



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**OCENA POJAVNOSTI DEPRESIJE,
TESNOBE IN STRESA MED OSKRBOVANC
IN ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI V
DVEH DOMOVIH ZA STAREJŠE NA
GORENJSKEM V ČASU EPIDEMIJE COVID-
19 – ŠTUDIJA PRIMERA**

**ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF
DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS
AMONG RESIDENTS AND NURSING STAFF
IN TWO NURSING HOMES IN THE
GORENJSKA REGION DURING THE COVID-
19 EPIDEMIC – A CASE STUDY**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar
Somentorica: red. prof. dr. Polona Selič

Kandidatka: Vanda Cerar

Ljubljana, januar, 2023

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju, doc. dr. Branku Bregarju, za strokovne nasvete in usmeritve pri nastajanju magistrskega dela. Prav tako se zahvaljujem somentorici prof. dr. Poloni Selič in recenzentkama doc. dr. Heleni Jeriček Klanšček in doc. dr. Radojki Kobentar za recenzijo magistrskega dela.

Najlepša hvala vodstvu obeh domov za starejše na Gorenjskem, ki sta sprejela sodelovanje v raziskavi, in vsem anketirancem, ki so si vzeli čas in odgovorili na vprašalnik. Posebej hvala tudi vsakemu intervjuvancu, ki je razkrili lasten pogled in občutke na epidemijo COVID-19 in tako pripomogel k bogatejšemu zaključku magistrskega dela.

Prav tako se zahvaljujem statistiku gospodu Urošu Mitroviću pri obdelavi statističnih podatkov in lektorici gospe Katji Vidmar za lektoriranje magistrskega dela.

Posebno sem hvaležna svoji družini in partnerju za razumevanje, potrpežljivost in vse spodbudne besede v času študija. Hvala!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V domovih za starejše so epidemija COVID-19 in ukrepi preprečevanja širjenja okužbe močno posegli v organizacijo dela in spremenili način življenja. Takratna pojavnost okužbe z virusom SARS-CoV-2 je bila med oskrbovanci velika, povečala se je smrtnost, ravno tako se je povečevalo tudi breme zaposlenih. Poleg poslabšanja telesnega zdravja so spremembe posegle tudi v duševno zdravje posameznika.

Cilj: Cilj magistrskega dela je bil ugotoviti pojavnost depresije, tesnobe in stresa med epidemijo COVID-19 ter razumevanje posledic epidemije med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi dveh domov za starejše.

Metoda: Izvedli smo mešano metodo raziskovanja. V kvantitativnem delu je med junijem in oktobrom 2021 sodelovalo 101 (82,78 %) od skupno 122 (100 %) oskrbovancev in 87 (80 %) zaposlenih v zdravstveni negi. Podatki so bili zbrani z vprašalnikom DASS-21. V kvalitativnem delu smo intervjuvali 10 oskrbovancev in 10 zaposlenih v zdravstveni negi. Za analizo podatkov je bila uporabljena opisna, bivariatna in multivariatna statistika. Metoda analize vsebine je bila uporabljena za analizo kvalitativnih empiričnih podatkov.

Rezultati: 66 (65 %) oskrbovancev in 55 (63 %) zaposlenih v zdravstveni negi ni kazala znakov težav v duševnem zdravju. Slabša splošna samoocena zdravja je bila povezana z višjim pojavom težav v duševnem zdravju pri oskrbovancih ($Z = -3,74$, $p = < 0,001$) kot zaposlenih ($Z = -3,26$, $p = 0,001$). Oskrbovanci in zaposleni so v kvalitativnem delu izpostavili tudi mnoge stiske, ki so bile povezane s težavami v duševnem zdravju.

Razprava: Razlogi za težave v duševnem zdravju so bili različni in kompleksni, vendar se lahko izpostavi, da je bil glavni dejavnik tveganja za pojav težav v duševnem zdravju njihova samoocena splošnega zdravja. Pomembno je, da se v prihodnje pripravimo na nove izzive, ki jih prinašajo take oziroma podobne krize in poskrbimo za zdravje najbolj ranljivega dela prebivalstva.

Ključne besede: duševno zdravje, stiske, starostniki, medicinska sestra, dom upokojencev, ukrepi preprečevanja širjenja okužbe, SARS-CoV-2

SUMMARY

Background: In homes for the elderly, the COVID-19 epidemic and measures to prevent the spread of the infection have greatly interfered with the organization of work and changed the way of life. At that time, the incidence of SARS-CoV-2 infections among patients was high and mortality increased as did the burden on employees. In addition to the deterioration of physical health, the changes also interfered with the individuals' mental health.

Aims: This master's thesis aims to determine the prevalence of depression, anxiety and stress during the COVID-19 epidemic and to understand the impacts of the epidemic on the patients and nursing care staff in two homes for the elderly.

Method: We conducted a mixed method research. Between June and October 2021, 101 (82.78%) out of a total of 122 (100%) patients and 87 (80%) nursing staff participated in the quantitative part. Data were collected using the DASS-21 questionnaire. In the qualitative part, we interviewed 10 residents and 10 nursing care employees. Descriptive, bivariate and multivariate statistics were used for data analysis. A content analysis method was used to analyse the qualitative empirical data.

Results: 66 (65%) residents and 55 (63%) nursing care employees showed no signs of mental health problems. Poorer overall level of self-rated health was associated with a higher prevalence of mental health problems in care recipients ($Z = -3.74$, $p = < 0.001$) than in employees ($Z = -3.26$, $p = 0.001$). In the qualitative part of the work, care recipients and employees also highlighted many hardships related to mental health problems.

Discussion: The reasons for mental health problems were varied and complex; however, it can be highlighted that the main risk factor for developing mental health problems was their self-rated general health. It is important that we prepare for the new challenges brought by such or similar crises in the future and take care of the health of the most vulnerable part of the population.

Key words: mental health, hardships, elderly people, nurse, retirement home, measures to prevent the spread of infection, SARS-CoV-2

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL.....	5
2.1 KLJUČNE INFORMACIJE O BOLEZNI COVID-19	5
2.2 POJAVNOST BOLEZNI COVID-19 V SVETU IN SLOVENIJI.....	7
2.3 ŽIVLJENJE V DOMOVIH ZA STAREJŠE V ČASU EPID. COVID-19.....	10
2.3.1 Organizacija dela domov za starejše v času epidemije COVID-19 v Sloveniji in tujini.....	12
2.4 POJAVNOST ZNAKOV DEPRESIJE, TESNOBE IN STRESA PRI OSKRBOVANCIH DOMA ZA STAREJŠE V ČASU EPID. COVID-19.....	16
2.5 POJAVNOST ZNAKOV DEPRESIJE, TESNOBE IN STRESA PRI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI DOMA ZA STAREJŠE V ČASU EPIDEMIJE COVID-19	19
3 EMPIRIČNI DEL	24
3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	24
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	25
3.3 METODE RAZISKOVANJA.....	27
3.3.1 Dizajn raziskave.....	27
3.3.2 Instrument raziskave	28
3.3.3 Udeleženci raziskave	30
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	33
3.3.5 Obdelava podatkov	34
3.4 REZULTATI.....	35
3.4.1 Rezultati kvantitativno zasnovanega dela raziskave – oskrbovanci doma za starejše	35
3.4.2 Rezultati kvant. zasnovanega dela raziskave – zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše.....	38
3.4.3 Preverjanje hipotez	43
3.4.4 Rezultati kvalit. zasnovanega dela raziskave – oskrbovanci doma za starejše....	47
3.4.5 Rezultati kvalitativno zasnovanega dela raziskave – zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše	55

3.5 RAZPRAVA.....	62
3.5.1 Oskrbovanci doma za starejše	63
3.5.2 Zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše.....	69
3.5.3 Omejitve raziskave	76
3.5.4 Priložnost za nadaljevanje raziskave	77
4 ZAKLJUČEK.....	78
5 LITERATURA.....	79
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT NAMENJEN ZAPOSLENIM V ZDRAVSTVENI NEGI	
6.2 INSTRUMENT NAMENJEN OSKRBOVANCEM DOMA ZA STAREJŠE	

KAZALO SLIK

Slika 1: Stopnja depresije, tesnobe in stresa vseh oskrbovancev doma za starejše.....	36
Slika 2: Skupna ocena depresije, tesnobe in stresa med prebolelimi in neprebolelimi oskrbovanci doma za starejše z okužbo COVID-19	37
Slika 3: Ocena splošnega zdravstvenega stanja oskrbovancev doma za starejše glede na obdobje pred in med epidemijo COVID-19	38
Slika 4: Stopnja depresije, tesnobe in stresa vseh zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše	40
Slika 5: Stopnja depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše glede na čas opravljenega dela v sivi ali rdeči coni	40
Slika 6: Stopnja tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše glede na čas opravljenega dela v sivi ali rdeči coni	41
Slika 7: Stopnja stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše glede na čas opravljenega dela v sivi ali rdeči coni	41

KAZALO TABEL

Tabela 1: Razlaga vrednotenja rezultatov posamezne podlestvice DASS-21	28
Tabela 2: Sociodemografski podatki oskrbovancev doma za starejše	31
Tabela 3: Sociodemografski podatki zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše ..	31
Tabela 4: Opisni podatki DASS-21 glede na spol, socialno podporo (obisk bližnjih) in prebolelost oskrbovancev doma za starejše	36
Tabela 5: Ocena zdravstvenega stanja oskrbovancev doma za starejše	37
Tabela 6: Opisni podatki DASS-21 glede na spol, delo v rdeči coni in izobrazbi pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše.....	39
Tabela 7: Ocena zdravstvenega stanja zaposlenih v zdra. negi doma za starejše	42
Tabela 8: Pojav depresije, tesnobe in stresa glede na delovno dobo, splošno oceno zdravja ter željo po zapuščanju poklica pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše.....	42
Tabela 9: Model dejavnikov za oceno depresije pri oskrbovancih doma za starejše	46
Tabela 10: Model dejavnikov za oceno tesnobe pri oskrbovancih doma za starejše	46
Tabela 11: Model dejavnikov za oceno stresa pri oskrbovancih doma za starejše	47
Tabela 12: Katego. in pripadajoče kode – oskrbovanci doma za starejše	55
Tabela 13: Katego. in pripadajoče kode – zaposleni v zdra. negi doma za starejše.....	62

SEZNAM KRAJŠAV

COVID-19	Corona Virus Inflammation Disease je poimenovanje bolezni, ki jo povzroča virus SARS-CoV-2.
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 oziroma slovensko akutni koronavirusni respiratorni sindrom, ki poimenuje ime virusa.
PCT	Preboleli, cepljeni, testirani.
RT-PCR	Real time polymerase chain reaction oziroma slovensko, verižna reakcija z vzvratno transkripcijo-polimerazo, je izraz za potrjevanje virusa SARS-CoV-2.
HAGT	Hitri antigenski test za ugotavljanje prisotnosti SARS-CoV-2 proteinov, ki nastajajo pri replikaciji virusa v respiratornih kužninah.
OVO	Osebna varovalna oprema.
DASS-21	Depression Anxiety Stress Scale oziroma vprašalnik, ki ocenjuje depresijo tesnobo in stres.
SPSS	Statistical Package for Social Sciences oziroma slovensko statističen program za družboslovne znanosti.

1 UVOD

Danes je virus SARS-CoV-2 (ki povzroča bolezen COVID-19) realnost in je v svetu pustil velik pečat. Svetovna zdravstvena organizacija je zaradi hitrosti širjenja virusa SARS-CoV-2 in števila obolelih za COVID-19 po vsem svetu, 11. marca 2020 razglasila pandemijo (World Health Organization, 2020). Minister za zdravje je na območju Republike Sloveniji dan za tem razglasil epidemijo širjenja virusa SARS-CoV-2 (Odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) na območju Republike Slovenije, 2020). Izraz pandemija uporabljamo, kadar na velikem geografskem območju ugotovimo pojav nove okužbe ali bolezni z resnimi zdravstvenimi težavami, le-ta pa se hitro širi med ljudmi. Izraz epidemija je tako enakega pomena, vendar se le-ta pojavi na manjšem geografskem območju (Columbia University Mailman School of Public Health, 2021). Med prebivalci po zaključku epidemije COVID-19 še vedno vlada strah, saj je razsežnost COVID-19 vključno z ekonomskimi in zdravstvenimi vplivi oslabila javno zdravje in povzročila spremembe v vsakdanjem življenju mnogih ljudi (Lai, et al., 2020). Spremembe so prizadele celotno prebivalstvo na telesnem kot psihičnem nivoju človeškega delovanja, predvsem pa so posegle v življenje starostnikov (Lai, et al., 2020; Pelicioni & Lord, 2020). Skrb predstavljajo ranljive in izpostavljene skupine prebivalstva, kot so starostniki in zaposleni v zdravstvu (Banerjee, 2020; Lai, et al., 2020). Domovi za starejše so bili zaradi epidemije COVID-19 še posebej ogroženi (Kaelen, et al., 2021), zato ne smemo spregledati stisk starejših, nastanjenih v domu za starejše, in zaposlenih, ki opravljajo delo v domovih za starejše v obdobju epidemije COVID-19.

Zdravstveni delavci v domovih za starejše so že na splošno nizko plačana delovna sila, ki ima običajno slabe zaposlitvene pogoje in visoko delovno intenziteto, kar vpliva na odločitev pri zaposlovanju novega kadra (Leskovic, 2014; Araújo, et al., 2022). Poklic vključuje fizičen in čustven vidik. Delovni normativi za opravljanje storitev zdravstvene nege in oskrbe v domu za starejše so že dolgo minimalni, kader zaradi napornega dela odhaja na druga, lažja delovna mesta, prisoten je absentizem in fluktuacija, občasno pa zaradi preobremenitev nastajajo trenja tudi med zaposlenimi (Leskovic, 2014). Že na splošno ima vodstvo domov za starejše zaradi zgoraj opisanih težav vsakodnevne težave

pri organizaciji in nujenju storitev kakovostne zdravstvene nege in oskrbe oskrbovancem (Araújo, et al., 2022). Epidemija COVID-19 je zaposlene v zdravstveni negi doma za starejše še dodatno obremenila. Zaposleni v zdravstveni negi zaradi epidemije COVID-19 opisujejo več stresa kot običajno (Choudhury, et al., 2020; De Pablo, et al., 2020; Giorgi, et al., 2020; Hagger, et al., 2020; Huang, et al., 2020; Lai, et al., 2020; Nowicki, et al., 2020; Ruiz-Fernández, et al., 2020; Shechter, et al., 2020). Zaradi razširjenosti bolezni COVID-19 pri oskrbovancih doma za starejše se je v domovih za starejše spremenil način dela, predvsem pa se je zaradi pomanjkanja kadra povečala delovna obremenitev, kakovosti pri delu pa je zaradi preobremenitve vse manj (Araújo, et al., 2022). Zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše so se med epidemijo COVID-19 pri svojem delu srečevali s pomankanjem časa, pomankanjem socialne podpore, prostorskimi stiskami namestitve okuženih oskrbovancev, s pomankanjem ustrezne zaščitne opreme, s pritiski svojcev, soočanjem s smrtjo oskrbovancev in še bi lahko naštevali. Poleg vsega naštetega pa so bili zaposleni zaradi narave dela izpostavljeni še nalezljivi bolezni (Senczyszyn, et al., 2020; Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021). Zaposleni v domovih za starejše so v času epidemije COVID-19 navajali prisotnost stresa in izgorelosti predvsem zaradi preobsežnega dela z oskrbovanci, sodelovanja in zahtev njihovih svojcev ter nerazumevanja in odsotnost podpore nadrejenih (Araújo, et al., 2022).

