects on patient outcomes: Safety-net and non-safety-net hospitals. *Medical Care*, 39(2), pp. 115-126. 10.1097/00006199-199801000-00008.

Blundell, H.J. & Hine, P., 2019. Non-communicable diseases: ditch the label and recapture public awareness. *International Health*, 11(2), pp. 5-6. 10.1093/inthealth/ihy063.

Bramhall, E., 2014. Effective communication skills in nursing practice. *Nursing standard*, 29(14), pp. 53-59. 10.7748/ns.29.14.53.e9355.

Brumen, T., 2014. *Izobraževanje in usposabljanje javnih uslužbencev v Mestni občini Kranj, pred in v času finančne krize: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Bucik, V., Boben, D. & Kranjc, I., 1997. Vprašalnik BFQ in ocenjevalna lestvica BFO za merjenje »velikih pet« faktorjev osebnosti: slovenska priredba. *Psihološka obzorja*, 4(2), pp. 5-30.

Cencič, M., Čagran, B. & Ivanuš-Grmek, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Cordier, J.F., 2014. The expert patient: Towards a novel definition. *European Respiratory Journal*, 44(4), pp. 853-857. 10.1183/09031936.00027414.

Cunningham, C.T., Quan H., Hemmelgarn, B., Noseworthy, T., Beck C.A., Dixon, E., Samuel, S., Ghali, W.A., Sykes L.L. & Jetté, N. 2015. Exploring physician specialist

response rates to web-based surveys. *BMC Medical Research Methodology*, 32(15), pp. 15-17. 10.1186/s12874-015-0016-z.

Dernovšek, M., Sedlar, N. & Tančič Grum, A., 2015. Stres. In: J. Farkaš Lainščak, I. Huber, J. Maučec Zakotnik, N. Sedlar & S. Verbovšek, eds. *Program integrirane preventivne KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), pp. 66-70.

Dervišević, E. & Vidmar, J., ed. 2013. *Vodič športne prehrane-prehrana in zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Donia, R.B. & Galea, P., 2013. Student nurses' personality traits and the nursing profession: part 1. *British Journal of Nursing*, 11(7), p. 21. 10.12968/bjon.2012.21.7.419.

Dubois, C.A. & Singh, D., 2009. From staff - mix to skill – mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7(78), p. 5. 10.1186/1478-4491-7-87.

Elkin, A., 2014. *Obvladovanje stresa za telebane*. Ljubljana: Pasadena.

Esposito, K., Chiodini, P., Maiorino, M.I., Bellastella, G., Panagiotakos, D. & Giugliano, D., 2014. Which diet for prevention of type 2 diabetes? Meta analysis of prospective studies. *Endocrine*, 47(4), pp. 107-116. 10.1007/s12020-014-0264-4.

Farčić, N., Barač, I., Plužarić, J., Ilakovac, V., Pačarić, S. & Gvozdanović, Z., 2020. Personality traits of core self-evaluation as predictors on clinical decision-making in nursing profession. *PLoS ONE*, 15(5), pp. 20-24. 10.1371/journal.pone.0233435.

Fitzgerald, N., Morgan K. & Slawson D., 2013. Practice paper of the Academy of Nutrition and Dietetics abstracts: the role of nutrition in health promotion and chronic disease prevention. *Journal of The Academy Of Nutrition And Dietetics*, 113(7), p. 983. 10.1016/j.jand.2013.05.007.

Garibaldi, B.T. & Russell, S.W., 2021. Strategies to Improve Bedside Clinical Skills. *Teaching Chest*, 21(6), pp. 14-18. 10.1016/j.chest.2021.06.055.

Garside, J.R. & Nhemachena J.Z.Z., 2013. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse education today*, 32(5), pp. 541-545. 10.1016/j.nedt.2011.12.007.

Govc-Eržen, J., Čuš, B. & Vračko, P., 2017. Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. In: J. Govc Eržen & M. Petek-Šter, eds. *Referenčne ambulante družinske medicine – opis projekta*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 26-30.

Hajdinjak, R., 2015. Telesna dejavnost in kronične bolezni. *Polet*, 6(12), p. 46.

Harbman, P., 2014. The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), pp. 1542-1556. 10.1016/j.ijnurstu.2014.04.004.

