



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**PREPOZNAVANJE DUŠEVNE KRHKOSTI  
PRI STAREJŠIH ODRASLIH MED  
MEDICINSKIMI SESTRAMI, ZDRAVNIKI  
DRUŽINSKE MEDICINE IN  
FARMACEVTI – PREGLED LITERATURE**

**IDENTIFYING PSYCHOLOGICAL FRAILITY  
IN OLDER ADULTS AMONG NURSES,  
GENERAL PRACTITIONERS, AND  
PHARMACISTS – A LITERATURE REVIEW**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Sara Janežič

Ljubljana, maj, 2026

## **ZAHVALA**

Zahvalo najprej dolgujem mentorju doc. dr. Branku Bregarju za vso pomoč, nasvete in hitro odzivnost pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi doc. dr. Katji Pesjak za recenzijo in lektorici Miji Čuk, univ. dipl. spl. jez., za lektoriranje diplomskega dela.

Velika zahvala gre tudi celotni družini, zlasti staršema Simoni in Alešu, sestri Lani ter fantu Jušu in njegovi družini, ki so me v času študija vedno podpirali.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Duševna krhkost je skupek različnih znakov in simptomov ter lahko vključuje depresijo, slabo samopodobo, žalost, splošno slabo razpoloženje idr. Ker je še vedno predmet več nejasnosti, tako teoretskih kot tudi tistih, povezanih s prakso, je bil namen raziskati, kakšna sta znanje o duševni krhkosti in potreba po dodatnih znanjih med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti.

**Cilji:** Cilj dela je raziskati znanje, prepoznati duševne krhkosti med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti ter kakšne so potrebe slednjih strokovnjakov po dodatnih znanjih.

**Metoda:** Iskanje je bilo izvedeno v obdobju od marca 2025 do februarja 2026, in sicer v strokovnih bazah literature CINAHL, ProQuest, Google Učenjak, Wiley ter COBISS v angleškem in slovenskem jeziku. Uporabljene so bile ključne besede »duševna krhkost«, »starejši odrasli«, »znanje«, »medicinske sestre«, »zdravniki družinske medicine«, »farmacevti«, »prepoznavanje«. V angleščini pa »mental frailty«, »frailty«, »nurse«, »family physician«, »pharmacist«, »knowledge«, »recognising frailty«, »older adults« in njihove sopomenke. Viri so morali biti prosto dostopni, mlajši od desetih let, recenzirani ter z naslovom in izvlečkom povezani z našo temo.

**Rezultati:** Skupno je bilo iz podatkovnih baz pridobljenih 592 virov, od katerih jih je bilo v polnem besedilu pregledanih 22 in vključenih 10. Dodatnih virov je bilo vključenih sedem. Skupno število virov je 17. Oblikovane so bile tri teme in 19 kod; pomanjkanje orodij za prepoznavanje krhkosti; neustrezno ali pomanjkljivo znanje in težave na organizacijski ravni.

**Razprava:** Pregled literature je pokazal, da je znanje o duševni krhkosti med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti slabo. Za prepoznavanje uporabljajo lastno intuicijo in ne standardiziranih orodij. Potreba po dodatnih znanjih je velika. Prisotne so tudi težave s kadri, časovne omejitve in delovne obremenitve, ki botrujejo slabemu prepoznavanju duševne krhkosti v praksi.

**Ključne besede:** znanje, standardizirana orodja, dodatna izobraževanja, organizacijske stiske

## SUMMARY

**Theoretical background:** Mental frailty is a set of various signs and symptoms and may include depression, poor self-esteem, sadness, and generally low mood, among others. As it remains subject to several uncertainties, both theoretical and practice-related, the aim of the thesis was to explore the level of knowledge about mental frailty and the need for additional education among nurses, family physicians, and pharmacists.

**Goals:** To investigate the knowledge and recognition of mental frailty among nurses, family physicians, and pharmacists, as well as the need for additional education on this topic.

**Methods:** The literature search was conducted between March 2025 and February 2026 in the following databases: CINAHL, ProQuest, Wiley, and COBISS, and in the Google Scholar search engine, in both English and Slovenian. The following keywords were used in Slovenian: “duševna krhkost”, “starejši odrasli”, “znanje”, “medicinske sestre”, “zdravniki družinske medicine”, “farmacevti” and “prepoznavanje”. In English, the keywords included: “mental frailty”, “frailty”, “nurse”, “family physician”, “pharmacist”, “knowledge”, “recognizing frailty”, “older adults”, and their synonyms. Sources had to be open-access, published within the last ten years, peer-reviewed, and thematically related to the topic based on the title and abstract.

**Results:** A total of 592 sources were identified through database searching. Of these, 22 full-text articles were reviewed, and ten were included. An additional seven sources were identified and included. The final number of included sources was 17. Three themes and 19 codes were developed: lack of tools for identifying frailty; inadequate or insufficient knowledge; and organizational-level challenges.

**Discussion:** The literature review showed that knowledge of mental frailty among nurses, family physicians, and pharmacists is limited. Recognition of mental frailty is often based on personal intuition rather than standardized tools. There is a substantial need for additional education. Staffing shortages, time constraints, and workload pressure also contribute to poor recognition of mental frailty in clinical practice.

**Key words:** knowledge, standardized tools, additional education, organizational challenges

# KAZALO

<b>1 UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>6</b>
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	6
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	6
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	6
2.3.1 Metode pregleda literature.....	7
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	7
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	9
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	10
2.4 REZULTATI.....	11
2.4.1 PRISMA diagram.....	11
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	12
2.5 RAZPRAVA.....	23
2.5.1 Omejitve raziskave.....	28
2.5.2 Doprinos za stroko in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	29
<b>3 ZAKLJUČEK.....</b>	<b>31</b>
<b>4 LITERATURA.....</b>	<b>32</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: PRISMA diagram.....	12
------------------------------	----

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Rezultati pregleda literature po posameznih bazah podatkov .....	9
Tabela 2: Hierarhija dokazov .....	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov .....	15
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	22

## **SEZNAM KRAJŠAV**

<b>SURS</b>	Statistični urad Republike Slovenije
<b>SZO</b>	Svetovna zdravstvena organizacija

## 1 UVOD

Dvajseto in enaindvajseto stoletje sta obdobji, ki ju zaznamuje hitro napredovanje zdravstva, tehnologij in farmacije. Po svetu v zadnjih letih lahko v povezavi z napredkom v zdravstvu spremljamo dva pomembna demografska pojava, in sicer na eni strani naraščanje starosti prebivalstva, na drugi pa čedalje manjše število rojstev. Danes namreč večina ljudi lahko pričakuje, da bodo dosegli prag starosti vsaj 60 let. Gre za demografski pojav velikih razsežnosti, ki predstavlja resen socialen in ekonomski izziv za mnoge družbe (Doody, et al., 2023). Statistični urad Republike Slovenije (2024) (v nadaljevanju SURS) potrjuje, da se prebivalstvena piramida spreminja tudi v Sloveniji. Spodnji in največji del piramide, ki ga sestavljajo otroci, se manjša, hkrati pa se povečujejo zgornji deli piramide, ki jih sestavljajo starejši odrasli, zaradi česar piramida dobiva obliko vaze ali žare.

Pogosto se pojavlja vprašanje, kako sploh definiramo starejše osebe, saj se mnenja o tem, kaj pomeni biti star, med ljudmi precej razlikujejo. Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) starejše opredeli kot tiste, ki so dosegli starost 65 let ali več. Ponudi pa tudi alternativno definicijo, v kateri je starejša oseba opredeljena kot tista, ki je presegla srednjo vrednost pričakovane življenjske dobe ob rojstvu (Eurostat, 2019). Po podatkih SURS (n.d.) je pričakovano trajanje življenjske dobe povprečno število let, za katere se pričakuje, da jih bo posameznik doživel ob rojstvu, ob predpostavki, da se ne bo spremenila umrljivost po starosti od leta opazovanja dalje. Srednja vrednost oz. mediana pa je tista vrednost enot, od katerih je polovica enot večjih, druga polovica enot pa manjših.

Podaljšanje življenjske dobe oz. starosti prebivalstva pa ne pomeni vedno tudi podaljšanja zdravja. Pogosto se s starostjo pojavi upad tako fizičnih kot tudi kognitivnih sposobnosti, kar za posameznika lahko predstavlja veliko breme in znatno vpliva na kakovost življenja (Potisek & Gabrovec, 2019). S slednjim je povezan tudi koncept krhkosti, ki je definiran kot »s starostjo povezano večdimenzionalno klinično stanje, opredeljeno kot nespecifično stanje ranljivosti, ki lahko identificira starejše odrasle s povečanim tveganjem za padce, institucionalizacijo, hospitalizacijo, invalidnost, demenco in mortaliteto« (Kresal, et al.,

2022, p. 70). SZO (2015 cited in Potisek & Gabrovec, 2019, p. 32) v kratkem opiše krhkost kot progresiven, s starostjo povezan upad fizioloških sistemov, ki se kaže kot zmanjšanje rezerv intrinzičnih kapacitet, kar povzroča izjemno ranljivost za stresne dejavnike in povečuje tveganje za vrsto škodljivih zdravstvenih posledic (Potisek & Gabrovec, 2019).

Ker še ne poznamo poenotene definicije pojma krhkosti, koncept vedno bolj postaja predmet zanimanja strokovne javnosti, pri čemer ga poskuša obrazložiti in definirati več strok. V grobem delimo definicijo na dva modela (Gabrijelčič Blenkuš & Jakovljević, 2017). Fenotipski model – najpogosteje uporabljena definicija je fenotipska definicija oz. Friedov model. Temelji na petih ključnih kriterijih telesnega stanja posameznika, ki vključujejo:

- nenamerno izgubo telesne teže za več kot 4,5 kg v zadnjem letu,
- izčrpanost (merimo z vprašalniki),
- upočasnenost (merimo z oceno hitrosti hoje),
- zmanjšana telesna dejavnost in
- oslABLJena mišična moč (merimo, kako močan je prijem posameznika).

Za definiranje krhkosti mora oseba izpolniti vsaj tri od petih kriterijev (Doody, et al., 2023).

Poznamo še model kumulativnega primanjkljaja ali indeks krhkosti. Model kumulativnega primanjkljaja definira krhkost kot kopičenje pomanjkljivosti v različnih fizioloških sistemih v obliki bolezenskih simptomov, znakov, obolenj in invalidnosti. Indeks krhkosti dobimo tako, da izračunamo razmerje med številom primanjkljajev starejšega odraslega in vsemi možnimi zdravstvenimi omejitvami, kar vključuje laboratorijske in slikovne preiskave, komorbidnost, klinične znake idr. Indeks krhkosti lahko tudi napove tveganje za pojav krhkosti, kar se kaže v obliki treh kategorij – robustnost, predkrhkost, krhkost (Kresal, et al., 2022). Ta pristop izpostavlja, da krhkost ni le telesni primanjkljaj, ampak ima posledice tudi na socialnem in psihološkem področju (Doody, et al., 2023). Doody, et al. (2023) v svoji raziskavi navajajo še tri druge modele:

1. Model fiziološkega upada, ki v ospredje postavlja zmožnost telesa za odzivanje na stresne dejavnike, kot so akutne bolezni ali travmatske poškodbe.
2. Kognitivni pristop, ki krhkost obravnava skozi težave na kognitivnem področju, kar ima za posledico pogosto izgubo samostojnosti. Izguba le-teh je ključen dejavnik, saj znatno vpliva na kakovost življenja in vsakodnevno delovanje.
3. Socialna dimenzija v ospredje postavlja socialne in okoljske dejavnike. Posledica krhkosti je tudi občutek osamljenosti, pomanjkanje podpore.

