



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**PREVENTIVA RAKA DOJK V
ZDRAVSTVENEM TIMU NA PRIMARNEM
NIVOJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA –
KVANTITATIVNA RAZISKAVA**

**BREAST CANCER PREVENTION IN A
HEALTHCARE TEAM IN PRIMARY
HEALTH CARE –
QUANTITATIVE STUDY**

Mentorica: mag. Erika Povšnar, viš. pred.

Kandidatka: Tanja Logar

Jesenice, februar, 2025

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, mag. Eriki Povšnar, viš. pred., za strokovno pomoč in usmeritve pri pisanju tega diplomskega dela. Prav tako se zahvaljujem recenzentki, Aniti Prelec, MSc (UK), viš. pred.

Zahvalila bi se še moji družini, predvsem možu Mateju in vsem, ki so me na kakršenkoli način podpirali in me spodbujali v času študija in ob pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Rak dojk ostaja najpogostejša oblika raka pri ženskah. Zdravstveni timi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva imajo pomembno vlogo na vseh nivojih promocije zdravja in preventive.

Cilj: Cilj diplomskega dela je proučiti mnenja zdravstvenih timov o svetovanju in komunikaciji ter obravnavi pacientk z vidika primarne, sekundarne in terciarne preventive raka dojk.

Metoda: Uporabili smo neeksperimentalno deskriptivno kvantitativno metodo empiričnega raziskovanja. Podatke smo oktobra 2024 pridobili z vprašalnikom, ki smo ga poslali zdravstvenim timom v zdravstvenem domu v elektronski obliki na portalu 1KA. Namenski vzorec je vključeval 156 zaposlenih. Realizacija vzorca je bila 74,6-odstotna. Podatke smo kvantitativno obdelali s programom SPSS 29.0. Uporabili smo univariantno in bivariantno statistiko.

Rezultati: Anketirani se strinjajo, da komunikacijo dobro obvladajo (PV = 4,06; SO = 0,72); glede na starost pa ugotavljamo statistično pomembne razlike ($p = 0,013$). V manjši meri poznajo večšine motivacijskega pogovora (PV = 3,82; SO = 0,94). Na področju primarne in sekundarne preventive pacientke motivirajo za sodelovanje v programu DORA (PV = 4,31; SO = 0,90), redkeje demonstrirajo samopregledovanje dojk (PV = 3,53; SO = 1,30). Diplomirane medicinske sestre se statistično pomembno bolj strinjajo ($p = 0,001$), da usmerijo pacientke v center za krepitev zdravja. Z vidika terciarne preventive anketirani najpogosteje nudijo informacije o psihološki podpori (PV = 4,16; SO = 0,75). Redkejša (PV = 3,85; SO = 0,80) so napotitve v centre za krepitev zdravja.

Razprava: Učinkovita komunikacija med zdravstvenimi delavci in pacientkami je ključno orodje pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene obravnave. Glede na rezultate raziskave se kaže potreba po dodatnem usposabljanju predvsem mlajših zdravstvenih delavcev. V podpori pacientkam se kažejo neizkoriščene možnosti v programih, ki so na voljo v centrih za krepitev zdravja. Raznolikost v obsegu dela na različnih ravneh preventive odpira vprašanja o optimalni organizaciji in razporeditvi virov.

Ključne besede: diplomirana medicinska sestra, komunikacija, zdravstvena vzgoja, svetovanje, dejavniki tveganja

SUMMARY

Theoretical background: Breast cancer remains the most common type of cancer among women. Healthcare teams at the primary level of health care play a crucial role across all health promotion and prevention levels.

Aims: The aim of the thesis was to examine the opinions of healthcare teams regarding counseling, communication, and the treatment of breast cancer patients from the perspective of primary, secondary, and tertiary prevention of breast cancer.

Methods: A non-experimental descriptive quantitative research method was employed. Data were collected in October 2024 using a questionnaire distributed electronically to healthcare teams via the 1KA portal. The targeted sample included 156 employees, with a response rate of 74.6%. Data were analyzed quantitatively using SPSS 29.0, univariate and bivariate statistics were used.

Results: The respondents agreed that they have good communication skills ($M = 4.06$; $SD = 0.72$); statistically significant differences were observed based on age ($p = 0.013$). They were less familiar with motivational interview techniques ($M = 3.82$; $SD = 0.94$). In the area of primary and secondary prevention, they motivated patients to participate in the DORA screening program ($M = 4.31$; $SD = 0.90$), but less frequently demonstrated breast self-examination ($M = 3.53$; $SD = 1.30$). Registered nurses were significantly more likely to agree ($p = 0.001$) that they direct patients to health promotion centers. From the perspective of tertiary prevention, respondents most frequently provided information on psychological support ($M = 4.16$; $SD = 0.75$). Referrals to health promotion centers were less frequent ($M = 3.85$; $SD = 0.80$).

Discussion: Effective communication between healthcare workers and patients is a key tool in ensuring high-quality health care. The study results highlight the need for additional training, especially for younger healthcare workers. Opportunities in programs available at health promotion centers remain underutilized in terms of patient support. Differences in the scope of work across different levels of prevention raise questions about the optimal organization and allocation of resources.

Key words: registered nurse, communication, health education, counselling, risk factors

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	RAK DOJK	3
2.1.1	Epidemiološki podatki	3
2.1.2	Dejavniki tveganja	4
2.2	PREVENTIVA RAKA DOJK	5
2.2.1	Primarna preventiva	5
2.2.2	Sekundarna preventiva	6
2.2.3	Terciarna preventiva.....	7
2.3	OBRAVNAVA RAKA DOJK NA PRIMARNEM NIVOJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	8
2.3.1	Primarni nivo zdravstvenega varstva	8
2.3.2	Vloga zdravstvene nege	9
3	EMPIRIČNI DEL	11
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	11
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	11
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	12
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	12
3.3.2	Opis merskega instrumenta	13
3.3.3	Opis vzorca.....	14
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	16
3.4	REZULTATI.....	16
3.5	RAZPRAVA	31
3.5.1	Omejitve raziskave.....	38
3.5.2	Doprinos k stroki in nadaljnje raziskovalno delo.....	38
4	ZAKLJUČEK.....	39
5	LITERATURA	40
6	PRILOGE	
6.1	PRILOGA 1	
6.2	PRILOGA 2	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Cronbach alfa in preverjanje zanesljivosti sklopov trditev	13
Tabela 2: Porazdelitev anketirancev glede na spol.....	14
Tabela 3: Porazdelitev anketirancev glede na starost.....	14
Tabela 4: Porazdelitev anketirancev glede na poklic	15
Tabela 5: Porazdelitev anketirancev glede na delovno mesto	15
Tabela 6: Preventiva raka dojk z vidika svetovanja in komunikacije	17
Tabela 7: Preventiva raka dojk z vidika svetovanja in komunikacije glede na starost anketiranih	19
Tabela 8: Preventivi raka dojk z vidika svetovanja in komunikacije glede na delovno mesto.....	20
Tabela 9: Obravnava pacientk z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk	20
Tabela 10: Obravnava pacientk z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk glede na starost anketiranih	23
Tabela 11: Obravnava pacientk z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk glede na delovno mesto	25
Tabela 12: Obravnava pacientk v času zdravljenja in po zaključenem zdravljenju bolezni	26
Tabela 13: Obravnava pacientk v času zdravljenja in po zaključenem zdravljenju bolezni glede na starost anketiranih	28
Tabela 14: Obravnava pacientk v času zdravljenja in po zaključenem zdravljenju bolezni glede na delovno mesto	29
Tabela 15: Okvirno število letno obravnavanih pacientk z vidika primarne, sekundarne in terciarne preventive	30
Tabela 16: Odgovori anketiranih na odprto vprašanje po tematskih sklopih.....	30

SEZNAM KRAJŠAV

CKZ	center za krepitev zdravja
DMS	diplomirana medicinska sestra in/ali diplomirani zdravstvenik
ITM	indeks telesne mase
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OE	organizacijska enota
OZG	Osnovno zdravstvo Gorenjske
SMS	srednja medicinska sestra in/ali srednji zdravstvenik
ZD	Zdravstveni dom
ZDM	zdravnik/zdravnica družinske medicine

1 UVOD

Rak dojk opisuje vrsto malignomov, ki se pojavljajo v mlečnih žlezah (Katsura, et al., 2022). Razvije se in pojavi kot posledica številnih notranjih in zunanjih dejavnikov. Je glavni javnozdravstveni problem. V večini držav število novih primerov narašča, pojavnost naj bi se v naslednjih 20 letih še povečala (Howell, et al., 2014). Med vsemi malignimi boleznimi je rak dojk eden vodilnih vzrokov smrti pri ženskah po menopavzi in predstavlja 23 % vseh smrti zaradi raka. Danes je globalni problem, vendar se še vedno prepogosto diagnosticira v napredovalih fazah zaradi nenatančnega samopregledovanja dojk (Akram, et al., 2017).

Pomembna so prizadevanja za izboljšanje presejalnih programov ter zgodnjega odkrivanja in zdravljenja raka dojk; kljub temu pa je prednostno ukrepanje za odpravo dejavnikov, s katerimi ga je mogoče preprečiti in zato igrajo pomembno vlogo pri razvoju raka dojk. Nekateri ukrepi, kot je razvrščanje in prednostno določanje dejavnikov tveganja, ki prispevajo k razvoju raka dojk, in izvajanje preventivnih programov, lahko zmanjšajo pojavnost raka dojk in preprečijo na tisoče novih primerov vsako leto (Poorolajal, et al., 2021).

Akram, et al. (2017) ugotavljajo, da so raziskave povezane z rakom dojk v zadnjih dveh desetletjih pripomogle do osupljivega napredka v našem razumevanju raka dojk, kar je privedlo do nadaljnjih učinkovitih metod zdravljenja. Čeprav se je preživetje izboljšalo (85 %), ostaja rak dojk pri ženskah na prvem mestu smrtnosti zaradi raka. Zgodnje odkrivanje bolezni in ozaveščenost omogočata boljše preživetje, celostno rehabilitacijo in kakovostnejšo življenje po zdravljenju. Posledično se povečuje populacija dolgotrajno preživelih, kar poudarja potrebo po znanju o dolgotrajnih posledicah (Krajec & Merlo, 2017). Opazno izboljšanje preživetja je povezano z napredkom pri zdravljenju, izboljšanim presejanjem in multidisciplinarnim pristopom k zdravljenju. Pri tem je treba upoštevati, da rak dojk ni samo fizična bolezen, temveč vpliva tudi na psihološke, čustvene in socialne potrebe posameznika (Brown, et al., 2021).

Rak dojk je težka bolezen, ki se odraža na vseh področjih življenja. A je tudi bolezen, ki jo je mogoče preprečiti ali jo zgodaj odkriti in bolje obvladovati. V diplomskem delu obravnavamo celostno preventivo raka dojk na primarnem nivoju zdravstvenega varstva z vidika zdravstvenega tima. Osredotočili smo se na srednje medicinske sestre (SMS)/srednje zdravstvenike (SZ), diplomirane medicinske sestre (DMS)/diplomirane zdravstvenike (DZ) in zdravnike/zdravnice družinske medicine (ZDM). Naloga zdravstvene nege in zdravstvenih timov je, da s skupnimi prizadevanji pomagajo pacientkam pri aktivnostih za ohranitev in krepitev zdravja, zgodnjem odkrivanju in kakovostnem življenju z boleznijo s čim manj neželenimi zapleti. Z rezultati nameravamo prispevati k razvoju zdravstvene nege v smislu kakovostne obravnave pacientk in posledično k zmanjšanju osebnih tragedij pacientk.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 RAK DOJK

2.1.1 Epidemiološki podatki

V svetu je bil leta 2019 rak dojk najpogostejši rak pri ženskah; vsako leto diagnosticirajo več kot milijon novih primerov (Krajec & Merlo, 2017). Najpogosteje se pojavlja pri ženskah, starih od 55 do 64 let (Siu & United States Preventive Services Task Force, 2016). Rak dojk pri mladih ženskah je redek, saj prizadene le 4–6 % žensk, mlajših od 40 let (Radecka & Litwiniuk, 2016). Je najpogostejši rak pri mladostnicah in mlajših odraslih ženskah, starih od 15 do 39 let, in predstavlja 5,6 % vseh invazivnih rakov dojk pri ženskah (Johnson, et al., 2018). Mednarodna agencija za raziskavo raka International (Agency for Research on Cancer) (IARC) je leta 2018 v 185 državah poročala o 2,3 milijona novih primerov (11,7 %) raka dojk in 6,9-odstotni stopnji umrljivosti. Na podlagi razpoložljivih podatkov so stopnje incidence najvišje v večjem delu Evrope, Avstraliji, Novi Zelandiji in Severni Ameriki, srednje v Južni Ameriki, najnižje pa v večini Azije in Afrike (Houghton & Hankinson, 2021). Pojavnost raka dojk je pogostejša v državah z visokim dohodkom (571/100.000) kot v državah z nizkim dohodkom (95/10.000 (Kashyap, et al., 2022).

V Sloveniji je breme raka dojk primerljivo z evropskim povprečjem. V obdobju med letoma 2016 in 2020 je v Sloveniji letno v povprečju za rakom dojk zbolelo 1.481 žensk (142,2 na 100.000 prebivalcev), umrlo pa jih je 439 (15,6/100.000) (Zadnik, 2019). Ob koncu leta 2020 je v Sloveniji živel 19.833 pacientk, ki so v življenju prejele diagnozo raka dojk. Petletna stopnja čistega preživetja pacientk, ki so zbolele med letoma 2012 in 2016, je znašala 88 %. V zadnjih letih incidenca raka dojk narašča za približno 1,5 % letno. Medtem ko se je groba stopnja umrljivosti v zadnjem desetletju ohranila na približno enaki ravni, se je starostno standardizirana stopnja zniževala za 2,5 % letno. Najmlajše pacientke zbole vajo že v tretjem desetletju življenja, število primerov pa z leti narašča, pri čemer so največjemu tveganju izpostavljene ženske, stare med 60 in 70 let (Zadnik, 2019). Zaradi staranja slovenskega prebivalstva gre pričakovati, da se bo število

novih primerov raka zaradi naraščajočega deleža starejših še naprej povečevalo (Zadnik & Tomšič, 2023). Rak dojk je bil leta 2020 z 21 % najpogostejša oblika raka pri ženskah v Sloveniji, saj je bilo na novo diagnosticiranih 1.448 primerov, od tega 131 na Gorenjskem (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2023a).

2.1.2 Dejavniki tveganja

Obstajajo številni dejavniki tveganja, kot so spol, staranje, nezdrav življenjski slog (škodljiva in tvegana raba alkohola, kajenje, nezdrava prehrana, pomanjkanje telesne aktivnosti, čezmerna telesna masa in debelost), družinska anamneza, genske mutacije, reproduktivni dejavnik (zgodnja menstruacija, pozna menstruacija, starejše prvorodnice) in izpostavljenost karcinogenom v delovnem in bivalnem okolju lahko povečajo možnost razvoja raka dojk (Sun, et al., 2017; Državni program obvladovanja raka, n.d.b). Večina raka dojk se pojavi pri ženskah in število primerov je stokrat večje pri ženskah kot pri moških. Staranje je poleg spola eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za nastanek raka dojk, saj je pojavnost raka dojk močno povezana s starostjo. Leta 2016 je bilo približno 99,3 % oziroma 71,2 % vseh smrti, povezanih z rakom dojk v Združenih državah Amerike prijavljenih pri ženskah, starejših od 40 oziroma 60 let. Z družinsko anamnezo je povezano skoraj četrtina vseh primerov raka dojk (Sun, et al., 2017). Kohortna študija več kot 113.000 žensk v Združenem kraljestvu (Brewer, et al., 2017) je pokazala, da imajo ženske z enim sorodnikom v prvem kolenu z rakom dojk 1,75-krat večje tveganje za razvoj te bolezni kot ženske brez prizadetih sorodnikov. Podedovana nagnjenost k raku dojk je delno pripisana mutacijam genov, povezanih z rakom dojk, kot sta BRCA1 in BRCA2 (Sun, et al., 2017). Reprodukivni dejavniki, kot so zgodnja menarha, pozna menopavza in starejše prvorodnice, lahko povečajo tveganje za raka dojk. Vsaka enoletna zamuda v menopavzi poveča tveganje za raka dojk za 3 %. Vsaka enoletna zamuda pri menarhi ali vsak nadaljnji porod zmanjša tveganje za raka dojk za 5 % oziroma 10 %. S tveganjem raka dojk so povezani tako endogeni kot tudi eksogeni estrogeni. Endogeni estrogen običajno proizvajajo jajčniki pri ženskah pred menopavzo. Ovariektomija lahko zmanjša tveganje za raka dojk (Sun, et al., 2017).