Oskrbovanci doma za starejše spadajo med bolj ogrožene skupine prebivalstva za zbolevanje za boleznijo COVID-19. Razlogi ranljivosti so prenos okužbe iz zunanjega okolja v okolja, kjer živijo, hitrost prenosa iz osebe na osebo in oslabel imunski sistem oskrbovancev (Harrington, et al., 2020; Wang, et al., 2020). Dichter in sodelavci (2020) izpostavljajo, da so oskrbovanci doma za starejše bolj izpostavljeni okužbi z virusom SARS-CoV-2 kot pa starostniki nastanjeni v domači oskrbi, saj je kapaciteta starostnikov v domovih za starejše večja. Znano je, da je izmed vseh oseb, ki so umrle zaradi COVID-19, kar 33–65 % takih, ki so bili oskrbovanci domov za starejše v različnih evropskih državah (Comas-Herrera, et al., 2020). V obdobju epidemije COVID-19 so bili razlogi za hitrejši prenos virusa v domovih za starejše pomankanje osebja, fluktuacija, pomankanje osebne varovalne opreme, tehnična pomanjkljivost (prostorske pomanjkljivosti, slaba opremljenost s pripomočki, skupne kopalnice, skupne jedilnice in ostali prostori), izvedba

skupinskih dejavnosti, kot so rekreacije, ipd. Razlogi za večjo ranljivost pri oskrbovancih doma za starejše so tudi večja nagnjenost k poškodbi kože zaradi starosti, stalni invazivni posegi v telo (stalni urinski katetri, vzpostavljene intravenozne poti, ipd.), večja nagnjenost k okužbam zaradi oslabljenega imunskega sistema, zavračanje pitja tekočine, funkcionalne okvare, okvare sluha in vida ter kognitivne motnje (Stone, 2017). K širjenju virusa SARS-CoV-2 pripomore tudi zdravstvena in kognitivna oslabelelost oskrbovancev, saj le-ti kljub navodilom ne razumejo ukrepov preprečevanja širjenja virusa SARS-CoV-2 (Kaelen, et al., 2021). Zaradi možnosti hitrejšega širjenja virusa SARS-CoV-2 in strahom pred pridobitvijo bolezni in ukrepom, ki so sledili, je med oskrbovanci doma za starejše vladal strah (Kaelen, et al., 2021).

Z namenom, da bi zaustavili širjenje okužbe z virusom SARS-CoV-2 v domovih za starejše, je bilo potrebno delo znotraj ustanove reorganizirati, urediti strukturo prostorov, vzpostaviti različne cone, ki so se razlikovale po rizičnosti nameščenih oskrbovancev, opravljala so se redna testiranja, socialno življenje znotraj doma pa se je okrnilo (Dichter, et al., 2020; Giorgi, et al., 2020; Nowicki, et al., 2020; Senczyszyn, et al., 2020; Trabucchi & De Leo, 2020). Oskrbovanci domov za starejše so zaradi ukrepov preprečevanja širjenja virusa SARS-CoV-2 doživeli izgubo svobode, izgubo družbenega življenja in rekreacijskih dejavnosti, izgubili so avtonomijo, skratka, bili so prikrajšani za njihove osnovne fiziološke in psihološke potrebe (Kaelen, et al., 2021). To je imelo velik vpliv na njihovo duševno počutje, ki se je izražalo v občutku depresije, tesnobe in razočaranja ter zmanjšanju smisla in kakovosti življenja oskrbovancev (Simard & Volicer, 2020; Simonetti, et al., 2020). Epidemija COVID-19 je povečala tveganje za nastanek duševnih motenj. Kot posledico izčrpanosti in omejitev v prihodnosti pričakujemo porast le-teh (Jeriček Klanšček, et al., 2021). Osebe se je počutilo nepripravljeno na izzive, ki jih je prinesla epidemija COVID-19 (Senczyszyn, et al., 2020). Soočali so se s poklicnimi in etičnimi dilemami, počutili so se ujete med ukrepi in počutjem oskrbovancev (Dichter, et al., 2020; Giorgi, et al., 2020; Lai, et al., 2020; Nowicki, et al., 2020; Senczyszyn, et al., 2020; Simonetti, et al., 2020; Trabucchi & De Leo, 2020; Kaelen, et al., 2021).

Dejstvo je, da so bili domovi za starejše med epidemijo COVID-19 posebno izpostavljene institucije, kjer je vladala velika obremenjenost zaposlenih v zdravstveni negi in prenos

okužb, kar je lahko pogubno za oskrbovance domov za starejše, ki že tako veljajo za posebej ranljivo skupino glede obvladovanja zdravja. Z magistrskim delom želimo seznaniti javnost s potekom dela in življenjem v domovih za starejše v času epidemije COVID-19 in prisotnih stiskah, ki so se pojavljale med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi. V Sloveniji na temo pojavnosti depresije, tesnobe in stresa v domovih za starejše v času epidemije COVID-19 do sedaj ni bilo izvedenih raziskav v primerjavi s svetom, zato bomo v magistrskem delu ocenili pojavnost depresije, tesnobe in stresa ter občutkov povezanih z epidemijo COVID-19 med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi v dveh slovenskih domovih za starejše.

2 TEORETIČNI DEL

Krizne razmere, katerih vzrok je bila epidemija COVID-19, povečujejo občutljivost in ranljivost ljudi (Giorgi, et al., 2020). V času epidemije COVID-19 je bilo sprejetih več ukrepov za zaježitev širjenja okužbe. Seveda so bili ukrepi z vidika javnega zdravja pomembni, so pa spremenili način življenja vseh ljudi (Lai, et al., 2020). Domovi za starejše, v katerih biva večji del starostnikov in predstavljajo delovno mesto nekaj odstotkov zaposlenih v zdravstvu, so se znašli v velikih stresnih situacijah in stiskah (Araújo, et al., 2022). Oskrbovance je doletela socialna izolacija, sprememba dnevne rutine, izguba avtonomije, strah pred izgubo bližnjih, ipd. Odnos s sočlovekom je za večino starostnikov lahko edini socialni stik, vendar je bilo v času epidemije COVID-19 to težko zagotoviti (Kaelen, et al., 2021). Zaposleni v zdravstveni negi domov za starejše so ob obilici dela, negotovostjo pred epidemijo COVID-19, postali s strani oskrbovancev in njihovih svojcev še večja tarča nezadovoljstva (Dichter, et al., 2020; Giorgi, et al., 2020; Lai, et al., 2020; Nowicki, et al., 2020; Senczyszyn, et al., 2020; Trabucchi & De Leo, 2020; Kaelen, et al., 2021). Ob koncu vsakega vala epidemije COVID-19 je tako v domovih za starejše še vedno vladal strah. Še vedno trajajoči ukrepi so puščali občutek negotovosti, jemali so upanje vsem za normalno vzpostavitev življenja v domovih za starejše (Kaelen, et al., 2021).

2.1 KLJUČNE INFORMACIJE O BOLEZNI COVID-19

Decembra 2019 je v Kitajskem mestu Wuhan, na eni izmed glavnih tržnic z morskimi sadeži, vzniknilo več skrivnostnih primerov pljučnic z neznano etiologijo. Ljudje s pridruženimi boleznijo COVID-19 so pogosto navajali simptome in znake, povezane s povišano telesno temperaturo, občutkom težkega dihanja, nelagodjem v prsnem košu in kašelj. Okužba je bila za nekatere tako huda, da so potrebovali respiratorno podporo in nadaljnjo zdravljenje na oddelkih za intenzivno nego v bolnišnicah (Zhu, et al., 2019). Epidemiološka služba je ugotovila hiter prenos virusa z obolelega na zdravo osebo, visok reprodukcijski faktor in v hujših primerih celo smrt. Možnosti zdravljenja so bile neraziskane, kar je za zdravje ljudi predstavljalo veliko nevarnost (Lu, et al., 2020). Li in sodelavci (2020) so v svoji raziskavi opisali verjeten prenos virusa s človeka na človeka

kot posledico vdihavanja kontaminiranih kapljic iz onesnaženega zraka. Razmeroma hitro je bilo ugotovljeno tudi, da se virus širi z neposrednim in kontaktnim prenosom (Umakanthan, et al., 2020). V nekaj mesecih je virulenca virusa povzročila globalni izbruh bolezni COVID-19. Svetovna zdravstvena organizacija pa je širjenje virusa razglasila za izredne razmere v javnem zdravju in nastanek pandemije COVID-19 (Lu, et al., 2020).

Nastanek in rezervoar virusa SARS-CoV-2 (ang. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), ki povzroča bolezen COVID-19, izhaja iz naravnega okolja. Kar pomeni, da je virus vzniknil v živalskih vrstah. Krožeči virus je zelo podoben sevom, ki jih prenašajo divje živali. Vendar raziskovalne skupnosti po celem svetu še niso dosegle jasnega sklepa o določenem času, kraju in poti prenosa med vrstami, po katerih je SARS-CoV-2 vstopil v človeško populacijo (Leitner & Kumar, 2020). Wu in ostali (2021) so v svojem delu poudarili, da še vedno ni zbranih dovolj dokazov, da bi potrdili naravni izvor virusa SARS-CoV-2 na Kitajskem ali drugje. Tudi ni dokazov, ki bi podprli idejo, da se je v Wuhanu zgodila začetna prilagoditev z živali na človeka. Han in ostali (2021) poudarjajo, da je bila onesnaženost zraka povezana s povečanim tveganjem za bolezen COVID-19 in stopnjami umrljivosti v regijah s slabo kakovostjo zraka. Opisujejo tudi, da bi nizke temperature lahko dramatično podaljšale obstojnost virusa SARS-CoV-2 in povečale možnost prenosa okužbe preko hladnih verig ob zamrzovanju živil. Wu in sodelavci (2021) opozarjajo, da je bolezen COVID-19 problem globalnega zdravja, zato je globalno sodelovanje za obvladovanja okužbe/zdravja, nujno.

Bolezen COVID-19 odkrijemo z uporabo brisov (nazofarinksa, orofarinksa), sputuma in blata, rentgenske slike pljuč in dinamičnega spremljanja vnetnih mediatorjev (npr. citokinov) (Umakanthan, et al., 2020). Ena najbolj zanesljivih tehnik odkrivanja bolezni COVID-19 je virološko odkrivanje z RT-PCR (Real time polymerase chain reaction) oziroma slovenskim prevodom verižna reakcija z vzvratno transkripcijo-polimerazo. Nujno je, da se pri vseh vrstah boleznih dihal, ki imajo jasno simptomatiko, sočasno testira še z RT-PCR, saj so zaradi podobnosti kliničnih znakov in simptomov težko ločljivi od ostalih boleznih dihal, ki jih povzročajo drugi respiratorni virusi (Wu, et al., 2021). Ob samem začetku izbruha virusa in zdravljenju so na Kitajskem v bolnišnicah ob

zaključku bolezni COVID-19 preverjali kužnost pacientov z različnimi tehnikami. Glavna tehnika potrditve in zaključka karantene je bilo testiranje s testom RT-PCR. Za odpust iz bolnišnice ali prekinitev karantene so morali biti izpolnjeni tudi vsi ostali kriteriji: telesna temperatura, ki je bila v mejah normale dlje kot tri dni; odsotnost respiratornih simptomov; bistveno izboljšanje akutnih sprememb na slikah računalniške tomografije pljuč (CT) in dva zaporedna negativna rezultata RT-PCR testa v razmaku vsaj enega dneva (Lan, et al., 2020). Kasneje je za zgodnje odkrivanje in diagnozo pri pacientih s sumom na okužbo z virusom SARS-CoV-2, RT-PCR veljal za zlati standard (Wu, et al., 2021). Kasnejši algoritmi so za potrditev bolezni COVID-19 dovoljevali tudi uporabo HAGT (hitrih antigenskih testov) (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2021).

Z namenom, da bi se obvarovali pred boleznijo COVID-19, je pomembna konservativna oblika zaščite (D'Adamo, et al., 2020; Rios, et al., 2020). Talic in sodelavci (2021) so v meta analizi ugotovili statistično pomembno zmanjšanje incidence bolezni COVID-19 preko izvajanja nošenja mask in upoštevanja fizične distance. Opisali so tudi pomen umivanja in razkuževanja rok ter upoštevanje ukrepa izolacije za zmanjševanje prenosa virusa SARS-CoV-2. Rios in ostali (2020) poudarjajo še pomen čiščenja in dezinfekcijo okolja ter po potrebi opravljanje nadzora nad izvedenim ukrepom za preprečevanje širjenja virusa SARS-CoV-2. Posebno mesto ima tudi cepljenje, saj tudi ta prispeva k nadaljnjemu nadzoru nad pandemijo COVID-19, ni pa zadostna. Pomembno je stalno spoštovanje učinkovitih in trajnostnih ukrepov javnega zdravja (Talic, et al., 2021).

2.2 POJAVNOST BOLEZNI COVID-19 V SVETU IN SLOVENIJI

Prvi primer bolezni COVID-19 je bil zabeležen januarja 2020 na Kitajskem. Še istega meseca, 24. januarja 2020, so o prvem primeru bolezni COVID-19 poročali v Evropi (Francija). Marca 2020 je Svetovna zdravstvena organizacija širjenje virusa SARS-CoV-2 razglasila za pandemijo (World Health Organization, 2021). Statistični podatki poročajo, da je bilo do konca avgusta 2022 v svetu potrjenih 593.269.262 primerov bolezni COVID-19, vključno s 6.446.457 primerov smrti (World Health Organization, 2022).

V Sloveniji so prvi primer bolezni COVID-19 potrdili 4. marca 2020. Zaradi hitrega širjenja okužbe je bila epidemija uradno razglašena 12. marca 2020, trajala je 80 dni, preklicana pa je bila 31. maja 2020 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021). Z začetkom epidemije govorimo tudi o prvem (spomladanskem) valu naraščanja okužb z virusom SARS-CoV-2. Zakrajšek in Zupančič (2021) sta v analizi obolevnosti zaradi COVID-19 v Sloveniji v prvem valu oziroma od 31. marca 2020 do 1. maja 2020 ugotovili skupno 1473 okužb s SARS-CoV-2 ter da je bolezen COVID-19 v 56 % prizadel ženski spol v starosti petinosemdeset let in več, kar se je skladalo s podatki svetovnega merila. Ugotovili sta tudi, da je bolezen COVID-19 v prvem valu prizadel 22 % (323 oseb) oskrbovancev domov za starejše v Sloveniji. Pojav prve okužbe s SARS-CoV-2 v domu za starejše v Sloveniji je bila zabeležena v Metliki (Ministrstvo za zdrave, 2020a). V Sloveniji je v obdobju prvega vala naraščanja okužb za virusom SARS-CoV-2 umrlo 123 oseb, od tega je bilo 74 % oskrbovancev doma za starejše. Umrle ženske v domu za starejše so bile v povprečju stare sedeminosemdeset let. Osebe, ki so umrle s potrjeno okužbo COVID-19, so v povprečju umrle v petnajstih dneh po potrjeni okužbi. Podatki in primerjava s svetom je v prvem valu bila težja, saj so obstajale razlike v pristopih testiranja na COVID-19, razlike pri beleženju vzrokov smrti in registraciji smrti. Zaradi hitrega trenda naraščanja obolelih za COVID-19 je vlada kmalu po razglasitvi epidemije ustavila javni promet (Odlok o začasni prepovedi in omejitvah javnega prevoza potnikov v Republiki Sloveniji, 2020), uvedla gospodarske omejitve, zaprla restavracije (Odlok o spremembi Odloka o začasni prepovedi ponujanja in prodajanja blaga in storitev potrošnikom v Republiki Sloveniji, 2020), zaprla šole in univerze (Sklep o začasnem zadržanju izvrševanja, 2020) in začasno prepovedala zbiranja ljudi na javnih prostorih (Odlok o začasni prepovedi zbiranja ljudi zaradi preprečevanja okužb s SARS-CoV-2, 2020), kar je vplivalo celotno prebivalstvo, tudi na oskrbovance in zaposlene v zdravstveni negi.