Sindromu krhkosti je namenjeno čedalje več pozornosti zaradi visoke prevalence med starejšimi odraslimi in povezanosti koncepta z neugodnimi življenjskimi izidi. Pojavlja se korelacija med krhkostjo in višjo stopnjo smrtnosti, nezmožnostjo opravljanja vsakodnevnih nalog in multimorbidnostjo. Povečana je pogostost padcev, zlomov, slabša gibljivost, invalidnost, pogostejše so tudi hospitalizacije (Panhwar, et al., 2019; Doody, et al., 2023). Poleg fizičnega in kognitivnega stanja so lahko znaki krhkosti tudi depresija, anksioznost in osamljenost (Skela Savič & Gabrovec, 2018). Večje število zdravstvenih zapletov potencialno pomeni tudi obremenitev zdravstvenega sistema in s tem višje stroške (Potisek & Gabrovec, 2019).

Pojavlja se trend več kroničnih bolezni, in sicer po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje je med starejšimi odraslimi, ki so stari 65 let in več, takšnih 65 %, med starejšimi od 85 let pa 85 % (Skela Savič & Hvalič Touzery, 2020). Krhkost se pojavlja pri približno 10 % oseb, starih 65 let ali več, pri starejših osebah nad 85 let pa se ta delež poviša kar na 30 % (Clegg, et al., 2013 cited in Skela Savič & Hvalič Touzery, 2020, p. 39). Pojavnost krhkosti pa ni odvisna le od starosti, temveč tudi od ekonomskega statusa države. Države z visokimi dohodki oz. razvite države imajo namreč manjšo pojavnost sindroma krhkosti in predkrhkosti kot tiste z nizkimi dohodki. Izsledki pregleda literature v raziskavi, ki so jo opravili Ofori-Asenso, et al. (2019), so pokazali, da dober socio-ekonomski položaj posameznika, visoka izobrazba in ustrezen dostop do zdravstvenih storitev ter manj polifarmakoterapije zmanjšujejo tveganje za nastanek krhkosti. Razlike so pojavljajo tudi med spoloma, in sicer so h krhkosti bolj nagnjene ženske kot moški. Razlike se pojavljajo v vseh starostnih skupinah in so posledica bioloških dejavnikov ter socio-ekonomskih dejavnikov (Ofori-Asenso, et al., 2019; Pišek, 2020).

Nekoliko zanemarljiv vidik krhkosti je zlasti duševna krhkost. Tudi tu se pojavlja problem neenotnih definicij. Ena izmed definicij opredeljuje duševno krhkost starejših odraslih kot stanje, ki je posledica starosti in vključuje kognitivne motnje, depresijo, nizko kakovost življenja in slabo samopodobo. To nakazuje, da ne gre za eno osamljeno motnjo, ampak za spekter različnih znakov in simptomov, ki vplivajo na psihično in telesno zdravje posameznika. Duševna krhkost se torej kaže v razpoloženskih težavah, kot so npr. depresija, jeza, žalost ter splošno in stalno prisotno nizko razpoloženje. Kognitivne motnje se izražajo v obliki demence, slabe koncentracije, izgubi spomina. Kognitivni primanjkljaj je zlasti povezan s krhkostjo, saj znatno vpliva na kakovost življenja posameznika in njegovo zdravstveno stanje. Pod duševno krhkost štejemo tudi duševne motnje, in sicer anksioznost, psihološki stres in občutke osamljenosti. Posamezniki pogosto navajajo tudi občutke utrujenosti in izčrpanosti, kar vpliva na zmožnost spoprijemanja z vsakodnevnimi nalogami. Sindrom duševne krhkosti je torej skupek znakov in simptomov, ki vplivajo na različne aspekte človekovega delovanja, se med seboj prepletajo in vplivajo drug na drugega (Zhao, et al., 2023).

Primarna raven zdravstvenega varstva je najbolj primerno okolje za prepoznavanje krhkosti med zdravstvenimi delavci. Gre za prvi stik med zdravnikom in medicinskimi sestrami s pacientom. Ta stik omogoča možnost zgodnjega prepoznavanja krhkosti med posamezniki in je zato ključnega pomena. Pri tem je pomembno, da so zdravstveni delavci primerno izobraženi o problemu in krhkost znajo prepoznati (Nan, et al., 2022). Ugotavljamo, da sta ozaveščenost in prepoznavanje duševne krhkosti med zdravstvenimi delavci, tj. medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti pomanjkljiva. Hkrati pa je področje znanja zdravstvenih delavcev o duševni krhkosti slabše raziskano. Treba bi bilo povečati znanje in izkušnje za prepoznavo krhkih oseb, z namenom, da jih bomo primerno obravnavali in preprečevali posledice.

Ravno iz tega razloga smo se odločili raziskovati temo prepoznavanja duševne krhkosti med starejšimi odraslimi s strani medicinskih sester, zdravnikov družinske medicine in farmacevtov. Zanimalo nas je, kakšno je znanje slednjih zdravstvenih strokovnjakov o temi in kje se pojavljajo področja v zdravstvu, ki so spregledana in potrebujejo našo dodatno pozornost. Na ta način lahko nudimo boljšo kakovost zdravstvene obravnave in

izboljšamo prakso na področju duševne krhkosti ter jo hitreje in učinkoviteje prepoznamo.

## 2 EMPIRIČNI DEL

Raziskali smo znanje medicinskih sester, zdravnikov družinske medicine in farmacevtov o duševni krhkosti ter potrebe po dodatnih znanjih slednjih strokovnjakov.

### 2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil, da s pregledom slovenske in tuje literature raziščemo obstoječe znanje medicinskih sester, zdravnikov družinske medicine in farmacevtov o duševni krhkosti med starejšimi odraslimi ter potrebe po dodatnih znanjih.

Cilja diplomskega dela sta bila:

- ugotoviti, kakšno je znanje medicinskih sester, zdravnikov družinske medicine in farmacevtov o duševni krhkosti starejših odraslih;
- ugotoviti potrebe po dodatnih znanjih med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti za prepoznavanje duševne krhkosti starejših odraslih.

### 2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenega namena in cilja smo zasnovali sledeči raziskovalni vprašanji:

- RV 1: Kakšno je znanje medicinskih sester, zdravnikov družinske medicine in farmacevtov o duševni krhkosti starejših odraslih?
- RV 2: Kakšne so potrebe po dodatnih znanjih med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti za prepoznavanje duševne krhkosti starejših odraslih?

### 2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Naše diplomsko delo je temeljilo na pregledu literature. V okviru pregleda literature smo analizirali izsledke strokovnih in znanstvenih člankov tako tujih kot domačih avtorjev.

### 2.3.1 Metode pregleda literature

Ustrezno literaturo smo poiskali v tujih in domačih bazah strokovne literature. Za tuje publikacije v angleškem jeziku smo uporabili baze CINAHL, ProQuest, Google učenjak, Wiley in COBISS. Za ključne besede v slovenščini smo uporabili »duševna krhkost«, »starejši odrasli«, »znanje«, »medicinske sestre«, »zdravniki družinske medicine«, »farmacevti«, »prepoznavanje«. V angleščini pa »mental frailty«, »frailty«, »nurse«, »family physician«, »pharmacist«, »knowledge«, »recognising frailty«, »older adults« in njihove sopomenke. Pomagali smo si z uporabo Boolovih operaterjev (AND in OR). V pregled smo vključili le članke, ki niso bili starejši od desetih let (2015–2025). V podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest, Cobiss, Google Učenjak in Wiley smo iskali literaturo z angleškimi ključnimi besedami. Slovenske ključne besede smo uporabili le v podatkovni bazi Cobiss. V bazah CINAHL, ProQuest in Wiley smo iskalni niz dodatno omejili na revije, ki so bile recenzirane tako znanstveno kot strokovno. Pri iskanju v Google Učenjaku in Cobissu smo največ poudarka namenili analizi naslovov in izvlečkov posameznih raziskav. Dodaten omejitveni kriterij je prav tako dostopnost virov. Literatura je morala biti popolnoma brezplačna in dostopna v polnem besedilu. V primeru, da je bilo zadetkov na posamezni podatkovni bazi preveč za celovit in popoln pregled vseh člankov, smo pregledali le prvih 10 strani.

### 2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Rezultate pregleda literature smo prikazali tabelarično in shematsko. Shematsko smo prikazali rezultate s pomočjo diagrama PRISMA v poglavju Rezultati. Diagram PRISMA je pokazal število virov, ki so primerni za končno analizo. Pregled literature je prikazan tudi tabelarično, in sicer v tabeli 1. Tabela je razdeljena na podatkovne baze, ključne besede, število zadetkov in število pregledanih raziskav v polnem besedilu ter izbrane zadetke za pregled literature. Osnovni iskalni niz za angleški jezik je sestavljen iz ključnih besed v tabeli 1 z dodanim iskalnim nizom za posamezno poklicno skupino:

- za zdravnike: »Family Practice« OR »Primary Health Care« OR »Family Physician\*«,
- za farmacevte: »Pharmacist\*«,

- za medicinske sestre: »Nurse\*«.

Pri iskanju strokovne literature smo število zadetkov zmanjšali z omejitvenimi kriteriji. Literatura ni smela biti starejša od desetih let, prav tako smo izbirali le tiste članke, ki že z naslovom in izvlečkom kažejo na možno povezavo z našo temo, namenom in ciljem. Članki v bazah strokovne literature so morali biti dostopni v polnem besedilu, in sicer v slovenskem ali angleškem jeziku.

Strategija iskanja po podatkovnih bazah je skupno prikazala 592 zadetkov. Izključenih je bilo 570 virov. Izključeni so bili tisti, ki niso bili dostopni v polnem besedilu in niso odgovarjali na zastavljeni raziskovalni vprašanji. Na podlagi pregleda naslova in izvlečka smo v polnem besedilu pregledali 22 člankov. Vsebinsko ustreznih za uvrstitev v naš pregled literature jih je bilo 10. Sekundarno smo poiskali še sedem dodatnih virov. Skupno je bilo v pregled literature tako vključenih 17 virov. Največje število zadetkov je bilo v podatkovni bazi CINAHL, in sicer 420 zadetkov. Najmanj jih je prinesel Cobiss z iskalnim nizom angleških ključnih besed, zadetkov namreč nismo dobili.

Omejena količina virov v podatkovnih bazah podatkov je predstavljala oviro pri iskanju odgovorov na zastavljeni raziskovalni vprašanji. Pri prvem raziskovalnem vprašanju, pri katerem smo proučevali znanje medicinskih sester, zdravnikov družinske medicine in farmacevtov o duševni krhkosti, nismo dobili zadostnega števila virov. Pomagali smo si z iskanjem drugih virov, in sicer z iskanjem virov, ki so bili navedeni v naboru literature raziskav, ki smo jih poiskali in uporabili v diplomskem delu.

Pri drugem raziskovalnem vprašanju je bilo primernih zadetkov nekoliko več, a prav tako v omejenem številu. Ker smo želeli tudi na drugo vprašanje natančneje odgovoriti, smo si prav tako pomagali z iskanjem literature, ki ni omejena na naše ključne besede, in sicer na enak način, kot smo iskali pri prvem raziskovalnem vprašanju.