Hevey, D., Wilson O'raghallaigh, J., O'doherty, V., Lonergan, K., Heffernan, M., Lunt, V. & Kinsella, S., 2018. Pre-post effectiveness evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) participation on health, wellbeing and health service utilization. *Chronic Illnesses*, 6(3), pp. 67-69. 10.1177/1742395318792063.

Heydari, A., Kareshki, H. & Reza Armat, M., 2016. Is Nurses' Professional Competence Related to Their Personality and Emotional Intelligence? A Cross-Sectional Study. *Journal of Caring Sciences*, 5(2), pp. 121-132. 10.15171/jcs.2016.013.

Himmelfarb, C.R.D., Commodore-Mensah, Y. & Hill, M.N., 2016. Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. *Annals of Global Health*, 82(2),

pp. 243-253. 10.1016/j.aogh.2016.02.003.

Hlastan Ribič, C., Maučec Zakotnik, J., Kranjc, M. & Šerona A., 2012. Prehranjevanje. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 33-49.

Horvat, A., 2016. *Ozaveščenost ljudi o presejalnih programih: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Hu, F., Hu, B. & Chen, R., 2014. A systematic review of social capital and chronic noncommunicable diseases. *Biosci Trends*, 8(6), pp. 290-296. 10.5582/bst.2014.01138.

Jeriček Klanšček, H. & Bajt, M., 2015. Stres, depresija, izgorelost. *Delo in varnost*, 60(6), pp. 27-33.

Jongudomkarn, D. & Macduff, C., 2015. Development of a Family Nursing Model for Prevention of Cancer and Other Noncommunicable Diseases through an Appreciative Inquiry. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(23), pp. 10367-10374. 10.7314/apjcp.2014.15.23.10367.

Kahn, S.E., Cooper, M.E. & Del, P.S, 2014. Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future. *Lancet*, 383(13), pp. 1068-1083. 10.1016/S0140-6736(13)62154-6.

Kartika, I.R., 2018. Nurses–patients interaction model and outpatients’ satisfaction on nursing care. *Research Gate*, 14(5), p. 112. 10.15406/ncoaj.2018.05.00123.

Kastelec, D. & Košmelj., 2010. *Osnove statistike z Excelom 2007*. Biotehniška fakulteta, Univerza v Ljubljani. [pdf] Available at: http://www.bf.unilj.si/fileadmin/groups/2763/OSE_2007/Osnove_statistike_z_Excelom.pdf [Accessed 27 February 2021].

Kiveläa, K., Elob, S., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M., 2014. The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 97(2), pp. 147-157. 10.1016/j.pec.2014.07.026.

Klonek, F.E., Wunderlich, E., Spurr, D. & Kauffeld, S., 2016. Career counseling meets motivational interviewing: A sequential analysis of dynamic counselor–client interactions. *Journal of Vocational Behavior*, 94(8), pp. 28-38. 10.1016/j.jvb.2016.01.008.

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

Knap, B. & Horvat, M., 2015. *Gibanje je zdravje: zbornik prispevkov o pomenu telesnega gibanja na zdravje*. Zgornja Kungota: Društvo Forabel.

Koh, H.K., Rajkumar, R. & McDonough, J.E., 2016. Reframing prevention in the era of health reform. *Jama*, 316(25), pp. 1039-1040. 10.1001/jama.2016.10405.

Kolšek, M., 2017. Preventivni pregled na področju tvegane in škodljivega pitja alkohola. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Priročnik za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), pp. 70-73.

Kovačič, M., 2015. *Učinkovitost presejalnih testov za odkrivanje znakov depresije: diplomsko delo*. Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Kyle, R.G., Wills, J., Mahoney, C., Hoyle, L., Kelly, M. & Atherton., 2017. Obesity

prevalence among healthcare professionals in England: a cross-sectional study using the Health Survey for England. *National library of medicine*, 7(12), p. 3. 10.1136/bmjopen-2017-018498.

Kwiatosz, M., Marzena K. & Aftyka, A., 2021. Personality Traits and the Sense of Self-Efficacy among Nurse Anaesthetists. *Multi-Centre Questionnaire Survey*, 25(6), pp. 12-15. 10.3390/ijerph18179381.

Lakerveld, J., Bot, D., Chinapaw, M., Tulder, W., Kostense, J. & Dekker, J., 2013. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(4), pp. 47-48. 10.1186/1479-5868-10-47.

Laurant, M., Van der Biezen, M., Watananirunn, K., Kontopantelis, E. & Van Vught Ajah., 2018. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(7), pp. 345-347. 10.1002/14651858.CD001271.pub3.