V začetku septembra 2020 je v Sloveniji nastopil drugi epidemiološki val (jesenski val). Število okužb je strmo naraščalo, povečevala se je zasedenost bolnišnic, prav tako pa je naraščalo tudi število smrti (Kamenšek, et al., 2021). Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2021) je bilo od začetka razglašene epidemije COVID-19 do decembra 2021 v Sloveniji skupno potrjenih 415.192 okužb s SARS-CoV-2. Od tega je bilo 13.109

potrjenih okužb s SARS-CoV-2 med oskrbovanci domov za starejše. Število umrlih, pri katerih je bila okužba s SARS-CoV-2 potrjena v osemindvajsetih dneh pred smrtjo, je bilo pri celotni populaciji v Sloveniji zabeleženih 7596 smrtnih žrtev, od tega 2190 zabeleženih smrtnih žrtev med oskrbovanci doma za starejše (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021). V Slovenijo je 26.12. 2020 prispela pošiljka cepiv proti COVID-19, kar je vplivalo na nadaljni potek širjenja virusa SARS-CoV-2 in intenziteto obolevnosti. Prednostno so bili lahko sprva cepljeni oskrbovanci doma za starejše, ranljivi posamezniki in najbolj izpostavljeni delavci (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2020b).

Marca 2021 so se okužbe SARS-CoV-2 ponovno začele povečevati, delno tudi zaradi pojava novih bolj nalezljivih sevov virusa. To obdobje je bilo opisano kot tretji val (Iftexhar, et al., 2021). V začetku aprila 2021 je bilo s strani Vlade Republike Slovenije razglašeno popolno zaprtje države v namen zaježitve in obvladovanje širjenja okužbe s SARS-CoV-2, ki pa se je še konec istega meseca začelo postopno sproščati (Začasno zadržanje izvrševanja 2. člena Zakona o interventnih ukrepih za omilitev in odpravo posledic epidemije COVID-19, 2020). V veljavo je vstopil pogoj izkazovanja PCT (preboleli, cepljeni, testirani) kot obveza za večji del družbenega življenja (Odlok o načinu izpolnjevanja pogoja prebolelosti, cepljenja in testiranja za zaježitev širjenja okužb z virusom SARS-CoV-2, 2021). Še istega leta jeseni se je povečevalo število okužbe s SARS-CoV-2, vrh je bil zabeležen novembra 2021, takrat tudi zasledimo opis četrtega vala. Decembra 2021 so v Sloveniji potrdili tudi pojav prvega primera različice omikron (Vlada Republike Slovenije & Ministrstvo za zdravje, 2021). Z majem 2022 so prenehali veljati vsi začasni ukrepi, ki so bili sprejeti z namenom preprečevanja in obvladovanja širjenja okužb SARS-CoV-2 (Odlok o prenehanju veljavnosti Odloka o začasnih ukrepih za preprečevanje in obvladovanje okužb z nalezljivo boleznijo COVID-19, 2022). Slovenija je v primerjavi s preostalimi evropskimi državami v začetku leta 2022 dosegala visoka povprečja pojavnosti okužbe s SARS-CoV-2, novih in aktivnih primerov COVID-19 na 100.000 prebivalcev (COVID-19 sledilnik, 2022).

2.3 ŽIVLJENJE V DOMOVIH ZA STAREJŠE V ČASU EPIDEMIJE COVID-19

Stanje in življenje v domovih za starejše opisujejo predvsem tuji avtorji (Dichter, et al., 2020; Schlaudecker, 2020; Trabucchi & De Leo, 2020; Verbeek, et al., 2020; Low, et al., 2021; Araújo, et al., 2022). Opisujejo, da je epidemija COVID-19 domove za starejše našla povsem nepripravljene, poglobila je že nastalo krizo, ki je bila mnogim očem nevidna (Trabucchi & De Leo, 2020). Domovi za starejše so navzven delovali in še vedno delujejo organizirano, vendar so za mnoge zaposlene delovni pogoji fizično težki in čustveno prenaporni, zaradi česar je povpraševanje za delo veliko manjše kot drugod (Araújo, et al., 2022). Strokovne skupine v Sloveniji so zaposlenim v domovih za starejše za zajezitev in obvladovanje širjenja epidemije COVID-19 nudile strokovno pomoč in usmerjanje, vendar so zaradi izjemnih situacij, kot so kadrovska podhranjenost in infrastrukturna pomankljivost, breme in skrb za bolne in potencialno bolne oskrbovance domov v celoti prepustile zaposlenim in vodstvu doma (Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021, p. 14). Ob že prisotni kadrovski podhranjenosti in prilagoditvi na razmere, ki jih je prinesela epidemija COVID-19, je vodstvo institucij v svetu in Sloveniji predstavljal velik izziv (Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021; Araújo, et al., 2022). V prvem valu pojava COVID-19 so bile bolnišnične kapacitete v Sloveniji prezasedene, zato so mejno bolni oskrbovanci doma za starejše največkrat ostali v že nastanjenih institucijah v upanju po pridobitvi ustrezne zdravstvene oskrbe. Vodstvo doma se je zavedalo, da ob razsežnosti okužbe s SARS-CoV-2, nezadostni oziroma odsotni osebni varovalni opremi, arhitekturnim pomanjkljivostim ter prenizkim številom zaposlenih, temu ne bo kos (Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021). Predstavniki vodstev domov za starejše po Sloveniji so zatrjevali, da je potrebno oskrbovance z okužbo SARS-CoV-2 namestiti zunaj domov, medtem ko sta Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve temu nasprotovali. Pri tem se je rušil pomen socialno-varstvenih ustanov, kajti le-te niso negovalne bolnišnice in za tovrstno zdravstveno oskrbo nimajo primerne opreme, niti zadostnega kadra ter ne primerno urejenih prostorov (Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021). Anketa opravljena v Sloveniji je pokazala, da 86 % socialno varstvenih zavodov in domov za starejše nima ustrezno vzpostavljenih con zaradi arhitekturne zasnove, 93 % socialno

varstvenih zavodov in domov za starejše nima ustreznih tehničnih zmogljivosti in kar 98 % socialno varstvenih zavodov in domov za starejše nima dovolj kadra za varno in kakovostno delo znotraj ustanov ob pojavu okužb SARS-CoV-2 (Društvo Amnesty International Slovenije, 2020). Vodstvo domov je v krajšem časovnem obdobju prejelo različne usmeritve za delo, kar je za organizacijo predstavljalo veliko obremenitev. Pri tem se je nižala raven običajne nege in oskrbe pri oskrbovancih brez okužbe s SARS-CoV-2, saj so zaposleni bili primorani usmeriti vso pozornost v preprečevanje širjenja okužbe. Oskrbovanci niso bili deležni obravnave vseh življenjskih aktivnosti, prikrajšani so bili do dodatnih obrokov, socialni stiki niso bili zagotovljeni vsem, prav tako so bili pomanjkljivo informirani o dogodkih in stanjih. Prihajalo je do pomankanja osebne varovalne orpeme (OVO), zaposleni so zaradi preobsežnosti dela zavračali predloge o povečanih obsegih testiranja. Vodenje statističnih podatkov ni bilo vedno mogoče. Pojavljale pa so se tudi težave z izplačili kriznih dodatkov ipd., kar je posledično vplivalo na nezadovoljstvo ključnih zaposlenih. Ti izzivi so vplivali na kakovost izvedene oskrbe in tudi na dobro počutje oskrbovancev in zaposlenih v zdravstveni negi (Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021, p. 19-20; Araújo, et al., 2022).

Z namenom, da bi v domovih za starejše preprečili širjenje okužbe s SARS-CoV-2, je bilo vodstvo sprva primorano omejiti vse obiske, razen ob koncu življenja (Dichter, et al., 2020; Štandeker, 2020; Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021), kasneje je bil ta ukrep odpravljen. Organizirani so bili bolj varni obiski (Schlaudecker, 2020; Verbeek, et al., 2020; Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021; Low, et al., 2021). Domovi za starejše so bili zaradi vse težjega nadzora nad širjenjem okužbe s SARS-CoV-2 prisiljeni omejiti dejavnosti znotraj doma, kot so obisk osebnega zdravnika, psihiatra, pedikerja in frizerja (Simard & Volicer, 2020; Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021). Tudi verska oskrba je bila v času epidemije COVID-19 okrnjena (Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021). Ob izstopu iz sobe na skupne hodnike so oskrbovanci morali nositi zaščitne maske, si razkuževati roke in upoštevati varnostno razdaljo. Gibanje je bilo ob vrhuncu epidemije omejeno le na določeno enoto ali celo sobo (Simard & Volicer, 2020). Skupinska druženja so bila odpovedana zaradi nezmožnosti zagotavljanja varnostne razdalje 1,5–2 m med oskrbovanci, njihovega vedenja zaradi zmanjšane kognitivne sposobnosti ter velikosti prostora (Dichter, et al.,

2020). Oskrbovanci so obedovali v svojih sobah, skupne jedilnice so bile zaprte (Dichter, et al., 2020; Simard & Volicer, 2020). Poleg omejevanja pa je oskrbovancem nevšečnost povzročala tudi selitev v druge, povsem prilagojene sobe. Selitve so se izvajale v namen ločevanja oskrbovancev glede na stopnje ogroženosti in vzpostavitev različnih con (Dichter, et al., 2020). Skratka, življenje v domovih za starejše se je od pričetka pojava COVID-19 povsem spremenilo tako za oskrbovance kot za zaposlene v zdravstveni negi.

2.3.1 Organizacija dela domov za starejše v času epidemije COVID-19 v Sloveniji in tujini

Domovi za starejše so bili podobno organizirani v svetu in Sloveniji (D'Adamo, et al., 2020; Dichter, et al., 2020; Kramar, et al., 2020; Rios, et al., 2020; Schlaudecker, 2020; Trabucchi & De Leo, 2020; Verbeek, et al., 2020; Bolčević, et al., 2021; Kaelen, et al., 2021; Low, et al., 2021). Primorani so bili vzpostaviti znotraj doma tri cone, belo, sivo in rdečo (Dichter, et al., 2020; Bolčević, et al., 2021). Bela cona je predstavljala običajne sobe s sanitarijam določenega oddelka ali dela ustanove. V belo cono so bili nameščeni oskrbovanci brez suma na bolezen COVID-19. Siva cona je bila del objekta, ki ločuje posamezne sobe (Kramar, et al., 2020). V sivo cono so bili nameščeni oskrbovanci s sumom na COVID-19; oskrbovanci, ki niso bili cepljeni z vsemi priporočenimi odmerki cepiva proti COVID-19; oskrbovanci, ki so bili v visoko rizičnem stiku; novo sprejeti oskrbovanci, ki niso bili cepljeni z vsemi priporočenimi odmerki cepiva proti COVID-19 in oskrbovanci, ki so bili hospitalizirani in so se vrnili nazaj v domsko oskrbo, le-te pa niso preboleli COVID-19 in niso bili cepljeni z vsemi priporočenimi odmerki cepiva proti COVID-19 (Bolčević, et al., 2021). Rdeča cona je bila izolacijska soba z možnostjo skupnega bivanja, pri katerem se je upoštevala kombinacija kontaktne in kapljične izolacije. V rdečo cono so bili nameščeni oskrbovanci s potrjeno boleznijo COVID-19, ki niso potrebovali zdravljenja v bolnišnici. V primeru ugotovljene okužbe s COVID-19 pri oskrbovancih je bilo le-te potrebno v čim krajšem času ločiti od zdravih posameznikov in jih namestiti v rdečo cono (Kramar, et al., 2020). Rdeča cona je morala zagotavljati svoje sanitarije za oskrbovance in prostore za izvedbo zdravstvene nege in oskrbe (Bolčević, et al., 2021). V kolikor prostorsko ali zaradi lastnosti oskrbovancev (demenca) ni bilo mogoče zagotoviti posameznih sob, je bila lahko izjemoma izvedena kohortna

izolacija (Bolčević, et al., 2021). Izolacija je v tem primeru zajemala celotno skupino, pri čemer oskrbovanci, če je bilo le možno, niso zapuščali lastnih sob (Kramar, et al., 2020). Filtri so morali biti vzpostavljeni pred sivo in rdečo cono. Skozi čist filter je osebje vstopalo v cono, namenjena so bila oblačenju OVO (osebne varovalne opreme), dostavo čistih materialov, perila in hrane. Skozi nečisti filter je osebje izstopa iz cone, namenjena so bila odstranjevanju OVO. Skozi nečisti filter so nameščali oskrbovance v cono (Kramar, et al., 2020; Bolčević, et al., 2021).

Za vzpostavitev vseh navedenih con in razporejanja dela zaposlenih je bilo potrebno imeti predhodno izdelan načrt. Osebje v zdravstveni negi so morali biti glede na razporeditev dela v določeni coni strogo ločeno od druge cone (Dichter, et al., 2020). V praksi je to pomenilo, da osebje v rdeči coni ni smelo zapuščati rdeče cone. V namen zagotavljanja slednjega so mnoge organizacije morale spremeniti delovne pogoje zaposlenih v zdravstveni negi in čimbolj racionalno razpolagali z delom, kader je bil tako razporejen na 12-urni delovnik. V času odmora se osebje ni smelo družiti, imeti so morali ločene pavze in ločene garderobe od ostalih. Prav tako je bilo potrebno zagotoviti ločen dostop do sive in rdeče cone (zunanji vhodi, ločena dvigala, ločena stopnišča). V kolikor zaradi infrastrukture tega ni bilo mogoče zagotoviti, je bilo potrebno skozi enoten vhod zagotoviti prehod delavcev v zamikih (Kramar, et al., 2020). Pomembno je bilo vzdrževati čistočo v posameznih conah. Razkuževanje skupnih prostorov je bilo potrebno zagotoviti po vsaki menjavi osebja. Kadar je v domu za starejše izbruhnil COVID-19, se je bilo za potrebo po načrtovanju testiranja in poteka dela potrebno posvetovati z epidemiološko službo (Bolčević, et al., 2021). Zaposleni so za preprečevanje širjenja okužbe uporabljali standardna priporočila (D'Adamo, et al., 2020; Rios, et al., 2020).

Za dekontaminacijo aerosolov SARS-CoV-2 so poleg naravnega zračenja uporabljali tudi čistilnike zraka za trdne delce ali ozonator. Čeprav ni bilo izvedenih neposrednih študij o učinkovitosti uporabe, teorija kaže na učinkovitost za dekontaminacijo SARS-CoV-2 v zraku (Christopherson, et al., 2020). Zaposleni v zdravstveni negi so morali delo v posameznih conah opravljati zbrano, saj je le-ta pripomogla k preprečevanju prenosa okužbe med oskrbovanci. Dokumentiranje opravljenega dela se ni spremenilo, bilo pa ga je v primerjavi s preteklostjo veliko več, saj so morali zaradi resnosti zdravstvenega stanja

oskrbovancev merjenje vitalnih funkcij izvajati pogosteje (Kramar, et al., 2020). Papirnata dokumentacija je bila v sivi in rdeči coni prepovedana, saj se jo zaradi možnosti prenosa okužbe s SARS-CoV-2 ni smelo prenašati iz cone (Bolčević, et al., 2021).