**Tabela 1: Rezultati pregleda literature po posameznih bazah podatkov**

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Število pregledanih raziskav v polnem besedilu	Izbrani zadetki za pregled literature
Google Učenjak	(»Health Knowledge« OR »attitudes« OR »practice« OR »knowledge« OR »awareness« OR »perception« OR »competence«) AND (»cognitive frailty« OR »psychological frailty« OR »mental frailty«) AND (»Family Practice« OR »Primary Health Care« OR »Family Physician*«)  (»Education« OR »training needs« OR »curriculum«) AND (»cognitive frailty« OR »psychological frailty« OR »mental frailty«)	65	3	1
Cinahl		420	11	5
ProQuest		72	8	4
Wiley		34	0	0
Cobiss		0	0	0
Cobiss	»duševna krhkost«, »starejši odrasli«, »znanje«, »medicinske sestre«, »zdravniki družinske medicine«, »farmacevti«, »prepoznavanje«	1	0	0
Drugi viri	/	/	/	7
SKUPAJ		592	22	17

### 2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Zadetke pregleda literature, ki so se ujemali z naslovom našega diplomskega dela, smo temeljito prebrali, pri čemer smo iskali namen raziskave, metode, glavne izsledke in zaključke. Pomagali smo si z uporabo preglednic za beleženje ključnih informacij, kot so avtor, leto, metode, vzorci in rezultati (tabela 3). Osrednji del analize je predstavljalo kodiranje – teme in vzorce, ki se pojavljajo v več raziskavah, smo združili v kategorije (tabela 4). V analiziranih člankih smo iskali vsebinske enote, ki smo jih nato sistematično identificirali, jim pripisali kode in teme, ki so bile relevantne za raziskovalno vprašanje. Tematska analiza je bila zasnovana na načelih kvalitativne vsebinske analize. Prvotno smo kodirali na podlagi identificiranih ključnih besednih zvez, ki smo jih nato združili v širše teme. Na ta način smo opravili celovit pregled ključnih konceptov, povezanih s prepoznavanjem in znanjem medicinskih sester, zdravnikov družinske medicine in farmacevtov o duševni krhkosti ter o potrebah po dodatnih znanjih med slednjimi

zdravstvenimi strokovnjaki. Vire smo nato med seboj primerjali in ugotavljali ujemanja in morebitna nasprotja. Zanimalo nas je, katere metode so bile uporabljene in kakšna je bila kakovost raziskav. Kritični smo bili zlasti do metodološke ustreznosti virov in zanesljivosti študij. Iskali smo vzorce, neujemanja in vrzeli v znanju (Aveyard, 2014).

#### 2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Oceno kakovosti pregleda literature smo naredili po hierarhiji dokazov, ki vsebuje osem ravni. Ravni 1 ustrezajo najbolj kakovostni članki, ravni 8 pa najmanj. Najvišjo stopnjo dokazov, ki se nahaja na prvi ravni, predstavljajo sistematični pregledi raziskav, medtem ko raven 8 predstavljajo neraziskovalni viri, kot so mnenja ipd.

Literaturo, ki smo jo uvrstili v naše diplomsko delo, smo razporedili med osem ravni hierarhije dokazov (tabela 2). Zaradi skromnega števila zadetkov v strokovnih bazah literature, ki se skladajo z naslovom našega diplomskega dela, smo se morali opreti na članke, ki spadajo med nekoliko nižje ravni v hierarhiji dokazov. Člankov, ki bi z raziskovalno metodologijo ustrezali najvišjim ravnam v hierarhiji dokazov, namreč ni bilo v velikem obsegu ali pa se niso ujemali s temo, ki jo raziskujemo. Največ raziskav smo tako uvrstili med kvalitativne oz. opisne raziskave. Pod slednjo kategorijo smo jih uvrstili osem. Kvalitativnim virom sledijo neeksperimentalne raziskave oz. opazovalne raziskave pod ravnjo 5, kamor smo jih uvrstili šest. Dve raziskavi spadata pod raven sistematičnih pregledov neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav (raven 4). Našo najvišjo raven, in sicer raven 3, predstavljajo nerandomizirane klinične raziskave oz. kvaziekperimenti, kamor spada le raziskava, ki so jo opravili Peterson, et al. (2025).

**Tabela 2: Hierarhija dokazov**

Raven	Število virov	Viri
Sistematični pregled/metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	0	/
Posamezne randomizirane klinične raziskave	0	/
Nerandomizirane klinične raziskave (kvaziekperiment)	1	Peterson, et al., 2025.

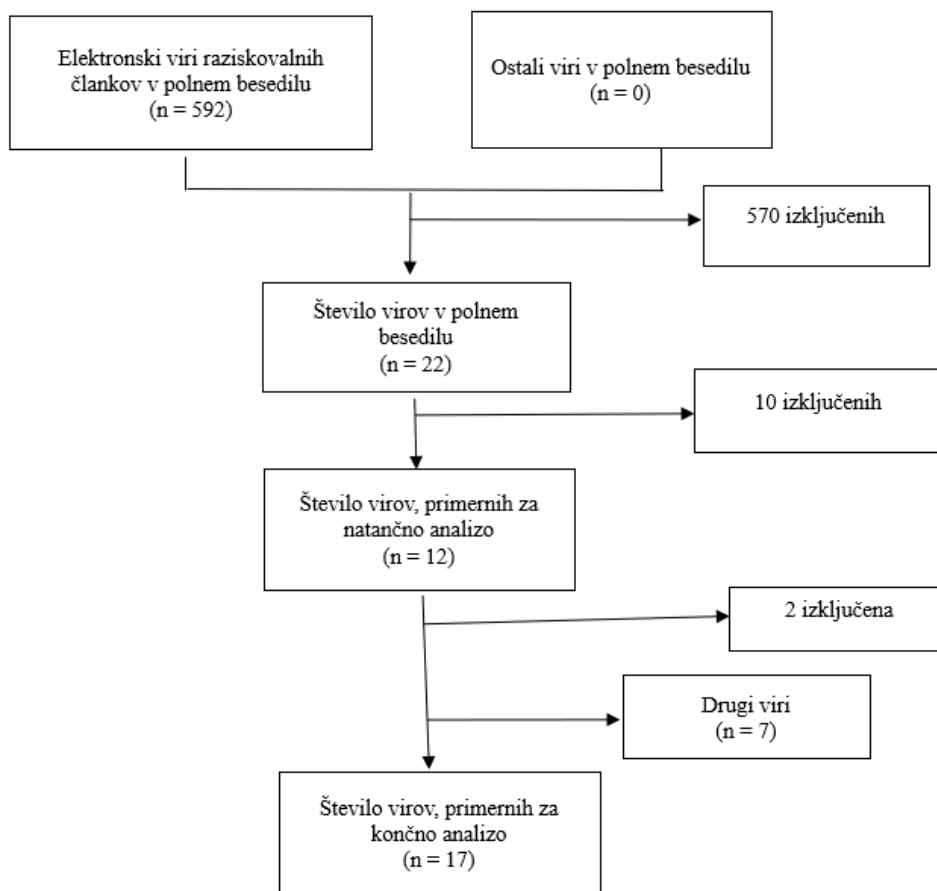
Raven	Število virov	Viri
Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	2	Xiong, et al., 2024; Flyum, et al., 2025.
Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	6	France, et al., 2023; Gobbens, et al., 2022; Klesiora, et al., 2024; Huang, et al., 2025; Taylor, et al., 2017; Frost, et al., 2024.
Sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav	0	/
Kvalitativne/opisne raziskave	8	Ivanoff, et al., 2018; Britton, 2017; Papadopoulou, et al., 2021; Buist, et al., 2019; Avgerinou, et al., 2021; Cheslock, et al., 2024; Coker, et al., 2019; Kennedy, et al., 2021.
Neraziskovalni viri (mnenja ...)	0	/

## 2.4 REZULTATI

V poglavju rezultatov smo predstavili proces izključevanja poiskanih ustreznih virov v obliki diagrama PRISMA. Rezultate smo prikazali v obliki tabele in jih razvrstili po temah in kodah.

### 2.4.1 PRISMA diagram

Na sliki 1 je predstavljen diagram PRISMA, kjer smo natančno predstavili postopek izločanja virov. Vse vire smo poiskali v elektronski obliki, le-teh je bilo v skupnem številu 592. Za končno analizo smo uporabili 10 virov. Izločenih je bilo torej 582. Zaradi manjšega števila ustreznih virov smo preostalih sedem virov dobili na drugačen način. Dodatne vire smo iskali s pomočjo literature, ki smo jo vključili v diplomsko delo, tj. 10 virov, ki smo jih iskali po ključnih besedah, navedenih v poglavju »Metode pregleda literature«. Med navedeno literaturo desetih virov smo pregledali naslove in vse tiste, ki so se vsebinsko skladali s temo duševne krhkosti, vključili v pregled. S sledečim načinom smo uspeli najti še sedem dodatnih virov.



**Slika 1: PRISMA diagram**  
(Page, et al., 2021)

#### 2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 vsebuje vse raziskave, ki smo jih vključili v pregled literature. Tabelo sestavljajo podatki o avtorjih, leto objave, uporabljeno metodologijo, namen in cilje, vzorec z velikostjo in državo ter ključna spoznanja.

Skupno smo poiskali 17 znanstvenih člankov, ki osvetljujejo problematiko prepoznavanja duševne krhkosti in hkrati pojava krhkosti v splošnem. Dotaknili smo se tudi teme potreb po dodatnih znanjih med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti. Izmed sedemnajstih člankov jih je dvanajst takih, ki so bili napisani po letu 2020. Najstarejša raziskava, ki smo jo vključili v pregled literature, je bila izvedena leta 2017, najnovejša pa leta 2025.

Naše rezultate sestavljajo štiri glavne raziskovalne zasnove: kvalitativna in kvantitativna zasnova, mešane metode in sistematični pregled literature. Po hierarhiji dokazov po Polit in Beck (2021) se med raziskave z najvišjo dokazno močjo uvršča raziskava, ki so jo opravili Peterson, et al. (2025), in sicer mešanih metod. Šest raziskav smo uvrstili med kvalitativno raziskovalno zasnovo (Taylor, et al., 2017; Gobbens, et al., 2022; Frost, et al., 2024; Klesiora, et al., 2024; France, et al., 2023; Huang, et al., 2025) in dve med sistematični pregled literature (Xiong, et al., 2024; Flyum, et al., 2025). Večji delež raziskav se po hierarhiji dokazov uvršča med raziskave z nižjo dokazno vrednostjo. To so raziskave kvalitativne metodologije, ki v našem pregledu literature skupno znašajo osem člankov (Britton, 2017; Ivanoff, et al., 2018; Buist, et al., 2019; Coker, et al., 2019; Papadopoulou, et al., 2021; Avgerinou, et al., 2021; Kennedy, et al., 2021; Cheslock, et al., 2024). Kljub temu da imajo raziskave nižjo dokazno moč, ponujajo globlji vpogled in boljše razumevanje znanja in prepoznavanja duševne krhkosti med zdravstvenimi strokovnjaki, kakšna je njihova vsakodnevna praksa in kompetentnost pri delu z duševno krhkimi posamezniki. Namen vključenih člankov je raziskati, kakšna so mnenja zdravstvenih strokovnjakov, stališča in njihovo razumevanje duševne krhkosti, identificirati ovire in spodbujevalne dejavnike, ki vplivajo na pravočasno in učinkovito obravnavo duševne krhkosti, ter kako in s katerimi orodji jo prepoznavajo.