Leatherdale, T., 2015. An examination of the co-occurrence of modifiable risk factors associated with chronic disease among youth in the compass study. *Cancer Causes & Control volume*, 26(9), pp. 519-528. 10.1007/s10552-015-0529-0.

Leskovic, L., 2022. Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi: samoocena vpliva izobraževanja in delovne dobe. *Journal of health science*, 9(1), p. 35. 10.55707/jhs.v9i1.124.

Levounis, P., Arnout, B. & Marienfeld, C., 2017. *Handbook of Motivation and Change: A practical guide for clinicians*. Arlington, Virginia: American psychiatric association publishing.

Maučec Zakotnik, J., Čuš, B., Vrbovšek, S., Govc Eržen, J. & Medved, N., 2015., *Program integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni pri odraslih – opis*

preventivne poti obravnavane osebe. Center za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Maučec Zakotnik, J. & Keršič Svetel, M., 2017. Ukrepi za spremembo življenjskega sloga. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 93-100.

Mavis, B., Holmes Rovner, M., Jorgenson, S., Coffey, J., Anand, N., Bulica, E., Gaulden, C.M., Peacock, J. & Ernst, A., 2014. Patient participation in clinical encounters: a systematic review to identify self-report measures. *Health Expectations journal*, 16(3), pp. 22-26. 10.1111/hex.12186.

McGrane, N., Galvin, R., Cusack, T. & Stokes, E., 2015. Addition of motivational interventions to exercise and traditional Physiotherapy: a review and meta-analysis. *Physiotherapy*, 101(1), pp. 1-12. 10.1016/j.physio.2014.04.009.

McKenzie, K.J., Pierce, D. & Gunn, J.M., 2015. A systematic review of motivational interviewing in healthcare: the potential of motivational interviewing to address the lifestyle factors relevant to multimorbidity. *Journal of Comorbidity*, 5(2), pp. 162-174. 10.15256/joc.2015.5.55.

Michi, S., Maartje, M. & West, R., 2011 The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions, *National Library of Medicine*, 23(6), p. 42. 10.1186/1748-5908-6-42.

Miller, W.R. & Rollnick, S., eds. 2013.. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: Guildford Press.

Ministrstvo za zdravje, 2017. *Sklep o preimenovanju referenčnih ambulant družinske medicine (RADM) v ambulante družinske medicine (ADM)*. Ljubljana: Ministrstvo za

zdravje. [pdf] Available at: http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Dopis_Preimenovanje-v-ADM.pdf [Accessed 6 June 2022].

Ministrstvo za zdravje, 2019. *Učinkovitost dela ambulant družinske medicine za področje nalog diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. [pdf] Available at: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija_zdravstvenega-varstva/Mreza/Porocilo-o-ucinkovitosti-ambulant-druzinskemedicine.pdf [Accessed 3 May 2021].

Musek, J., ed. 2010. *Psihologija življenja*. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. *Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe*. Nacionalni inštitut za varovanje zdravja. [pdf] Available at: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/uporaba_tobaka_alkohola_in_drog.pdf [Accessed 13 January 2023].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *Analiza stanja in ocene potreb na področju zdravega življenjskega sloga, debelosti in zmanjševanja neenakosti – Prehranjevalne navade*. Nacionalni inštitut za varovanje zdravja. [pdf] Available at: http://www.uzivajmovzdravju.si/wp-content/uploads/2016/02/3.1.Analizastanja_1_Prehranjevalne-navade.pdf [Accessed 1 February 2020].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. *Navodila za organizacijo in delovanje centrov za krepitev zdravja ter izvajanje Programa za krepitev zdravja*. Nacionalni inštitut za varovanje zdravja. [pdf] Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/ckz_zvc_zaprto/navodila_ckz.pdf [Accessed 7 February 2020].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021. *Z znanjem do boljšega zdravja*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/delavnica-zdrava-prehrana> [Accessed 6 June 2022].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022. *Smernice za telesno dejavnost in sedeče vedenje*. [pdf] Available at: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/who_smernice_td_slv.pdf [Accessed 17 March 2022].

Noordman, J., 2013. *Lifestyle counseling by physicians and practice nurses in primary care: An analysis of daily practice*. Netherlands Institute for Health Services Research. [pdf] Available at: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Janneke-Noordman.pdf> [Accessed 5 May 2021].