Pri vseh pacientkah je potrebno opraviti personalizirano oceno tveganja za rakom dojk z uporabo kombinacije kalkulatorjev tveganja in pridobitvijo popolne anamneze dejavnikov tveganj. Sistematičen pristop k pacientom, zbiranje osnovnih informacij, kot so starost, indeks telesne mase (ITM), družinska anamneza, dejavniki reproduktivnega tveganja; in zbiranje specifičnih dejavnikov tveganja, kot so znane genetske mutacije, predhodno obsevanje prsnega koša ali anamneza atipične hiperplazije ali lobularnega karcinoma in situ (LCIS), lahko pomagajo ugotoviti, kateri pacienti potrebujejo bolj formalno in poglobljeno oceno (Klassen, et al., 2022).

2.2 PREVENTIVA RAKA DOJK

Preventiva raka dojk zajema tri ravni: primarno, ki preprečuje nastanek bolezni z zdravim življenjskim slogom in zmanjševanjem dejavnikov tveganja, sekundarno, ki omogoča zgodnje odkrivanje raka s presejalnimi metodami ter terciarno, ki vključuje zdravljenje in spremljanje, da se izboljša kakovost življenja in zmanjša možnost ponovitve bolezni (Državni program obvladovanja raka, n.d.a).

2.2.1 Primarna preventiva

Primarna preventiva je sestavljena iz odpravljanja vzrokov za nastanek bolezni in povečuje krepitev imunskega sistema prebivalstva (Kolak, et al., 2017). Temelji na zdravem načinu življenja: čim manj ali nič alkohola, nobenega kajenja, zdrava prehrana, telesna aktivnost, urejena telesna masa in neizpostavljenost karcinogenom v delovnem in bivalnem okolju (Državni program obvladovanja raka, n.d.a). Z vidika zdrave prehrane priporočajo veliko sadja, zelenjave, žita, stročnice, malo rdečega mesa, manj soli ter brez predelanih mesnin. Izogibati se je potrebno sladkim pijačam, zmanjšati porabo visoko kalorične hrane in alkoholnih pijač. Prekomerno uživanje visoko kaloričnih obrokov vodi do povečanja telesne mase in sčasoma do debelosti, ki je povezana z večjim tveganjem za nastanek raka (Kolak, et al., 2017). Toledo, et al. (2015) so izvedli raziskavo, katere rezultati kažejo na ugoden učinek mediteranske prehrane. Ženske z mediteranskim načinom prehrane, tj. z ekstra deviškim oljčnim oljem, so imele za 62 % manjše tveganje za raka dojk kot tiste v kontrolni skupini. Telesna aktivnost ima prav tako pozitiven

učinek na preprečevanje nastanka raka. Epidemiološke raziskave (Kolpak, et al., 2017) kažejo, da telesno aktivne ženske zmanjšajo tveganje za raka dojk za približno 10–25 % v primerjavi z neaktivnimi. 5–10 % vseh primerov raka dojk povzročajo genetske motnje, preostalih 90–95 % primerov je povezanih z okoljskimi dejavniki in življenjskim slogom. Poorolajal, et al. (2021) so na podlagi 90 študij naredili primerjavo med kadilkami in nekadilkami. Rezultati kažejo statistično pomembne razlike v povečanju tveganja za raka dojk pri kadilkah za 7 %.

Zdravniki primarnega zdravstvenega varstva običajno ocenijo tveganje pacientk za raka dojk. Pri tem uporabljajo kombinacijo algoritmov tveganja in osebno ter družinsko zdravstveno anamnezo. Pacientke z ugotovljenim povečanim tveganjem za raka dojk (> 20 % celotnega življenjskega tveganja) so kandidatke za intenzivnejše presejanje in sistematično obravnavo na primarni ravni (Klassen, et al., 2022).

2.2.2 Sekundarna preventiva

Cilj sekundarne preventive je ustavitev procesa razvoja bolezni pred njegovim hujšim potekom. V tem primeru se poslužujemo tehnike presejanja bolezni, ki obsegajo diagnostične preiskave (npr. mamografija, ultrazvok, magnetna resonanca, samopregledovanje dojk ter sodobne in natančnejše slikovne metode), ki pripomorejo k zgodnjemu odkrivanju tumorjev ali lezij, nagnjenih k nastanku tumorjev. Glavni rezultat te preventive je zmanjšanje umrljivosti zahvaljujoč zgodnjemu odkrivanju (Kolpak, et al., 2017). Rak dojk se na splošno diagnosticira s presejalnim pregledom ali simptomom (npr. bolečino ali otipljivo zatrdlino), ki zahteva diagnostični pregled. Presejanje zdravih žensk je povezano z odkrivanjem tumorjev, ki so manjši, imajo manjše možnosti za metastaze, omogočajo aksilarno operacijo ter je manj verjetno, da bo potrebna kemoterapija (McDonald, et al., 2016). Zgodnja diagnoza z mamografijo zmanjša umrljivost zaradi raka dojk v splošni populaciji za 20 % do 40 % (Brentnall, et al., 2018). Ozaveščenost o raku dojk, pozornost javnosti in napredek pri slikanju so pozitivno vplivali na prepoznavanje in presejanje raka dojk (Akram, et al., 2017). Glede na finančno breme držav v razvoju je samopregledovanje dojk učinkovit način diagnosticiranja raka dojk v zgodnji fazi (Sun, et al., 2017). Akram, et al. (2017) ugotavljajo, da so raziskave,

povezane z rakom dojk, v zadnjih dveh desetletjih pripomogle do osupljivega napredka v našem razumevanju raka dojk, kar je privedlo do nadaljnjih učinkovitih zdravljenj. A se žal še vedno diagnosticira v napreduvalih fazah zaradi nenatančnega samopregledovanja dojk.

2.2.3 Terciarna preventiva

Terciarna preventiva vključuje kakovostno zdravljenje, ki pripomore k zmanjševanju umrljivosti za rakom dojk. Nove tehnike zdravljenja so pripomogle k uspešnejšemu zdravljenju raka dojk in preživetju. Povečuje pa se tudi skrb za kakovost življenja pacientov po zdravljenju (Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, n.d.). Terciarna preventiva zajema ustrezno lokalno in sistemsko zdravljenje, urejen življenjski slog, kot je redna vadba, ki zagotavlja funkcionalne in psihološke koristi ter po možnosti zmanjša tveganje za ponovitev. Specializirane rehabilitacijske ustanove in storitve so nepogrešljive za zmanjšanje fizičnih, psiholoških in socialnih posledic zdravljenja raka dojk. Glavni cilji fizioterapije morajo vključevati preprečevanje in zdravljenje limfedema, zagotavljanje celotnega obsega gibov roke in rame ter preprečevanje ali korekcijo posturalnih napak, ki so posledica mastektomije. Pacientke imajo pogosto povišano stopnjo anksioznosti po zaključku zdravljenja. Depresija in intenzivna utrujenost se pogosto pojavita v mesecih po koncu zdravljenja (Cardoso, et al., 2019).

Terciarna preventiva vključuje spremljanje ponovitve raka z anamnezo in fizičnim pregledom vsake tri do šest mesecev prva tri leta po zdravljenju, vsakih šest do 12 mesecev še dve leti in nato enkrat letno. Mamografija se izvaja enkrat letno. Slikanje dojk z magnetno resonanco ni indicirano, razen če je pri pacientkah veliko tveganje za ponovitev, na primer pri sindromu dednega raka (Zoberi & Tucker, 2019).

Lahart, et al. (2018) so ugotovili, da so povečane telesne aktivnosti pri preživelih z rakom dojk povezane tudi z manjšo izpostavljenostjo estrogenu ter povečano koncentracijo globulina, ki veže spolne hormone, pa tudi z izboljšano občutljivostjo na inzulin in zmanjšano koncentracijo inzulinskega ravnega faktorja-1 ter adipokinov in vnetnih markerjev, z izjemo koristnega zvišanja koncentracije adiponektina. Učinki povečane

telesne dejavnosti lahko služijo kot mehanizmi, ki lahko pojasnijo povezano zmanjšanje umrljivosti zaradi vseh vzrokov in raka dojk. Poleg tega se je pokazalo, da je pomanjkanje telesne dejavnosti povezano s povečanjem telesne mase, kar pa je bilo v nekaterih študijah povezano s slabšim preživetjem. Bolj aktivne ženske imajo nižji indeks telesne mase (ITM) in manj verjetnosti za dvig ITM, s čimer se izboljšajo njihove možnosti preživetja (prav tam).

2.3 OBRAVNAVA RAKA DOJK NA PRIMARNEM NIVOJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Z zmanjševanjem umrljivosti se število preživelih z rakom dojk povečuje. Nadaljnjo zdravstveno obravnavo po zdravljenju raka pogosto zagotavlja primarno zdravstveno varstvo (Zoberi & Tucker, 2019). V nadaljevanju obravnavamo vlogo zdravstvene obravnave raka dojk na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

2.3.1 Primarni nivo zdravstvenega varstva

Zdravstveno varstvo na primarnem nivoju zajema dejavnost splošne in družinske medicine, zdravstveno varstvo predšolskih in šolskih otrok, zdravstveno varstvo žensk, medicino dela, prometa in športa, zobozdravstveno dejavnost, patronažno zdravstveno dejavnost, dežurno službo z nujno medicinsko pomočjo in centre za krepitev zdravja (CKZ) oziroma zdravstveno vzgojne centre (NIJZ, 2018). V ambulantni družinski medicine delujejo zdravnik, SMS/SZ in DMS/DZ (v času vpeljave projekta referenčna ambulanta), ki skrbi za vodenje kroničnih pacientov, obravnavo pacientov in izvajanje sistematičnega preventivnega presejanja (NIJZ, 2017). Izvajalci preventive za odrasle na primarnem nivoju zdravstvenega varstva s sodelovanjem in povezovanjem tudi na področju celostne preventive raka dojk »zagotavljajo bolj kakovostno preventivno obravnavo, celostno informiranje in motiviranje ciljne populacije za vključitev v preventivne programe, boljšo dostopnost do preventivnih programov, izvajanje preventivnih aktivnosti, ki izhaja iz potreb uporabnikov, s skupnostnim pristopom pa tudi krepitev zdravja lokalnega prebivalstva, vključevanje ranljivih oseb v preventivni program in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnem okolju« (NIJZ, 2017, p. 11).

Če je potreben obisk pacientk na domu oziroma terenu, se vključi patronažno varstvo, kjer deluje DMS oziroma DZ, ki skrbi za zdravstveno stanje prebivalstva na svojem okrožju, jim pomaga skrbeti za njihovo zdravje in zdravje njihovih svojcev (NIJZ, n.d.a). Če pacientke opazijo simptome, znake ali imajo znano družinsko nagnjenost k raku dojk, se lahko odloči tudi za obisk v ginekološkem dispanzerju, kjer opravijo natančno družinsko, osebno, ginekološko anamnezo in anamnezo trenutnih težav ter pregled sprememb na dojkah (Ljubič & Štemberger Kolnik, 2023). Na primarnem nivoju zdravstvenega varstva delujejo tudi CKZ oz. zdravstvenovzgojni centri. Izvajajo delavnice za ohranjanje in krepitev zdravja (delavnice za krepitev telesnega zdravja (npr. zdrava prehrana in hujšanje, telesna aktivnost ipd.) ter delavnice za krepitev duševnega zdravja in pomoči pri opuščanju tveganih vedenj (NIJZ, 2023b).

2.3.2 Vloga zdravstvene nege

Zgodnje odkrivanje bolezni in ozaveščenost omogočata boljše preživetje, celostno rehabilitacijo in kakovostnejšo življenje po zdravljenju. Posledično se povečuje populacija dolgotrajno preživelih, kar poudarja potrebo po znanju o dolgotrajnih posledicah (Krajec & Merlo, 2017). Primarna preventiva prispeva k zmanjšanju obolevnosti in smrtnosti, sekundarna preventiva pripomore k zgodnjemu odkrivanju tumorjev ali lezij (Kolak, et al., 2017), terciarna preventiva vključuje kakovostno zdravljenje in prispeva k podaljšanju kakovostnega življenja (Cardoso, et al., 2019). Opazno izboljšanje preživetja je povezano z napredkom pri zdravljenju, izboljšanim preseganjem in multidisciplinarnim pristopom k zdravljenju. Rak dojk ni samo fizična bolezen, temveč vpliva tudi na psihološke, čustvene in socialne potrebe posameznika (Brown, et al., 2021).

Rak dojk je bolezen, ki jo je v razvitih državah mogoče preprečiti. Na voljo so ustrezni medicinski postopki, ki lahko zaščitijo pred to boleznijo oziroma ki prispevajo k višji stopnji preživetja pacientk z rakom dojk v razvitih državah kot v državah s srednjim ali nizkim dohodkom. Glede na finančno breme držav v razvoju je samopregledovanje dojk učinkovit način diagnosticiranja raka dojk v zgodnji fazi. Še več, če so ženske poučene o raku dojk, je lahko samopregledovanje dojk preprosta, ekonomična metoda za

preprečevanje te bolezni. Ljudje poznajo svoje telo bolj jasno kot kateri koli zdravnik. Vendar se večina žensk v državah v razvoju ne zaveda pomena preprečevanja raka dojk. Zato je treba v teh državah več pozornosti nameniti promociji zdravja dojk pred kliničnim zdravljenjem (Sun, et al., 2017). V Sloveniji, ki spada med razvite države, se je z Državnim programom obvladovanja raka (DPOR) od leta 2010 incidenca pri ženskah znižala. Prav tako ima rak dojk v DPOR 2022–2026 ključno vlogo, s cilji, kot so izboljšanje spremljanja kakovosti obravnave, posodobitev presejanja, širitev celostne rehabilitacije na nacionalno raven in krepitev onkološke genetike z ukrepi, ki stremijo k boljši kakovosti življenja in zgodnji poklicni rehabilitaciji pacientov (Zadravec Zaletel, 2022). Tudi pilotna raziskava o individualizirani celotni rehabilitaciji pacientk z rakom dojk 2019–2022 (OREH), kot primer dobre prakse, ki kaže, kako naj poteka širitev dokazano uspešnih pristopov, ko celostna rehabilitacija skrajšuje bolniško odsotnost in zmanjšuje invalidsko upokojevanje pacientk z rakom dojk (Bešič & Kurir-Borovčič, 2022). Poleg tega poteka program DORA, namenjen ženskam, starim od 50 do 69 let, ki nimajo diagnoze raka dojk (NIJZ, n.d.b). Ozaveščanje o raku dojk se spodbuja tako prek mednarodne pobude Rožnati oktober kot tudi različnih dogodkov, delavnic, kampanj ter informativnih zgibank objavljenih na spletnih straneh (NIJZ, n.d.b; Zdravstveni dom Kranj, n.d.; Zveza slovenskih društev za boj proti raku, n.d.).