Epidemiološko obvladovanje prenosa okužbe s SARS-CoV-2 v domovih za starejše je bilo v veliki meri odvisno tudi od rednega testiranja na COVID-19, zato so bili oblikovani algoritmi za testiranje oskrbovancev glede na njihovo nameščenost v belo, sivo ali rdečo cono (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2021). Prav tako je veljalo redno testiranje tudi za zaposlene na okužbo SARS-CoV-2. Kadar so se simptomi in znaki pojavili med delom, se je le-te izločilo iz procesa dela, testiralo se jih je s HAGT oziroma so le-ti prekinili delo in odšli na odvzem RT-PCR. Kadar so se simptomi in znaki pri zaposlenih pojavili doma, so le-ti ostali doma in odšli na odvzem RT-PCR (Bolčević, et al., 2021). Dodatni razlogi za aktivno iskanje obolelih s COVID-19 so bili tudi obolevnost posameznika, ohranitev kadrovske kapacitete in zaščita najbolj ranljive skupine prebivalcev – starejših, nastanjenih v domovih za starejše (D'Adamo, et al., 2020). Zaposlenim so ob vstopu v ustanovo merili telesno temperaturo, morali so izkazovati pogoj cepljenja, prebolelosti bolezni COVID-19 ali rednega testiranja pred delom. Pri delu pa so imeli ves čas nameščeno OVO (Kaelen, et al., 2021).

Tudi v tujini so veljali podobni ukrepi in so že objavljeni v različni strokovni delih (Dichter, et al., 2020; Trabucchi & De Leo, 2020; Verbeek, et al., 2020). Naj izpostavimo nekatere ukrepe, ki pri nas še niso bili izpostavljeni v strokovnih delih, organizacijsko pa so se jim domovi za starejše že prilagodili. Zaprtje vrat doma je bil eden izmed ključnih korakov zmanjševanja širjenja okužbe in tudi najbolj odmevnih ukrepov, ki je prizadel tako oskrbovance kot tudi njihove svojce. V praksi je to pomenilo, da nobeden od svojcev ali bližnjih ni smel obiskati oskrbovanca. Prav tako oskrbovanci niso smeli zapustiti ustanove (Leontjevas, et al., 2021; Trabucchi & De Leo, 2020). V Sloveniji so bili domovi za starejše uradno zaprti od 6. 3. 2020 do 30. 4. 2020, oziroma najkasneje do 11. 5. 2022. Obdobje se je v dogovoru s pristojnim koordinatorjem ustanove lahko podaljšalo, v kolikor je bilo v lokalnem okolju povečano število okužb (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2020). V izogib negativnim posledicam socialne izolacije oskrbovancev, ki ga je prinašalo zaprtje doma, so zaposleni uvajali organizirane

dejavnosti, kot so uporaba sodobne tehnologije, video in telefonske klice. Svojce so vzpodbujali k pisanju pisem ipd. (Van der Roest, et al., 2020). Kasneje je vodstvo sprejelo ukrepe za previdno odpiranje domov za starejše za obiskovalce s strogimi smernicami (Verbeek, et al., 2020), saj so bili mnenja, da popolno zaprtje doma ni ustrezen javnozdravstveni ukrep (Bolčević, et al., 2021). Prepoved obiskov se ne sme uporabljati za preprečevanje SARS-CoV-2 okužbe v domovih za starejše (Low, et al., 2021). Kadar se je v domu za starejše potrdila okužba s SARS-CoV-2 pri oskrbovancu, je direktor doma za starejše lahko izdal sklep o omejevanju stikov uporabnikov zaradi varovanja zdravja in pravic drugih (Bolčević, et al., 2021). Tuji avtorji (Schlaudecker, 2020; Verbeek, et al., 2020; Low, et al., 2021) so opisovali varne prakse obiskov, ki so pripomogli k zmanjšanju prenosa okužbe COVID-19. Varne prakse obiskov so vključevale: izvajanje obiskov na prostem, kjer je bilo le-to mogoče, obiski v zaprtih prostorih so morali biti v dobro prezračenih ločenih prostorih, upoštevanje postopkov za nadzor okužb (higiena rok, nošenje mask, čiščenje in dezinfekcija), obiske je bilo potrebno rezervirati vnaprej, obiskovalci so bili ob vstopu pregledani, kar je omejevalo število, pogostost in dolžino obiskov ter izvedbo obiska pod nadzorom osebja (Low, et al., 2021). Za opisano delo so bili v večini zadolženi administrativni delavci, nekateri domovi za starejše so v pomoč zaposlili koordinatorje obiskov in drugo pomožno osebje. Pri delu jim je v pomoč prišla sodobna tehnologija, kot so vodenje seznamov na računalnikih, ipd. (Verbeek, et al., 2020). Ob prihodu v ustanovo so se obiskovalci izkazali z veljavnim osebnim dokumentom in z dokazilom pogoja PCT. Obisk je bil omejen na največ dve odrasli, zdravi osebi (Bolčević, et al., 2021). Vsi obiskovalci so bili ob vstopu v ustanovo pregledani na aktivne simptome COVID-19, pred vstopom v dom za starejše so jim merili telesno temperaturo, kar je v domu za starejše še dolgo za tem ostal obvezen ukrep (Verbeek, et al., 2020). Oskrbovanci doma za starejše in obiskovalci so morali ves čas obiska nositi zaščitno masko (Bolčević, et al., 2021). Obiski so v nekaterih domovih za starejše potekali pod strogim nadzorom v zato namenjenih prostorih ali njihovih lastnih sobah, pri tem so bili časovno omejeni na eno uro ali manj. Pri tem so zaposleni obisk nadzorovali. Nadzor je bil predvsem pomemben zaradi upoštevanja ustrezne razdalje, nošenja maske in preostale zaščitne opreme. Vodstvo nekaterih domov za starejše se je zaradi spoštovanja zasebnosti oskrbovancev odločila za izvedbo obiska brez nadzora. Pri uvajanju obiskov nazaj v dom je prihajalo do odstopanj, predvsem pri obiskovalcih, saj

se vsi niso držali predpisanih ukrepov, na katere so bili opozorjeni (Verbeek, et al., 2020). Pomembna podatka nemške (Heudorf, et al., 2020) in nizozemske (Verbeek, et al., 2020) raziskave pa sporočata, da ob uvajanju obiskov nazaj v ustanovo niso zaznali novih primerov COVID-19 pri oskrbovancih doma za starejše. Opisan podatek nam je pokazal, da so izvedbe obiskov predstavljale večjo prednost oskrbovancem in dobro počutje, kakor pa zaprtost in socialno distanciranje. Schlaudecker (2020) je spodbujal izvajanje obiskov, saj je prepoznal ključno vlogo družinskih članov kot partnerjev zdravstvenemu osebju pri oskrbi oskrbovancev. Le-ti so lahko zagotavljali storitve celostne oskrbe, kot je hranjenje oskrbovanca ipd. Vsi domovi za starejše so prepoznali dodatno vrednost osebnega stika oskrbovancev z bližnjimi in bili soglasno pozitivni glede možnosti obiskovalcev nazaj v ustanovo. Seznanjeni so bili s pozitivnim vplivom obiska na duševno zdravje oskrbovanca. Družinski člani in oskrbovanci so bili na splošno do stikov čustveno naravnani, osebni stik in boljša priložnost za pogovor z vsakim sta bila zelo cenjena (Verbeek, et al., 2020).

2.4 POJAVNOST ZNAKOV DEPRESIJE, TESNOBE IN STRESA PRI OSKRBOVANCIH DOMA ZA STAREJŠE V ČASU EPIDEMIJE COVID-19

Domovi so se zaradi razsežnosti posledic ukrepov preprečevanja širjenja virusa SARS-CoV-2 soočali z mnogimi problemi in izzivi. Eden izmed oskrbovancev doma za starejše v Belgiji je dejal "grozno je biti zaprt" (Kaelen, et al., 2021). To je imelo velik vpliv na njihovo duševno počutje, ki se je izražalo v občutku depresije, tesnobe in razočaranja (Simard & Volicer, 2020). Kaelen in sodelavci (2021) so še izpostavili, da je epidemija COVID-19 poslabšala duševno počutje oskrbovancev zaradi občutka izgube svobode, izgube avtonomije, izgubo socialnega življenja, itd. Tudi Savci in sodelavci (2021) menijo, da je pomankanje socialnega stika, ki je posledica COVID-19, vplivala na kakovost življenja oskrbovancev, predvsem pa na duševno zdravje posameznika. Odzivi oskrbovancev na zaprtje doma za starejše so bili različni (Leontjevas, et al., 2021). Nekaterim oskrbovancem je odmaknjenost od preostalih ljudi in zmanjšanje hrupa blagodejno vplivalo na počutje, spet drugim socialna odmaknjenost ni ustrezala in so na opisane dogodke odreagirali negativno (Leontjevas, et al., 2021; Knippenberg, et al.,

2022). Večina oskrbovancev doma za starejše je ob začetku epidemije COVID-19 imela sprejemajoč odnos do ukrepov in razmer, ko pa so se ukrepi stopnjevali in nadaljevali, so oskrbovanci doma za starejše postajali vse bolj nezaupljivi in občutljivi. Bolečina, ki je bila zaznana, je bila v večini povezana s socialno izolacijo (Kaelen, et al., 2021). Tudi Simonetti in sodelavci (2020) so ugotovili, da težave z duševnim zdravjem oskrbovancev doma za starejše sprožata predvsem dolgotrajna izolacija in socialna omejitev. Ljudje smo družbena bitja in potrebujemo stike z okoljem, predvsem starejši v zadnjem obdobju svojega življenja. Oskrbovanci v času zaprtja ustanove niso mogli videti svoje družine, ne partnerja (Kaelen, et al., 2021). Pomen obiskov na počutje oskrbovancev smo že temeljito opisali v razdelku organizacija obiskov (Schlaudecker, 2020; Trabucchi & De Leo, 2020; Verbeek, et al., 2020; Leontjevas, et al., 2021; Low, et al., 2021). Pomankanje stikov s svojci naj bi bilo povezano z negativno samopodobo, zmanjšanjem čustvenega odziva, slabšo kakovostjo spanja in višjo stopnjo pojavnosti tesnobe (Yeh, et al., 2020). Zaradi odsotnosti stikov se je znotraj doma čutila socialna odtujenost. Komunikacija med oskrbovanci je bila zmanjšana, prav tako je zdravstveno osebje hitelo pri delu (Simard & Volicer, 2020). Vse rekreacijske dejavnosti so bile odpovedane, kar je ustvarilo velik občutek dolgčasa. V večini so se oskrbovanci zadrževali v svojih sobah, gledali TV, poslušali radio, brali knjige in reševali križanke (Kaelen, et al., 2021). Soočali so se z občutkom samote in osamljenosti (Trabucchi & De Leo, 2020). Bili so žalostni, izgubili so zanimanje za stvari, ki so jih prej radi počeli, postali so pesimistični in odklonilni, kazala se je utrujenost, izguba apetita in pešanje spomina (Kaelen, et al., 2021). Skratka, pojavili so vsi pogoji za nastanek motenj v razpoloženju oskrbovancev domov za starejše, kjer je pojavnost depresije že tako visoka (Azeem & Naz, 2015). Znano je, da socialna izolacija in osamljenost ter drugi kazalniki socialne manj povezanosti vplivajo na nastanek fizičnega, kognitivnega in psihološka obolevanja (Barnes, et al., 2020). Leontjevas in sodelavci (2021) ugotavljajo močne negativne učinke pri prepovedi obiskov pri oskrbovancih doma za starejše brez demence in tistih z blago demenco v primerjavi s tistimi oskrbovanci, ki imajo hudo demenco. Knippenberg in ostali (2022) menijo, da imajo oskrbovanci z napreduvalno demenco in tisti s psihotičnim in vznemirjenim vedenjem, koristi od socialne izolacije in omejevanja v druženju. Nasprotno pa se jim je zdelo, da je socialna izolacija negativno vplivala na oskrbovance brez demence in tiste z depresivnim in apatičnim vedenjem, medtem ko je sama bolezen

COVID-19 močno vplivala na oskrbovance z hudo demenco ali pa je simptome demence pri oskrbovancih močno poslabšala. Pri oskrbovancih s pridruženo demenco so v večini (59,6 %) poročali o vedenjskih in psihičnih posledicah bolezni COVID-19 kot poslabšanje že obstoječih simptomov (51,9 %) ali kot pojav novih (26 %). Apatija in tesnoba so bili najpogostejši primeri poslabšanja že obstoječih simptomov. Motnje spanja in razdražljivost pa najpogostejši novi simptomi (Cagnin, et al., 2020). V raziskavi McArthur in ostalih (2021) je bilo ugotovljeno, da socialna izključenost in omejevanje oskrbovancev znotraj doma za starejše ni bil statistično pomemben na pojav depresije, delirija in vedenjskih težav.

Med oskrbovanci doma za starejše se je pojavil strah, ki v večini ni bil povezan s strahom pred boleznijo COVID-19, ampak s strahom pred naslednjim valom in trajanjem le-tega, strahom pred izolacijo in ponovnimi omejitvami (Kaelen, et al., 2021). Savci in ostali (2021) ugotavljajo nasprotno. Zmeren strah med oskrbovanci doma za starejše se je pojavljal tudi zaradi COVID-19, stopnja osamljenosti je bila pri tem opisana kot nizka. Strah med oskrbovanci je bil opisan tudi zaradi neprepoznavanja obrazov zaposlenih pod OVO, imeli so težavo pri komunikaciji in razumevanju (Simard & Volicer, 2020). Tudi Štandeker (2020) ugotavlja stisko oskrbovancev v domu za starejše, povezano s prepoznavo zaposlenih pod OVO in vzbujanje neprijetnih zgodovinskih spominov zaradi omejevanja ter zaprtja ustanove. Apatija, tesnoba in vznemirjenost so bili najpogostejši simptomi duševnih motenj oskrbovancev z demenco med epidemijo COVID-19 (Simonetti, et al., 2020). Pri ocenjevanju povezanosti med boleznijo COVID-19 in pojavom depresije, tesnobe in stresa ter nespečnosti je bilo na lestvici Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) ugotovljeno, da so bile višje vrednosti zabeležene pri tistih osebah, ki imajo težave z duševnim zdravjem, kot pa pri tistih, ki težav z duševnim zdravjem nimajo (Hao, et al., 2020). Tudi sicer lahko na splošno med dejavnike tveganja štejeemo tiste starostnike z malo socialne podpore, ki živijo sami in že trpijo za duševno motnjo ali drugo kronično boleznijo (Mehra, et al., 2020). Na splošno naj bi moški, oboleli s COVID-19, v primerjavi z ženskami pogosteje trpeli zaradi hujših posledic bolezni in imeli dvakrat večjo verjetnost, da umrejo (Muntsant & Giménez-Llort, 2020).

V Belgijski raziskavi Kaelen in ostalih (2021) so oskrbovanci doma za starejše izpostavili, kako pomembna je bila zanje komunikacija v zadnjem obdobju življenja. Oskrbovanci so vse vrste socialnih stikov in povezanostjo z zunanjem svetom (druženje v mehurčkih, kontakt preko oken, balkonov, vrat, preko mobilne telefonije in video klicev) opisali kot koristne. Odsotnost obiskov je bilo še posebej obremenjujoče za svojece, saj so ob zaprtju čutili stisko, da jih po dolgotrajnem zaprtju oskrbovanci ne bodo več prepoznali (Simard & Volicer, 2020). Zaposleni so oskrbovancem zagotavljali možnost sprehoda in preživljanja časa na prostem. Komunikacijo s sorodniki in bližnjimi so oskrbovancem omogočali preko sodobne tehnologije ter navsezadnje tudi organizacijo obiskov na različne načine (Dichter, et al., 2020; Schlaudecker, 2020; Verbeek, et al., 2020; Low, et al., 2021; Araújo, et al., 2022). Na splošno se ugotavlja pozitiven učinek sodobne tehnologije na zmanjšanje depresije, delirija in vedenjskih težav v času zaprtja domov za starejše v času epidemije COVID-19 (McArthur, et al., 2021). Trabucchi & De Leo (2020) opisujeta nasprotno, uporaba tabličnih računalnikov ima omejeno učinkovitost pri oskrbovancih z demenco, ki potrebujejo dotik, bližino in glas. V mnogih primerih je ta poskus povzročil resno nelagodje oskrbovancev, ki se je kazal kot delirij in ga lahko opišemo kot zaplet demence. Oskrbovanci Belgijskih domov za starejše so kot pomembnost izpostavili tudi, da niso bili dovolj obveščeni o bolezni COVID-19, testiranju in prihodnosti ter organizaciji delovanja ustanove v kateri bivajo. Informacije so v večji meri pridobili od svojih bližnjih. Občutili so, da kot osebe niso dovolj vredni, da so neprišteveni in da potrebujejo skrbnike, ki odločajo namesto njih, saj so zaposleni za vse informacije obveščali svojece, ne pa njih samih (Kaelen, et al., 2021). Dichter in sodelavci (2020) so izpostavili pomen celovitega informiranja o epidemiji COVID-19, predvidenih ukrepov za nadzor okužb, ipd. Z informiranjem bi morda zmanjšali negativne posledice na duševno zdravje oskrbovancev doma za starejše.