Novak Mlakar, D., Jarm, K. & Ivanuš, U., 2021. *Vpliv epidemije covid-19 na izvajanje presejalnih programov*. Onkološki inštitut Ljubljana. [pdf] Available at: <https://dirros.openscience.si/Dokument.php?id=16958&lang=slv> [Accessed 24 January 2023].

Nyberg, T., Singh-Manoux, A. & Pentti, J., 2020, Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. *JAMA Internal Medicine*, 180(5), pp. 760-768. 10.1001/jamainternmed.2020.0618.

O'Hara, B., Phongsavan, P., Eakin, E., Develin, E., Smith, J. & Greenaway, M., 2013. Effectiveness of australia's get healthy information and coaching service: maintenance of self-reported anthropometric and behavioural changes after program completion. *BMC Public Health*, 13(7), pp. 175-177. 10.1186/1471-2458-13-175.

Oshio, A., Kanako, T., Hiranoc, M. & Saeedd, G., 2018 Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences Volume*, 127(1), pp. 54-60. 10.1016/j.paid.2018.01.048.

Östlund, A.S., Wadensten, B., Kristofferzon, L. & Haggstrom, E., 2015. Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2), pp. 111-118. 10.1016/j.nepr.2014.11.005.

Pajnkihar, M. & Harih, M., 2011. Analiza koncepta enakovrednih partnerskih odnosov v zdravstveni negi. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc & K. Skinder Savič, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientova in znanj. Ljubljana, 9.-10. junij 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstvena nego Jesenice, pp. 548-555.

Pavc-Mikec, K., 2019. *Prehranjenost šolskih otrok in njihova obravnava debelosti: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

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

Peipei, C., Quan, W. & Yohannes, K., 2021. Efficiency and productivity of health systems in prevention and control of non communicable diseases in China. *Ideas*, 22(2), pp. 267-279. 10.1007/s10198-020-01251-3.

Petek-Šter, M., 2012. Epidemiologija in smernice zdravljenja kronične bolezni. *Farmaceutski vestnik*, 63(4), pp. 205-210.

Petek-Šter, M. in Šter, B., 2015. Pomen izobraževanja diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), 52-59. 10.14528/snr.2015.49.1.46.

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

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. *Wolters Kluwer Health*, 10(3), p. 784. 10.1016/j.iccn.2015.01.005.

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

Pori, M., Pori, P., Pistotnik, B., Dolenc, A., Tomažin, K. & Štirn, I., eds. 2013. *Športna rekreacija*. Ljubljana: Športna unija Slovenije, Fundacija za šport.

Primic-Žakelj, M., Babuder, B., Kirn, A., Krašovec, A., Škulj P. & Strle D., eds. 2013. *Rak v Sloveniji 2009*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, register raka Republike Slovenije.

Rajkovič, V., 2018. *Digitalizacija in odločanje - Slovenija na poti digitalne preobrazbe*. Ljubljana: Fakulteta za računalništvo informatiko.

Rakovec-Felser, Z., 2014. Kronični bolnik in njegovo sodelovanje med zdravljenjem. *Farmacevtski vestnik*, 65(2), pp. 177-186.

Rifel, J., 2014. Kvantitativna metodologija. In: Z. Klemenc-Ketiš & I. Švab, eds. *Raziskovanje v družinski medicini*. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, p. 32.

Rizkiyani, I., Etty, R. & Wiwin, W., 2021. How Do The Community Health Nurses' Experience in The Strategies of Non-Communicable Disease (NCD) Promotion and Prevention? *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 9(1), p. 237. 10.32668/jitek.v9i1.555.

Ross, A., Bevans, M., Fann, A., Brooks, T., Gibbons, S. & Wallen., 2017. Nurses and Health-Promoting Behaviors: Knowledge May Not Translate Into Self-Care. *AORN Journal*. 105(3), pp. 267-275. 10.1016/j.aorn.2016.12.018.

Scott, E., 2018. *How Does Stress Affect Your Weight?* [online] Available at:<https://www.verywellmind.com/how-stress-can-cause-weight-gain-3145088> [Accessed 7 June 2022].

Simmons, J.P. & Simonsohn, U., 2017. Power posing: p-curving the

evidence. *Psychological Science*, 28(5), pp. 687-693. 10.1177/0956797616658563.

Smith, J.K., 2022. The Impact of Online Surveys on Response Rates. *Journal of Survey Research*, 45(2), 123-137.