V pregled literature smo vključili tri skupine zdravstvenih strokovnjakov: medicinske sestre, farmacevte in zdravnike družinske medicine. Vzorce devetih raziskav sestavljajo različni zdravstveni profili, ki vključujejo medicinske sestre, večsah socialne delavce, fizioterapevte, delovne terapevte in ponekod tudi zdravnike družinske medicine (Taylor, et al., 2017; Ivanoff, et al., 2018; Buist, et al., 2019; Coker, et al., 2019; Kennedy, et al., 2021; Avgerinou, et al., 2021; Gobbens, et al., 2022; Frost, et al., 2024; Flyum, et al., 2025). Raziskav, ki vključujejo le medicinske sestre, je šest (Britton, 2017; Papadopoulou, et al., 2021; France, et al., 2023; Xiong, et al., 2024; Huang, et al., 2025; Peterson, et al., 2025). Raziskave, ki vključujejo zdravnike družinske medicine kot del celotnega vzorca, poleg drugih zdravstvenih profilov, so štiri (Ivanoff, et al., 2018; Avgerinou, et al., 2021; Kennedy, et al., 2021; Frost, et al., 2024). Edini, ki pod drobnogled postavljajo le zdravnike, so Cheslock, et al. (2024). Perspektivo starejših

odraslih pa ponuja raziskava, ki so jo opravili Klesiora, et al. (2024) v Grčiji, ki smo jo vključili, da bi ugotovili, na kakšen način razmišljajo starejši odrasli in kako to vpliva na prepoznavanje duševne krhkosti med zdravstvenimi strokovnjaki. Raziskav, ki bi vključevale farmacevte, nismo našli.

Ne glede na raziskovalni vzorec vse raziskave, bodisi tiste, ki vključujejo le medicinske sestre, celotne zdravstvene time ali le zdravnike, prihajajo do podobnih ključnih ugotovitev. V ospredje smo postavili ugotovitev, da med medicinskimi sestrami prihaja do velikega primanjkljaja na področju znanja in izobraževanja o krhkosti na sploh, še posebej na področju duševne krhkosti (Flyum, et al., 2025). Ugotavljamo, da med medicinskimi sestrami in zdravniki prihaja do neenotnih definicij krhkosti (Avgerinou, et al., 2021; Cheslock, et al., 2024; Huang, et al., 2025). Pokazala se je velika potreba zdravstvenih strokovnjakov po dodatnih izobraževanjih (Coker, et al., 2019).

Velike vrzeli v delu z duševno krhkimi posamezniki ne predstavlja le pomanjkanje znanja in izobraževanj, temveč tudi pomanjkanje orodij za prepoznavanje krhkosti v vsakodnevni klinični praksi in uporaba lastne intuicije (Britton, 2017; Taylor, et al., 2017; Ivanoff, et al., 2018; Buist, et al., 2019; Coker, et al., 2019; Kennedy, et al., 2021; Avgerinou, et al., 2021; Papadopoulou, et al., 2021; France, et al., 2023; Xiong, et al., 2024; Cheslock, et al., 2024; Flyum, et al., 2025; Peterson, et al., 2025). Peterson, et al. (2025) ugotavljajo, da medicinske sestre znake duševnih stisk spremljajo, vendar niso seznanjene z ocenjevalnimi orodji. Ivanoff, et al. (2018) ter Britton (2017) ugotavljajo, da medicinske sestre pri ocenjevanju krhkosti najraje uporabljajo lastno presojo, delovne izkušnje in intuicijo namesto standardiziranih orodij. Pojavlja se negotovost pri načinu uporabe presejalnih in ocenjevalnih orodij, kdo jih uporablja in na kakšen način (Buist, et al., 2019).

Deloma pomanjkanju uporabe standardiziranih orodij botrujejo organizacijske stiske, kot so npr. pomanjkanje časa, kadra, visoki pritiski na delovnem mestu, fragmentirana zdravstvena oskrba, nezadostno interdisciplinarno sodelovanje in pomanjkanje smernic (Ivanoff, et al., 2018; Papadopoulou, et al., 2021).

Zaradi skromnega števila virov, ki smo jih dobili na temo duševne krhkosti, smo se morali opreti tudi na vire, ki govorijo o krhkosti na splošno, ki vključujejo tudi vidik duševne krhkosti. Neposredno duševno krhkost ali različne vidike duševne krhkosti, kot so demenca, težave s spominom, duševne stiske ipd., naslavlja raziskave Ivanoff, et al. (2018), Coker, et al. (2019), Avgerinou, et al. (2021), Gobbens, et al. (2022), Xiong, et al. (2024), Klesiora, et al. (2024) in Peterson, et al. (2025). Deset drugih raziskav naslavlja krhkost kot celoto (Britton, 2017; Taylor, et al., 2017; Buist, et al., 2019; Papadopoulou, et al., 2021; Kennedy, et al., 2021; France, et al., 2023; Frost, et al., 2024; Cheslock, et al., 2024; Huang, et al., 2025; Flyum, et al., 2025). Raziskave smo vključili, saj smo želeli pridobiti več informacij o tem, kakšno je znanje o krhkosti, katere del je tudi duševna krhkost, na kakšen način jo ocenjujejo in prepoznavajo ter kakšna je potreba po dodatnih znanjih med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti. Nekatere raziskave smo vključili, da bi pridobili boljše razumevanje krhkosti ne le med medicinskimi sestrami, ampak tudi med zdravniki. Takšna je npr. raziskava Cheslock, et al. (2024), ki kot vzorec navaja zdravnike.

**Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov**

Avtor	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Avgerinou, et al., 2021	Kvalitativna raziskava	Namen raziskave je ugotoviti, kako strokovnjaki primarne zdravstvene oskrbe dojemajo in kakšen je njihov odnos do krhkosti v državi, kjer geriatrija ni priznana kot specialno znanje.	31 strokovnjakov s primarnega področja zdravstva (zdravniki družinske medicine, interne medicine oz. zdravniki s primarne ravni, medicinske sestre in patronažne medicinske sestre s primarne ravni), Grčija	Večina sodelujočih je imela omejeno predhodno znanje o krhkosti. Krhkost povezujejo s staranjem in kroničnimi obolenji. Nekateri povezujejo krhkost z duševno in čustveno dimenzijo – osamljenost, depresija, psihosomatske težave, drugi jo povezujejo s telesno ali socioekonomsko dimenzijo. Ovire za prepoznavo krhkosti so povezane z zdravstvenim sistemom, zlasti pomanjkanje zadostne količine časa za posvet in natančno oceno stanja, fragmentirana zdravstvena oskrba ter pomanjkanje kadra in multidisciplinarnih enot. Ovira pri prepoznavanju krhkosti je tudi pomanjkanje izobrazbe in znanja o ocenjevalnih orodjih.

Avtor	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				Izpostavljena je potreba po dodatnih izobraževanjih.
Britton, 2017	Kvalitativna raziskava	Raziskati izkušnje medicinskih sester pri ocenjevanju krhkosti in načrtovanju intervencij.	6 medicinskih sester, Anglija	Ugotavlja se neznanje pri pravilnem ocenjevanju krhkosti, nerazumevanje vprašalnikov in presejalnih orodij, pomanjkljivo znanje o interpretaciji. Medicinske sestre so glede svojega znanja o krhkosti negotove in nesamozavestne. Zanašajo se zlasti na intuicijo in delovne izkušnje. Ovire predstavljajo tudi pomanjkanje časa, preobremenjenost in kadrovska stiska med medicinskimi sestrami. Zaželeno so dodatna usposabljanja in vpeljevanje standardiziranih orodij za prepoznavo krhkosti v klinično prakso.
Buist, et al., 2019	Kvalitativna raziskava	Prepoznati dejavnike, ki ovirajo ali spodbujajo sodelovanje pri zgodnjem odkrivanju krhkosti, ter proučiti različna stališča raznih zdravstvenih strokovnjakov glede le-teh.	37 intervjuvanih, od tega 8 strokovnjakov s področja zdravstvene nege in socialnega dela, Norveška	Pojavlja se veliko negotovosti o najboljši strategiji za zgodnje odkrivanje krhkosti – katere instrumente uporabiti, kateri zdravstveni delavci so zadolženi za odkrivanje, v kateri skupini starejših odraslih itn. Temu botruje pomanjkanje časa tako med medicinskimi sestrami kot tudi med zdravniki družinske medicine. Prav tako se izpostavlja slaba povezava med izvajalci, saj prihaja do neustreznega izmenjevanja podatkov o stanju pacienta ter pomanjkanje enotnega informacijskega sistema. Izboljšave bi bile potrebne tudi na področju znanja o primernih pristopih za učinkovito zgodnje odkrivanje krhkosti.
Cheslock, et al., 2024	Kvalitativna raziskava	Namen raziskave je proučiti mnenja zdravnikov profesorjev o tem, kako opredeliti in prepoznati krhkost ter katere vidike	24 zdravnikov z zaključeno specializacijo v geriatriji, ZDA	Zdravniki (natančneje specialisti geriatrije) poročajo o nerazumevanju koncepta krhkosti in same definicije ter kako krhkost vključiti v načrt zdravljenja. Oviro predstavlja tudi predhodno izobraževanje, ki se osredotoča na specifična bolezenska stanja. Za specializante je pomembno izpostaviti identifikacijo s

Avtor	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
		in podrobnosti bi bilo treba izpostaviti pri poučevanju specializantov.		potrjenimi orodji, pomen multidimenzionalnosti oskrbe ter vključevanje krhkosti v načrt zdravljenja s pomočjo znanja in ocenjevalnih orodij. Pomembno je tudi poznavanje definicije. Med zdravniki se pojavlja neenotnost glede tega, katero ocenjevalno orodje uporabiti.
Coker, et al., 2019	Kvalitativna raziskava	Namen raziskave je proučiti, kako zaposleni v zdravstvu z različnih področij dojemajo krhkost, če imajo skupno razumevanje, in kako ocenjujejo krhkost v vsakdanji praksi.	22 zaposlenih v zdravstvu (pomočniki, medicinske sestre s področja psihiatrije in iz primarnega zdravstva, delovni terapevti, socialni delavci, fizioterapevti), Anglija	Sodelujoči v raziskavi pravijo, da je krhkost skupek medsebojno povezanih dejavnikov – psihičnih, telesnih, dejavnikov duševnega zdravja, socialnih, okoljskih in ekonomskih. Kot kazalnik krhkosti so navedli zlasti mobilnost. Kronične težave v duševnem zdravju so prav tako vzrok krhkosti. Izguba spomina, demenca in Alzheimerjeva bolezen negativno vplivajo na opravljanje vsakodnevnih aktivnosti. Izgubo neodvisnosti in socialne vključenosti spodbujajo negativna čustva, zaradi česar pogosto zavračajo pomoč, vključevanje v rehabilitacijske programe, kar prav tako vpliva na telesni vidik krhkosti. Sodelujoči so negotovi glede uporabe ocenjevalnih orodij, vsako področje se osredotoča na drug vidik krhkosti, npr. fizioterapevti na telesni, medicinske sestre na zdravstveni vidik. Potrebno je dodatno izobraževanje in interdisciplinarno sodelovanje.
Flyum, et al., 2025	Sistematični pregled literature	Pregledati literaturo o tem, kako opisujejo krhkost pri starejših odraslih ključne osebe, ki imajo neposreden stik s krhkostjo.	26 raziskav	Medicinske sestre pri zgodnjem odkrivanju krhkosti vodi predvsem intuicija. Temu botruje pomanjkanje znanja o krhkosti in o načinih odkrivanja krhkosti ter ocenjevanja le-te. Izpostavijo pomanjkanje standardiziranih orodij za ocenjevanje krhkosti in usposabljanja. Medicinske sestre se pogosto spopadajo