2.5 POJAVNOST ZNAKOV DEPRESIJE, TESNOBE IN STRESA PRI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI DOMA ZA STAREJŠE V ČASU EPIDEMIJE COVID-19

V času epidemije COVID-19 so se pokazali organizacijski in kadrovski problemi domov za starejše, o katerih v preteklosti ni bilo veliko omenjenega. Zaposleni so do svojega

poklica pokazali požrtvovalen odnos, empatijo do sočloveka, kar je v splošni kot tudi strokovni javnosti imelo velik pozitiven odmev do njihovega dela (Štandeker, 2020). Čeprav se je v javnosti kazala resnost in požrtvovalnost do soljudi, so se zaposleni v zdravstveni negi domov za starejše srečevali z različnimi osebnimi stiskami in težavami (Dichter, et al., 2020; Senczyszyn, et al., 2020; Trabucchi & De Leo, 2020; Yeh, et al., 2020; Araújo, et al., 2022; Hering, et al., 2022). Na splošno velja, da je poklic zdravstvene nege že po naravi poklic z visoko pojavnostjo stresa (Dobnik, et al., 2020). Epidemija COVID-19 je stres med zaposlenimi v zdravstveni negi še dodatno povečala (Choudhury, et al., 2020; De Pablo, et al., 2020; Giorgi, et al., 2020; Hagger, et al., 2020; Huang, et al., 2020; Lai, et al., 2020; Nowicki, et al., 2020; Ruiz-Fernández, et al., 2020; Shechter, et al., 2020; Hering, et al., 2022). Tudi avtorji (Lai, et al., 2020; Hering, et al., 2022) navajajo, da so zaposleni v zdravstveni negi v času epidemije COVID-19 pri svojem delu čutili stisko in stres. Razlogi nastanka stresa na delovnem mestu so lahko človeški, tehnični in organizacijski (Giorgi, et al., 2020; Senczyszyn, et al., 2020; Giri, et al., 2021). Raziskve, izvedene v Nemčiji, Italiji, na Švedskem in v Združenem kraljestvu razkrivajo, da so bile stopnje tesnobe in stresa med zdravstvenimi delavci v času epidemije COVID-19 višje v Združenem kraljestvu in Nemčiji, medtem ko je bilo na Švedskem zaznanega najmanj stresa. Izjemna odstopanja med ocenami zdravstvenih delavcev o organizacijski podpori ter pomanjkanje glasu zaposlenih v Združenem kraljestvu in Nemčiji so lahko ključni dejavniki pri razumevanju ravni stresa zaposlenih v času epidemije. Na raven stresa zdravstvenih delavcev ne vpliva le organizacija in vodenje doma za starejše, ampak tudi strukturni, politični, kulturni in ekonomski dejavniki (Lethin, et al., 2021).

Tesnoba in depresija sta bili najbolj izraženi težavi med zdravstvenimi delavci med epidemijo COVID-19 (Sahebi, et al., 2021). V obdobju COVID-19 so bili zaposleni v zdravstveni negi, ki delajo in skrbijo za rizično prebivalstvo, izpostavljeni zelo močnim in nenadnim stopnjam telesnega in psihološkega napora (Riello, et al., 2020). Vsak posameznik različno doživlja stopnje psihološke krize. Znano je, da tisti, ki so bili najbolj obremenjeni z delom v času epidemije (delo s pacienti s potrjeno boleznijo COVID-19), bolj občutijo stisko kot tisti, katerih se dogodki niso dotaknili (Bukhari, et al., 2016; Huang, et al., 2020; Trabucchi in De Leo, 2020). Zaposleni v zdravstveni negi, ki so svoje delo opravljali s COVID-19 obolelimi pacienti, so poročali o težavah z duševnim

zdravjem, kot so stres, tesnoba, depresija, nespečnost, jeza in strah. Opisane težave so vplivale na pozornost in delovanje zdravstvenih delavcev, razumevanje in odločanje, ki bi lahko oviralo njihovo soočanje z epidemijo, lahko pa tudi trajno vplivalo na njihovo splošno slabo počutje (Kang, et al., 2020; Xiao, et al., 2020). Lu in sodelavci (2020) še izpostavljajo, da se bodo pri zdravstvenih delavcih, ki so delo posredno opravljali z okuženimi pacienti s COVID-19, razvila večja stopnja tesnobe in depresije kot pri ostalih neposredno zaposlenih, na primer administrativnem osebju in zdravstvenih delavcih, ki niso bili v stiku z okuženimi pacienti. Hering in sodelavci (2022) opisujejo, da je 59,1 % anketiranih medicinskih sester v domu za starejše pokazalo klinično pomembno raven stresa, tesnobe in/ali depresije zaradi povečanega obsega dela v povezavi z epidemijo COVID-19, nezadovoljstvo z obvladovanjem COVID-19 in socialno podporo. Zaposleni v zdravstveni negi so pogosto občutili, da so v situacijah sami, opisovali so pomankanje socialne podpore (Senczyszyn, et al., 2020). Zaposleni doma za starejše v Belgiji so izpostavili, da sta jim v največji meri pri premagovanju težav pomagala vrstniška podpora in timski duh (Kaelen, et al., 2021). Napovedovalni dejavniki depresije, tesnobe in stresa so tudi nižje zadovoljstvo z delom, visoka delovna obremenitev, izmensko in nočno delo, delovna doba ter zakonski stan (Maharaj, et al., 2019; Xu & Zhang, 2020). Dejavniki tveganja za izgorelost in stres pri zaposlenih v domu za starejše je vodilo v manjše zadovoljstvo z delom in okoljem, občutekom nepodpore, slabo ocenjeno vodstvo in skrb za agresivne oskrbovance (Costello, et al., 2019). Delovni pogoji so tako ključni za duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi (Senczyszyn, et al., 2020).

Leontjevas in sodelavci (2021) v svojem delu omenjajo, da se je pri polovici zaposlenih v zdravstveni negi v času epidemije COVID-19 njihova delovna obremenitev povečala, zadovoljstvo z delom pa poslabšalo. Vzroki za ranljivost zdravstvenih delavcev na delovnem mestu so spremembe in zahteve v delovnem okolju, pritiski in neugodno delovno okolje (Nowicki, et al., 2020). Delovna obremenitev zaposlenih v zdravstveni negi se je povečala tudi zaradi izvajanja organiziranih in varnih obiskov (Low, et al., 2021). Tudi izvedba video klica, ki so ga nemalokrat opravljali zaposleni v zdravstveni negi, so zahtevali čas (Senczyszyn, et al., 2020). Diplomirane medicinske sestre in ostalo osebje s pridobljenimi dodatnimi znanji so zagotavljali redna testiranja s HAGT, PCR testi pri zaposlenih in oskrbovancih doma za starejše (Kaelen, et al., 2021). Osebje je v

času zaprtja svojce preko sodobne tehnologije redno obveščalo o spremembi stanja oskrbovanca (Senczyszyn, et al., 2020). Nekateri zaposleni v domu za starejše, predvsem fizioterapevti in delavni terapevti, so zaradi odsotnosti kadra v zdravstveni negi morali priskočiti na pomoč in delo opravljati izven svojih kompetenc. Zaradi prejema dodatnih delovnih nalog so se počutili izgubljeni (Giri, et al., 2021; Kaelen, et al., 2021). Stiske in stres zaposlenih v zdravstveni negi so se pojavljali tudi zaradi povečanega bremena dela z oskrbovanci zaradi poslabšanja simptomov pri oskrbovancih z demenco (Cagnin, et al., 2020; Keng, et al., 2020). Občutili so tudi čustvene stiske ob soočanjem s smrtjo oskrbovancev (Senczyszyn, et al., 2020).

Zaposleni v zdravstveni negi v določenih okoliščinah niso prejeli dovolj točnih informacij o poteku dela s strani nadrejenih, prav tako so bila odpovedana vsa uradna srečanja in skupni sestanki (Kaelen, et al., 2021). V izrednih situacijah je obvezna komunikacija in srečanje timov. Zaposlene na področju zdravstvene nege je potrebno v kriznih razmerah sprotno obveščati o spremembah in novostih, jih izobraževati, podpirati in v primeru stiske zaščititi in nuditi strokovno podporo pri zagotavljanju duševnega zdravja ter tako zmanjšati občutek nezaščitenosti (Matsuishi, et al., 2012; Hering, et al., 2022). Rios in sodelavci (2020) poleg opisanega izpostavljajo še pomen urejanja in zagotavljanja nadomestil za bolniško odsotnost zaposlenih. Kofol Bric in ostali (2021) poudarjajo, da je poklicna skupina zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu v največjem odstotku zbolela za COVID-19 na delovnem mestu in koristila odsotnosti z dela. Zdravstveni delavci opisujejo tudi pomembno skrb zaradi pomanjkanja OVO (Senczyszyn, et al., 2020) in nemoč ter okrnjenost zaradi neurejenih prostorov in infrastrukturno razdeljenih prostorov, ki so jim onemogočali ustrezno vzpostavitev izolacijskih sob, filtrov in ostalih potrebnih prostorov za pravilno in nemoteno delo (Giri, et al., 2021). Stiske pri vzpostavitvi izolacijskih prostorov so bile breme predvsem organizacije službe zdravstvene nege (Senczyszyn, et al., 2020), ki so čutile tudi krivdo zaradi nemoči pri dobavi ustrezne zaščitne opreme, pomankanjem kisika, ventilatorjev, ipd. (Trabucchi & De Leo, 2020). Zaposleni v zdravstveni negi so se čutili odgovorne za preprečevanje širjenja okužbe SARS-CoV-2 in ob tem čutili veliko breme (Kaelen, et al., 2021). Zaradi omejevanja oskrbovancev in njihovih svojcev so občutili nezadovoljstvo, pogosto pa so še vedno bili tarča kritik. Kljub okoliščinam, ki jih je prinesla epidemija COVID-19, so

se trudili zagotoviti kakovostno zdravstveno nego, vendar vedno to ni bilo mogoče (Araújo, et al., 2022). Med socialno izolacijo oskrbovancev se je izkazala tudi potreba, da so zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše pomemben socialni člen, ki je pomemben za preprečevanje osamljenosti oskrbovancev (Kaelen, et al., 2021).

Trabucchi in De Leo (2020) opisujeta zaznano stisko zaposlenih zaradi izpostavljenosti nalezljivi bolezni COVID-19 in strah pred morebitnim prenosom okužbe SARS-CoV-2 na svoje domače. Ženske zaposlene v zdravstveni negi so bile v primerjavi z moškimi bistveno bolj zaskrbljene zaradi možnosti okužbe s SARS-CoV-2 (Lu, et al., 2020). Izogibali so se stikom bližnjih, saj jih je bilo strah morebitnega prenosa okužbe SARS-CoV-2. Ob prostih dnevih službe so v večji meri namenili počitku, pri tem so se bali razpada neposrednih odnosov s svojimi najdražjimi (Kaelen, et al., 2021). Medicinskim sestram je stisko povečevala tudi nezmožnost fizične prisotnosti s svojo družino zaradi strahu pred prenosom okužbe na svoje bližnje in delovna preobremenjenost (Huang, et al., 2020). Raziskava v Savdski Arabiji je pokazala, da je bila povprečna ocena tesnobe enaka pri zdravnikih in ostalih zdravstvenih delavcih, vendar je preostalo zdravstveno osebje izražalo višjo stopnjo tesnobe zaradi tveganja prenosa virusa SARS-CoV-2 na svojo družino (Alsubaie, et al., 2019). Nekatere organizacije so svojim zaposlenim nudile možnost zasebne namestitve v času epidemije COVID-19 v izogib morebitnemu prenosu okužbe na svoje domače (Kaelen, et al., 2021).

3 EMPIRIČNI DEL

V Sloveniji je do sedaj duševno zdravje oskrbovancev in zaposlenih v zdravstveni negi v domovih za starejše v času epidemije COVID-19 slabo raziskano, zato smo problematiko v empiričnem delu dodatno raziskali.

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil raziskati depresijo, tesnobo in stres med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi v dveh domovih za starejše na Gorenjskem. Pri tem smo se osredotočili tudi na subjektivno razumevanje in doživljanje lastnih občutkov in stisk oskrbovancev in zaposlenih v zdravstveni negi.

Cilji magistrskega dela so bili:

- ugotoviti oceno depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci doma za starejše;
- ugotoviti razliko v oceni depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci, ki so preboleli in tistimi, ki niso preboleli bolezni COVID-19 v domu za starejše;
- ugotoviti samooceno zaznavanja zdravja med oskrbovanci doma za starejše v času epidemije COVID-19 v primerjavi z njihovim mnenjem o svojem zdravju pred epidemijo COVID-19;
- ugotoviti razlike v oceni depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci doma za starejše glede na socialno podporo (obisk bližnjih) in njihovo oceno zdravja;
- ugotoviti oceno depresije, tesnobe in stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše;
- ugotoviti samooceno zaznavanja zdravja med zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše v čase epidemije COVID-19 v primerjavi z njihovim mnenjem o svojem zdravju pred epidemijo COVID-19;
- ugotoviti razlike v oceni depresije, tesnobe in stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše glede na delovno dobo, njihovo oceno zdravja in željo zapustiti poklic;

- odkriti razumevanje in doživljanje lastnih občutkov in stisk oskrbovancev ter zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše glede na čas epidemije in pred njo.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za proučevanje pojavnosti depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše smo postavili naslednje raziskovalne hipoteze:

Hipoteza 1: Pojavnost depresije, tesnobe in stresa je večja pri oskrbovancih doma za starejše, ki so preboleli COVID-19 v primerjavi s tistimi, ki niso preboleli COVID-19.

Hipoteza 1a: Pojavnost depresije je večja pri oskrbovancih doma za starejše, ki so preboleli COVID-19 v primerjavi s tistimi, ki niso preboleli COVID-19.

Hipoteza 1b: Pojavnost tesnobe je večja pri oskrbovancih doma za starejše, ki so preboleli COVID-19 v primerjavi s tistimi, ki niso preboleli COVID-19.

Hipoteza 1c: Pojavnost stresa je večja pri oskrbovancih doma za starejše, ki so preboleli COVID-19 v primerjavi s tistimi, ki niso preboleli COVID-19.

Hipoteza 2: Obstajajo razlike v pojavnosti depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci doma za starejše, ki so preboleli COVID-19 glede njihovo socialno podporo (obisk bližnjih) in njihovo oceno zdravja.

Hipoteza 2a: Večja pojavnost depresije pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo socialno podporo (obisk bližnjih).