Sočan, M., 2013. *Javno zdravje : Visokošolski učbenik za študijski program Zdravstvena nega*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Softič, N., Smogavec, M., Klemenc Ketiš, Z. & Kersnik, J., 2011. Prevalence of chronic diseases among adult Slovene population. *Slovenian Journal of Public Health*, 50(11), pp. 185-190. 10.2478/v10152-010-0043-4.

Statistični urad Republike Slovenije, 2020. *Kazalniki SDG*. [online] Available at: <https://www.stat.si/Pages/cilji/cilj-3.-poskrbeti-za-zdravo-%C5%BEivljenje-in-spodbujati-splo%C5%A1no-dobro-po%C4%8Dutje-v-vseh-%C5%BEivljenjskih-obdobjih/3.1-pri%C4%8Dakovano-trajanje-%C5%BEivljenja-ob-rojstvu> [Accessed 15 May 2023].

Stanulewicz, N., Knox, E., Narayanasamy, M., Noureen, S., Khunti, K., & Blake, H., 2020. Effectiveness of Lifestyle Health Promotion Interventions for Nurses: A Systematic Review. *Internal Journal Environment Res Public Health*, 17(1), p. 17. 10.3390/ijerph17010017.

Starc, G., Kovač, M., Jurak, G. & Strel, J., 2017. The outcomes of the Healthy Lifestyle intervention on children's physical fitness: A case of Slovenia. Launch Conference of the EU Strategy for the Alpine region. *Journal of Physical Activity and Health*, 15(2), pp. 13-19.

Stegel-Smiljanič, T., 2014. *Zadovoljstvo pacientov s KOPB v referenčni ambulanti: specialistično delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Strong, C. & Ansons, T., 2020. The science of behaviour change, *Ipsos views*, 47(13), pp.

26-35.

Tobiano, G., Marshallab, T. & Bucknallcd, W., 2015. Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review Panel. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), pp. 1107-1120. 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010.

Trobec, I., 2010. Kronične bolezni – izziv za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1), pp. 1-2.

Uthaman, T., Chua, T.L. & Yuh, S., 2015. Older nurses: A literature review on challenges, factors in early retirement and workforce retention. *Sage journals*, 16(3), pp. 24-27. 10.1177/2010105815610138.

Vedanthan, R., Ray, M., Fuster, V. & Magenheimer, E., 2019. Hypertension treatment rates and health care worker density. *Hypertension*, 73(3), pp. 594-601. 10.1161.

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

Vrbovšek, S., Maučec-Zakotnik, J. & Farkaš-Lainščak, J., 2015. Vzpostavitev Centra za krepitev zdravja – koncept organizacije, delovanja in povezovanj. In: J. Farkaš-Lainščak & J. Huber, eds. *Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 34-41.

Warburton, D. & Bredin, S., 2016. Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend? Canadian Physical Activity Clinical Practice Guidelines: Running on Empty? *Canadian Journal of Cardiology*, 32(4), pp. 407-409. 10.1016/j.cjca.2016.01.024.

Watrin, L., Geiger, M., Spengler, M. & Wilhelm, O., 2019. Forced-Choice Versus Likert

Responses on an Occupational Big Five Questionnaire. *Journal of Individual Differences*, 40(3), pp. 1-16. 10.1027/1614-0001/a000285.

World Health Organization, 2013. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, Švica: World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Health Organization, 2014. *Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the European Region Member States*. Geneva, Švica: World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Health Organization, 2018. *Noncommunicable Diseases: Key Facts*. Geneva, Švica: World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Health Organization, 2021. *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva, Švica: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Yamada, Y., Vass, M., Hvas, L., Hendriksen C. & Avlund, K., 2010. Collaborative relationships in preventive home visits to older people. *International journal of Older People Nursing*, 6(3), pp. 33-40. 10.1111/j.1748-3743.2010.00213.

Zarbailov, N., Curteanu, A., Volcov, V., Prytherch, H., Zahorka, M., 2019. Reducing the Burden of Non-Communicable Disease in Moldovan communities - the role of community nursing. *International Journal of Integrated Care*, 19(1), pp. 1-2. 10.5334/ijic.s3180.

Zurc, J., 2014. Promocija gibanja pri zmanjševanju tveganj za pojav kroničnih bolezni: sistematična pregledna študija. In: I. Grmek Košnik, eds. *5. simpozij Katedre za temeljne vede Kronične bolezni sodobne družbe: od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe: zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice, 14. oktober 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 54-61.