Avtor	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				tudi s časovno stisko in pomanjkanjem resursov.
France, et al., 2023	Presečna raziskava	Raziskati stanje presejanja krhkosti ter poiskati ovire in spodbujevalne dejavnike pri presejanju krhkosti med medicinskimi sestrami.	228 medicinskih sester, Kanada	Medicinske sestre najraje uporabljajo intuicijo pri določanju krhkosti med starejšimi odraslimi. Uporaba presejalnih orodij se uporablja redkeje. Presejanje se ne izvaja rutinsko. Medicinske sestre izražajo potrebo po izobraževanju. Poudarjajo, da ni dovolj izobraževanja o uporabi presejalnih orodij.
Frost, et al., 2024	Presečna raziskava	Namen raziskave je izboljšati razumevanje krhkosti in natančneje raziskati stališča zdravstvenih delavcev. Cilj je razumeti, kako obvladujemo krhkost, ugotoviti potrebe po usposabljanju delavcev in stopnjo samozavesti pri obvladovanju in prepoznavanju krhkosti.	137 zdravstvenih strokovnjakov (medicinske sestre, fizioterapevti, delovni terapevti, zdravniki, dietetiki, farmacevti idr.), Združeno kraljestvo	Raziskava poroča o pomanjkljivem formalnem izobraževanju zdravstvenih strokovnjakov o krhkosti. Večina zdravstvenih strokovnjakov se pri ocenjevanju in upravljanju krhkosti počuti samozavestno. Prav tako večina (71 %) njih rutinsko opravljajo prepoznavanje krhkosti, vendar ne vsi. Kot omejitve navajajo pomanjkljivo podporo in resurse. Le 38 % zdravnikov navaja formalno izobraževanje o prepoznavanju krhkosti, večina bi želela dodatno izobraževanje. Ugotavlja se omejen pretok informacij med interdisciplinarnim timom. Izpostavlja se potreba po dodatnem izobraževanju.
Gobbens, et al., 2022	Kvantitativna raziskava	Namen je raziskati mnenja medicinskih sester, ki delajo s starejšimi odraslimi o konceptu krhkosti.	251 anketirancev, člani oddelka za geriatrijo, Nizozemska	Krhkost se večinoma proučuje s telesnega vidika, redkeje se osredotoča na psihološki vidik – najpogosteje se omenja le demenca. Medicinske sestre menijo, da je za obvladovanje demence pomembna razvita in učinkovita mreža izvajalcev, tudi družinskih zdravnikov. Med najpogostejšimi omejitvami pri doseganju obvladovanja krhkosti naštejejo časovne stiske in finančne omejitve. Prav tako bi bilo potrebno dodatno izobraževanje o krhkosti.

Avtor	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Huang, et al., 2025	Presečna raziskava	Razumeti raven znanja ter prakse in stališča med medicinskimi sestrami glede obvladovanja krhkosti. Ugotoviti dejavnike, ki vplivajo na stališča, prakso in znanja, ter pojasniti medosebne odnose le-teh.	524 medicinskih sester, Kitajska	Znanje, praksa in stališča so medsebojno povezani pri obvladovanju krhkosti. Boljše znanje so izkazale medicinske sestre s področja geriatrije in starejše medicinske sestre. V splošnem raziskava ugotavlja nezadostno raven znanja medicinskih sester, pri čemer veliko njih še vedno ne pozna definicije krhkosti, a izkazujejo pozitivna stališča glede le-te. Ugotovitve kažejo na znaten primanjkljaj na področju usposabljanja in ozaveščenosti, zato se priporoča dodatne izobraževalne programe in organizacijsko podporo. Prav tako je bila izražena potreba po motivacijskih strategijah.
Ivanoff, et al., 2018	Kvalitativna raziskava	Raziskati izkušnje zdravstvenih strokovnjakov glede celovite geriatrične ocene pri krhkih starejših ljudeh.	46 zdravstvenih delavcev (delovni terapevti, medicinske sestre, zdravniki družinske medicine, socialni delavci), Švedska	Medicinske sestre ocenjujejo krhkost prek lastnih izkušenj, ne toliko z uporabo standardiziranih orodij. Izraženo je pomanjkanje smernic in rutin. Osebe nima kompetenc ali veščin za uporabo presejalnih orodij. Sodelujoči navajajo, da je včasih težko prepoznati skrite potrebe posameznikov, kot so npr. kognitivne težave ali duševne stiske, saj jih pogosto ne želijo deliti z zdravstvenimi strokovnjaki. Ovire pri prepoznavanju krhkosti so: fragmentiranost zdravstvene oskrbe in nepovezanost različnih zdravstvenih profilov, neizkušnost delavcev, težave z resursi, pomanjkanje časa.
Kennedy, et al., 2021	Kvalitativna raziskava	Namen je raziskati pogled na krhkost s strani zdravstvenih delavcev na primarni ravni, pacientov in vodstvenih organov.	17 zdravstvenih delavcev (fizioterapevti, poslovođe, medicinske sestre, zdravniki družinske medicine, delovni terapevti, socialni delavci) in trije pacienti, Irska	Večinoma krhkost opredeljujejo kot multidimenzionalen pojav. Le peščica sodelujočih je bila deležna usposabljanja. Pri slednjih je bilo opaženo večje poznavanje in zaznavanje krhkosti. Prav vsi sodelujoči pa so navedli, da pri prepoznavanju krhkosti uporabljajo intuicijo in se pri tem počutijo samozavestni.

Avtor	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				Strinjajo se, da bi uporaba standardiziranih presejalnih orodij povečala točnost ocene krhkosti. Oskrba poteka fragmentirano, zdravniki družinske medicine pogosto delujejo ločeno od interdisciplinarnega tima. Priporoča se izobraževanje.
Klesiora, et al., 2024	Presečna raziskava	Raziskati raven osamljenosti, socialne izolacije in krhkosti med starejšimi odraslimi.	218 starejših odraslih, ki so stari vsaj 65 let in imajo omejeno sposobnost samooskrbe, Grčija	Močnejši občutki osamljenosti so bili prepoznani pri udeležencih s krhkostjo na vseh področjih – telesnem, psihološkem in socialnem. Krhkost je statistično povezana z visoko stopnjo osamljenosti. Začetna osamljenost lahko napoveduje napredovanje krhkosti. Kronične bolezni slabšajo občutke osamljenosti, kar vpliva tudi na čustveno in psihološko stanje. Medicinske sestre lahko prepoznajo številne vzroke in posledice krhkosti, pri čemer se osredotočajo na socialno in psihološko krhkost. Pri tem je ključno izobraževanje, zlasti patronažnih medicinskih sester, saj sta diagnoza krhkosti in občutek osamljenosti soodvisna.
Papadopoulou, et al., 2021	Kvalitativna raziskava	Raziskati razumevanje krhkosti med patronažnimi medicinskimi sestrami, usposabljanje in uporabo izobraževalnih gradiv o krhkosti, učne potrebe v zvezi s prepoznavanjem, ocenjevanjem in obravnavo oseb s krhkostjo.	17 patronažnih medicinskih sester, Škotska	Medicinske sestre krhkost prepoznava na različne načine, prek celostnih ocen, včasih z uporabo strokovne presoje, ki temelji na poklicnih izkušnjah. Izražajo potrebo po standardiziranem orodju za oceno krhkosti. Prav tako so mnenja, da so potrebna dodatna izobraževanja o krhkosti, zlasti na področju uporabe orodij za ocenjevanje krhkosti. Slabe kadrovske zmogljivosti in omejeni finančni viri vplivajo na možnost strokovnega razvoja zaposlenih, zaradi česar so kadri vse bolj obremenjeni in le težka ohranjajo kakovost zdravstvene oskrbe. Izpostavljajo, da so časovne

Avtor	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				stiske, delovne obremenitve in pomanjkanje kadra ter slaba koordinacija storitev oteževalni dejavniki za prepoznavanje krhkosti.
Peterson, et al., 2025	Mešane metode	Namen raziskave je bil opredeliti dejavnike, ki lajšajo ali zavirajo zagotavljanje oskrbe starejšim odraslim v akutni oskrbi, ter oceniti učinkovitost specializiranega usposabljanja za zdravstveno osebje.	63 medicinskih sester v akutni oskrbi, Kanada	Znanje medicinskih sester o krhkosti je slabo. Na področju duševnega zdravja so pogledi sodelujočih dokaj raznoliki. V splošnem večinoma poročajo, da vedenjske težave, demenco, občutke tesnobe ali potrtosti ter delirij spremljajo pozorno. Osebe večinoma ni seznanjeno z razpoložljivimi orodji za zaznavanje delirija. Medicinske sestre pogosto odpovedo pri prepoznavanju delirija, prav tako je prisotno pomanjkanje znanja o kognitivnih motnjah in metodah ocenjevanja le-teh. Izpostavljena je potreba po dodatnem izobraževanju. V raziskavi so ugotovili, da se kljub usposabljanju o krhkosti znanje medicinskih sester ni spremenilo. Navajajo pomanjkanje časa, pomanjkanje kadra in delovne obremenitve.
Taylor, et al., 2017	Kvantitativna raziskava	Namen raziskave je odkriti ovire pri identifikaciji krhkosti in poiskati najboljšo prakso pri upravljanju s sindromom krhkosti.	402 zdravstvena delavca z različnih zdravstvenih področij, Anglija	Ugotovljeno je bilo pomanjkljivo razumevanje krhkosti in pomanjkanje enotne definicije, prav tako je izpostavljena slaba ozaveščenost o ocenjevalnih orodjih. Raziskava izpostavlja problem obstojne identifikacije pacientov, torej zanašanje na izkušnje, ne na ocenjevalna orodja. Problem predstavlja tudi pomanjkanje časa in resurov ter nezadostno izobraževanje s področja krhkosti. Pojavlja se tudi nezaupanje v kredibilnost kliničnega stanja krhkosti.
Xiong, et al., 2024	Sistematični pregled literature	Raziskati trenutne prakse zdravstvene nege glede uporabe ocene kognitivnih stanj pri	24 raziskav, ki so zajemale ocene medicinskih sester	Raziskava ugotavlja, da je v akutni bolnišnični oskrbi pogosto spregledana celostna ocena, ki vključuje tudi kognicijo. Do tega prihaja bodisi, ker medicinske sestre niso dovolj izobražene, bodisi zaradi neprepoznavanja

Avtor	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
		nevroloških pacientih.		pomembnosti in pomena kognitivne ocene. Le polovica odraslih prejme kognitivno ocenjevanje. Ustreznih standardiziranih orodij za oceno kognitivnega stanja starejših odraslih primanjkuje. Uvedeno je bilo izobraževanje z namenom izboljšanja znanja in samozavesti, ki je prineslo dobre rezultate, vendar se prepričanje, da je ocena kognitivnega stanja pomemben del diagnoze, ni bistveno spremenilo.