Hipoteza 2b: Večja pojavnost depresije pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 2c: Večja pojavnost tesnobe pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo socialno podporo (obisk bližnjih).

Hipoteza 2d: Večja pojavnost tesnobe pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 2e: Večja pojavnost stresa pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo socialno podporo (obisk bližnjih).

Hipoteza 2f: Večja pojavnost stresa pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo

oceno zdravja.

Hipoteza 3: Obstajajo razlike v pojavnosti depresije, tesnobe in stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše glede na delovno dobo, njihovo oceno zdravja in željo zapustiti poklic.

Hipoteza 3a: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana s krajšo delovno dobo.

Hipoteza 3b: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 3c: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z večjo željo po zapustitvi poklica.

Hipoteza 3d: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana s krajšo delovno dobo.

Hipoteza 3e: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 3f: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z večjo željo po zapustitvi poklica.

Hipoteza 3g: Večja pojavnost stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana s krajšo delovno dobo.

Hipoteza 3h: Večja pojavnost stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 3i: Večja pojavnost stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z večjo željo po zapustitvi poklica.

Hipoteza 4: Dejavniki, s katerimi lahko pojasnimo depresijo, tesnobo in stres so: spol, starost, ocena splošnega zdravja, ocena telesnega zdravja, ocena duševnega zdravja, socialna podpora (obisk bližnjih) in prebolelost COVID-19.

Za kvalitativno proučevanje razumevanja in doživljanje depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

RV 1: S kakšnimi občutki in počutjem so se srečevali oskrbovanci in zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše v času epidemije ?

RV 2: Katere okoliščine so oskrbovancem in zaposlenim v zdravstveni negi doma za starejše predstavljale ali predstavljajo stres ?

RV 3: Kako so oskrbovanci in zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše razumeli ukrepe v času epidemije ?

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Uporabili smo mešane metode raziskovanja.

3.3.1 Dizajn raziskave

Teoretičen pregled smo izvedli s pregledom strokovne literature. Literaturo smo iskali od meseca junija 2021 do septembra 2022. Uporabili smo strokovno in znanstveno literaturo domačih in tujih avtorjev. Literaturo tujih avtorjev smo iskali v podatkovnih bazah: *ProQuest*, *MEDLINE*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *SpringerLink*, *PubMed*, idr. Omejitvena kriterija sta bila: izdaja virov med 2013 in 2022 in celotno besedilo v angleškem jeziku. Ključne besede in besedne zveze, ki so se pojavljale med iskanjem so bile: »residents of a nursing home«, »nurses in a nursing home«, »lock down«, »epidemic COVID-19«, »consequences«, »depression«, »anxiety«, »stress«, »mental health«. Uporabljali smo tudi Boolove operatorje AND, OR. Literaturo slovenskih avtorjev pa smo iskali v podatkovnih bazah *COBISS-A* in *Google učenjaka*. Pri tem smo uporabili naslednje ključne besede: »oskrbovanci doma za starejše«, »zdravstveno osebje v domu za starejše«, »zaprtje domov za starejše«, »epidemija COVID-19«, »posledice«, »depresija«, »tesnoba«, »stres«, »duševno zdravje«.

V empiričnem delu smo za pridobivanje podatkov izvedli anketiranje med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše. Anketiranje je bilo izvedeno s pomočjo vprašalnika DASS-21 in vprašanj demografskega ter delovnega tipa. V kvalitativnem delu smo z individualnimi polstrukturiranimi intervjuji podrobneje in

globlje raziskali pojavnost depresije, tesnobe in stresa ter občutke med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše v času epidemije COVID-19.

3.3.2 Instrument raziskave

Vprašalnika za oskrbovance in zaposlene v zdravstveni negi doma za starejše sta bila ločena. Oba vprašalnika sta imela dva sklopa. Prvi sklop vprašalnika sta bila pri obeh anketiranih skupinah enaka. Vseboval je lestvico za samoocenjevanje negativnih čustvenih stanj depresije, tesnobe in stresa (Depression Anxiety Stress Scale – DASS-21), ki sta jo leta 1995 razvila Lovibond in Lovibond (Henry & Crawford, 2005). Lestvica vsebuje enaindvajset trditev, vsaki podlestvici za depresijo, tesnobo in stres pripada po sedem postavk. Pri podajanju odgovorov lahko posameznik izbira odgovore na 4-stopenjski lestvici (0 – nikakor/nikoli ne velja zame, 1 – velja zame do določene mere ali nekaj časa, 2 – velja zame v veliki meri ali dober del časa, 3 – zelo velja zame ali večino časa). Rezultat depresije, tesnobe in stresa je kumulativna ocena 4-stopenjske lestvice. Šeštevek posamezne podlestvice se nato razvrsti v kategorije normalno, blago, zmerno, hudo in zelo hudo, ki se glede na posamezno podlestvico razlikujejo. Podrobno vrednotenje posamezne podlestvice je prikazano v tabeli 1. Namen lestvice DASS-21 je oceniti stanje depresije, tesnobe in stresa na podlagi samoocene prisotnosti glavnih simptomov depresije, tesnobe in stresa. Pri tem je potrebno poudariti, da je lestvica ena izmed orodij, ki pomaga pri postavitvi končne klinične ocene.

Tabela 1: Razlaga vrednotenja rezultatov posamezne podlestvice DASS-21

Kategorije	Depresija	Tesnoba	Stres
Normalno	0-4	0-3	0-7
Blago	5-6	4-5	8-9
Zmerno	7-10	6-7	10-12
Hudo	11-13	8-9	13-16
Zelo hudo	14+	10+	17+

Vprašalnik DASS-21 je prosto dostopen v angleškem jeziku. V predhodnih raziskavah je pokazal dobro zanesljivost. Rezultat testa konstruktne veljavnosti podlestvic DASS-21 je pokazal, da lahko lestvice uporabljamo za merjenje razsežnosti depresije, anksioznosti in stresa. Podlestvice DASS-21 so se izkazale kot dobro zanesljive: 0,88 za podlestvico

depresije, 0,82 za tesnobo in 0,90 za stres (Henry & Crawford, 2005). Tudi v slovenskem prostoru je bil vprašalnik že uporabljen. V slovenski jezik sta ga neodvisno prevedli in uskladili psihologinji Petrič in Kavčič, nato pa ga je preverila še psihologinja Dolenc (Kozinc, 2020). Kasneje je bil v slovenskem prostoru vprašalnik DASS-21 uporabljen v magistrskem delu Pesek (2017), ki je izvedla tudi testiranje vprašalnika. Zanesljivost posameznega sklopa vprašalnika DASS-21 je bila v njenem primeru v prvem testiranju depresije $\alpha = 0,86$ in ob drugem testiranju depresije $\alpha = 0,88$. Prvo testiranje za sklop tesnobe je bil $\alpha = 0,76$ in ob drugem testiranju tesnobe $\alpha = 0,73$. Prvo testiranje za sklop stresa je znašal $\alpha = 0,87$ in ob drugem testiranju stresa $\alpha = 0,86$ (Pesek, 2017). Kontaktirali smo avtorico Pesek (2017), ki nam je posredovala preveden vprašalnik v slovenščino in nam sporočila, da je vprašalnik namenjen prosti uporabi. Tudi v našem primeru smo izmerili zanesljivost merskega instrumenta DASS-21. V naši raziskavi, kjer smo anketirali oskrbovance doma za starejše, je bila zanesljivost lestvice DASS-21 za sklop depresije $\alpha = 0,80$, za sklop tesnobe $\alpha = 0,73$ in za sklop stresa $\alpha = 0,81$. Pri anketiranih zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je bila zanesljivost lestvice DASS-21 za sklop depresije $\alpha = 0,88$, za sklop tesnobe $\alpha = 0,80$ in za sklop stres $\alpha = 0,89$.

V drugem sklopu sta se vprašalnika glede na anketiranje posamezne skupine razlikovala. Pri anketiranju zaposlenih v zdravstveni negi smo v drugem sklopu uporabili devet vprašanj: spol, starost, leta delovne dobe, stopnja izobrazbe, vprašanje o tem, ali so v preteklosti in ali še opravljajo delo v rdeči ali sivi coni. Sledilo je vprašanje o samooceni splošnega, telesnega in duševnega zdravja za čas epidemije COVID-19 in pred njo. Posameznik se je lahko opredelil med 1, ki je pomenilo »zelo slabo se ali sem se počutil/a« in 5 »zelo dobro se ali sem se počutil/a«. Na zadnje vprašanje, o želji po zapustitvi poklica so zaposleni odgovarjali na 5 stopenjski Likertovi lestvici, kjer je 1 pomenilo »zelo si želim zapustiti poklic« in 5 »sploh si ne želim zapustiti poklica«. Pri oskrbovancih doma za starejše smo uporabili deset vprašanj. Drugi sklop za oskrbovance je zajemal vprašanja o spolu, starosti, vprašanje o tem, ali imajo stike z bližnjimi, pogostost stika z bližnjimi v času epidemije COVID-19 in pred njo, načinom vzpostavitve stika z bližnjimi in o tem, ali so preboleli COVID-19. Sledilo je zadnje vprašanje o

samooceni splošnega, telesnega in duševnega zdravja za čas epidemije COVID-19 in pred njo.

V drugem kvalitativnem delu raziskave smo podatke pridobili z individualnimi polstrukturiranimi intervjuji (Kordeš & Smrdu, 2015). Intervjuje smo izvedli posamezno, najprej z oskrbovanci doma za starejše in nato še z zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše. Posameznikom smo zastavili enaka vodilna delovna vprašanja:

- S kakšnimi občutki in počutjem so se srečevali oskrbovanci in zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše v času epidemije ?
- Katere okoliščine so oskrbovancem in zaposlenim v zdravstveni negi doma za starejše predstavljale ali predstavljajo stres ?
- Kako so oskrbovanci in zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše razumeli ukrepe v času epidemije ?

3.3.3 Udeleženci raziskave

Izbrali smo nenaključni priložnostni vzorec. Celotna populacija oskrbovancev v obeh domovih za starejše je bila 386. Izmed teh so bili vključitveni kriteriji: bivanje v domu za starejše pred pojavom epidemije COVID-19, slovensko govoreči in kognitivno sposobni oskrbovanci. Kognitivne sposobnosti oskrbovancev nismo posebej ocenjevali, ampak smo informacije o tem predhodno pridobili s strani namestnika direktorja s področja zdravstvene nege. Glede na zgoraj omenjene kriterije smo v vzorec vključili 122 oskrbovancev (31,60 % od skupne populacije) obeh domov za starejše. Od 122 izbranih anketirancev je bila realizacija vzorca 101 (82,78 %). 81 oskrbovancev (80 %) je zaradi slabovidnosti potrebovala pomoč pri reševanju vprašalnikov. Od skupno 101 sodelujočih oskrbovancev v raziskavi je bilo 72 (71,29 %) žensk in 29 (28,71 %) moških. Ženske so bile povprečno stare 86,58 let (SO = 5,88), moški so bili povprečno mlajši. 32 oskrbovancev (32,00 %) je bilo okuženih z virusom SARS-CoV-2. Ostale podatke najdemo v tabeli 2 (tabela 2).

Tabela 2: Sociodemografski podatki oskrbovancev doma za starejše

Demografija		n	%	PV	SO
Spol	Ženske	72	71,29	/	/
	Moški	29	28,71	/	/
	Skupaj	101	100	/	/
Starost	Ženske in moški	101	/	84,68	7,12
	Ženske	72	/	86,58	5,88
	Moški	29	/	79,96	7,82
Okužba s Covid-19	Da	32	32,00	/	/
	Ne	69	68,00	/	/
	Ne želim odgovoriti	0	0	/	/
	Skupaj	101	100	/	/
Svojci, bližnji sorodniki, prijatelji	Imam, me obiskujejo	99	98	/	/
	Imam, me ne obiskujejo	2	2	/	/
	Nimam	0	0	/	/
	Skupaj	101	100	/	/
Obiski pred epidemijo	Vsak dan, pogosto	57	56,40	/	/
	Redko, nikoli	44	43,60	/	/
	Skupaj	101	100	/	/
Obiski med epidemijo	Vsak dan, pogosto	6	5,90	/	/
	Redko, nikoli	95	94,10	/	/
	Skupaj	101	100	/	/
Način kontakta z bližnjimi	Preko mobilnika	82	81	/	/
	Video klic, pomoč osebja	1	1	/	/
	Nisem imel kontakta	3	3	/	/
	Odgovor ni relevanten	15	15	/	/
	Skupaj	101	100	/	/

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Populacija zaposlenih v zdravstveni negi obeh domovih za starejše je bila 109. Od 109 izbranih anketirancev je bila realizacija vzorca 87 (80 %). Od skupno 87 sodelujočih zaposlenih v zdravstveni negi je v raziskavi sodelovalo 79 (90,80 %) žensk, ki so bile v povprečju stare 36,20 let (SO = 11,36). Največji delež sodelujočih zaposlenih je imelo srednješolsko izobrazbo 53 (60,90 %). Od skupno 87 sodelujočih je 62 zaposlenih (71,26 %) opravljalo delo v sivi ali rdeči coni občasno, večino časa ali ves čas. Dvanajst zaposlenih v zdravstveni negi (13,70 %) je pomislilo, da bi poklic zapustilo (tabela 3).

Tabela 3: Sociodemografski podatki zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše

Demografija		n	%	PV	SO
Spol	ženke	79	90,80	/	/
	moški	8	9,20	/	/
	skupaj	87	100	/	/
Starost	ženske in moški	87	/	36,11	11,51
	ženske	79	/	36,20	11,36
	Moški	8	/	35,25	13,66

Demografija		n	%	PV	SO
Delovna doba	ženske in moški	87	/	14,17	11,77
	ženske	79	/	14,35	11,82
	moški	8	/	12,38	11,92
Izobrazba	poklicna	18	20,70	/	/
	srednješolska	53	60,90	/	/
	višješolska, visokošolska	12	13,80	/	/
	magisterij, doktorat	4	4,60	/	/
	skupaj	87	100	/	/
Opravljanje dela v rdeči in sivi coni	Da, ves čas epidemije COVID-19.	6	6,90	/	/
	Da, večino časa epidemije COVID-19.	12	13,79	/	/
	Da, samo občasno.	44	50,57	/	/
	Nikoli.	25	28,74	/	/
	skupaj	87	100	/	/
Želja zapustiti poklic	Zelo si želim.	3	3,40	/	/
	Želim.	9	10,30	/	/
	Niti si želim, niti si ne želim.	26	29,60	/	/
	Ne želim.	25	28,70	/	/
	Sploh si ne želim.	24	27,60	/	/

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Za izvedbo individualnih intervjujev smo izbrali namenski vzorec, ki je vključeval oskrbovance in zaposlene v zdravstveni negi doma za starejše. Pri samem izboru smo upoštevali raznovrstnost udeležencev glede na značilnosti vzorca, ki je bil vključen v prvi del raziskave. Pri oskrbovancih in zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je individualno sodelovalo dvajset udeležencev. Do zasičenosti podatkov vsebine polstrukturiranih intervjujev je prihajalo že pri sedmem intervjuju. Iz Doma 1 je sodelovalo sedem oskrbovancev, iz Doma 2 pa trije oskrbovanci, od tega je bilo osem žensk in dva moška. V povprečju so bili stari 85 let. Pet oskrbovancev je v času epidemije COVID-19 prebolelo COVID-19. Vsi vključeni so imeli stik s sorodniki in bližnjimi preko sodobne tehnologije. Iz Doma 1 je sodelovalo 6 zaposlenih v zdravstveni negi, iz Doma 2 pa štirje zaposleni v zdravstveni negi. Vzorcju zaposlenih je sodelovalo devet žensk in en moški. Od tega so štirje udeleženci opravljali delo kot tehniki zdravstvene nege, štirje kot bolničarji in dve kot diplomirani medicinski sestri. Zaposleni v zdravstveni negi so bili v povprečju stari 36 let. Od tega je sedem zaposlenih v času epidemije COVID-19 delo opravljalo v sivi in rdeči coni, trije zaposleni so v obdobju epidemije COVID-19 delo opravljali delo v beli coni.