V nadaljevanju bomo raziskali, kako zdravstveni timi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva obravnavajo preventivo raka dojk ter skrbijo za pacientke med in po zdravljenju.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je proučiti primarno, sekundarno in terciarno preventivo raka dojk žensk v zdravstvenih timih na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Osredotočili smo se na žensko populacijo. Zanimalo nas je, kako zdravstveni timi obravnavajo pacientke z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk ter med in po zaključenem zdravljenju bolezni. Z rezultati nameravamo prispevati h kakovostnejši obravnavi pacientk na primarnem nivoju zdravstvenega varstva in zmanjševanju problematike te zločeste bolezni.

Cilji raziskave so na primarnem nivoju zdravstvenega varstva v zdravstvenih timih naslednji:

- ugotoviti mnenja o preventivi raka dojk z vidika svetovanja in komunikacije s pacientkami;
- proučiti mnenja o obravnavi pacientk z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk;
- raziskati mnenja o preventivni obravnavi pacientk z rakom dojk v času zdravljenja in po zaključku zdravljenja bolezni;
- ugotoviti statistično pomembne razlike v mnenjih o preventivni obravnavi glede na poklic, delovno mesto in starost anketiranih članov zdravstvenega tima.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo si sledeča raziskovalna vprašanja:

RV 1: Kakšna so mnenja anketiranih o preventivi raka dojk z vidika svetovanja in komunikacije?

RV 2: Kaj menijo anketirani o obravnavi pacientk z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk?

RV 3: Kaj menijo anketirani o preventivni obravnavi pacientk v času zdravljenja in po zaključenem zdravljenju bolezni?

RV 4: Kakšne so statistično pomembne razlike v preventivni obravnavi glede na poklic, delovno mesto in starost anketiranih?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V teoretičnem delu smo uporabili pregled literature, v raziskovalnem delu pa kvantitativno raziskovalno metodo, ki je temeljila na kavzalno-neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela, ki je temeljila na pregledu literature. Za iskanje znanstvene in strokovne literature smo uporabili bibliografske baze podatkov PubMed in Cinahl, spletni bibliografski sistem Cobiss, spletni brskalnik Google učenjak in Obzornik zdravstvene nege. Ključne besedne zveze, ki smo jih uporabili pri iskanju literature so v slovenskem jeziku: primarna preventiva, sekundarna preventiva, terciarna preventiva, svetovanje, komunikacija, zdravstvena nega, dejavniki tveganja, zdravljenje, rehabilitacija; v angleškem jeziku: primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention, counseling, communication, healthcare, risk factors, treatment, rehabilitation. Uporabljen je bil Boolov operator v angleščini »AND« oziroma v slovenščini »IN«. Omejili smo se na članke v slovenskem in angleškem jeziku, objavljene med letoma 2014 in 2024, ki so bili dostopni v polnem besedilu.

Raziskovalni del je temeljil na kvantitativni metodi raziskovanja. Uporabili smo metodo anketiranja (spletni anketni vprašalnik). Ciljna populacija so bili zdravstveni timi v Osnovnem zdravstvu Gorenjske (OZG), organizacijski enoti (OE) Zdravstveni dom (ZD) Kranj. Uporabili smo spletno stran 1ka in vprašalnik preko e-pošte posredovali zaposlenim.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke za raziskovalni del diplomskega dela smo pridobili s pomočjo vprašalnika. Za pripravo in oblikovanje smo uporabili članke različnih avtorjev (Howell, et al., 2014; Akram, et al., 2017; Kolak, et al., 2017; Lamovšek, 2021; Kashyap, et al., 2022; Klassen, et al., 2022). Vprašalnik so sestavljali štirje sklopi vprašanj, ki so bili zaprtega, polodprtega in odprtega tipa. V prvem sklopu smo spraševali o demografskih podatkih zdravstvenih delavcev (spol, starost, izobrazba in delovno mesto). Drugi sklop »mnenja o obravnavi – svetovanje in komunikacija« je vseboval 17 trditev. Anketirani so izrazili svoje mnenje po petstopenjski Likertovi lestvici v numerični obliki od 1 do 5 (1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Tretji sklop »celostna preventiva raka dojk« je bil sestavljen iz dveh delov. Prvi del je vseboval 18 trditev povezanih z obravnavo pacientk z vidika primarne in sekundarne preventive. Drugi del je vseboval 12 trditev, ki so se navezovala na obdobje med in po zdravljenju raka dojk (terciarna preventiva). Tudi v tretjem sklopu so se anketirani opredelili do trditev po petstopenjski Likertovi lestvici v numerični obliki od 1 do 5 (1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – redko, 4 – pogosto, 5 – vedno), in možnostjo dodatne izbire odgovora – ni relevantno zame. Pri obeh delih smo ponudili odprto možnost odgovora – drugo, ki je bilo namenjeno zapisu osebnih mnenj, komentarjev in razmišljanj anketiranih. V četrtem sklopu smo anketirane povprašali o okvirnem številu pacientk, ki jih obravnavajo na letni ravni in jih povabili k zapisu predlogov, razmišljanj, mnenj. Zanesljivost vprašalnika smo s programom SPSS 29.0 preverili s Cronbachovim koeficientom alfa, ki nam daje informacijo o konsistentnosti posameznih lestvic v vprašalniku. Rezultat je predstavljen kot koeficient na lestvici od 0 do 1. Prikazuje zanesljivost, ki kaže, ali bi bili rezultati enaki pri ponovnem izpolnjevanju (Cencič, 2009).

Tabela 1: Cronbach alfa in preverjanje zanesljivosti sklopov trditev

Sklop trditev	Tematika sklopa	Koeficient (α)	Zanesljivost
1.	Svetovanje in komunikacija	0,730	Dobra
2.	Preprečevanje in zgodnje odkrivanje raka dojk	0,973	Odlična
3.	Obdobje med in po zdravljenju raka dojk	0,909	Odlična

Legenda: Stopnja zanesljivosti: $\alpha < 0,5$ nesprejemljiva; $0,5 \leq \alpha < 0,6$ slaba; $0,6 \leq \alpha < 0,7$ sprejemljiva; $0,7 \leq \alpha < 0,9$ dobra; $\alpha \geq 0,9$ odlična.

V tabeli 1 so razvidni izračuni Cronbach alfa za tri sklope trditev. Ob pregledu ugotovimo, da je sklop »svetovanje in komunikacija« dosegel merilo dobre zanesljivosti (17 trditev; Cronbach alfa 0,730), sklop »preprečevanje in zgodnje odkrivanja raka dojk« odlično zanesljivost (18 trditev; Cronbach alfa 0,973) ter sklop »obdobje med in po zdravljenju raka dojk« odlično zanesljivost (18 trditev; Cronbach alfa 0,909).

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili namenski vzorec, ki je zajemal zdravstvene time na primarnem nivoju zdravstvenega varstva – SMS/SZ, DMS/DZ, ZDM, zdravnike ginekologije ter druge (psihologi, fizioterapevti, kineziologi) zaposlene v OZG OE Zdravstveni dom Kranj v ambulantah družinske medicine, patronažnem varstvu, CKZ in ginekološki ambulantni. Za pridobivanje podatkov smo uporabili spletni vprašalnik. Povezavo do vprašalnika smo poslali na e-naslove 209 zaposlenih. Anketiranje je potekalo od 2. oktobra do 10. oktobra 2024. Na vprašanja je odgovorilo 156 zaposlenih, od tega jih devet ni ustrezalo kriteriju, saj so bili zaposleni v drugih organizacijskih enotah zdravstvenega doma, zato smo jih iz analize izločili. V vzorec je tako vključenih 156 anketirancev. Realizacija vzorca je bila 74,6-odstotna.

Tabela 2: Porazdelitev anketirancev glede na spol

Spol	Frekvenca	Delež (v %)
Ženski	142	91,0
Moški	14	9,0
Skupaj	156	100,0

V tabeli 2 je razvidno, da se je povabilu za sodelovanje v raziskavi odzvalo 156 anketiranih, 91,0 % (142) oseb ženskega spola in 9,0 % (14) oseb moškega spola.

Tabela 3: Porazdelitev anketirancev glede na starost

Starost	n	Delež (v %)	PV	SO	Min	Max	Me	Mo
do 30 let	22	14,1	41,13	9,748	22	68	40,0	36
31 do 40 let	61	39,1						
41 do 50 let	48	30,7						
več kot 50 let	25	16,1						
Skupaj	156	100,0						

Legenda: n – število veljavnih odgovorov, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, Min – minimalna vrednost, Max – maksimalna vrednost, Me – mediana, MO – modus.

V tabeli 3 so razvidni podatki osnovne deskriptivne statistike spremenljivke starost. Med anketiranimi je največ starih od 31 do 40 let (39,1 %) in 41 do 50 let (30,7 %). Najmlajši je bil star 22 let, najstarejši pa 68 let. Povprečna starost (PV) vseh je bila 41 let. Najpogostejša starost (Mo) je bila 36 let. Polovica vseh anketiranih je imela 40 let ali manj kot 40 let, polovica pa več kot 40 let.

Tabela 4: Porazdelitev anketirancev glede na poklic

Poklic	Frekvenca	Delež (v %)
DMS/DZ	75	48,1
SMS/SZ	45	28,8
ZDM	26	16,7
Zdravnik ginekolog	3	1,9
Diplomirana babica	1	0,6
Drugo	6	3,8
Skupaj	156	100,0

Legenda: DMS – diplomirana medicinska sestra, DZ – diplomirani zdravstvenik, SMS – srednja medicinska sestra, SZ – srednji zdravstvenik, ZDM – zdravnik družinske medicine.

Iz tabele 4 je razvidno, da je sodelovalo 48,1 % (75) DMS/DZ, 28,8 % (45) SMS/SZ, 16,7 % (26) ZDM, 1,9 % (3) ginekologov in 0,6 % (1) diplomirana babica. Med odgovori drugo, 3,8 % (6), veljajo navedbe: fizioterapevt, psiholog, kineziolog. Slednje, skupaj z zdravniki ginekologi in diplomirano babico, smo iz analize razlik med skupinami zaradi maloštevilčnosti izvzeli.

Tabela 5: Porazdelitev anketirancev glede na delovno mesto

Delovno mesto	Frekvenca	Delež (v %)
Patronažno varstvo	23	14,7
CKZ	26	16,7
Ambulanta družinske medicine	103	66,0
Ginekološka ambulanta	4	2,6
Skupaj	156	100,0

Legenda: CKZ – center za krepitev zdravja.

Tabela 5 kaže, da je največ, to je 66,0 % (103) anketiranih v ambulanti družinske medicine, 16,7 % (26) v CKZ, 14,7 % (23) v patronažnem varstvu. Ker so v ginekološki ambulanti zaposleni le štirje zaposleni, smo jih zaradi maloštevilčnosti izvzeli iz preizkusa razlik med skupinami.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v času od 2. in 10. oktobrom 2024. Po pridobitvi soglasja zavoda OZG OE Zdravstveni dom Kranj smo vodji zdravstvene nege OE Zdravstveni dom Kranj po elektronski pošti poslali povabilo k sodelovanju (priloga 1) ter podatke za dostop do spletnega vprašalnika (priloga 2). Vodja zdravstvene nege je povabilo k sodelovanju z vprašalnikom posredoval sodelavcem v ambulantah družinske medicine, patronažni službi, CKZ in ginekološkemu dispanzerju. Vprašalniki so bili pripravljeni v elektronski obliki s pomočjo spletnega portala 1KA, dostopnega na naslovu: <https://www.1ka.si/a/3c52be43>. Anketiranci so do vprašalnika dostopali s klikom na prejeto URL povezavo. Povprečni čas reševanja je bil štiri minute in deset sekund, kar pomeni, da so vprašalnike anketirani v povprečju izpolnili v manj kot predvidenem polovičnem času, ki je bil deset minut in 58 sekund. Seznanili smo jih z jasnimi in natančnimi navodili za izpolnjevanje ter informacijo, da je sodelovanje anonimno in prostovoljno, v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (Halbwachs, et al., 2024) ter da bodo rezultati namenjeni potrebam izdelave diplomskega dela in morebitni pripravi strokovnega prispevka.

Za obdelavo podatkov smo uporabili osnovno deskriptivno statistiko, izračunali smo frekvence, deleže, povprečne vrednosti in standardne odklone. Statistično pomembne razlike v obravnavi pacientk glede na starost, delovno mesto in poklic smo preverili z enosmerno analizo variance (ANOVA). Za standardno mejo smo upoštevali statistično značilnost $p \leq 0,05$. Pridobljene podatke smo statistično obdelali s statističnim programom IBM SPSS 29.0. Zanesljivost merjenih konstruktov vprašalnika smo preverili s Cronbachovim alfa testom.

3.4 REZULTATI

Rezultate raziskave smo razdelili v naslednje vsebinske sklope: mnenja o obravnavi pacientk z vidika svetovanja in komunikacije, celostna preventiva raka dojk, ki zajema primarno, sekundarno in terciarno preventivo, obdobje med zdravljenjem in po njem ter

rezultate o številu pacientk, ki jih obravnavajo na letni ravni, in zapis predlogov, razmišljanj, mnenj.

1. Sklop

Tabela 6: Preventiva raka dojk z vidika svetovanja in komunikacije

Trditev	n	PV	SO	DMS/DZ		SMS/SZ		ZDM		ANOVA	
				PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Zdravstveni delavci imamo z zdravstveno vzgojnim svetovanjem velik vpliv na življenjski slog žensk.	156	4,18	0,77	4,35	0,73	3,91	0,79	4,19	0,80	4,616	0,011
Vedno se potrudim vzpostaviti zaupljiv odnos s pacientkami.	156	4,62	0,63	4,68	0,60	4,33	0,71	4,85	0,46	6,995	0,001
Pacientke spodbujam in jim omogočim, da vprašajo, kar jih zanima.	156	4,57	0,63	4,67	0,58	4,33	0,67	4,58	0,64	4,096	0,019
Pacientke spodbujam, da aktivno sodelujejo v pogovoru.	156	4,55	0,61	4,61	0,61	4,36	0,68	4,65	0,49	3,008	0,053
Pacientkam sem vedno na razpolago za pogovor in svetovanje.	156	4,46	0,72	4,55	0,60	4,36	0,74	4,35	0,98	1,321	0,270
Za pogovor s pacientkami si vedno vzamem dovolj časa.	156	4,11	0,81	4,23	0,78	4,07	0,86	3,77	0,76	3,164	0,045
S pacientkami se pogovarjam prijazno in spoštljivo.	156	4,71	0,51	4,75	0,47	4,47	0,63	4,96	0,20	9,141	0,001
Pacientke vedno aktivno poslušam, jih opazujem in znam pridobiti pomembne informacije.	156	4,40	0,65	4,34	0,67	4,38	0,69	4,62	0,50	1,787	0,171
Strokovne vsebine je včasih težko približati in predstaviti na preprost in razumljiv način.	156	4,01	0,88	4,01	0,89	4,22	0,74	3,52	0,96	5,402	0,005

Trditvev	n	PV	SO	DMS/DZ		SMS/SZ		ZDM		ANOVA	
				PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Vzpostavitev dobrega, zaupljivega odnosa s pacientkami je vedno mogoča.	156	3,75	0,98	3,72	0,95	3,98	0,89	3,31	1,01	4,148	0,018
Pogovore s pacientkami pogosto zmotijo, prekinejo zunanji dejavniki (npr. druge osebe, telefon, ...).	156	3,68	1,09	3,72	1,03	4,23	0,74	2,77	1,07	18,787	0,001
Za pogovor s pacientkami imam premalo časa.	156	4,00	1,07	3,89	1,19	4,24	0,74	4,24	0,88	2,122	0,124
Večjo težavo kot vsebina svetovanja (»kaj«), predstavlja način izvedbe pogovora (»kako«).	156	3,67	1,06	3,67	1,02	4,11	0,75	3,00	1,20	10,636	0,001
Komunikacijo s pacienti dobro obvladam.	156	4,06	0,72	4,08	0,77	4,22	0,67	3,73	0,67	3,874	0,023
Dobro poznam večšine motivacijskega pogovora – motivacijskega intervjuja.	156	3,82	0,94	3,84	1,03	3,89	0,96	3,69	0,74	0,355	0,702
Na področju komunikacije in svetovalnega pogovora potrebujem več znanj in izobraževanj.	156	3,86	1,01	4,03	0,99	3,87	0,87	3,62	1,1	1,774	0,173
Delo s pacientkami z rakom dojk me zelo obremenjuje.	156	2,42	1,30	2,59	1,33	2,31	1,33	2,00	0,89	2,284	0,106

Legenda: n – število veljavnih odgovorov, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F – ANOVA test, p – statistična pomembnost, DMS – diplomirana medicinska sestra, DZ – diplomirani zdravstvenik, SMS – srednja medicinska sestra, SZ – srednji zdravstvenik, ZDM – zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – včasih se strinjam, včasih se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 6 prikazuje, da se zdravstveni delavci z vidika svetovanja in komunikacije v najvišji meri strinjajo s trditvijo, da se s pacientkami pogovarjajo prijazno in spoštljivo (PV = 4,71; SO = 0,51) in da se vedno potrudijo vzpostaviti zaupljiv odnos s pacientkami (PV = 4,62; SO = 0,63). Najnižje strinjanje se kaže v trditvi, da jih delo s pacientkami z rakom dojk zelo obremenjuje (PV = 2,42; SO = 1,30). Pri tej trditvi so tudi mnenja najbolj razpršena. Nižje PV strinjanja so tudi v trditvi, da večjo težavo kot vsebina svetovanja

(»kaj«), predstavlja način izvedbe pogovora (»kako«) (PV = 3,67; SO = 1,06). Glede na posamezne poklicne skupine so najvišje PV strinjanja v vseh treh poklicnih skupinah – DMS/DZ (PV = 4,75; SO = 0,47), SMS/SZ (PV = 4,47; SO = 0,63), ZDM (PV = 4,97; SO = 0,20) razvidne v trditvi, da se s pacientkami pogovarjajo prijazno in spoštljivo. Najnižje PV strinjanja so vse tri skupine izkazale za trditev, da jih delo s pacientkami z rakom dojke zelo obremenjuje: DMS/DZ (PV = 2,59; SO = 1,33), SMS/SZ (PV = 2,31; SO = 1,33) in ZDM (PV = 2,00; SO = 0,89).