Rezultate smo razporedili v tabelo, v kateri smo sintetizirali več tem in kod (tabela 4). Tabela je razporejena na teme, kode in avtorje. V tematski analizi smo skupno sintetizirali tri teme in 19 kod. Tema 1 predstavlja »pomanjkanje orodij za prepoznavanje krhkosti«. Dodelili smo ji tri kode, in sicer pomanjkanje standardiziranih orodij, uporaba lastne presoje in intuicije. Tema 1 skupno vključuje 13 raziskav. Pod temo 2 smo identificirali neustrezno ali pomanjkljivo znanje. Sem spada sedem kod, ki v splošnem naslavlajo pomanjkanje samozavesti, negotovosti v lastno delo, definicije, pomen krhkosti in potrebo po dodatnih izobraževanjih. Pod temo 2 smo uvrstili vseh 17 raziskav. Pod temo 3 smo zbrali težave na organizacijski ravni in ji dodelili devet kod. Kode opisujejo kadrovsko stisko, obremenitve na delovnem mestu, težave z resursi, financami, nezadostno medpoklicno sodelovanje in fragmentiranost zdravstvene oskrbe. Tema 3 vključuje 13 raziskav (tabela 4).

**Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah**

Tema	Kode	Avtorji
T1: Pomanjkanje orodij za prepoznavanje krhkosti	Pomanjkanje standardiziranih orodij – uporaba lastne presoje pri ocenjevanju – uporaba intuicije	Papadopoulou, et al., 2021; Flyum, et al., 2025; Xiong, et al., 2024; France, et al., 2023; Buist, et al., 2019; Ivanoff, et al., 2018; Britton, 2017; Taylor, et al., 2017; Avgerinou, et al., 2021; Cheslock, et al., 2024; Coker, et al., 2019; Kennedy, et al., 2021; Peterson, et al., 2025.

Tema	Kode	Avtorji
T2: Neustrezno ali pomanjkljivo znanje	Neizkušenosť zdravstvenih delavcev – nepoznavanje definicije – nepoznavanje pomena krhkosti – negotovost o strategiji za prepoznavanje krhkosti – pomanjkanje samozavesti – negotovost v lastno delo – dodatna usposabljanja/izobraževanja	Papadopoulou, et al., 2021; Peterson, et al., 2025; Flyum, et al., 2025; Klesiora, et al., 2024; Xiong, et al., 2024; France, et al., 2023; Gobbens, et al., 2022; Buist, et al., 2019; Ivanoff, et al., 2018; Britton, 2017; Huang, et al., 2025; Frost, et al., 2024; Taylor, et al., 2017; Avgerinou, et al., 2021; Cheslock, et al., 2024; Coker, et al., 2019; Kennedy, et al., 2021.
T3: Težave na organizacijski ravni	Pomanjkanje časa – kadrovska stiska – fragmentiranost zdravstvene oskrbe – nezadostno interdisciplinarno sodelovanje – pritiski na delovnem mestu – visoka obremenjenost – pomanjkanje vodenja – pomanjkanje enotnega informacijskega sistema – pomanjkanje smernic	Papadopoulou, et al., 2021; Peterson, et al., 2025; Flyum, et al., 2025; Xiong, et al., 2024; Gobbens, et al., 2022; Buist, et al., 2019; Ivanoff, et al., 2018; Britton, 2017; Frost, et al., 2024; Taylor, et al., 2017; Avgerinou, et al., 2021; Coker, et al., 2019; Kennedy, et al., 2021.

## 2.5 RAZPRAVA

Krhkost je multidimenzionalen pojav, ki ga sestavlja več vidikov: telesni, socialni, okoljski, ekonomski in duševni vidik, ki smo ga proučevali v našem diplomskem delu. Duševno krhkost se pogosto omenja le v kontekstu osamljenosti, ki lahko napove napredovanje krhkosti. Duševne stiske in kognitivne težave starejših odraslih pogosto ostanejo neprepoznane, spregledane (Gobbens, et al., 2022). Razlogi za to so različni in vključujejo na eni strani prikrivanje lastnih stisk in težav s strani posameznikov, na drugi pomanjkljivo usposobljenost in znanje zdravstvenih delavcev ter odsotnost ali nepravočasnost izvajanja presejanja, ki bi omogočilo zgodnje odkrivanje krhkosti (Ivanoff, et al., 2018; Xiong, et al., 2024). Ker je krhkost pojem, ki je še vedno predmet negotovosti, smo v našem pregledu literature želeli osvetliti problem prepoznavanja, znanja in potreb po izobraževanju o duševni krhkosti. Postavili smo si dva cilja; ugotoviti, kakšno je znanje medicinskih sester, zdravnikov družinske medicine in farmacevtov o

duševni krhkosti, ter ugotoviti, kakšne so potrebe slednjih zdravstvenih strokovnjakov po dodatnih znanjih. Skladno s cilji smo si zadali dve raziskovalni vprašanji. Na raziskovalni vprašanji odgovarjajo teme 1, 2 in 3, ki smo jih sintetizirali tekom pregleda literature.

Tema 1 predstavlja pomanjkanje standardiziranih orodij za prepoznavanje krhkosti. Z negotovostmi glede uporabe ocenjevalnih orodij se soočajo tako medicinske sestre kot tudi zdravniki. Veliko medicinskih sester ne uporablja ocenjevalnih orodij, temveč se zanašajo na lastno intuicijo, izkušnje ali obposteljno identifikacijo krhkosti pri pacientu (Britton, 2017; Taylor, et al., 2017; Ivanoff, et al., 2018; Coker, et al., 2019; Buist, et al., 2019; Papadopoulou, et al., 2021; Kennedy, et al., 2021; France, et al., 2023; Flyum, et al., 2025). Raziskava, ki so jo opravili Warnier, et al. (2021), poroča, da nekatere medicinske sestre lastno klinično presojo ocenjujejo kot pomembnejšo od rezultatov standardiziranih orodij. Kljub temu prihaja do soglasja, da so presejalna orodja koristna v vsakodnevni praksi, vendar se uporabljajo za ocenjevanje le določenih vidikov krhkosti, kot je delirij ali tveganje za padce. Delno odstopanje se pojavi le pri raziskavi, ki so jo opravili Frost, et al. (2024), v kateri so ugotovili, da se večina zdravstvenih strokovnjakov počuti samozavestne pri upravljanju s krhkostjo, prav tako večina rutinsko uporablja standardizirana orodja za oceno. Glede krhkosti so pozitivno naravnani. Podobno navaja tudi raziskava Kennedy, et al. (2021), ki pravi, da so sodelujoči samozavestni pri postavljanju diagnoze krhkosti, vendar pri tem ne uporabljajo standardiziranih orodij, temveč intuicijo. Kljub temu so kritični do uporabe intuicije in pravijo, da bi uporaba standardiziranih orodij pripomogla k boljši in natančnejši oceni krhkosti.

Ambagtsheer, et al. (2019) v raziskavi ugotavljajo, da nihče od sodelujočih zdravnikov družinske medicine ni uporabljal formalnih orodij za postavitev diagnoze krhkosti. Večinoma so se zanašali na svojo intuicijo, kar potrjuje tudi več člankov, vključenih v naš pregled literature, ki se nanašajo na time medicinskih sester. Oceno so podajali glede na pogostost srečanj s posamezniki, zanašali so se na opozorilna znamenja, kot so vedno pogostejši obiski pri zdravnikih, depresija, polifarmacija, izguba telesne teže, poslabšanje sluha, slabša osebna higiena in splošna samostojnost. Nekateri zdravniki družinske medicine priznajo, da z uporabo intuicije in neformalnih ocenjevalnih orodij lahko zamudijo priložnost za zgodnje odkrivanje krhkosti. Naklonjeni so ideji, da bi se uvedlo

presejanje, ko posamezniki dosežejo določeno starost, vendar se zavedajo, da bi jim to v praksi prineslo več delovnih obremenitev ob že tako obremenjenem urniku. Ogroženim posameznikom predlagajo preventivne dejavnosti, kot so trening za mišično moč, aktivnost, prehranske intervencije ipd., vendar se pogosto srečujejo z odporom in nizko motivacijo.

Nan, et al. (2022) potrjujejo, da so zdravstveni delavci glede ocenjevalnih orodij in vpeljevanja le-teh v vsakodnevno klinično prakso pozitivno naravnani. Poudarja, da primanjkuje primernih presejalnih orodij, ki bi bila multidimenzionalna. To pomeni, da vključujejo oceno bolečine, funkcionalne zmogljivosti, prehrano, farmakološko terapijo in psihološko plat. Poleg multidimenzionalnosti je pomembno, da so orodja hitra in enostavna ter z visoko mero točnosti. Oviro predstavljajo tudi neznanje in negotovosti zdravstvenih delavcev glede načina uporabe obstoječih ocenjevalnih orodij, kdaj jih uporabiti in kako interpretirati rezultate. Drugo plat istega kovanca pa predstavljajo starejši odrasli, ki se identifikacije krhkosti pogosto bojijo ter se izogibajo ocenjevanju in orodjem zaradi še vedno zelo prisotnih stereotipov in negativne konotacije staranja.

Nizko motivacijo krhkih posameznikov lahko deloma pojasni ugotovitev La Grouw, et al. (2020). Krhki starejši, ki so doživeli poslabšanje zdravstvenega stanja in ocenjujejo svoje zdravje kot slabo ter imajo zahtevne zdravstvene težave, svojo negotovo prihodnost dojemajo kot nekoliko manj pomembno področje kot preteklost in sedanjost. Iz tega razloga ne sodelujejo najboljše v programih za obravnavo krhkosti, ki so usmerjeni s pogledom naprej. Pomembno je zlasti proučevanje notranje motivacije starejših odraslih pri spopadanju z lastno krhkostjo. Raziskava predstavlja novo perspektivo, in sicer da se težav pri obravnavi krhkosti ne da rešiti zgolj s poglobljanjem znanja o krhkosti. Potrebno je globlje razumevanje, ki bi pojasnjevalo, zakaj obravnava krhkosti in intervence, povezane z le-to, ne delujejo prav vsakič. Spodbuja se aktivna komunikacija med pacientom in zdravstvenim strokovnjakom, v katerem sta obe plati prepoznani kot smiselni in vredni. Na ta način se lahko zdravstveni strokovnjaki učinkovitejše odzovejo na potrebe bolnika, le-ti pa lahko izrazijo želje, ki morda ne sodijo v predlagani program zdravljenja.