Železnik, U. & Vidnar, N., 2013. *Izberi zdrav življenjski slog – naložbo v prihodnost*.

Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.

6 PRILOGE

VPRAŠALNIK

Pozdravljen/a!

Sem Monika Bergant, študentka magistrskega študijskega programa Promocije zdravja na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin in pripravljam magistrsko delo z naslovom: Samoocena učinkovitosti dela referenčnih medicinskih sester pri delu s pacienti z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi, pod mentorstvom izr. prof. prim. dr. Danice Rotar Pavlič, dr. med., ter so-mentorstvom doc. dr. Brankom Bregarjem, dipl. zn.

Pred vami je vprašalnik, s katerim želim ugotoviti vašo samooceno učinkovitosti dela v ADM, v povezavi z različnimi dejavniki.

Vprašalnik vam bo vzel nekaj časa, ampak boste z njim pomembno prispevali tako kadrovnikom, kot izobraževalnim inštitucijam, ki izobražujejo kader za diplomirane medicinske sestre / zdravstvenike v ADM. Prav tako bo služil zaposlenim v ADM pri organizaciji dela.

Vljudno vas prosim za sodelovanje v raziskavi. Vprašalnik je anonimen, vaša identiteta ne bo v ničemer razkrita.

Za vaše sodelovanje se vam vnaprej zahvaljujem.

Z lepimi pozdravi,

Monika Bergant

SKLOP 1 – demografski podatki

1. **Spol** (ustrezno obkrožite):

- a) Ženski
- b) Moški

2. **Starost** (ustrezno zapišite): _____ let

3. **Skupna delovna doba v letih** (ustrezno zapišite): _____ let

4. **Delovna doba v referenčni ambulanti v mesecih** (ustrezno zapišite): _____ mesecev

5. **Zakaj ste se odločili za delo v referenčni ambulanti?** (ustrezno obkrožite: možnih je več odgovorov):

- a) Za delo v referenčni ambulanti sem se odločil/a zaradi razpisanega prostega delovnega mesta
- b) Za delo sem se odločil/a zaradi ugodnih delovnih pogojev
- c) Za delo sem se odločil/a zaradi želje pomagati drugim
- d) Za delo sem se odločil/a, ker me zanima področje preventivne dejavnosti
- e) Nadrejeni so se odločili zame in me motivirali za delo
- f) Nadrejeni so me izbrali za delo v referenčni ambulanti, dokler ne najdejo druge medicinske sestre

SKLOP 2 – ocena vaših lastnosti, ki jih uporabljate pri delu s pacienti

6. Navodilo: v skupini trditev, ki označujejo vaše osebnostne lastnosti, sami sebe ocenite v skladu z vašo presojo, koliko so navedene lastnosti značilne za vas.

Primer:

Zelo Vmes Zelo

1	Velika	1	2	3	4	5	6	7	Majhna
----------	---------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------

Če bi se vam zdelo, da ste zelo veliki, bi označili številko 7; če bi se vam zdelo, da ste zelo majhni, bi označili številko 1. Skušajte se izogibati srednjim ocenam, četudi se boste morda kje težko odločili.

	Trditev	Ocena							Trditev
		Zelo	Vmes				Zelo		
1	Prevladovalna	1	2	3	4	5	6	7	Podredljiva
2	Originalna	1	2	3	4	5	6	7	Običajna
3	Tesnobna	1	2	3	4	5	6	7	Vedra
4	Hladna	1	2	3	4	5	6	7	Topla
5	Skrbna	1	2	3	4	5	6	7	Nemarna
6	Nesebična	1	2	3	4	5	6	7	Sebična
7	Vase Zaprta	1	2	3	4	5	6	7	Odprta
8	Stabilna	1	2	3	4	5	6	7	Nestabilna
9	Neinteligentna	1	2	3	4	5	6	7	Inteligentna
10	Natančna	1	2	3	4	5	6	7	Površna
11	Urejena	1	2	3	4	5	6	7	Neurejena
12	Sovražna	1	2	3	4	5	6	7	Prijateljska
13	Nedovzetna	1	2	3	4	5	6	7	Dovzetna
14	Potrpežljiva	1	2	3	4	5	6	7	Nepotrpežljiva
15	Voditeljska	1	2	3	4	5	6	7	Vodljiva