Statistično pomembne razlike med poklicnimi skupinami ugotavljamo pri trditvah, da pogovore s pacientkami pogosto zmotijo, prekinejo zunanji dejavniki ($F = 18,787$; $p = 0,001$), v težavi o vsebini (»kaj«) in načinu izvedbe (»kako«) ($F = 10,636$; $p = 0,001$), v času namenjenem pogovoru s pacientkami ($F = 3,164$; $p = 0,045$) in obvladanju komunikacije ($F = 3,873$; $p = 0,023$).

Tabela 7: Preventiva raka dojke z vidika svetovanja in komunikacije glede na starost anketiranih

Trditev	do 30 let		31 do 40 let		41 do 50 let		več kot 50 let		ANOVA	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Strokovne vsebine je včasih težko približati in predstaviti na preprost in razumljiv način.	4,41	0,73	3,74	0,97	4,13	0,83	4,00	0,82	3,662	0,014
Vzpostavitev dobrega, zaupljivega odnosa s pacientkami je vedno mogoča.	3,86	1,08	3,58	1,05	4,04	0,84	3,40	0,82	3,254	0,023
Komunikacijo s pacienti dobro obvladam.	4,00	0,62	3,85	0,76	4,30	0,66	4,12	0,73	3,715	0,013

Legenda: PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F – ANOVA test, p – statistična pomembnost; Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – včasih se strinjam, včasih se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

V tabeli 7 so z vidika svetovanja in komunikacije prikazane statistično pomembne razlike, ki so povezane s starostjo zdravstvenih delavcev. Statistično pomembno razliko smo ugotovili pri trditvi o obvladanju komunikacije s pacientkami ($F = 3,715$; $p = 0,013$); v vzpostavitvi dobrega, zaupljivega odnosa s pacientkami ($F = 3,254$; $p = 0,023$) ter o težavah pri preprosti in razumljivi predstavitvi vsebin ($F = 3,662$; $p = 0,014$).

Tabela 8: Preventivi raka dojk z vidika svetovanja in komunikacije glede na delovno mesto

Trditev	Patronažno varstvo		CKZ		Ambulanta družinske medicine		ANOVA	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Za pogovor s pacientkami si vedno vzamem dovolj časa.	4,26	0,81	4,42	0,70	3,99	0,82	3,535	0,032
Za pogovor s pacientkami imam premalo časa.	4,04	1,07	3,35	1,38	4,19	0,90	7,020	0,001
Večjo težavo kot vsebina svetovanja (»kaj«), predstavlja način izvedbe pogovora (»kako«).	3,78	0,90	3,19	1,10	3,76	1,05	3,244	0,042

Legenda: PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F – ANOVA test, p – statistična pomembnost, CKZ – center za krepitev zdravja; Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – včasih se strinjam, včasih se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

V tabeli 8 so med delovnimi mesti (patronažno varstvo, CKZ, ambulanta družinske medicine) prikazane statistično pomembne razlike v prekratku časa pogovora namenjenega pacientkam ($F = 7,020$; $p = 0,001$), v težavi o vsebini (»kaj«) in načinu izvedbe (»kako«) ($F = 3,244$; $p = 0,042$) ter o dovolj časa namenjenega pacientkam ($F = 3,535$; $p = 0,032$).

2. Sklop

Tabela 9 prikazuje strinjanje anketiranih s trditvami o obravnavi pacientk z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk. Možnost odgovora »Ni relevantno zame« (pri čemer so ti odgovori izvzeti iz izračuna PV in SO) so anketirani najpogosteje izbrali pri trditvah, da pacientke usmerijo k drugim specialistom in napotijo na mamografijo, najmanj pa pri trditvah, da pacientke seznani z ustreznimi viri in jih opremijo z zdravstveno-vzgojnim gradivom.

Tabela 9: Obravnava pacientk z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk

Trditev	N	NR	PV	SO	DMS/DZ		SMS/SZ		ZDM		ANOVA	
					PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Pacientke vprašam in se v zvezi s	132	14	3,98	1,00	4,22	0,98	3,95	0,94	3,26	0,92	8,488	0,001

Trditev	N	NR	PV	SO	DMS/DZ		SMS/SZ		ZDM		ANOVA	
					PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
preventivo raka dojk pogovorim o življenjskem slogu – prehrani, gibanju, ...												
Pacientke vprašam in se pogovorim o pitju alkohola.	127	19	3,74	1,06	3,87	1,19	3,71	0,89	3,43	0,79	1,478	0,232
Pacientke vprašam o družinski anamnezi povezani z rakom dojk.	126	19	4,15	0,96	4,30	0,95	4,06	0,75	4,19	0,87	0,860	0,426
Pacientke vprašam o osebni anamnezi, vprašam po dejavnikih tveganja za raka dojk (prva menstruacija, ...).	128	18	3,91	1,14	4,17	1,06	4,00	0,86	3,30	1,22	5,974	0,003
Pacientke seznanim s samopregledovanjem.	132	13	4,06	1,00	4,22	0,99	3,97	0,83	4,00	1,05	0,972	0,381
Pacientkam demonstriram, pokažem tehnike samopregledovanja.	132	14	3,53	1,30	3,70	0,28	3,62	1,09	2,96	1,40	3,144	0,047
Vsako pacientko seznanim z opozorilnimi znaki raka dojk.	132	14	3,83	1,13	4,10	1,05	3,89	0,78	3,14	1,36	7,111	0,001
Pacientke opremim z zdravstveno vzgojnim gradivom (zloženke, ...).	134	12	3,45	1,34	3,82	1,25	3,54	1,24	2,22	1,20	14,437	0,001

Trditev	N	NR	PV	SO	DMS/DZ		SMS/SZ		ZDM		ANOVA	
					PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Pacientke seznanim z ustreznimi spletnimi in drugimi viri, kjer lahko dobijo dodatne informacije.	136	10	3,64	1,18	3,93	1,11	3,97	0,82	2,43	1,16	19,855	0,001
Pacientke seznanim in jih motiviram za vključitev v presejalni program DORA.	132	14	4,31	0,90	4,48	0,86	4,22	0,72	4,32	0,84	1,266	0,286
Pacientki v primeru težav, prisotnosti opozorilnih znakov idr. svetujem/jo napotim na mamografijo.	113	33	4,19	0,95	4,25	0,96	3,85	0,80	4,86	0,47	9,833	0,001
Pacientke seznanim z mamografijo.	124	22	4,23	0,99	4,33	1,06	4,11	0,85	4,27	0,83	0,581	0,561
Pacientke seznanim tudi z drugimi možnimi preiskavami.	118	27	3,94	1,07	3,79	1,20	3,94	0,86	4,45	0,74	3,298	0,041
Pacientke motiviram, da opravijo ustrezne preiskave.	126	20	4,29	0,92	4,32	0,96	4,15	0,80	4,70	0,56	2,813	0,064
Pacientke usmerim v Center za krepitev zdravja.	123	23	3,51	1,25	3,76	1,28	3,66	0,90	2,71	1,27	7,096	0,001
Pacientke v primeru težav usmerim v ginekološki dispanzer.	130	15	4,29	0,95	4,55	0,82	4,19	0,75	3,65	1,30	8,440	0,001

Trditev	N	NR	PV	SO	DMS/DZ		SMS/SZ		ZDM		ANOVA	
					PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Pacientke v primeru težav usmerim k drugim specialistom (onkolog).	109	36	3,99	1,08	3,78	1,29	4,00	0,82	4,41	0,80	2,620	0,078

Legenda: n – število veljavnih odgovorov, NR – število odgovorov »Ni relevantno zame«, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F – ANOVA test, p – statistična pomembnost, DMS – diplomirana medicinska sestra, DZ – diplomirani zdravstvenik, SMS – srednja medicinska sestra, SZ – srednji zdravstvenik, ZDM – zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – včasih se strinjam, včasih se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 9 prav tako prikazuje, da zdravstveni delavci z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka najvišje PV strinjanja pripisujejo trditvi, da pacientke seznani in jih motivirajo za vključitev v presejalni program DORA (PV = 4,31; SO = 0,90), jih motivirajo, da opravijo ustrezne preiskave (PV = 4,29; SO = 0,92) in jih v primeru težav usmerijo v ginekološki dispanzer (PV = 4,29; SO = 0,95). Najnižje PV strinjanja se kaže v trditvi, da pacientke usmerijo v CKZ (PV = 3,51; SO = 1,25) in da pacientke opremijo z zdravstveno vzgojnim gradivom (PV = 3,45; SO = 1,35). Pri tej trditvi so mnenja tudi najbolj razpršena. DMS so najvišjo PV strinjanja pripisale trditvi, da pacientke v primeru težav usmerijo v ginekološki dispanzer (PV = 4,55; SO = 0,82), najnižjo pa demonstraciji tehnike samopregledovanja (PV = 3,70; SO = 0,28). SMS najvišje PV strinjanja pripisujejo trditvi, da pacientke seznani in motivirajo za vključitev v presejalni program DORA (PV = 4,22; SO = 0,72), najnižjo pa trditvi, da pacientke opremijo z zdravstveno vzgojnim gradivom (PV = 3,54; SO = 1,24). ZDM najvišjo PV strinjanja pripisujejo trditvi, da pacientke v primeru težav napotijo na mamografijo (PV = 4,86; SO = 0,47), najnižjo pa trditvi, da pacientke opremijo z zdravstveno vzgojnim gradivom (PV = 2,22; SO = 1,20). Statistično pomembne razlike med poklicnimi skupinami ugotavljamo v večini trditev. Za standardno mejo smo upoštevali statistično značilnost $p \leq 0,05$.

Tabela 10: Obravnava pacientk z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk glede na starost anketiranih

Trditev	do 30 let		31 do 40 let		41 do 50 let		več kot 50 let		ANOVA	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Pacientke vprašam in se v zvezi s preventivo raka dojk	3,79	0,97	3,67	1,10	4,36	0,71	4,20	0,95	4,517	0,005

Trditev	do 30 let		31 do 40 let		41 do 50 let		več kot 50 let		ANOVA	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
pogovorim o življenjskem slogu – prehrani, gibanju, ...										
Pacientke vprašam o družinski anamnezi povezani z rakom dojk.	4,21	0,80	3,84	1,18	4,32	0,62	4,74	0,56	4,980	0,003
Pacientke vprašam o osebni anamnezi, vprašam po dejavnikih tveganja za raka dojk (prva menstruacija, ...).	3,87	1,13	3,49	1,34	4,25	0,81	4,47	0,70	5,529	0,001
Vsako pacientko seznanim z opozorilnimi znaki raka dojk.	4,12	1,05	3,41	1,37	4,08	0,76	4,21	0,92	4,229	0,007
Pacientke opremim z zdravstveno vzgojnim gradivom (zloženke, ...).	3,88	1,45	3,04	1,40	3,62	1,29	3,89	0,90	3,205	0,026
Pacientke seznanim in jih motiviram za vključitev v presejalni program DORA.	4,24	0,75	3,94	1,12	4,62	0,49	4,83	0,51	7,385	0,001
Pacientke motiviram, da opravijo ustrezne preiskave.	4,25	0,86	4,04	1,14	4,58	0,60	4,47	0,62	2,838	0,041
Pacientke usmerim v Center za krepitev zdravja.	3,56	1,36	3,02	1,44	3,97	0,90	3,71	0,92	4,556	0,005
Pacientke v primeru težav usmerim v ginekološki dispanzer.	4,28	0,67	4,00	1,16	4,55	0,65	4,58	0,90	3,273	0,024

Legenda: PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F – ANOVA test, p – statistična pomembnost; Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – včasih se strinjam, včasih se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

V tabeli 10 so z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka prikazane statistično pomembne razlike, ki so povezane s starostjo zdravstvenih delavcev pri večini trditev (in sicer pri devetih od skupno 17 trditev). Z večino trditev se bolj strinjajo starejši od 50 let.

Tabela 11: Obravnava pacientk z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk glede na delovno mesto

Trditve	Patronažno varstvo		CKZ		Ambulanta družinske medicine		ANOVA	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Pacientke vprašam in se v zvezi s preventivo raka dojk pogovorim o življenjskem slogu – prehrani, gibanju, ...	4,17	0,99	4,46	0,72	3,78	1,03	5,015	0,008
Pacientke seznanim z ustreznimi spletnimi in drugimi viri, kjer lahko dobijo dodatne informacije.	4,33	0,77	3,74	1,39	3,48	1,17	4,116	0,019
Pacientke v primeru težav usmerim v ginekološki dispanzer.	4,67	0,59	4,73	0,55	4,09	1,04	5,900	0,004

Legenda: PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F – ANOVA test, p – statistična pomembnost, CKZ – center za krepitev zdravljenja; Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – včasih se strinjam, včasih se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

V tabeli 11 so prikazane statistično pomembne razlike med delovnimi mesti v zvezi s preprečevanjem in zgodnjim odkrivanjem raka dojk v stopnjah strinjanja s trditvami o usmerjanju v ginekološki dispanzer v primeru težav ($F = 5,900$; $p = 0,004$), pri seznaitvi z ustreznimi spletnimi in drugimi viri, kjer lahko dobijo dodatne informacije« ($F = 4,116$; $p = 0,019$) in pri pogovorih o življenjskem slogu ($F = 5,015$; $p = 0,008$).

3. Sklop

Tabela 12 prikazuje strinjanje anketiranih s trditvami o aktivnostih, ki jih izvajajo pri obravnavi pacientk v času zdravljenja in po zaključku zdravljenja bolezni. Možnost odgovora »Ni relevantno zame« (pri čemer so ti odgovori izvzeti iz izračuna PV in SO) so anketirani najpogosteje izbrali pri trditvah, da pacientke seznani in jih napotijo na fizioterapevtsko obravnavo ter jih uvrstijo v poseben seznam bolnic z rakom dojk. Najmanjkrat so to možnost izbrali pri trditvah, da pacientkam nudijo informacije, kje lahko dobijo psihološko podporo in pomoč.