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Po potrditvi izdelane dispozicije magistrskega dela s strani Fakultete za zdravstvo Angele Boškin smo preko elektronske pošte vstopili v kontakt z dvema domovoma za starejše na Gorenjskem, predstavili smo jima namen in cilj raziskave ter jih prosili za sodelovanje. Vodstvo obeh domov za starejše na Gorenjskem je bilo naklonjeno sodelovanju. Po prejetemu soglasju obeh domov za starejše v začetku junija 2021 smo pričeli s pridobivanjem vprašalnikov pri zaposlenih v zdravstveni negi. Anketiranje zaposlenih v zdravstveni negi je potekalo od 1.6.2021 do 30.7.2021. Ena dislocirana enota doma za starejše je za pridobivanje rešenih vprašalnikov imela čas od 1.8.2021 do 30.9.2021. Sodelovanje v raziskavi je potekalo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost. Upoštevali smo etične norme v skladu z načeli Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) ter Načela skladnosti Helsinške deklaracije (2013). Vprašalnike je vodstvo razdelilo zaposlenim v času skupnih raportov ter tako zagotovila večjo vključenost in izpolnjevanje. Zaradi zagotavljanja anonimnosti ne bodo razkrite identitete domov, le-te smo zato poimenovali Dom 1 in Dom 2. Raziskovalcu pa so bili vrnjeni osebno in preko pošte.

Zaposleni v zdravstveni negi so bili za sodelovanje v kvalitativnem delu nagovorjeni osebno in preko namestnika direktorja s področja zdravstvene nege. Na enem izmed skupnih raportov smo zaposlene v zdravstveni negi seznanili z namenom in ciljem intervjujev ter jih seznanili s sestavo in izbiro posameznih članov. Del zaposlenih je k intervjuju pristopilo prostovoljno, drugi del pa je bil izbran na zahtevo odgovornih v njihovih zavodih. Intervjuje pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše smo izvedli v časovnem okviru od 1.10.2021 do 30.11.2021. Teden dni prej smo se s posameznikom dogovorili o terminu izvedbe posameznega intervjuja, izročen pa jim je bil tudi nabor okvirnih vprašanj. Udeleženci so bili pred izvedbo intervjuja seznanjeni o anonimnosti njihove identitete ter kraja zaposlitve. Pred izvedbo intervjujev pri zaposlenih v zdravstveni negi smo pridobili tudi pisna soglasja vsakega vključenega posameznika. Posamezni intervjuji so bili v večji meri izvedeni izven delovnega časa, v prostorih doma za starejše. Tam, kjer je bilo mogoče, smo intervjuje izvedli preko sodobne tehnologije

od doma. Posamezen pogovor z zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše je bil v povprečju dolg od petnajst do dvajset minut. Vsi intervjuji so bili zvočno posneti.

Po pridobitvi potrjenega soglasja etične komisije Republike Slovenije (Sklep številka 0120-278/2021/6) konec avgusta 2021 smo v raziskavo vključili še oskrbovance obeh domov za starejše na Gorenjskem. Vodstvo obeh domov za starejše nam je pripravilo seznam oskrbovancev, ki so bili sposobni presoje in komuniciranja o problematiki. Vprašalnike smo osebno razdeljevali posameznikom, jih naprosili za sodelovanje in jim razložili namen ter cilj raziskave. Tudi v tej skupini je bila zagotovljena anonimnost podatkov. Seznanjeni so bili, da lahko od anketiranja in intervjujev kadar koli odstopijo brez kakršnihkoli posledic. Velika večina oskrbovancev je bila nad sodelovanjem v raziskavi navdušena, so pa v večini želeli in potrebovali pomoč pri prebiranju in izpolnjevanju vprašalnikov. Vprašalnike smo pridobivali izven delovnega časa, v popoldanskih urah. Vprašalnike smo pridobivali od 1.9.2021 do 31.10.2021.

Polstrukturirane intervjuje pri oskrbovancih doma za starejše smo izvedli po anketiranju. Vsakega udeleženca smo seznanili, da je sodelovanje v intervjuju prostovoljno. Pridobili smo njihova pisno soglasja za sodelovanje in snemanje intervjujev. Posamezen intervju je bil dolg od 20 do 30 minut. Tudi tu smo intervjuje zvočno posneli.

3.3.5 Obdelava podatkov

Kvantitativne podatke smo najprej vnesli v tabelo programa Excel (Microsoft Office - Windows, verzija 8.0). Pridobljeni podatki so bili nato obdelani v programskem orodju Statistical Package for Social Sciences (SPSS) za okolje Windows, verzija 22.0. Vzorec je bil opisan na podlagi frekvenc (n) in odstotka (%) za vse spremenljivke. Pri ordinalnih podatkih sta bila izračunana povprečna vrednost (PV) in standardni odklon (SO). Vse spremenljivke so bile nominalne in ordinalne. Pri vseh proračunih je bil vzet prag statistične pomembnosti $p < 0.05$. Depresijo, tesnobo in stres smo kvantificirali z uporabo DASS-21 vprašalnika. Uporabili smo naslednje neparametrične statistične teste: Wilcoxon statistični test povprečnih rangov, Spearman-ov statistični test korelacije, Mann-Whitneyjev statistični test. Spearman-ov statistični test korelacije smo uporabili za

merjenje povezanosti med dvema spremenljivkama, ki je bil izražen v koeficientu korelacije. Koeficient lahko zavzame vrednosti med -1 in 1 . Bližje kot je bila povezanost v eni izmed teh vrednosti, močnejša je bila povezanost. Za določanje moči povezanosti spremenljivk smo uporabili lestvico vrednosti koeficienta, in sicer moč povezanosti: $0,00$ – ni povezanosti, od $0,01$ do $0,19$ je neznatna povezanost, od $0,20$ do $0,39$ je nizka/šibka povezanost, od $0,40$ do $0,59$ je srednja/zmerna povezanost, od $0,60$ do $0,79$ je visoka/močna povezanost in od $0,80$ do $0,1,00$ je zelo visoka/zelo močna povezanost (King & Eckersley, 2019). Za verodostojnost instrumenta DASS-21 smo izdelali modele za oceno depresije, tesnobe in stresa pri oskrbovancih doma za starejše ter tako odgovorili na 4. hipotezo. Tu smo uporabili linearno regresijo (ENTER), kjer smo za vhodne parametre uporabili naslednje neodvisne dejavnike: spol, starost, ocena splošnega zdravja, ocena telesnega zdravja, ocena duševnega zdravja, socialna podpora (obisk bližnjih), prebolevnost COVID-19.

Za obdelavo kvalitativnih podatkov smo uporabili metodo analize vsebine (Kordeš & Smrdu, 2015). Analizo vsebine po Kordešu in Smrdu (2015) smo izvedli tako, da smo najprej nazorno poslušali posnetke individualnih intervjujev, nato pa smo naredili dobesedni prepis vsega gradiva. Po ureditvi zapisov zbranih podatkov, smo nato še odprto kodirali in kode razvrstili v posamezne kategorije, ki so nam pomagale odgovoriti na postavljena raziskovalna vprašanja.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so posebej predstavljeni rezultati kvantitativnega in kvalitativnega dela izvedene mešane raziskave oskrbovancev in zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše.

3.4.1 Rezultati kvantitativno zasnovanega dela raziskave – oskrbovanci doma za starejše

Več kot polovica, 66 (65 %) anketiranih doma za starejše ni kazala nobenih znakov depresije. Enako velja tudi za tesnobo in stres. Anketiranke so v povprečju navajale večji občutek depresije (PV = 4,18, SO = 3,82), večjo tesnobo (PV = 2,34, SO = 2,88) in višji

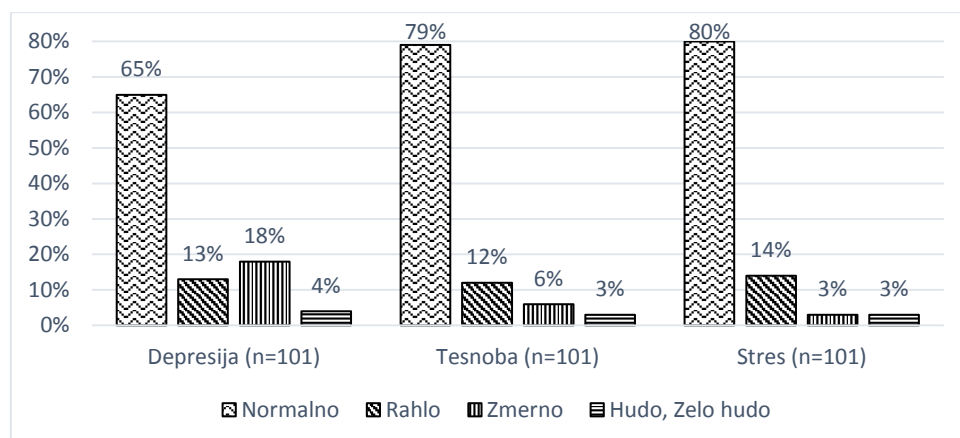
stres (PV = 4,08, SO = 3,87) v primerjavi z anketiranci, kar pa se ni izkazalo za statistično značilno (tabela 3). Glede na ocenjevalno lestvico v povprečju anketiranke niti anketiranci niso presegali normalnih vrednosti za depresijo, tesnobo in stres. Glede na status prebolečnosti ni prišlo do statističnih razlik med anketiranci v depresiji (U = 965,50, p = 0,308), tesnobnosti (U = 1100,00, p = 0,976) in stresu (U = 1081,00, p = 0,865) (tabela 4).

Tabela 4: Opisni podatki DASS-21 glede na spol, socialno podporo (obisk bližnjih) in prebolelost oskrbovancev doma za starejše

Opisni podatki DASS-21	n	Min	Max	Ž in M PV (SO)	Ž PV (SO)	M PV (SO)	Spol U (p)	Obiski PRED epide. U (p)	Obiski MED epide. U (p)	Prebol. COVID-19 U (p)
DASS-21, stres	101	0	19	3,94 (3,70)	4,08 (3,87)	3,58 (3,31)	983,50 (0,646)	1073,00 (0,210)	257,00 (0,684)	1081,00 (0,865)
DASS-21, tesnoba	101	0	17	2,02 (2,62)	2,34 (2,88)	1,24 (1,59)	809,50 (0,069)	1071,00 (0,196)	254,50 (0,651)	1100,00 (0,976)
DASS-21, depresija	101	0	18	3,85 (3,81)	4,18 (3,82)	3,03 (3,72)	793,50 (0,058)	1182,50 (0,622)	235,00 (0,469)	965,50 (0,308)

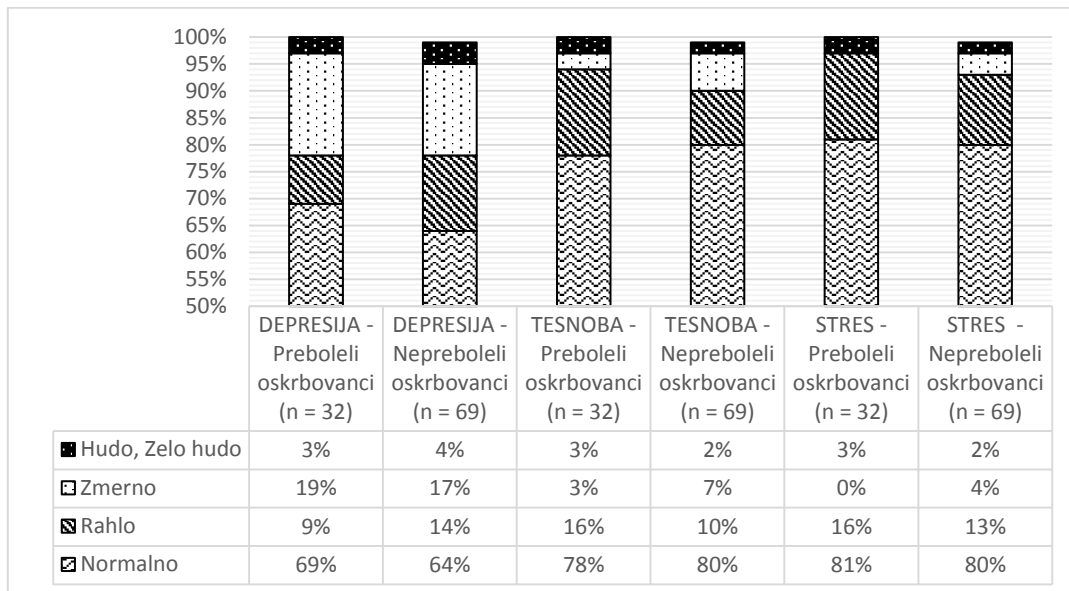
Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; Min = minimum; Max = maksimum; Ž = ženski spol; M = moški spol; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; U = Mann-Whitney test; p = statistična značilnost pri 0,05

Spodnja slika (slika 1) podrobneje prikazuje pojavnost depresije, tesnobe in stresa po stopnji resnosti (normalna, rahla, zmerna, huda in zelo huda) med vsemi anketiranci doma za starejše.



Slika 1: Stopnja depresije, tesnobe in stresa vseh oskrbovancev doma za starejše

Spodnja slika (slika 2) nazorneje prikazuje deleže normalne, rahle, zmerne in hude ter zelo hude stopnje depresije, tesnobe in stresa med prebolelimi in neprebolelimi anketiranci doma za starejše.



Slika 2: Skupna ocena depresije, tesnobe in stresa med prebolelimi in neprebolelimi oskrbovanci doma za starejše z okužbo COVID-19

Tabela 5 prikazuje oceno zdravstvenega stanja anketiranih doma za starejše. 91 (90 %) anketiranih doma za starejše je splošno zdravstveno stanje pred epidemijo COVID-19 ocenjevalo niti dobro / niti slabo in dobro počutje ali zelo dobro. V času epidemije COVID-19 so telesno, duševno in splošno zdravstveno stanje ocenjevali slabše. Anketirani na splošno opisujejo slabše zdravstveno stanje pred (PV= 3,41, SO = 0,75) in med epidemijo (PV= 3,12, SO = 0,75), ki je statistično značilno ($Z = -3,74$, $p < 0,001$) (tabela 5).