Na prvo raziskovalno vprašanje, kakšno je znanje medicinskih sester, zdravnikov družinske medicine in farmacevtov o duševni krhkosti, odgovarja tema 2, ki zajema neustrezno ali pomanjkljivo znanje. Ta predstavlja središče našega pregleda literature. Ugotovili smo pomanjkljivo znanje ter pomanjkanje kompetenc in veščin medicinskih sester o krhkosti (Ivanoff, et al., 2018; Avgerinou, et al., 2021; Xiong, et al., 2024; Peterson, et al., 2025; Flyum, et al., 2025; Huang, et al., 2025). Zanimiva je ugotovitev Peterson, et al. (2025), ki navaja, da medicinske sestre vedenjske težave, delirij, občutke tesnobe in potrtosti spremljajo vestno. Kljub temu so v raziskavi prepoznali izrazito pomanjkanje znanja o kognitivnih motnjah in izobraževanjih. Deloma negotovost o pravem pomenu krhkosti lahko pripišemo neenotni definiciji pomena krhkosti (Taylor, et al., 2017; Cheslock, et al., 2024; Huang, et al., 2025). Raziskava, ki so jo izvedli Goldbach, et al. (2025), ugotavlja podobno, in sicer da nekateri krhkost primarno opredeljujejo kot telesno stanje, drugi pravijo, da gre za multidimenzionalen pojav. Poudarja, da je krhkost težko definirati, saj jo je težko razlikovati od drugih bolezenskih stanj, povezanih s staranjem. Navaja, da ima krhkost v splošnem tri glavne komponente – telesno, psihološko in socialno. Psihološki oz. kognitivni dejavniki, kot so demenca, izguba spomina idr., so v primerjavi z drugimi dimenzijami redko izpostavljeni. Vidik, ki ga prav tako izpostavlja raziskava, je, da na dojetje krhkosti s strani zdravstvenih strokovnjakov vplivajo tudi kulturno in delovno okolje.

Nejasnosti se pojavljajo tudi med zdravniki. Poročajo namreč o nerazumevanju koncepta krhkosti, imajo omejeno predhodno znanje in ne poznajo prave definicije. Težave imajo tudi z vključevanjem krhkosti v načrt oskrbe (Avgerinou, et al., 2021; Cheslock, et al., 2024). Negotovost pri identifikaciji krhkosti izpostavljajo tudi Korenvain, et al. (2018), ki opozarjajo na nejasnost glede tega, na katere vidike krhkosti se morajo zdravniki prvotno osredotočiti. Avtorji navajajo dilemo, ali naj se krhkost obravnava zgolj s področja telesnega zdravja ali bi morali enakovredno upoštevati tudi kognitivni upad. Rezultati raziskave so pokazali razlike med zdravniki, in sicer so se nekateri zdravniki osredotočali le na telesni vidik, medtem ko so drugi kot pomembno tveganje za pojav krhkosti prepoznali tudi kognitivno stanje. Pri identifikaciji krhkosti so zdravniki diagnosticirali krhkost na podlagi različnih dejavnikov, med drugim starosti, teže, kognitivnega statusa, telesnega in socialnega stanja ter na podlagi življenjskega okolja.

V drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kakšne so potrebe po dodatnih znanjih med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti. Medicinske sestre in zdravniki navajajo nizko raven formalnega izobraževanja o krhkosti, zato se poudarja potreba po dodatnem izobraževanju (Britton, 2017; Taylor, et al., 2017; Coker, et al., 2019; Papadopoulou, et al., 2021; Kennedy, et al., 2021; Avgerinou, et al., 2021; Gobbens, et al., 2022; France, et al., 2023; Frost, et al., 2024; Huang, et al., 2025; Peterson, et al., 2025). Izpostavlja se pomanjkanje samozavesti glede znanja in dela s krhkimi posamezniki (Britton, 2017). Frost, et al. (2024) ugotavljajo, da je bilo le 38 % zdravnikov deležnih formalnega izobraževanja o prepoznavanju krhkosti. Izpostavili so željo po dodatnih izobraževanjih. Warren, et al. (2022) so opravili raziskavo, ki pregleduje in ocenjuje izobraževalne programe o krhkosti. Ugotovili so, da so poročila o opravljenih izobraževalnih seminarjih omejena. Izobraževanja večinoma sestavljajo krajši seminarji, ki vključujejo teorijo, definicijo, prevalenco, zmotna prepričanja o krhkosti in način ocenjevanja le-te. Omejitve njihove raziskave so bila omejena poročila o opravljenih izobraževanjih. Sodelujoči so izpostavili, da bi si želeli več aktivnega učenja, torej praktičnega znanja, ne le teorije. V večini so izidi pozitivni, saj izobraževanja pripomorejo k izboljšanju znanja in dela v kliničnih okoljih.

Temo 3 ali težave na organizacijski ravni naslavlja avtorji, kot so Taylor, et al. (2017), Britton (2017), Ivanoff, et al. (2018), Buist, et al. (2019), Papadopoulou, et al. (2021), Avgerinou, et al. (2021), Kennedy, et al. (2021), Gobbens, et al. (2022), Frost, et al. (2024), Peterson, et al. (2025) in Flyum, et al. (2025). Med najpogosteje omenjenimi izzivi so pomanjkanje kadra, izrazite časovne stiske, velike obremenitve na delovnem mestu in nezadostni finančni resursi. Težave na organizacijski ravni naslavlja tudi fragmentirano oskrbo, ki se osredotoča na posamezna bolezenska stanja in ne na celovit pristop, ki bi upošteval vse vidike krhkosti. S tovrstnimi težavami se ne srečujejo le timi medicinskih sester, temveč tudi zdravniki na primarni ravni zdravstvenega varstva. Zdravniki na primarni ravni poročajo o pomanjkanju časa za celovito obravnavo in poglobljen, temeljit posvet o kompleksnih težavah, s katerimi se sooča krhek posameznik (Ivanoff, et al., 2018; Buist, et al., 2019; Avgerinou, et al., 2021; Kennedy, et al., 2021; Frost, et al., 2024; Cheslock, et al., 2024).

Pomembnost urejenih organizacijskih in sistemskih vidikov pri obvladovanju duševne krhkosti poudarja tudi raziskava, ki so jo opravili Hanipah, et al. (2025). V pregledu literature so ugotovili, da ponudniki zdravstvenih storitev pogosto ne prilagajajo zdravstvenih intervencij posamezniku, pristop do duševno krhkih starejših odraslih je splošen in ne dovolj individualiziran. Problem predstavljata tudi dostopnost in razpoložljivost zdravstvenih storitev, vključno z rehabilitacijskimi programi in timi, ki so interdisciplinarni. Poudarja pomembnost aktivnega vključevanja posameznikov v program zdravljenja, saj s tem duševno krhke posameznike opolnomočimo in ponudimo možnost soodločanja pri oblikovanju načrta zdravljenja.

### 2.5.1 Omejitve raziskave

Raziskava, ki smo jo opravili, je imela nekaj omejitev, ki so bistvenega pomena pri analizi dobljenih rezultatov. Pomembno je izpostaviti, da diplomsko delo sestavljala le peščica izbranih znanstvenih virov, zato naše ugotovitve morda ne predstavljajo popolne slike s področja znanja, prepoznavanja in potreb po dodatnih znanjih med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti. Diplomsko delo je prav tako temeljilo na člankih, ki so napisani v angleškem jeziku in ne zajemajo slovenskih ali drugih virov, zaradi česar smo morda spregledali določena pomembna spoznanja.

Omejitev je bil tudi omejen nabor vključene raziskovalne metodologije raziskav v našem pregledu literature. Prevladovali so namreč viri kvalitativnega raziskovalnega pristopa. Kljub temu da je slednja zasnova omogočala poglobljen uvid in boljše razumevanje teme duševne krhkosti, ki smo jo proučevali, primanjkuje kvantitativnih raziskav, ki bi pripomogle k objektivnosti predstavljenih rezultatov.

Krhkost je prav tako področje, ki je še vedno predmet raziskovanja. Opazili smo pomanjkanje enotnih definicij in različna razumevanja krhkosti. Področje duševne krhkosti je zlasti slabše raziskano, zaradi česar smo se morali opreti tudi na raziskave, ki zajemajo krhkost v celoti, ne le duševnega vidika krhkosti. Omejitev je predstavljala tudi slaba številčnost raziskav, ki bi vključevale zdravnike družinske medicine in farmacevte,

zaradi česar smo težka dobili poglobljen uvid v znanje in potrebe po dodatnih znanjih le-teh.

### 2.5.2 Doprinos za stroko in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Naš pregled literature je prispeval k stroki zdravstvene nege v splošnem, zlasti pa na področju zdravstvene nege na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Osvetlil je namreč veliko pomanjkanje na področju znanja, prepoznavanja in potreb po dodatnih znanjih med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti. Zanimanje za krhkost se povečuje, kljub temu pa apeliramo, da se nadaljnje raziskave usmerijo zlasti na področje duševne krhkosti, ki ostaja zanemarjeno. Zaradi slabe raziskanosti se duševna krhkost ne prepozna kot samostojna kategorija, temveč le kot del splošnega pojava krhkosti. Pojavila se je tudi potreba po poenotenju definicije.

Priložnost za poglobljanje razumevanja duševne krhkosti smo opazili tudi v dodatnih izobraževanjih omenjenih zdravstvenih strokovnjakov in tudi drugih, ki so del zdravstvene obravnave duševne krhkosti. Izobraževanja bi morala biti praktično usmerjena in ne le teoretične narave.

Za doseganje kakovostne in varne zdravstvene nege bi bilo smotrno razviti enotno, kratkotrajno, enostavno in učinkovito ocenjevalno orodje za prepoznavanje duševne krhkosti. Poleg tega smo opazili nujnost izobraževanja zdravstvenih strokovnjakov za pravilno uporabo in interpretacijo slednjih orodij.

Pri nadaljnjem raziskovanju smo opazili priložnost za vključitev različnih poklicnih skupin, zlasti farmacevtov, ne le medicinskih sester in zdravnikov družinske medicine. Pomembna je tudi vključitev posameznikov z duševno krhkostjo, ki bi lahko ponudili svojo perspektivo. Tako bi lahko lažje razumeli težave, na katere naletijo, in ponudili ustrezne rešitve.

Navsezadnje bi bile potrebne velike organizacijske in sistemske spremembe, ki bi rešile kadrovske stisko, časovne obremenitve in omogočile boljše medpoklicno sodelovanje in celostno oskrbo.

### 3 ZAKLJUČEK

Kljub naraščajočemu zanimanju za krhkost je duševni vidik krhkosti še vedno pogosto zanemarjen in spregledan. Malo je raziskav, ki bi se osredotočale le na duševno krhkost, še manj pa je takih, ki bi proučevale različne perspektive zdravstvenih strokovnjakov.

Naša raziskava je osvetlila problem slabega znanja in prepoznavanja duševne krhkosti med medicinskimi sestrami, zdravniki družinske medicine in farmacevti. Pokazala se je tudi velika potreba po dodatnih znanjih, saj večina zdravstvenih strokovnjakov ni imela predhodnega izobraževanja o krhkosti.

Težave nastajajo tudi pri učinkovitem prepoznavanju duševne krhkosti in krhkosti nasploh, saj trenutno še nimamo razvitega standardiziranega orodja, s katerim bi lahko hitro in učinkovito identificirali duševno krhkost. Zaradi tega se zdravstveni strokovnjaki zanašajo zlasti na lastne izkušnje in intuicijo.

Pokazala se je nujnost po organizacijskih spremembah, saj medicinske sestre, zdravniki družinske medicine in farmacevti nimajo dovolj časa, soočajo se s pomanjkanjem kadra, velikimi delovnimi obremenitvami, zaradi česar oskrba duševno krhkih posameznikov ni celostne narave, temveč je fragmentirana.

Menimo, da naša spoznanja prinašajo več zavedanja o duševni krhkosti in spodbudo, da se o le-tej več govori. Tako bomo duševno krhkost lahko hitreje prepoznali in omogočili boljšo oskrbo ter posledično izboljšali kakovost življenja ogroženih posameznikov. Za nadaljnje raziskave predlagamo, da se poglobijo v duševno krhkost kot samostojen vidik krhkosti in raziščejo, kakšno bi bilo optimalno orodje, s katerim bi najlažje in najbolj učinkovito odkrivali duševno krhkost.