Tabela 12: Obravnava pacientk v času zdravljenja in po zaključenem zdravljenju bolezni

Trditev	n	NR	PV	SO	DMS/DZ		SMS/SZ		ZDM		ANOVA	
					PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Pacientke poiščejo mojo pomoč zaradi težav povezanih s telesnimi težavami, terapijo, ...	125	20	3,80	1,03	3,55	1,17	3,86	0,82	4,30	0,82	4,750	0,010
Pacientke poiščejo mojo pomoč zaradi težav povezanih s psihičnimi težavami.	124	20	3,81	0,99	3,54	1,09	3,97	0,80	4,22	0,85	4,868	0,009
Pacientke poiščejo mojo pomoč zaradi težav povezanih s socialnimi in duhovnimi težavami.	124	21	3,52	1,10	3,29	1,22	3,84	0,87	3,57	1,04	2,947	0,056
S pacientkami se pogovorim o življenjskem slogu – prehrana, gibanje, ...	125	20	4,12	0,88	4,30	0,87	4,00	0,87	3,87	0,92	2,504	0,086
Pacientke med in po zdravljenju redno spremljam.	111	32	3,90	0,92	3,78	0,95	3,97	0,82	4,04	0,93	0,832	0,438
Pacientkam nudim informacije, kje lahko dobijo psihološko podporo in pomoč.	123	19	4,16	0,75	4,16	0,68	4,12	0,78	4,21	0,88	0,093	0,911
Pacientke seznanim z združenji bolnikov za samopomoč, društvu (Pot k okrevanju, ...).	117	26	3,73	1,03	3,79	1,07	3,88	0,96	3,39	1,03	1,683	0,190

Trditev	n	NR	PV	SO	DMS/DZ		SMS/SZ		ZDM		ANOVA	
					PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Pacientke seznanim, jih napotim na fizioterapevtsko obravnavo.	105	39	3,68	1,13	3,52	1,36	3,83	0,89	3,87	0,81	1,064	0,349
Pacientke seznanim, jih napotim v programe krepitev zdravja v CKZ (podporne delavnice za duševno zdravje, gibanje, zdrava prehrana, ...).	115	28	3,85	1,03	3,95	1,04	3,94	0,85	3,46	1,10	2,161	0,120
Pacientke usmerim na obravnavo v ginekološki dispanzer.	115	28	3,91	1,09	4,13	1,07	3,97	0,90	3,43	1,24	3,467	0,035
Pacientke usmerim in jih seznanim z drugimi viri pomoči (npr. drugi viri zdravstvene pomoči, psihoterapevtska pomoč, Center za socialno delo, dietetik, kineziolog, ...).	113	31	3,61	1,06	3,62	1,19	3,79	0,93	3,38	1,01	1,017	0,365
Pacientke uvrstim v poseben seznam bolnic z rakom dojk.	106	34	3,03	1,44	3,04	1,53	3,72	1,08	2,00	1,13	11,34 7	0,001

Legenda: n – število veljavnih odgovorov, NR – število odgovorov »Ni relevantno zame«, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F – ANOVA test, p – statistična pomembnost, DMS – diplomirana medicinska sestra, DZ – diplomirani zdravstvenik, SMS – srednja medicinska sestra, SZ – srednji zdravstvenik, ZDM – zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – včasih se strinjam, včasih se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 12 hkrati prikazuje najvišje PV strinjanja v nujenju informacij o psihološki podpori in pomoči (PV = 4,16; SO = 0,75) in o življenjskem slogu – prehrana, gibanje, ... (PV = 4,12; SO = 0,876). Najnižje PV strinjanja so v trditvah iskanja pomoči povezanih

s socialnimi in duhovnimi težavami (PV = 3,52; SO = 1,01) in v posebnem registru pacientk z rakom dojk (PV = 3,03; SO = 1,44). Pri slednji trditvi so tudi mnenja najbolj razpršena. DMS najvišje PV strinjanja kažejo v trditvi, da se s pacientkami pogovorijo o življenjskem slogu (PV = 4,30; SO = 0,87) in nudenju informacij o psihološki podpori in pomoči (PV = 4,16; SO = 0,68); medtem ko najnižjo v trditvi, da pacientke poiščejo njihovo pomoč zaradi težav povezanih s socialnimi in duhovnimi težavami (PV = 3,29; SO = 1,22) in da jih uvrstijo v poseben register pacientk z rakom (PV = 3,04; SO = 1,53). SMS najvišjo PV strinjanja kažejo v trditvi o nudenju informacij o psihološki podpori in pomoči (PV = 4,12; SO = 0,78) in pogovoru o življenjskem slogu (PV = 4,00; SO = 0,87). Najnižje PV strinjanja se kažejo v trditvah, da pacientke med in po zdravljenju redno spremljajo (PV = 3,97; SO = 0,80) in z usmerjanjem ter seznanjanjem pacientk k drugim virom pomoči (PV = 3,79; SO = 0,93). ZDM najvišje PV strinjanja izražajo v trditvi, da pacientke poiščejo njihovo pomoč zaradi težav povezanih s telesnimi težavami, terapijo (PV = 4,30; SO = 0,82) in zaradi težav povezanih s psihičnimi težavami (PV = 4,22; SO = 0,85), najnižje v trditvah, da pacientke usmerjajo in seznanijo z drugimi viri pomoči (npr. drugi viri zdravstvene pomoči, psihoterapevtska pomoč, Center za socialno delo, dietetik, kineziolog) (PV = 3,38; SO = 1,01), ter da pacientke uvrstijo v poseben register pacientov z rakom dojk (PV = 2,00; SO = 1,13).

Statistično pomembne razlike med poklicnimi skupinami ugotavljamo pri PV trditvi, da pacientke uvrstijo v poseben register pacientov z rakom dojk ($F = 11,347$; $p = 0,001$), pri usmeritvah na obravnavo v ginekološki dispanzer ($F = 3,467$; $p = 0,035$), pri pomoči zaradi težav povezanih s psihičnimi težavami ($F = 4,868$; $p = 0,009$) in pri pomoči zaradi težav povezanih s telesnimi težavami, terapijo idr. ($F = 4,750$; $p = 0,010$).

Tabela 13: Obravnava pacientk v času zdravljenja in po zaključenem zdravljenju bolezni glede na starost anketiranih

Trditev	do 30 let		31 do 40 let		41 do 50 let		več kot 50 let		ANOVA	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Pacientke seznanim, jih napotim v programe krepitve zdravja v CKZ (podporne	3,67	1,07	3,65	1,16	4,26	0,71	3,71	1,05	2,795	0,044

Trditev	do 30 let		31 do 40 let		41 do 50 let		več kot 50 let		ANOVA	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
delavnice za duševno zdravje, gibanje, zdrava prehrana, ...).										

Legenda: PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F – ANOVA test, p – statistična pomembnost; Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – včasih se strinjam, včasih se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

V tabeli 13 je prikazana statistično pomembna razlika v PV strinjanja glede na starost anketiranih. Ugotovili smo jo le pri trditvi, da pacientke napotijo v programe krepitev zdravja v CKZ (F 0 2,795; p = 0,044). Zaposleni v starostni skupini od 41 do 50 let (PV = 4,26, SO = 0,71) se bolj strinjajo, da pogosteje usmerjajo pacientke v programe krepitev zdravja v CKZ v primerjavi z zaposlenimi v drugih starostnih skupinah.

Tabela 14: Obravnava pacientk v času zdravljenja in po zaključenem zdravljenju bolezni glede na delovno mesto

Trditev	Patronažno varstvo		CKZ		Ambulanta družinske medicine		ANOVA	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	F	p
Pacientke poiščejo mojo pomoč zaradi težav povezanih s telesnimi težavami, terapijo, ...	3,53	1,06	3,20	1,28	3,97	0,92	5,278	0,006
S pacientkami se pogovorim o življenjskem slogu – prehrana, gibanje, ...	4,13	0,89	4,68	0,48	3,99	0,91	5,838	0,004
Pacientke seznanim, jih napotim v programe krepitev zdravja v CKZ (podporne delavnice za duševno zdravje, gibanje, zdrava prehrana, ...).	4,06	0,77	4,35	1,09	3,70	1,01	3,709	0,028

Legenda: PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, F – ANOVA test, p – statistična pomembnost, CKZ – center za krepitev zdravja; Lestvica: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – včasih se strinjam, včasih se ne strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam.

V tabeli 14 so med delovnimi mesti v obravnavi pacientk v času zdravljenja in po zaključenem zdravljenju bolezni statistično pomembne razlike med PV strinjanja razvidne v trditvah o pogovoru s pacientkami o življenjskem slogu – prehrana, gibanje, ... (F = 5,838; p = 0,004), seznanitvi in napotitvi pacientk v programe krepitev zdravja (F = 3,709; p = 0,028) in v iskanju pomoči zaradi telesnih težav, terapija (F = 5,278; p = 0,006).

4. Sklop

Tabela 15: Okvirno število letno obravnavanih pacientk z vidika primarne, sekundarne in terciarne preventive

Število letno obravnavanih pacientk	n	min.	max.	PV	SO	Me	Mo
Primarna preventiva	111	0	2500	180,53	435,84	40	50
Sekundarna preventiva	108	0	1400	119,30	778,95	19	0 in 12
Terciarna preventiva	110	0	500	72,66	476,94	10	5

Legenda: n – število veljavnih odgovorov, min. – najmanjša vrednost, max. – največja vrednost, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, Me – mediana, Mo – modus.

V tabeli 15 je prikazano povprečno število pacientk, ki jih anketirani obravnavajo na letni ravni z vidika primarne, sekundarne in terciarne preventive. V povprečju največ pacientk obravnavajo z vidika primarne preventive – na 180,5 pacientk en zdravstveni delavec (SO = 435,84), lahko pa to pomeni tudi do 2.500 pacientk letno. Med anketiranimi so prav tako takšni, ki z vidika primarne preventive ne obravnavajo pacientk, polovica pa jih obravnava več kot 40 pacientk letno, najpogosteje 50. Z vidika sekundarne preventive obravnava en zdravstveni delavec v povprečju 45,6 pacientk na leto (SO = 145,28), lahko pa tudi do 1.400 pacientk letno. Med anketiranimi so še takšni, ki z vidika sekundarne preventive ne obravnavajo pacientk, polovica z vidika sekundarne preventive obravnava več kot 19 pacientk na leto, najpogosteje 12 (modus je tudi 0). Z vidika terciarne preventive v povprečju obravnavajo najmanj pacientk, tj. en zdravstveni delavec 27,5 (SO = 52,08). Obstajajo posamezniki, ki obravnavajo tudi do 500 pacientk na leto, in takšni, ki jih sploh ne obravnavajo. Polovica zdravstvenih delavcev z vidika terciarne preventive obravnava do deset pacientk, najpogosteje pa pet.

Tabela 16: Odgovori anketiranih na odprto vprašanje po tematskih sklopih

Tematski sklop	Predlogi, mnenja, razmišljanja idr. anketiranih
Preventiva in zgodnje odkrivanje raka dojk	- spodbujanje k rednemu samopregledovanju dojk; - ozaveščanje mladih o raku dojk; - spodbujanje udeležbe v programu DORA.
Dostopnost do zdravstvenih storitev	- redno vabljenje na kontrolne preglede (enkrat na leto...); - dostopnost do ambulate družinske medicine, DMS in družinskega zdravnika je hitrejša kot do ginekologov tako z vidika preventive kot kurative.
Celostna obravnava in informiranje	- poudarek na celostni preventivi, vključno s prehrano, opustitvijo kajenja, alkohola, ...; - čas za pogovor in svetovanja; - informacije v obliki pisnih in drugih virov; - informacije o dodatnih virih pomoči.

V tabeli 16 so prikazani odgovori, mnenja in razmišljanja na odprto vprašanje, ki smo jih združili v tri tematske sklope in pripisali pomembnost v obravnavi raka dojk, ki so: preventiva in zgodnje odkrivanje raka dojk, dostopnost zdravstvenih storitev ter celostna obravnava in informiranje.

3.5 RAZPRAVA

Rezultati opravljene raziskave, v kateri je sodelovalo 156 anketirancev, nam dajejo vpogled v celostno obravnavo raka dojk v izbranem zdravstvenem timu na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Razlike v številu obravnav pacientk na ravni primarne, sekundarne in terciarne preventive odražajo specifične značilnosti in obseg dela v različnih segmentih zdravstvene dejavnosti. Primarna preventiva ima največji obseg obravnav, kar poudarja njeno ključno vlogo pri preprečevanju bolezni in promociji zdravja v populaciji. Pa vendar velika variabilnost med zdravstvenimi delavci, tako glede števila obravnavanih pacientk kot glede same vključenosti v preventivne dejavnosti, odpira vprašanja o enakomernosti in organiziranosti praks v primarnem zdravstvenem varstvu. Sekundarna preventiva, ki je osredotočena na zgodnje odkrivanje bolezni, vključuje manjše število pacientk, kar odraža bolj specifične in ciljno usmerjene aktivnosti. Kljub temu razlike med zdravstvenimi delavci kažejo na neenako razporeditev ali razpoložljivost teh storitev, kar bi lahko vplivalo na učinkovitost odkrivanja bolezni v zgodnjih fazah. Najmanjše število obravnav pacientk je zaznano na ravni terciarne preventive, kar je skladno z bolj specializirano naravo teh storitev, ki so namenjene obravnavi že bolnih pacientk. Tudi tu je opazna variabilnost med zdravstvenimi delavci, kar kaže na različne obremenitve in dostopnost storitev. Ta raznolikost v obsegu in naravi dela na različnih ravneh preventive odpira pomembna vprašanja o optimalni organizaciji, razporeditvi virov in podpori zdravstvenim delavcem za zagotavljanje kakovostne in učinkovite obravnave pacientk.