16	Informirana	1	2	3	4	5	6	7	Neinformirana
17	Nervozna	1	2	3	4	5	6	7	Umirjena
18	Lena	1	2	3	4	5	6	7	Delavna
19	Zaupljiva	1	2	3	4	5	6	7	Nezaupljiva
20	Drzna	1	2	3	4	5	6	7	Plaha
21	Samotarska	1	2	3	4	5	6	7	Družabna
22	Utrudljiva	1	2	3	4	5	6	7	Neutrudna
23	Sproščena	1	2	3	4	5	6	7	Napeta
24	Ustvarjalna	1	2	3	4	5	6	7	Neustvarjalna
25	Neprijazna	1	2	3	4	5	6	7	Prijazna
26	Molčeča	1	2	3	4	5	6	7	Zgovorna
27	Zadovoljna	1	2	3	4	5	6	7	Nezadovoljna
28	Okorna v mišljenju	1	2	3	4	5	6	7	Bistra
29	Popustljiva	1	2	3	4	5	6	7	Stroga
30	Brezvoljna	1	2	3	4	5	6	7	Polna Volje
31	Strpna	1	2	3	4	5	6	7	Nestrpna
32	Inovativna	1	2	3	4	5	6	7	Tradicionalna
33	Nemirna	1	2	3	4	5	6	7	Mirna
34	Polna energije	1	2	3	4	5	6	7	Brez energije
35	Neprizadevna	1	2	3	4	5	6	7	Prizadevna
36	Zanesljiva	1	2	3	4	5	6	7	Nezanesljiva
37	Nerazgledana	1	2	3	4	5	6	7	Razgledana
38	Nepoštena	1	2	3	4	5	6	7	Poštena
39	Ti je nerodno	1	2	3	4	5	6	7	Sproščenega obnašanja
40	Občutljiv na stres	1	2	3	4	5	6	7	Odporen na stres

SKLOP 3 – pristopi dela

7. Naslednje trditve se navezujejo na vaš način in pristop dela. Ocenite svoje pristope dela 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo:

1 – se ne strinjam

2 – malo se strinjam

3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam

4 – se strinjam

5 – zelo se strinjam

	Trditev	Ocena				
		1	2	3	4	5
1	Vedno najprej vzpostavim zaupen odnos s pacientom, preden ocenim kako pomembna se posamezniku zdi sprememba življenjskega sloga	1	2	3	4	5
2	Za oceno zmožnosti posameznika za spremembo življenjskega sloga upoštevam tudi oceno njegovega duševnega zdravja	1	2	3	4	5
3	Preden se s pacientom lotiva spremembe življenjskega sloga, se pogovoriva da pridobim oceno o morebitnih ovirah in strahovih	1	2	3	4	5
4	S pogovorom pridobim oceno pacientove moči za spremembo življenjskega sloga	1	2	3	4	5
5	S pogovorom pridobim oceno pacientovega znanja za spremembo življenjskega sloga	1	2	3	4	5
6	Menim, da posamezniki nimajo dovolj znanja, da si sami postavijo cilje, ki jih zmorejo	1	2	3	4	5
7	Menim, da si posamezniki prevečkrat izberejo prelahke naloge in cilje	1	2	3	4	5
8	Pacienta vedno najprej spodbudim, da si sam postavi cilje, ki jih zmore	1	2	3	4	5
9	Pri spremembi življenjskega sloga vedno upoštevam tudi pacientove želje	1	2	3	4	5
10	Ob neupoštevanju dogovorov, ki jih postavim, pacientu dam več navodil	1	2	3	4	5
11	Ob neupoštevanju dogovorov, ki jih postavim, določim nove cilje za spremembo življenjskega sloga	1	2	3	4	5

12	Menim, da nekateri posamezniki spreminjajo življenjski slog le ob uporabi bolj direktivnega pristopa	1	2	3	4	5
13	Menim, da sem dober motivator	1	2	3	4	5
14	Pogosto uporabljam tehniko aktivnega poslušanja	1	2	3	4	5
15	Pogosto uporabljam tehniko aktivnega svetovanja	1	2	3	4	5
16	Kratkoročni cilji pri spremembi življenjskega sloga so pomembnejši od dolgoročnih ciljev	1	2	3	4	5
17	Menim, da pozitivna naravnost pozitivno vpliva na rezultate, ki jih pacienti dosegajo na poti do spremembe življenjskega sloga	1	2	3	4	5
18	Menim, da so pacienti v večini sposobni spremeniti življenjski slog	1	2	3	4	5
19	Za učinkovito doseganje ciljev je ključnega pomena zaupen odnos s pacientom	1	2	3	4	5
20	Menim, da si je za nekatere paciente potrebno vzeti več časa za spremembo življenjskega sloga	1	2	3	4	5