## 4 LITERATURA

Ambagtsheer, R.C., Archibald, M.M., Lawless, M., Mills, D., Solomon, Y. & Beilby, J., 2019. General practitioners' perceptions, attitudes and experiences of frailty and frailty screening. *Australian Journal of General Practice*, 48(7), pp. 426-433. 10.31128/AJGP-11-18-4757.

Aveyard, H., 2014. *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide*. 3rd ed. London: Open University Press.

Avgerinou, C., Kotsani, M., Gavana, M., Andreou, M., Papageorgiou, D.I., Roka, V., Symintiridou, D., Manolaki, C., Soulis, G. & Smyrnakis, E., 2021. Perceptions, attitudes and training needs of primary healthcare professionals in identifying and managing frailty: a qualitative study. *European Geriatric Medicine*, 12(2), pp. 321-332. 10.1007/s41999-020-00420-0.

Britton, H., 2017. What are community nurses experiences of assessing frailty and assisting in planning subsequent interventions?. *British Journal of Community Nursing*, 22(9), pp. 440-445. 10.12968/bjcn.2017.22.9.440.

Buist, Y., Rijken, M., Lemmens, L., Baan, C. & de Bruin, S., 2019. Collaborating on Early Detection of Frailty; a Multifaceted Challenge. *International Journal of Integrated Care*, 19(2), pp. 1-10. 10.5334/ijic.4176.

Cheslock, M., Nahas, A., Orkaby, A.R. & Schwartz, A.W., 2024. Teaching Frailty to Medical Residents: A Needs Assessment Among Geriatrics Faculty. *The Journal of frailty & aging*, 13(2), pp. 189-192. 10.14283/jfa.2024.26.

Coker, J.F., Martin, M.E., Simpson, R.M. & Lafortune, L., 2019. Frailty: an in-depth qualitative study exploring the views of community care staff. *BMC Geriatrics*, 19(1), pp. 1-12. 10.1186/s12877-019-1069-3.

Doody, P., Lord, J.M., Greig, C.A. & Whittaker, A.C., 2023. Frailty: Pathophysiology, Theoretical and Operational Definition(s), Impact, Prevalence, Management and Prevention, in an Increasingly Economically Developed and Ageing World. *Gerontology*, 69(8), pp. 927-945. 10.1159/000528561.

Eurostat, 2019. *Ageing Europe – looking at the lives of older people in the EU*. [pdf] Publications Office of the European Union. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19-681-EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893?t=1631631350686> [Accessed 23 March 2025].

Flyum, I.R., Gjevjon, E.R., Eklund, A.J. & Borglin, G., 2025. What do we know about nursing practice in relation to functional ability limitations, frailty and models of care among older people in home and facility-based care: A scoping review. *BMC Nursing*, 24(1), pp. 406-446. 10.1186/s12912-025-02948-7.

France, J., Lalonde, M., McIsaac, D.I., Squires, J.E. & Backman, C., 2023. Facilitators and Barriers to Nurses Screening for Frailty in Acute Care in a Provincial Health-Care System: a Survey Study Guided by the Theoretical Domains Framework. *Canadian Geriatrics Journal*, 26(2), pp. 266-275. 10.5770/cgj.26.650.

Frost, R., Robinson, K., Gordon, A., Caldeira de Melo, R., Villas Boas, P.J.F., Azevedo, P.S., Hinliff-Smith, K. & Gavin, J.P., 2024. Identifying and Managing Frailty: A Survey of UK Healthcare Professionals. *Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society*, 43(4), pp. 402-412. 10.1177/07334648231206321.

Gabrijelčič Blenkuš, M. & Jakovljević, M., 2017. Poskus definiranja krhkosti v okviru projekta AHA.si. *Javno zdravje*, 1(1), pp. 98-99. 10.26318/JZ-01-11.

Gobbens, R.J., Vermeiren, S., Van Hoof, A. & Van der Ploeg, T., 2022. Nurses' Opinions on Frailty. *Healthcare*, 10(9), pp. 1-14. 10.3390/healthcare10091632.

- Goldbach, R.D.J., Bunt, S., Jager-Wittenaar, H., Finnema, E.J. & Hobbelen, J.S.M., 2025. Exploring frailty perspectives of older people and professionals: a systematic integrative review. *Ageing and Society*, 45(9), pp. 1892-1924. 10.1017/S0144686X2400028X.
- Hanipah, J.M, Ludin, A.F.M., Singh, D.K.A., Subramaniam, P. & Shahar, S., 2025. Motivation, barriers and preferences of lifestyle changes among older adults with frailty and mild cognitive impairments: A scoping review of qualitative analysis. *PloS ONE*, 20(1), pp. 1-18. 10.1371/journal.pone.0314100.
- Huang, X., Zhou, H., Feng, Y., Li, M., Wang, R., Fang, G., Lu, L., Chen, J. & Jiang, W., 2025. Knowledge, attitude, and practice of frailty management among clinical nurses: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 25(1), pp. 1-11. 10.1186/s12877-025-05776-1.
- Ivanoff, S.D., Duner, A., Eklund, K., Wilhelmsson, K., Liden, E. & Holmgren, E., 2018. Comprehensive geriatric assessment of frail older people: ideals and reality. *Journal of Interprofessional Care*, 32(6), pp. 728-734. 10.1080/13561820.2018.1508130.
- Kennedy, F., Galvin, R. & Horgan, N.F., 2021. Managing frailty in an Irish primary care setting: A qualitative study of perspectives of healthcare professionals and frail older patients. *Journal of frailty, sarcopenia and falls*, 6(1), pp. 1-8. 10.22540/JFSF-06-001.
- Klesiora, M., Tsaras, K., Papathanasiou, I.V., Malliarou, M., Bakalis, N., Kourkouta, L., Melas, C. & Klesiaris, C., 2024. Frailty Assessment and Its Impact on Loneliness among Older Adults Receiving Home-Based Healthcare during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*, 12(16), pp. 1-12. 10.3390/healthcare12161666.
- Korenvain, C., Famiyeh, I.M., Dunn, S., Whitehead, C.R., Rochon, P.A. & McCarthy, L.M., 2018. Identifying frailty in primary care: a qualitative description of family physicians' gestalt impressions of their older adult patients. *BMC family practice*, 19(1), pp. 1-7. 10.1186/s12875-018-0743-4.

Kresal, F., Šubej, T. & Amon, M., 2022. Povezanost krhkosti starejših odraslih in covid19. *Revija za zdravstvene vede*, 9(1), pp. 69-79. 10.55707/jhs.v9i1.122.

La Grouw, Y., Bannink, D. & van Hout, H., 2020. Care Professionals Manage the Future, Frail Older Persons the Past. Explaining Why Frailty Management in Primary Care Doesn't Always Work. *Frontiers in medicine*, 7, p. 489. 10.3389/fmed.2020.00489.

Nan, J., Duan, Y., Wu, S., Liao, L., Li, X., Zhao, Y., Zhang, H., Zeng, X. & Feng, H., 2022. Perspectives of older adults, caregivers, healthcare providers on frailty screening in primary care: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Geriatrics*, 22(1), pp. 1-12. 10.1186/s12877-022-03173-6.

Ofori-Asenso, R., Chin, K.L., Mazidi, M., Zomer, E., Ilomaki, J., Zullo, A.R., Gasevic, D., Ademi, Z., Korhonen, M.J., LoGiudice, D., Bell, J.S. & Liew, D., 2019. Global Incidence of Frailty and Prefrailty Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 2(8), p. e198398. 10.1001/jamanetworkopen.2019.8398.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). 10.1136/bmj.n71.

Panhwar, Y.N., Naghdy, F., Naghdy, G., Stirling, D. & Potter, J., 2019. Assessment of frailty: a survey of quantitative and clinical methods. *BMC Biomedical Engineering*, 1(7), pp. 1-20. 10.1186/s42490-019-0007-y.

Papadopoulou, C., Barrie J., Andrew, M., Martin, J., Birt, A., Duffy, F.R. & Hendry, A., 2021. Perceptions, practices and educational needs of community nurses to manage

frailty. *British Journal of Community Nursing*, 26(3), pp. 136-142. 10.12968/bjcn.2021.26.3.136.

Peterson, J.E., Fowler, S.A., Faig, K.J., Yetman, L.M. & Feltmate, P.J.G., 2025. Frailty Focused Enhancements to Seniors' Hospital Care (FrESH): a Mixed Methods Study Reporting the Efficacy of Specialized Education for Front-line Staff. *Canadian Geriatrics Journal*, 28(2), pp. 145-153. 10.5770/cgj.28.823.

Pišek, Š., 2020. *Razširjenost in pojavnost sindroma krhkosti pri starejših odraslih v Sloveniji v primerjavi z ostalimi evropskimi državami: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2021. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Study Reporting the Efficacy of Specialized Education for Front-line Staff.

Potisek, R. & Gabrovec, B., 2019. Ekonomsko breme krhkosti. *Kakovostna starost*, 22(1), pp. 30-44.

Skela Savič, B. & Gabrovec, B., 2018. Management of frailty at individual level – Frailty prevention: narrative literature review from the perspective of the European Joint Action on frailty – ADVANTAGE JA. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), pp. 252-263.

Skela Savič, B. & Hvalič Touzery, S., 2020. Znanje, odnos in dojemanje dela s starejšimi osebami pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše: eksplorativna razsikava. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), pp. 38-51.

Statistični urad Republike Slovenije (SURS), 2024. *Prebivalstvena piramida ali vaza?*. [online] Available at: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/13075> [Accessed 20 March 2025].

Statistični urad Republike Slovenije (SURS), n.d., *Mediana in modus*. [online] Available at: <https://www.stat.si/stedy/opisivanje-podataka/medijan> [Accessed 20 March 2025].

Taylor, J.K., Fox, J., Shah, P., Ali, A., Hanley, M. & Hyatt, R., 2017. Barriers to the identification of frailty in hospital: a survey of UK clinicians. *Future Healthcare Journal*, 4(3), pp. 207-212. 10.7861/futurehosp.4-3-207.

Warnier, R.M.J., van Rossum, E., Du Moulin, M.F.M.T., van Lottum, M., Schols, J.M. G.A. & Kempen, G.I.J.M., 2021. The opinions and experiences of nurses on frailty screening among older hospitalized patients. An exploratory study. *BMC Geriatrics*, 21(1), pp. 1-9. 10.1186/s12877-021-02586-z.

Warren, N., Gordon, E., Pearson, E., Siskind, D., Hilmer, S.N., Etherton-Beer, C., Hanjani, L.S., Young, A.M. Reid, N. & Hubbard, R.E., 2022. A systematic review of frailty education programs for health care professionals. *Australasian Journal on Ageing*, 41(4), pp. e310-e319. 10.1111/ajag.13096.

Xiong, J., Bhimani, R., McMahon, S. & Anderson, L., 2024. How Do Nurses Assess Cognition in Adults With Neurological Conditions? A Scoping Review. *Rehabilitation Nursing*, 49(5), pp. 169-182. 10.1097/RNJ.0000000000000470.

Zhao, J., Liu, J., Tyrovolas, S. & Mutz, J., 2023. Exploring the concept of psychological frailty in older adults: a systematic scoping review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 159, pp. 300-308. 10.1016/j.jclinepi.2023.05.005.