Pri prvem raziskovalnem vprašanju so nas zanimala mnenja anketiranih o preventivi raka dojk z vidika svetovanja in komunikacije. Anketirani so visoko zavzeti pri komunikaciji s pacientkami. Poudarili so zavzetost pri vzpostavljanju zaupljivega odnosa, aktivnega poslušanja ob omogočanju varnega okolja za aktivno sodelovanje pacientk, izražanju

vprašanj in dilem. Večina se v veliki meri strinja, da ima svetovanje zdravstvenih delavcev pomemben vpliv na življenjski slog žensk. Da dobro obvladajo komunikacijo, se pomembno bolj strinjajo anketirani starejši od 50 let. Nekoliko bolj kritičen odnos ugotavljamo v poznavanju komunikacijskih veščin. Težave zaznavajo v enostavni predstavitvi vsebin. Na splošno v načinih izvedbe pogovora (»kako«) zaznavajo nekaj več problematike kot v sami vsebini; pomembneje bolj to opažajo medicinske sestre v patronažnem varstvu. Skladno s tem anketirani izpostavljajo tudi slabše poznavanje motivacijskega pogovora. V nekoliko manjši meri pa se strinjajo, da na tem področju potrebujejo dodatna znanja. Soočajo se z določenimi izzivi, kot so časovne omejitve, motilci pogovorov. Skladno z našimi ugotovitvami tudi Chandra in Mohammadnezhad (2021) poudarjata pomembnost komunikacije med zdravstvenimi delavci in pacienti, ki vključuje razvijanje dobrega medosebnega odnosa, poslušanje, izmenjavo informacij in individualni pristop. Dobra in učinkovita komunikacija med zdravstvenimi delavci in pacienti izboljša zaupanje, zviša stopnjo zadovoljstva ter posredno vpliva na zdravstveni izid, kot je izboljšanje simptomov in upoštevanje zdravljenja. Tudi Osei Appiah, et al. (2022) ugotavljajo, da so medicinske sestre primarni člen komunikacije v zdravstvenem timu. Pomembne so tudi komunikacijske vezi med člani tima. Učinkovita komunikacija med zdravstvenimi delavci in pacientkami je ugotovljena kot ključno orodje pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene obravnave. Medicinske sestre so izpostavile nekaj komunikacijskih praks, ki so bistvenega pomena pri terapevtski komunikaciji, kot je npr. uporaba tišine, odzivanje na potrebe pacientk in poročanje o pritožbah. Vendar prav tako ugotavljajo, da to terapevtsko komunikacijo ovira več dejavnikov. V raziskavi Bayard, et al. (2022) navajajo, da imajo elektronske zdravstvene datoteke ogromen potencial za povečanje dostopnosti in izboljšanje komunikacije za pacientke z rakom dojke z zdravstvenimi delavci. Ta prizadevanja lahko zmanjšajo razlike v obravnavi pri raku dojke s povečanjem odzivnosti pacientk na presejalne preglede, izboljšanjem motivacije pri zdravljenju, razširitvijo dostopa do specializirane oskrbe in spodbujanjem navad za zmanjševanje tveganja med migracijskimi skupinami ter drugimi populacijami, ki niso oskrbljene. V raziskavi Bosch in Mansell (2015) navajata še, da je sodelovanje v zdravstveni negi ključnega pomena, saj izboljšuje izid pacientov, kot so zmanjšanje stopnje obolevnosti in umrljivosti ter zmanjšanje neželenih učinkov, ki jih je mogoče preprečiti. Timsko delo v zdravstvu prinaša za izvajalce zdravstvenih storitev tudi koristi,

kot so večje zadovoljstvo pri delu in zmanjšanje dodatnega dela. Tudi raziskava Vermeir, et al. (2015) navaja, da je komunikacija v zdravstvu ključnega pomena. Slaba komunikacija lahko namreč vodi do različnih negativnih izidov: prekinitve zdravstvene obravnave, ogrožanje varnosti pacientov, neučinkovite rabe dragocenih virov, nezadovoljstva pacientov in preobremenjenih zdravnikov. Matič (2019) navaja, da je za uspešno izboljšanje medpoklicnega sodelovanja in zdravstvene obravnave pacientov pomembno medpoklicno izobraževanje.

V drugem raziskovalnem vprašanju smo ugotavljali mnenja anketiranih o obravnavi pacientk z vidika preprečevanja in zgodnjega odkrivanja raka dojk. Strinjajo se, da pacientke seznanijo in jih motivirajo, da se udeležijo presejalnega programa DORA in vprašajo o družinski anamnezi, povezani z rakom dojk. Glede na starost se anketirani, stari več kot 50 let, pomembno bolj strinjajo, da motivirajo pacientke za vključitev v presejalni program DORA in povprašajo po osebni anamnezi. Glede na starost se anketirani, stari več kot 50 let, s tem pomembno bolj strinjajo. ZDM so pogostejše pacientke seznanjali z drugimi možnimi preiskavami. V nekoliko manjši meri pridobijo anamnestične podatke in se pogovorijo o zdravem načinu življenja, prehrani, gibanju, pitju alkohola. Pacientke seznanijo s samopregledovanjem dojk ter opozorilnimi znaki raka, nekoliko redkeje demonstrirajo postopek samopregledovanja ter ponudijo pacientkam pisna in druga gradiva ali usmerjajo pacientke k spletnim virom. Demonstracijo in uporabo zdravstveno vzgojnih gradiv in spletnih virov pogostejše izvajajo oz. uporabljajo medicinske sestre. Anketirani zaposleni v CKZ in patronažni službi se bolj strinjajo, da pacientke seznanijo z dodatnimi viri informacij. ZDM so pogostejše pacientke seznanjali z drugimi možnimi preiskavami. Raziskava, izvedena na Poljskem (Mańczuk, et al., 2023), ki je vključevala 450 zdravnikov primarnega zdravstvenega varstva, je proučevala dejansko in potencialno vlogo primarnega zdravstvenega varstva pri preprečevanju raka. Čeprav je njegova vloga pri zmanjševanju tveganja za raka dokazana, rezultati kažejo, da jo zdravniki premalo izkoriščajo. Ta ugotovitev se povezuje z našimi rezultati, saj tudi v naši raziskavi ugotavljamo, da le slaba tretjina ZDM redno svetuje o preprečevanju raka, kar nakazuje na eni strani podobno težavo v primarnem zdravstvenem varstvu, kjer kljub prepoznavanju pomembnosti preventivnih ukrepov, ti pogosto niso dovolj vključeni v vsakodnevno prakso. Na drugi

strani pa svetovanje, promocija zdravja in zdravstvena vzgoja sodita med ključne poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege in predstavljata potencial za bolj kakovostno zdravstveno obravnavo. S tega vidika bi bilo smiselno temu področju posvetiti več pozornosti (Ažman & Prestor, 2021). V Državnem programu obvladovanja raka (n.d.) poudarjajo, da sta pomanjkanje časa in sistemskih podpor za bolj celovit pristop ključna dejavnika, ki prispevata k premalo izkoriščeni vlogi primarne obravnave v preventivi raka. Veliko vlogo ima svetovanje o zdravem načinu življenja, ki temelji na zdravi prehrani, telesni aktivnosti, urejeni telesni masi, čim manj oziroma nič alkohola, nekajenju in neizpostavljenosti karcinogenom v bivalnem in delovnem okolju. V raziskavi Pruitt, et al. (2020) so med zdravstvenimi delavci ocenjevali poznavanje raka dojk na različnih ravneh zdravstvenega sistema. Rezultati so pokazali na znatno slabše rezultate na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Rezultati so pripomogli k uporabi prilagojenih orodij za oceno znanja o simptomih, dejavnikih tveganja, zdravljenju in kulturnih prepričanjih, kar je pomagalo identificirati področja, kjer so potrebne dodatne izobraževalne intervencije. Potrebo po razvoju izobraževalnih programov za zdravstvene delavce, da bi lahko opolnomočili širjenje znanja in odnos do pacientk, potrjuje tudi raziskava Heena, et al. (2019), v kateri so sodelovali različni profili zdravstvenih delavcev (zdravniki, medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci). Čeprav je večina udeležencev okvirno poznala samopregledovanje dojk, klinični pregled in mamografijo, so bila njihova znanja, stališča in prakse v zvezi s presejanjem slabša od pričakovanega. Rezultati so pokazali na potrebo po nadgradnji izobraževalnih programov, da bi izboljšali strokovno znanje in vplivali na odnos zdravstvenih delavcev do pacientk. V raziskavi Loh, et al. (2015), v kateri so sodelovali zdravniki, medicinske sestre in bolničarji so ugotovili, da je manj kot polovica anketiranih sledila novim smernicam United States Preventive Services Task Force (USPSTF) za poučevanje samopregledovanja dojk. Med tistimi, ki so izjavili, da so seznanjeni s smernicami, je le-te upoštevalo le 37,1 %. Prakse presejanja raka, o katerih poročajo v raziskavi Martin, et al. (2020), se prav tako razlikujejo med različnimi zdravstvenimi delavci. Priporočila kažejo na potrebo po ciljnih intervencijah za zmanjšanje teh razlik in izboljšanje zdravstvene obravnave. Sangwan, et al. (2023) navajajo, da je ključnega pomena sodelovanje skupnosti in primarnega zdravstvenega varstva, pri čemer se je samopregledovanje dojk izkazalo za učinkovito pri ozaveščanju in zgodnjem odkrivanju. Spodbujanje izobraževanja o zgodnjem odkrivanju

raka dojk lahko bistveno izboljša ozaveščenost in zgodnje odkrivanje. V Sloveniji strukturirane zdravstvenovzgojne obravnave izvajajo CKZ v sklopu programa Skupaj za zdravje tudi v lokalnih skupnostih (NIJZ, 2023b). Med temeljne aktivnosti CKZ sodijo prav tako nemedikamentozne obravnave (Povšnar & Hočevár, 2022), ki so namenjene tudi ozaveščanju o raku dojk in presejalnih programih. V Sloveniji deluje program DORA za zgodnje odkrivanje raka dojk in takojšnjo obravnavo. Ženskam med 50. in 69. letom starosti zagotavlja enakopraven dostop. Program deluje po visokih evropskih smernicah (Državni program obvladovanja raka, n.d.a; Državni program obvladovanja raka, n.d.b). Silva-Igua, et al. (2020) ugotavljajo, da je velik zdravstveni izziv tudi rak dojk pred menopavzo. Družbeni in gospodarski vpliv zahteva ustvarjanje novih strategij, ki so bolj prilagojene potrebam družbe na splošno z napredno zdravstveno obravnavo, ki temelji na prediktivnih diagnostičnih pristopih, zlasti inovativnih, bolj individualiziranih presejalnih programih, ki so osredotočeni npr. na ženske pred menopavzo in skupine z visokim tveganjem, kot so mlade ženske. Raziskava Silva, et al. (2022) navaja, da so ukrepi zdravstvenih delavcev usmerjeni na ciljno populacijo žensk potrebni za boljšo preventivo raka dojk. Ti se morajo izvajati predvsem na primarni ravni. Raziskava, ki so jo izvedli Qureshi, et al. (2021) med letoma 2017 in 2019 v osmih angleških splošnih praksah je pokazala, da proaktiven pristop k oceni tveganja za družinskega raka dojk omogoča identifikacijo žensk z višjim tveganjem, zlasti mlajših. V raziskavi je imelo 10,6 % žensk večje tveganje za rak dojk. Med ženskami, ki so obiskale specialista, je bilo 39,4 % potrjenih kot visoko tveganih. To kaže na potrebo po vključevanju žensk v programe presejanja. Premik k proaktivni oceni tveganja za rak dojk, kot navaja Usher-Smith, et al. (2023), je bil pomemben korak k spremembam priporočil Nacionalnega inštituta zdravja in zdravstvene obravnave v Združenem kraljestvu. Umaknili so prejšnje, da se tveganje oceni le, če so ženske zaskrbljene. Izkazalo se je, da populacijski presejalni programi, ki vabijo ženske od 50. leta starosti na mamografski pregled, zmanjšujejo umrljivost zaradi raka dojk. Ta sprememba omogoča vključitev presejalnega programa v primarno obravnavo za identifikacijo žensk z zmernim ali visokim tveganjem za rak dojk. Uporaba modelov tveganja omogoča prepoznavanje teh žensk in ponuja priložnosti za zmanjšanje incidence in umrljivosti raka dojk. Rezultati naše raziskave, ki kažejo, da anketirani na splošno dajejo velik pomen mamografiji, predvsem DMS, zlasti pri težavah ali simptomih, so ti primerljivi z rezultati

raziskave Blaes, et al. (2020), v kateri je kar 75 % izvajalcev priporočalo mamografijo ženskam z večjim tveganjem za raka dojk, vendar le 44,3 % magnetno resonanco. Poudarili so potrebo po dodatnem usposabljanju izvajalcev za učinkovitejše sledenje smernicam in priporočili uporabo dodatnih presejalnih metod, kot je npr. magnetna resonanca. Pomembnost podpore pacientkam kažejo še rezultati Lipscomb, et al. (2020), ki so pokazali, da se je z uporabo različnih pristopov, kot so brošura, telefonsko svetovanje, opomniki in stik z zdravniki, izboljšalo odzivnost na presejanje raka dojk med pacientkami z visokim tveganjem.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju so nas zanimala mnjenja anketiranih o preventivni obravnavi pacientk med in po zaključku zdravljenja raka dojk. Glede na visoko stopnja strinjanja anketiranih sklepamo, da pacientke poiščejo pomoč predvsem v primeru telesnih in psihičnih težav, redkeje pa pri socialnih in duhovnih izzivih. Zdravstveni delavci jim nudijo informacije o psihološki podpori in življenjskem slogu, manjkrat se osredotočajo na druge vire pomoči. DMS v večji meri usmerjajo pacientke v primeru težav in napotitvi v ginekološki dispanzer. Večina redno spremlja pacientke, a le nekateri jih uvrstijo v seznam pacientk z rakom dojk. SMS se v večji meri strinjajo, da pacientke uvrstijo v posebne sezname pacientk z rakom dojk. Zaposleni v starostni skupini med 41 in 50 let se bolj strinjajo, da pacientke napotijo v programe, ki jih izvajajo v CKZ. Razlike so bile opažene tudi glede na delovno mesto, kjer so zaposleni v CKZ pogosteje svetovali o zdravem življenjskem slogu in pacientke vključevali v programe oz. delavnice v primerjavi z zaposlenimi v patronažnem varstvu in ambulantah družinske medicine. Rezultati naše raziskave, ki se nanašajo na pomembnost podpore, ki jo nudijo pacientkam zdravstveni delavci, kažejo tudi izsledki raziskave, ki so jo opravili Bidstrup, et al. (2023) na Danskem. V raziskavi je sodelovalo 309 pacientk raka dojk, ki so imele hudo psihološko stisko. Pacientke so bile naključno razporejene ali v skupino z običajno zdravstveno obravnavo ali v skupino, ki je prejela dodatno intervencijo, podporo, svetovanje, vključno z usmerjanjem s strani medicinskih sester. Rezultati po 18 mesecih so pokazali, da intervencija stiske ni pomembno zmanjšala, vendar so bile zaznane izboljšave pri spoprijemanju s simptomi depresije po šestih mesecih in izboljšanje kakovosti življenja po 12 mesecih. Ugodnejši učinki so bili opaženi pri mlajših pacientkah z nižjo stopnjo izobrazbe in manj socialne podpore. Slednje nakazuje na

potrebo po bolj ciljani in individualizirani podpori, kot jo nudijo tudi zdravstveni delavci. V raziskavi Vion, et al. (2023) ugotavljajo, da zdravljenje zgodnjega raka dojke temelji na multimodalni terapiji, ki vključuje operacijo, radioterapijo, kemoterapijo in/ali endokrino terapijo. Zaradi kompleksnosti zdravljenja je ključna podporna zdravstvena obravnava, v katero je vključena tudi medicinska sestra. Intervencije se osredotočajo na toksičnost zdravljenja, anksioznost in svetovanje glede telesne dejavnosti. Učinkovitost obravnav, ki so jih vodile medicinske sestre, je bila dokazana pri starejših pacientkah, a so nekatere kljub temu še vedno potrebovale dodatne nasvete zaradi tesnobe ali napačnega razumevanja ciljev zdravljenja. Ker naši rezultati kažejo, da pacientke manj usmerjajo k drugim virom pomoči, bi bilo smiselno razmisliti o spremembah. Sanft, et al. (2023) namreč v raziskavi ugotavljajo, da je krepitev zdravja s primerno telesno aktivnostjo in zdravo prehrano povezana z nižjo umrljivostjo zaradi raka dojke. Priporočajo telesno aktivnost in zdravo prehrano po zdravljenju, saj mnoge ženske ob diagnozi raka dojke kažejo nizko raven telesne aktivnosti in slabe prehranjevalne navade. Vadba in med in po zdravljenju pomaga ohranjati mišice, ki jih zdravljenje pogosto zmanjša, ter preprečuje težave s prehrano, kot so utrujenost in zmanjšan apetit. V Sloveniji imamo v sistem primarnega zdravstvenega varstva v zdravstvene domove umeščene zdravstveno vzgojne centre oziroma CKZ. Ti lahko nudijo tudi pacientkam z rakom dojke veliko podporo. Na voljo so različne delavnice in individualna svetovanja, od temeljnih kratkih do poglobljenih dolgih delavnic (Svetovalnica za zdrav življenjski slog – Zdravo jem, Zdrava mera, Gibanje, Sladkorna bolezen; Svetovalnica za duševno zdravje – Podpora pri spoprijemanju z depresijo, Podpora pri spoprijemanju s tesnobo, Podpora pri spoprijemanju stresom in Zdravi odnosi; Svetovalnica za tvegana vedenja – Opuščanja kajenja, Opuščanja tvegane in škodljivega pitja alkohola). V programih seznanijo pacientke z zdravim življenjskim slogom ter kakovostnejšim življenjem s kronično boleznijo, spodbujanjem skrbi za lastno zdravje, posredujejo strokovne informacije ter nudijo oporo (Povšnar & Hočevnar, 2022; NIJZ, 2023b). Pomemben, a kot je razvidno v naši raziskavi z vidika svetovanja (pre)malo poudarjen vir, predstavljajo tudi združenja pacientov za samopomoč v sklopu programa »Pot k okrevanju« (Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, n.d.).