SKLOP 4 – lastna ocena učinkovitosti dela

8. Ocenite svojo učinkovitost dela na lestvici od 1 – 10: 1 pomeni zelo neučinkovito, 10 pa zelo učinkovito (ustrezno obkrožite):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Naslednje trditve se nanašajo na vaše delo. Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo:

1 – se ne strinjam

2 – malo se strinjam

3 – niti se strinjam/ niti se ne strinjam

4 – se strinjam

5 – zelo se strinjam

	Trditev	Ocena				
1	Kakovost zdravstvene obravnave je pomemben cilj pri mojem delu	1	2	3	4	5

2	Delovno mesto mi omogoča dobre možnosti za nadgrajevanje znanja in stalno usposabljanje	1	2	3	4	5
3	Cilje, ki si jih postaviva s pacientom, običajno tudi doseževa v spodnjo tabelo	1	2	3	4	5
4	Menim, da so pacienti, ki obiskujejo referenčno ambulanto zadovoljni z mojim delom	1	2	3	4	5
2	S pacienti, ki obiskujejo referenčno ambulanto, imam spoštljiv odnos	1	2	3	4	5
3	Moj odnos do pacientov temelji na strokovnosti	1	2	3	4	5
4	Pri večini posameznikov, ki obiskujejo referenčno ambulanto, je opazen napredek	1	2	3	4	5
5	Pacienti ki obiskujejo referenčno ambulanto, v večini dosežejo svoj cilj	1	2	3	4	5
6	Čutim, da mi pacienti povsem zaupajo	1	2	3	4	5
7	Čutim, da so pacienti z menoj odkriti	1	2	3	4	5
9	Čutim, da se pacienti zavedajo, da jim želim pomagati	1	2	3	4	5
10	Pacienti se držijo rednih kontrol, brez da jih moram za to posebej prositi	1	2	3	4	5
11	Menim, da pacienti težko dosežajo cilje	1	2	3	4	5
12	Tudi sam/a skrbim za zdrav življenjski slog	1	2	3	4	5

10. Ali poznate motivacijski intervju v nadaljevanju MI? (Ustrezno obkrožite):

a) Da

b) Ne

V kolikor poznate MI odgovorite na naslednje vprašanje:

11. Uporabljate MI pri svojem delu? (Ustrezno obkrožite):

a) Da

c) želel/a bi, ampak ga premalo poznam

d) zdi se mi povsem neuporaben

c) uporabljam svoje – druge pristope pri motiviranju pacientov

b) Ne

12. Kako bi na splošno ocenili vaše znanje za učinkovito delo v referenčni ambulanti? (Ustrezno obkrožite):

a) menim, da imam dovolj znanja

b) primanjkuje mi splošnega znanja

c) primanjkuje mi ozko strokovno znanje

d) drugo: _____

13. Ali menite da medicinske sestre/zdravstveniki, ki delujejo v referenčni ambulanti za svoje področje potrebujejo specializacijo? (Ustrezno obkrožite):

a) Da

b) Ne

c) Ne vem

d) Nimam mnenja

6.1 INSTRUMENT

Instrument se pripravi po Navodilih za izdelavo pisnih izdelkov na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.

6.2 MATRIKA PODATKOV

Soglasje za sodelovanje pri anketnem vprašalniku:

Priloga 1:

Spoštovani!

Sem Monika Bergant, diplomirana medicinska sestra in študentka magistrskega študija Promocije zdravja na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru svoje magistrske naloge z naslovom »Samooocena učinkovitosti dela referenčnih medicinskih sester / zdravstvenikov pri delu s pacienti z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi«, pod mentorstvom izr. prof. prim. dr. Danice Rotar Pavlič, dr. med. in somentorstvom doc. dr. Branka Bregarja, dipl. zn., bi vas prosila za izpolnitev anketnega vprašalnika. Vprašalnik bo anonimen in uporabljen izključno v raziskovalne namene.

Datum:

Podpis