3.5.1 Omejitve raziskave

Ključna omejitev je, da je bila raziskava izvedena v eni ustanovi, kar pomeni, da rezultati niso reprezentativni in jih lahko posplošimo le na nivo zavoda, v katerem smo raziskavo izvedli. Omejitev raziskave predstavlja tudi možnost, da so anketirani odgovarjali, kaj bi bilo zaželeno in ne kako dejansko ravnaajo v praksi. Določen dvom vzbujajo tudi nekateri drugi odgovori. Kot primer za to navajamo, da so se anketirani v visoki meri strinjali, da si za pogovor s pacientkami vedno vzamejo dovolj časa, obenem pa se tudi strinjajo, da imajo za pogovor premalo časa. Glede na povprečno kratek čas reševanja vprašalnika se nam prav tako poraja vprašanje o pristranskosti odgovorov. Omejitev lahko predstavlja tudi način svetovanja oz. izvajanja preventive – na daljavo ali v živo, o čemer jih nismo spraševali. Predpostavljamo, da bi bili odgovori lahko glede na način drugačni.

3.5.2 Doprinos k stroki in nadaljnje raziskovalno delo

Doprinos diplomskega dela k stroki obsega izsledke anketiranja zaposlenih v zdravstvenem timu na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja predstavljata ključne poklicne kompetence ter aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege in potencial za bolj kakovostno zdravstveno obravnavo, česar pa se morda premalo zavedamo. Pomanjkanje časa in izzivi pri izvajanju preventivnih ukrepov so skupni izstopajoči dejavnik tako v naši raziskavi kot v drugih študijah, kar kaže na potrebo po sistemskih spremembah za izboljšanje preventivnega dela v primarni zdravstveni oskrbi. Raziskava je opozorila na potrebo po izobraževanju, predvsem z vidika komunikacije in svetovanja ter multidisciplinarnem pristopu. Opozarja na premajhno izkoriščanje virov v ZD – predvsem sodelovanje s CKZ in nevladnimi organizacijami – združenji, društvi.

Nadaljnje raziskovanje bi lahko z vidika zadovoljstva uporabnikov, učinkovitosti storitev in njihovi dostopnosti usmerili v ugotavljanje razlik med storitvami, ki so na voljo na daljavo in tistimi, ki se izvajajo v živo. Smiselno bi bilo raziskati tudi mnenja pacientk in jih primerjati z mnenji zaposlenih. Raziskavo bi lahko dopolnili hkrati še s pregledom literature.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala na relevantnost celostne preventive raka dojke. Anketiranci so izpostavili pomen preventivnih programov, kot sta mamografija in samopregledovanje, ter potrebo po aktivnem spodbujanju pacientk k sodelovanju. Poudarili so tudi potrebo po zagotavljanju informacij o tveganjih in koristih zgodnjega odkrivanja za večjo ozaveščenost pacientk. V promociji zdravja in na vseh nivojih preventive, še posebej med zdravljenjem, je učinkovita komunikacija ključna za psihološko podporo, po zaključku zdravljenja pa je pomembno nuditi nadaljnjo pomoč pri obvladovanju stranskih učinkov in izboljšanju kakovosti življenja. Je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene obravnave, ki temelji na dobrem odnosu s pacientkami. Težave s komunikacijo in razumevanjem potreb pacientk pogosteje izražajo mlajši zdravstveni delavci. Izzivi se kažejo na področju pomanjkanje časa za individualno svetovanje in težave pri usklajevanju multidisciplinarnih pristopov. Opažene so tudi razlike v pristopih do preventive glede na poklicne skupine – medicinske sestre so bolj osredotočene na psihosocialno podporo, zdravniki na medicinske protokole. Vsak se osredotoči na svoje področje dela, ki sloni na kompetencah. Na potrebe po izobraževanju, usposabljanju in razvoju izobraževalnih programov, prilagojenih različnim zdravstvenim poklicem glede na kompetence opozarjajo dejavniki, kot npr. pomanjkanje znanj in veščin v komunikaciji, svetovanju.

Dobro usposobljeni zdravstveni delavci imajo ključno vlogo pri svetovanju pacientkam ter spodbujanju njihovega aktivnega sodelovanja pri skrbi za zdravje, kar zmanjšuje strah in negotovost ob diagnozi. Poznavanje preventivnih ukrepov od zgodnjega odkrivanja raka dojk, ki vključuje izobraževanje o samopregledovanju in redne mamografske preglede, bistveno zmanjšuje smrtnost z odkrivanjem bolezni v zgodnjih fazah. Za izboljšanje prakse priporočamo nenehno izobraževanje zdravstvenih delavcev, razvoj prilagojenih izobraževalnih programov, spodbujanje interdisciplinarnega sodelovanja ter uvedbo standardiziranih protokolov za obravnavo pacientk. Prav tako je nujen razvoj orodij za podporo pri komunikaciji, ki omogočajo vzpostavljanje zaupljivega odnosa, zlasti pri mlajših starostnih skupinah, s čimer se krepi celovitost obravnave, izboljšajo terapevtski izidi in povečata zadovoljstvo pacientk ter zaupanje v zdravstveni sistem.

5 LITERATURA

Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M. & Khan, A.U., 2017. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, 50(33), pp. 1-23. 10.1186/s40659-017-0140-9.

Ažman, M. & Prestor, J., eds. 2021. *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege z razlago*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Bayard, S., Fasano, G., Tamimi, R.M. & Oh, P.S., 2022. Leveraging Electronic Health Records to Address Breast Cancer Disparities. *Current Breast Cancer Reports*, 14(4), pp. 199-204. 10.1007/s12609-022-00457-z.

Bešič, N. & Kurir-Borovčič, M., 2022. Celostna rehabilitacija bolnic z rakom dojk. In: S. Novaković, ed. *34. onkološki vikend: ob 25-letnici Združenja za senologijo Slovensko zdravniško društvo*. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva, Onkološki inštitut, pp. 68-75.

Bidstrup, P.E., Johansen, C., Kroman, N., Belmonte, F., Duriaud, H., Dalton, S.O., Andersen, K.G. & Mertz, B., 2023. Effect of a Nurse Navigation Intervention on Mental Symptoms in Patients With Psychological Vulnerability and Breast Cancer: The REBECCA Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*, 6(6), pp. 1-14. 10.1001/jamanetworkopen.2023.19591.

Blaes, A., Vogel, R.I., Nagler, R.H., Allen, A., Mason, S., Teoh, D., Talley, K., Raymond, N.C. & Wyman, J.F., 2020. Breast Cancer Screening Practices for High-Risk Women: A Cross-Sectional Survey of Primary Care Providers. *Journal Of Women's Health*, 29(5), pp. 686-692. 10.1089/jwh.2018.7463.

Bosch, B. & Mansell, H., 2015. Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Canadian pharmacists journal*, 148(4), pp. 176-179. 10.1177/1715163515588106.

Brentnall, A.R., Cuzick, J., Buist, D.S.M. & Bowles, E.J.A., 2018. Long-term Accuracy of Breast Cancer Risk Assessment Combining Classic Risk Factors and Breast Density. *JAMA Oncology*, 4(9), pp. 1-9. 10.1001/jamaoncol.2018.0174.

Brewer, H.R., Jones, M.E., Schoemaker, M.J., Ashworth, A. & Swerdlow, A.J., 2017. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Research And Treatment*, 165(1), pp. 193-200. 10.1007/s10549-017-4325-2.

Brown, T., Cruickshank, S. & Noblet, M., 2021. Specialist breast care nurses for support of women with breast cancer. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2(2), pp. 1-107. 10.1002/14651858.CD005634.pub3.

Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I.T., Zackrisson, S. & Senkus, E., 2019. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 30(8), pp. 1194-1220. 10.1093/annonc/mdz189.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Chandra, S. & Mohammadnezhad, M., 2021. Doctor-Patient Communication in Primary Health Care: A Mixed-Method Study in Fiji. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 18(14), pp. 1-12. 10.3390/ijerph18147548.

Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, n.d. *O raku*. [online] Available at: <https://www.onkologija.org/o-raku/kaj-je-rak/#1490093507578-e997c90f-3b9f1329-e3fc> [Accessed 14 June 2024].

Državni program obvladovanja raka, n.d.a. *Primarna preventiva*. [online] Available at: <https://www.dpor.si/o-raku/primarna-preventiva/> [Accessed 14 June 2024].

Državni program obvladovanja raka, n.d.b. *Zgodnje odkrivanje in presejanje*. [online] Available at: <https://www.dpor.si/o-raku/zgodnje-odkrivanje-in-presejanje/> [Accessed 17 December 2024].

Halbwachs, H.K., Eder, J., Klemenc, D. & Velepč, M., 2024. *Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Heena, H., Durrani, S., Riaz, M., AlFayyad, I., Tabasim, R., Parvez, G. & Abu-Shaheen, A., 2019. Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. *BMC Women's Health*, 19(1), pp. 1-11. 10.1186/s12905-019-0819-x.

Houghton, S.C. & Hankinson, S.E., 2021. Cancer Progress and Priorities: Breast Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 30(5), pp. 822-844. 10.1158/1055-9965.EPI-20-1193.

Howell, A., Anderson, A.S., Clarke, R.B., Duffy, S.W., Evans, D.G., Garcia-Closas, M., Gescher, A.J., Key, T.J., Saxton, J.M. & Harvie, M.N., 2014. Risk determination and prevention of breast cancer. *Breast Cancer Research*, 16(5), pp. 1-19. 10.1186/s13058-014-0446-2.

Johnson, R.H., Anders, C.K., Litton, J.K., Ruddy, K.J. & Bleyer, A., 2018. Breast cancer in adolescents and young adults. *Pediatric Blood & Cancer*, 65(12), pp. 1-20. 10.1002/pbc.27397.

Kashyap, D., Pal, D., Sharma, R., Garg, V.K., Goel, N., Koundal, D., Zaguia, A., Koundal, S. & Belay, A., 2022. Global Increase in Breast Cancer Incidence: Risk Factors

and Preventive Measures. *Biomed Research International*, 2022, pp. 1-17. 10.1155/2022/9605439.

Katsura, C., Ogunmwonyi, I., Kankam, H.K. & Saha, S., 2022. Breast cancer: presentation, investigation and management. *British Journal Of Hospital Medicine*, 83(2), pp. 1-7. 10.12968/hmed.2021.0459.

Klassen, C.L., Gilman, E., Kaur, A., Lester, S.P. & Pruthi, S., 2022. Breast cancer risk evaluation for the primary care physician. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 89(3), pp. 139-146. 10.3949/ccjm.89a.21023.

Kolak, A., Kamińska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Kukielka-Budny, B. & Burdan, F., 2017. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural And Environmental Medicine*, 24(4), pp. 549-553. 10.26444/aaem/75943.

Krajec, M. & Merlo, S., 2017. Celostna obravnava bolnice z rakom dojke. In: A. Jerman, ed. *Rak dojke, 2. študentski kongres o reproduktivnem zdravju, februar 2017*. Ljubljana: Društvo študentov medicine Slovenije, pp. 2-4.

Lahart, I.M., Metsios, G.S., Nevill, A.M. & Carmichael, A.R., 2018. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 1(1), pp. 1-647. 10.1002/14651858.CD011292.pub2.

Lamovšek, A., 2021. *Motiviranje pacientov za spremembo življenjskega stila v ambulantah družinske medicine: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Lipscomb, J., Escoffery, C., Gillespie, T.W., Henley, S.J., Smith, R.A., Chociemski, T., Almon, L., Jiang, R., Sheng, X., Goodman, M. & Ward, K.C., 2020. Improving Screening Uptake among Breast Cancer Survivors and Their First-Degree Relatives at Elevated Risk to Breast Cancer: Results and Implications of a Randomized Study in the State of Georgia.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(3), pp. 1-19. 10.3390/ijerph17030977.

Ljubič, A. & Štemberger Kolnik, T., 2023. *Nacionalna pot osebe z rakom dojk*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-CWFO7NQX/56864298-e870-4a3f-a4f1-cce7957b91b0/PDF> [Accessed 14 June 2024].

Loh, K.P., Stefan, M., Friderici, J., Tan, E.K., Ogunneye, O., Kleppel, R. & Stewart, J.A., 2015. Healthcare Professionals' Perceptions and Knowledge of the USPSTF Guidelines on Breast Self-Examination. *Southern Medical Journal*, 108(8), pp. 459-462. 10.14423/SMJ.00000000000000318.

Mańczuk, M., Przepiórka, I., Cedzyńska, M., Przewoźniak, K., Gliwska, E., Ciuba, A., Didkowska, J. & Koczkodaj, P., 2023. Actual and Potential Role of Primary Care Physicians in Cancer Prevention. *Cancers*, 15(2), pp. 1-10. 10.3390/cancers15020427.

Martin, K., Vogel, R.I., Nagler, R.H., Wyman, J.F., Raymond, N., Teoh, D., Allen, A.M., Talley, K.M.C., Mason, S. & Blaes, A.H., 2020. Mammography Screening Practices in Average-Risk Women Aged 40-49 Years in Primary Care: A Comparison of Physician and Nonphysician Providers in Minnesota. *Journal Of Women's Health*, 29(1), pp. 91-99. 10.1089/jwh.2018.7436.

Matič, L., 2019. Medpoklicno sodelovanje – predstavitev projekta simulacije v zdravstvu, zaščiti in reševanju. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, A. Kvas & A. Prelec, eds. *Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse, zbornik prispevkov z recenzijo. 12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 9.-10. maj 2019*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 251-257.

McDonald, E.S., Clark, A.S., Tchou, J., Zhang, P. & Freedman, G.M., 2016. Clinical Diagnosis and Management of Breast Cancer. *Journal Of Nuclear Medicine*, 57(2), pp. 9S-16S. 10.2967/jnumed.115.157834.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2017. *Timska obravnava v referenčnih ambulantah družinske medicine*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/clanek_oe_nijz_timska_obravnava_v_radm_04052017.pdf [Accessed 14 June 2024].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2018. *5 Zdravstveno varstvo na primarni ravni*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2018/5.1_primarn_raven_2018_koncna2.pdf [Accessed 14 June 2024].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2023a. *Rožnati oktober 2023 – mednarodni mesec ozaveščanja o raku dojk*. [online] Available at: <https://nijz.si/obmocna-enotakranj/roznati-oktober-2023-najboljsi-prijateljici-potipaj-po-zdravju/> [Accessed 14 June 2024].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2023b. *Zdravstvenovzgojni centri/Centri za krepitev zdravja (ZVCT)*. [online] Available at: <https://nijz.si/podatki/podatkovne-zbirke-in-raziskave/zdravstvenovzgojni-centri-centri-za-krepitev-zdravja-zvct/> [Accessed 14 June 2024].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), n.d.a. *Patronažno varstvo*. [online] Available at: <https://nijz.si/zivljenjski-slog/patronazno-varstvo/> [Accessed 14 June 2024].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), n.d.b. *Rožnati oktober – mesec ozaveščanja o raku dojk*. [online] Available at: <https://nijz.si/obmocna-enota-ravne-na-koroskem/roznati-oktober-mesec-ozavescanja-o-raku-dojk/> [Accessed 19 November 2024].

Osei Appiah, E., Appiah, S., Kontoh, S., Mensah, S., Awuah, D.B., Menlah, A. & Baidoo, M., 2022. Pediatric nurse-patient communication practices at Pentecost Hospital, Madina: A qualitative study. *International Journal Of Nursing Sciences*, 9(4), pp. 481-489. 10.1016/j.ijnss.2022.09.009.

Poorolajal, J., Heidarimoghis, F., Karami, M., Cheraghi, Z., Gohari-Ensaf, F., Shahbazi, F., Zareie, B., Ameri, P. & Sahraee, F., 2021. Factors for the Primary Prevention of Breast Cancer: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Journal Of Research In Health Sciences*, 21(3), pp. 1-12. 10.34172/jrhs.2021.57.

Povšnar, E. & Hočevár, T., 2022. Zdravstvenovzgojni center in center za krepitev zdravja. In: T. Hočevár, ed. *Priročnik za izvajanje pristopa SOPA: priročnik za izvajanje aktivnosti in obravnavo pitja alkohola*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 22-33.

Pruitt, L.C.C., Odedina, S., Anetor, I., Mumuni, T., Oduntan, H., Ademola, A., Morhason-Bello, I.O., Ogundiran, T.O., Obajimi, M., Ojengbede, O.A. & Olopade, O.I., 2020. Breast Cancer Knowledge Assessment of Health Workers in Ibadan, Southwest Nigeria. *JCO Global Oncology*, 6, pp. 387-394. 10.1200/JGO.19.00260.

Qureshi, N., Dutton, B., Weng, S., Sheehan, C., Chorley, W., Robertson, J.F.R., Kendrick, D. & Kai, J., 2021. Improving primary care identification of familial breast cancer risk using proactive invitation and decision support. *Familial Cancer*, 20(1), pp. 13-21. 10.1007/s10689-020-00188-z.

Radecka, B. & Litwiniuk, M., 2016. Breast cancer in young women. *Ginekologia Polska*, 87(9), pp. 659-663. 10.5603/GP.2016.0062.

Sangwan, R.K., Huda, R.K., Panigrahi, A., Toteja, G.S., Sharma, A.K., Thakor, M. & Kumar, P., 2023. Strengthening breast cancer screening program through health education of women and capacity building of primary healthcare providers. *Frontiers In Public Health*, 11, pp. 1-10. 10.3389/fpubh.2023.1276853.

Silva, J.F.C.D., Torres, G.V., Reis, L.A.D., Campos, J.T.A.M., Nunes, V.M.A., Santos, J.C.C., Barbalho, T.N.S. & Xavier Nobre, T.T., 2022. Health education actions on male breast cancer: A protocol for systematic review and meta analysis. *Medicine*, 101(42), pp. 1-3. 10.1097/MD.00000000000030931xc.

Silva-Igua, L., De La Peña, J., Rubiano, W. & Ruiz-Sternberg, A.M., 2020. Premenopausal breast cancer is a health challenge: nutritional habits show potential to prevent this disease. *Breast Cancer: Basic And Clinical Research*, 14, pp. 1-10. 10.1177/1178223420974665.

Siu, A.L. & United States Preventive Services Task Force, 2016. Screening for Breast Cancer: United States Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals Of Internal Medicine*, 164(4), pp. 279-296. 10.7326/M15-2886.

Sun, Y.S., Zhao, Z., Yang, Z.N., Xu, F., Lu, H.J., Zhu, Z.Y., Shi, W., Jiang, J., Yao, P.P. & Zhu, H.P., 2017. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *International Journal Of Biological Sciences*, 13(11), pp. 1387-1397. 10.7150/ijbs.21635.

Toledo, E., Salas-Salvadó, J., Donat-Vargas, C., Buil-Cosiales, P., Estruch, R., Ros, E., Corella, D., Fitó, M., Hu, F.B., Arós, F., Gómez-Gracia, E., Romaguera, D., Ortega-Calvo, M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Schröder, H., Basora, J., Sorlí, J.V., Bulló, M., Serra-Mir, M. & Martínez-González, M.A., 2015. Mediterranean Diet and Invasive Breast Cancer Risk Among Women at High Cardiovascular Risk in the PREDIMED Trial: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(11), pp. 1752-1760. 10.1001/jamainternmed.2015.4838.

Usher-Smith, J.A., Hindmarch, S., French, D.P., Tischkowitz, M., Moorthie, S., Walter, F.M., Dennison, R.A., Stutzin Donoso, F., Archer, S., Taylor, L., Emery, J., Morris, S., Easton, D.F. & Antoniou, A.C., 2023. Proactive breast cancer risk assessment in primary care: a review based on the principles of screening. *British Journal Of Cancer*, 128(9), pp. 1636-1646. 10.1038/s41416-023-02145-w.

Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W. & Vogelaers, D., 2015. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal Of Clinical Practice*, 69(11), pp. 1257-1267. 10.1111/ijcp.12686.

Vion, R., Fleury, P., Blazejewski, V., Rigal, O., Fontanilles, M., Lequesne, J., Di Fiore, F. & Clatot, F., 2023. Associated Factors with Breast Nurses Unplanned Interventions in Patients Treated for an Early Breast Cancer. *Breast Care*, 18(2), pp. 113-121. 10.1159/000529104.

Zadnik, V., 2019. Epidemiologija raka dojk. *Šola raka dojk 2019*, pp. 6-9.

Zadnik, V. & Tomšič, S., 2023. Epidemiologija roka dojk. In: S. Borštnar, A. Perhavec & A. Duratović Konjević, eds. *Šola raka dojk: zbornik prispevkov, Ljubljana, 23.–24. november 2023*. Ljubljana: Združenje za senologijo Slovensko zdravniško društvo, pp. 5-10.

Zadravec Zaletel, L., 2022. Celostna rehabilitacija onkoloških bolnikov. *Onkologija*, 26(2), pp. 36-39.

Zoberi, K. & Tucker, J., 2019. Primary Care of Breast Cancer Survivors. *American Family Physician*, 99(6), pp. 370-375.

Zdravstveni dom Kranj, n.d. *Center za krepitev zdravja*. [online] Available at: <https://www.zd-kranj.si/?subpageid=426> [Accessed 1 December 2024].

Zveza slovenskih društev za boj proti raku, n.d. *Rak dojk*. [pdf] Zveza slovenskih društev za boj proti raku. Available at: https://www.protiraku.si/Portals/0/Publikacije/PDF/Zgibanka_Rak_Dojk.pdf [Accessed 14 November 2024].

6 PRILOGE

6.1 PRILOGA 1

POVABILO K SODELOVANJU

Spoštovani/-a,

sem Tanja Logar, študentka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in z mentorico, mag. Eriko Povšnar, viš. pred., pripravljam diplomsko delo z naslovom »Obravnava pacientk z rakom dojk v zdravstvenem timu na primarnem nivoju zdravstvenega varstva – kvantitativna raziskava«.

Prosim Vas za sodelovanje v raziskavi, izpolnitev vprašalnika, s katerim nameravamo pridobiti podatke o celostni obravnavi – preventivi raka dojk na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Sodelovanje je anonimno, podatki pa bodo uporabljeni izključno za diplomsko delo.

Za sodelovanje kliknite na naslednjo povezavo: <https://www.1ka.si/a/3c52be43>.

Za vaše sodelovanje se Vam že vnaprej prijazno zahvaljujem.

S spoštovanjem,

Tanja Logar.

6.2 PRILOGA 2

VPRAŠALNIK

Spoštovani/-a,

Sem Tanja Logar, študentka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in z mentorico, mag. Eriko Povšnar, viš. pred., pripravljam diplomsko delo z naslovom »Obravnava pacientk

z rakom dojk v zdravstvenem timu na primarnem nivoju zdravstvenega varstva – kvantitativna raziskava».

Prosim Vas za sodelovanje v raziskavi, izpolnitev vprašalnika, s katerim nameravam pridobiti podatke o celostni obravnavi – preventivi raka dojk na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Vljudno Vas naprošam, da vprašalnik izpolnite v celoti.

Sodelovanje je anonimno, podatki pa bodo uporabljeni izključno za namen raziskave diplomskega dela.

Za sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem.

S spoštovanjem,
Tanja Logar.

1. SKLOP: DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Spol

- a) ženski
- b) moški

2. Vaša starost v letih (zapišite s številko)

3. Vaša izobrazba

- a) diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
- b) srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik
- c) zdravnik družinske medicine
- d) zdravnik ginekolog
- e) diplomirana babica
- f) drugo

4. Vaše delovno mesto

- a) patronažno varstvo
- b) center za krepitev zdravja
- c) ambulanta družinske medicine
- d) ginekološka ambulanta
- e) drugo

2. SKLOP: OBRAVNAVA RAKA DOJK

V spodnjih tabeli so navedene trditve o OBRAVNAVI RAKA DOJK. Prosim, če na petstopenjski lestvici zapišete stopnjo strinjanja s trditvami. Ocena posamezne trditve je podana v numerični obliki, od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – Se sploh ne strinjam, 2 – Se ne strinjam, 3 – včasih se strinjam, včasih se ne strinjam, 4 – Strinjam se, 5 – Popolnoma se strinjam.

	Trditev	Ocena				
		1	2	3	4	5
1.	Zdravstveni delavci imamo z zdravstveno vzgojnim svetovanjem velik vpliv na življenjski slog žensk.	1	2	3	4	5
2.	Vedno se potrudim vzpostaviti zaupljiv odnos s pacientkami.	1	2	3	4	5
3.	Pacientke spodbujam in jim omogočim, da vprašajo, kar jih zanima.	1	2	3	4	5
4.	Pacientke spodbujam, da aktivno sodelujejo v pogovoru.	1	2	3	4	5
5.	Pacientkam sem vedno na razpolago za pogovor in svetovanje.	1	2	3	4	5
6.	Za pogovor s pacientkami si vedno vzamem dovolj časa.	1	2	3	4	5
7.	S pacientkami se pogovarjam prijazno in spoštljivo.	1	2	3	4	5
8.	Pacientke vedno aktivno poslušam, jih opazujem in znam pridobiti pomembne informacije.	1	2	3	4	5
9.	Strokovne vsebine je včasih težko približati in predstaviti na preprost in razumljiv način.	1	2	3	4	5
10.	Vzpostavitev dobrega, zaupljivega odnosa s pacientkami je vedno mogoča.	1	2	3	4	5
11.	Pogovore s pacientkami pogosto zmotijo, prekinajo zunanji dejavniki (npr. druge osebe, telefon ...).	1	2	3	4	5
12.	Za pogovor s pacientkami imam premalo časa.	1	2	3	4	5
13.	Večjo težavo kot vsebina svetovanja (»kaj«), predstavlja način izvedbe pogovora (»kako«).	1	2	3	4	5
14.	Komunikacijo s pacienti dobro obvladam.	1	2	3	4	5
15.	Dobro poznam večšine motivacijskega pogovora – motivacijskega intervjuja.	1	2	3	4	5
16.	Na področju komunikacije in svetovalnega pogovora potrebujem več znanj in izobraževanj.	1	2	3	4	5
17.	Delo s pacientkami z rakom dojk me zelo obremenjuje.	1	2	3	4	5

3. SKLOP: CELOSTNA OBRAVNAVA RAKA DOJK (preprečevanje in zgodnje odkrivanje raka dojk)

V spodnjih tabeli so navedene trditve o CELOSTNI PREVENTIVI RAKA DOJK (preprečevanje in zgodnje odkrivanje raka dojk). Prosim, če na petstopenjski lestvici obkrožite pogostost posameznih aktivnosti, ki so podane od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – redko, 4 – pogosto, 5 – vedno. V primeru, da vprašanje za Vas ni relevantno oz. aktivnost ne sodi v področje Vašega dela, označite v stolpcu Ni relevantno zame.

	Trditev	Ocena					
		1	2	3	4	5	
1.	Pacientke vprašam in se v zvezi s preventivo raka dojk pogovorim o življenjskem slogu – prehrani, gibanju ...	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
2.	Pacientke vprašam in se pogovorim o pitju alkohola.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
3.	Pacientke vprašam o družinski anamnezi povezani z rakom dojk.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
4.	Pacientke vprašam v osebni anamnezi, vprašam po dejavnikih tveganja za raka dojk (prva menstruacija, ...).	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
5.	Pacientke seznanim s samopregledovanjem.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
6.	Pacientkam demonstriram, pokažem tehnike samopregledovanja.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
7.	Vsako pacientko seznanim z opozorilnimi znaki raka dojk.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
8.	Pacientke opremim z zdravstveno vzgojnim gradivom (zloženke, ...).	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
9.	Pacientke seznanim z ustreznimi spletnimi in drugimi viri, kjer lahko dobijo dodatne informacije.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
10.	Pacientke seznanim in jih motiviram za vključitev v presejalni program DORA.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
11.	Pacientki v primeru težav, prisotnosti opozorilnih znakov ipd. svetujem/jo napotim na mamografijo.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
12.	Pacientke seznanim z mamografijo.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
13.	Pacientke seznanim tudi z drugimi možnimi preiskavami.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
14.	Pacientke motiviram, da opravijo ustrezne preiskave.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
15.	Pacientke usmerim v Center za krepitev zdravja.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
16.	Pacientke v primeru težav usmerim v ginekološki dispanzer.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
17.	Pacientke v primeru težav usmerim k drugim specialistom (onkolog).	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame

18.	Drugo (dopišite)	
-----	------------------	--

3. SKLOP: CELOSTNA OBRAVNAVA RAKA DOJK (med in po zdravljenju raka dojk)

V spodnjih tabeli so navedene trditve o CELOSTNI PREVENTIVI RAKA DOJK (med in po zdravljenju raka dojk). Prosim, če na petstopenjski lestvici obkrožite pogostost posameznih aktivnosti, ki so podane od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – nikoli, 2 – skoraj nikoli, 3 – redko, 4 – pogosto, 5 – vedno. V primeru, da vprašanje za Vas ni relevantno oz. aktivnost ne sodi v področje Vašega dela, označite v stolpcu Ni relevantno zame.

	Trditev	Ocena					
		1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
1.	Pacientke poiščejo mojo pomoč zaradi težav povezanih s telesnimi težavami, terapijo, ...	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
2.	Pacientke poiščejo mojo pomoč zaradi težav povezanih s psihičnimi težavami.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
3.	Pacientke poiščejo mojo pomoč zaradi težav povezanih s socialnimi in duhovnimi težavami.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
4.	S pacientkami se pogovorim o življenjskem slogu – prehrana, gibanje, ...	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
5.	Pacientke med in po zdravljenjem redno spremljam.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
6.	Pacientkam nudim informacije, kje lahko dobijo psihološko podporo in pomoč.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
7.	Pacientke seznanim z združenji bolnikov za samopomoč, društvu (Pot k okrevanju, ...).	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
8.	Pacientke seznanim, jih napotim na fizioterapevtsko obravnavo.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
9.	Pacientke seznanim, jih napotim v programe krepitve zdravja v CKZ (podporne delavnice za duševno zdravje, gibanje, zdrava prehrana, ...).	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
10.	Pacientke usmerim na obravnavo v ginekološki dispanzer.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
11.	Pacientke usmerim in jih seznanim z drugimi viri pomoči (npr. drugi viri zdravstvene pomoči, psihoterapevtska pomoč, Center za socialno delo, dietetik, kineziolog, ...).	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame

12.	Pacientke uvrstim v poseben seznam bolnic z rakom dojk.	1	2	3	4	5	Ni relevantno zame
13.	Drugo						

4. SKLOP

Koliko pacientk približno letno obravnavate (dopišite s številom):

1. Z vidika primarne preventive (preprečevanje, odpravljanje vzroka za nastanek bolezni).
(vpišite število) ____

2. Z vidika sekundarne preventive (ustavitev procesa razvoja bolezni pred njegovim hujšim potekom, presejanje bolezni) (vpišite število) ____

3. Z vidika terciarne preventive (zdravljenje, skrb za kakovost življenja po zdravljenju)
(vpišite število) ____

Hvaležna bom za Vaša razmišljanja, predloge, mnenja, ki jih prosimo zapišite v spodnje vrstice.

Vesela bom Vašega odziva.

Lepo se Vam zahvaljujem za čas in trud pri izpolnjevanju tega vprašalnika.

TANJA LOGAR