Tabela 5: Ocena zdravstvenega stanja oskrbovancev doma za starejše

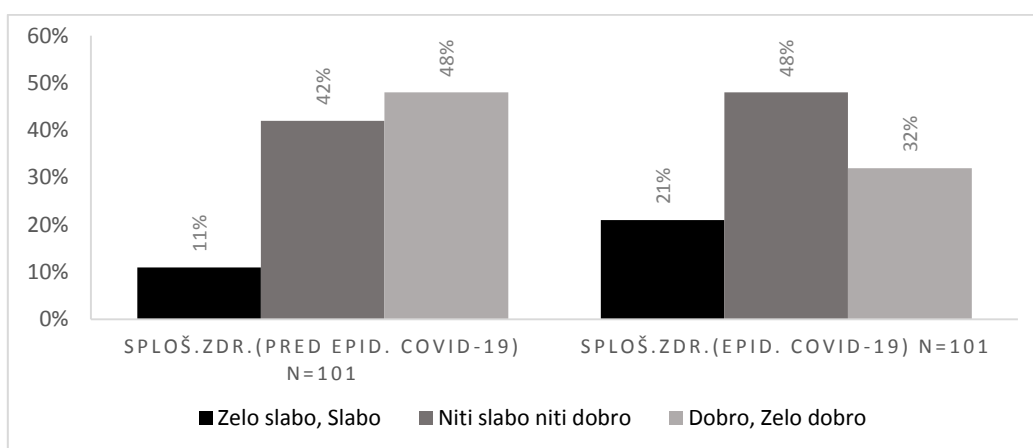
Ocena zdravstvenega stanja oskrbovancev	n	Min	Max	PV (SO)	Z (p)
Splošno zdravstveno stanje – pred epidemijo	101	2	5	3,41 (0,75)	-3,74 (<0,001)
Splošno zdravstveno stanje – trenutno	101	2	5	3,12 (0,75)	

Ocena zdravstvenega stanja oskrbovancev	n	Min	Max	PV (SO)	Z (p)
Telesno zdravje – pred epidemijo	101	1	5	3,37 (0,75)	-3,78 (<0,001)
Telesno zdravje – trenutno	101	2	5	3,09 (0,73)	
Duševno zdravje – pred epidemijo	101	2	5	3,67 (0,69)	-2,63 (0,009)
Duševno zdravje – trenutno	101	2	5	3,54 (0,73)	

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; Min = minimum; Max = maksimum; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Z = Wilcoxon Rank sum test; p = statistična značilnost pri 0,05

Razlaga 5 stopenske Likertove lestvice: 1 – zelo slabo sem se počutil/a; 2 – slabo sem se počutil/a; 3 – niti slabo/niti dobro sem se počutil/a; 4 – dobro sem se počutil/a; 5 – zelo dobro sem se počutil/a

Spodnja slika (slika 3) nazorneje prikazuje samooceno zaznavanja telesnega, duševnega in splošnega zdravstvenega stanja anketiranih doma za starejše glede na obdobje pred in med epidemijo COVID-19.



Slika 3: Ocena splošnega zdravstvenega stanja oskrbovancev doma za starejše glede na obdobje pred in med epidemijo COVID-19

3.4.2 Rezultati kvantitativno zasnovanega dela raziskave – zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše

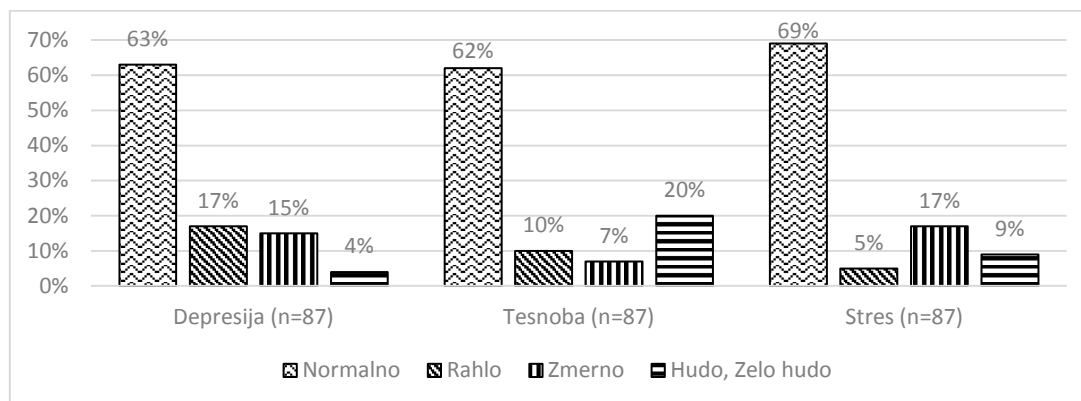
Več kot polovica, 55 (63 %) anketiranih v zdravstveni negi, ni kazala znakov depresije. Enako velja tudi za tesnobo in stres. Anketiranke so bile statistično bolj tesnobne od anketirancev ($U = 181,00$, $p = 0,046$). Glede na izobrazbo in delo v rdeči coni, ni prihajalo do statistično pomembnih razlik v oceni depresije, tesnobe in stresa (tabela 6).

Tabela 6: Opisni podatki DASS-21 glede na spol, delo v rdeči coni in izobrazbi pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše

Opisni podatki DASS-21 drugih spremenljivk z vprašalnika za zaposlene v zdravstveni negi	Min	Max	Ž in M PV (SO)	Ž PV (SO)	M PV (SO)	Spol U (p)	Delo v rdeči coni – da PV (SO)	Delo v rdeči coni – ne PV (SO)	Delo v rdeči coni U (p)	Izobrazba poklicna PV (SO)	Izobrazba ostalo PV (SO)	Izobrazba U (p)
DASS-21, stres	0	16	6,22 (4,45)	6,45 (4,53)	4,00 (2,82)	220,50 (0,158)	6,58 (4,64)	5,36 (3,89)	666,50 (0,306)	5,83 (4,50)	6,33 (4,47)	563,00 (0,541)
DASS-21, tesnoba	0	14	3,87 (3,76)	4,12 (3,83)	1,37 (1,40)	181,00 (0,046)	3,91 (3,81)	3,76 (3,70)	768,50 (0,951)	4,61 (4,27)	3,68 (3,62)	533,50 (0,355)
DASS-21, depresija	0	17	3,51 (3,79)	3,68 (3,88)	1,87 (2,29)	252,00 (0,340)	3,80 (3,84)	2,80 (3,62)	644,50 (0,214)	3,05 (3,93)	3,63 (3,77)	530,50 (0,336)

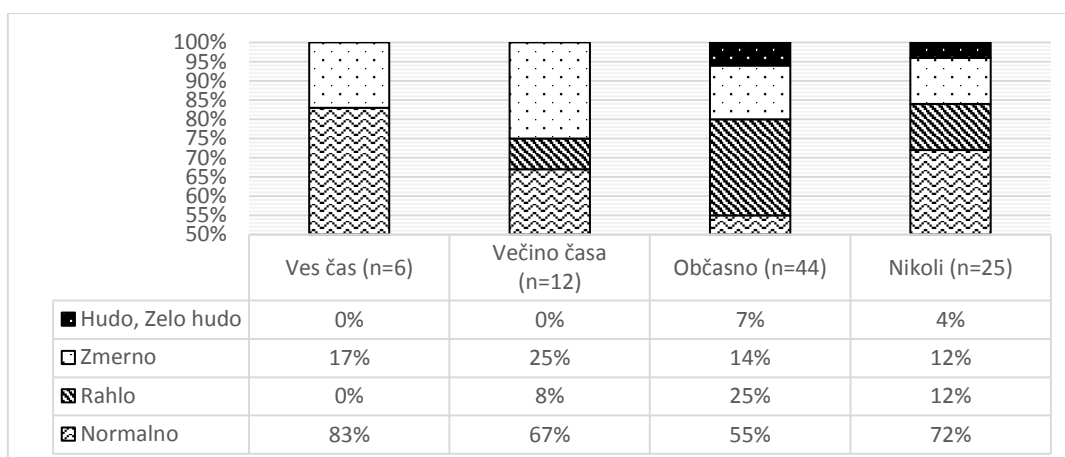
Legenda: Min = minimum; Max = maksimum; Ž = ženski spol; M = moški spol; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; U = Mann-Whitney test; p = statistična značilnost pri 0,05

Spodnja slika (slika 4) podrobneje prikazuje razsežnosti depresije, tesnobe in stresa po stopnji resnosti (normalna, rahla, zmerna, huda in zelo huda) med vsemi anketiranci doma za starejše.



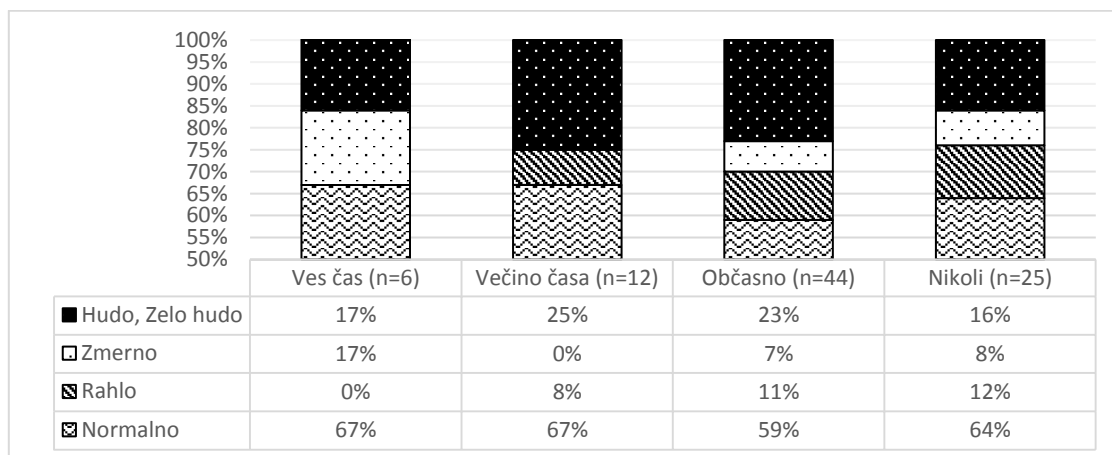
Slika 4: Stopnja depresije, tesnobe in stresa vseh zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše

Spodnja slika (slika 5) prikazuje stopnjo depresije (normalno, rahlo, zmerno, hudo in zelo hudo) zaposlenih v zdravstveni negi glede na njihovo časovno obdobje (ves čas, večino časa, občasno in nikoli) opravljanja dela v sivi ali rdeči coni.



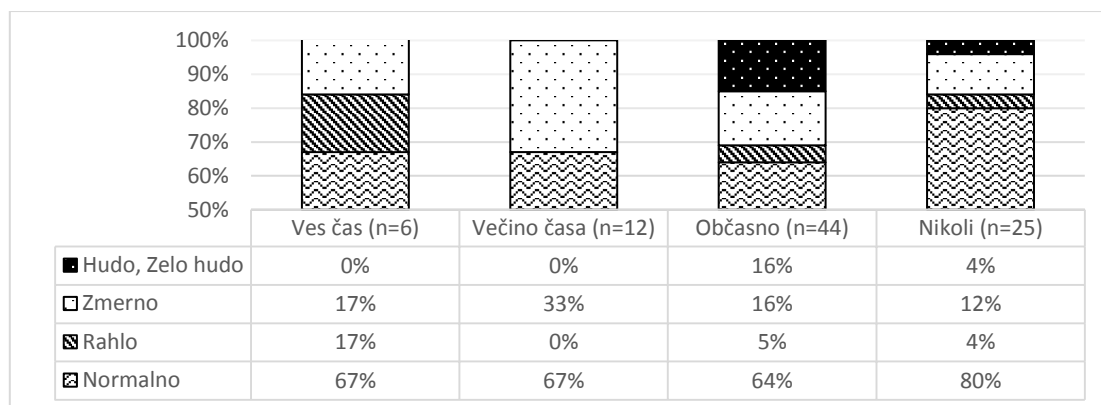
Slika 5: Stopnja depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše glede na čas opravljenega dela v sivi ali rdeči coni

Naslednja slika (slika 6) prikazuje stopnjo tesnobe (normalno, rahlo, zmerno, hudo in zelo hudo) zaposlenih v zdravstveni negi glede na časovno obdobje (ves čas, večino časa, občasno, nikoli) opravljanja dela v sivi ali rdeči coni.



Slika 6: Stopnja tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše glede na čas opravljenega dela v sivi ali rdeči coni

Zadnja slika (slika 7) prikazuje stopnjo stresa (normalno, rahlo, zmerno, hudo in zelo hudo) zaposlenih v zdravstveni negi glede na časovno obdobje (ves čas, večino časa, občasno, nikoli) opravljanja dela v sivi ali rdeči coni.



Slika 7: Stopnja stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše glede na čas opravljenega dela v sivi ali rdeči coni

Anketirani so svoje zdravstveno stanje med epidemijo COVID-19 ocenjevali slabše v primerjavi s stanjem pred epidemijo. Prišlo je do močnih statističnih razlik v zaznavanju splošnega zdravja ($Z = -3,26$, $p = 0,001$), telesnega zdravja ($Z = -3,64$, $p < 0,001$) in duševnega zdravja anketiranih v zdravstveni negi doma za starejše ($Z = -3,22$, $p = 0,001$) (tabela 7).

Tabela 7: Ocena zdravstvenega stanja zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše

Ocena zdravstvenega stanja zaposlenih v zdravstveni negi	Min	Max	PV (SO)	Z (p)
Splošno zdravstveno stanje – pred epidemijo	2	5	4,03 (0,65)	-3,26 (0,001)
Splošno zdravstveno stanje – trenutno	1	5	3,70 (0,84)	
Telesno zdravje – pred epidemijo	2	5	4,09 (0,78)	-3,64 (< 0,001)
Telesno zdravje – trenutno	1	5	3,70 (0,86)	
Duševno zdravje – pred epidemijo	2	5	4,13 (0,73)	-3,22 (0,001)
Duševno zdravje – trenutno	1	5	3,79 (0,86)	

Legenda: Min = minimum; Max = maksimum; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Z = Wilcoxon Rank sum test; p = statistična značilnost pri 0,05

Razlaga 5 stopenjske Likertove lestvice: 1 - zelo slabo sem se počutil/a; 2 - slabo sem se počutil/a; 3 - niti slabo/niti dobro sem se počutil/a; 4 - dobro sem se počutil/a; 5 - zelo dobro sem se počutil/a

Obstajajo razlike v pojavnosti depresije, tesnobe in stresa med anketiranci v zdravstveni negi doma za starejše glede na delovno dobo, njihovo oceno zdravja in tem, ali željo zapustiti poklic. Kot je razvidno iz tabele 8 je nižja splošna ocena zdravja rahlo povezana z višjo pojavnostjo depresije, tesnobe in stresa. Večja želja po zapuščanju poklica je zmerno povezana z višjo pojavnostjo depresije in stresa ter rahlo povezana s pojavom tesnobe, medtem ko delovna doba anketiranih v zdravstveni negi ni povezana s pojavom depresije, tesnobe in stresa (tabela 8).

Tabela 8: Pojav depresije, tesnobe in stresa glede na delovno dobo, splošno oceno zdravja ter željo po zapuščanju poklica pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše

Opisni podatki DASS-21 drugih spremenljivk z vprašalnika za zaposlene v zdravstveni negi	Neodvisne spremenljivke	Ro (p)	Jakost povezanosti
DASS-21, depresija	Delovna doba	0,19 (0,084)	Ni povezana
	Splošna ocena zdravja	-0,35 (< 0,001)	Rahlo povezana
	Želja zapustiti poklic	-0,50 (< 0,001)	Zmerno povezana
DASS-21, tesnoba	Delovna doba	-0,13 (0,240)	Ni povezana
	Splošna ocena zdravja	-0,27 (0,012)	Rahlo povezana
	Želja zapustiti poklic	-0,31 (0,003)	Rahlo povezana

Vanda Cerar: Ocena pojavnosti depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi dveh domov za starejše na Gorenjskem v času epidemije COVID-19 – študija primera

Opisni podatki DASS-21 drugih spremenljivk z vprašalnika za zaposlene v zdravstveni negi	Neodvisne spremenljivke	Ro (p)	Jakost povezanosti
DASS-21, stres	Delovna doba	0,04 (0,748)	Ni povezana
	Splošna ocena zdravja	-0,37 (< 0,001)	Rahlo povezana
	Želja zapustiti poklic	-0,45 (< 0,001)	Zmerno povezana

Legenda: Ro = Spearman-ov koeficient korelacije; p = statistična značilnost pri 0,05; Jakost povezanosti = rezultat povezanosti

3.4.3 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: Pojavnost depresije, tesnobe in stresa je večja pri oskrbovancih doma za starejše, ki so preboleli COVID-19 v primerjavi s tistimi, ki niso preboleli COVID-19.

Hipoteza 1a: Pojavnost depresije je večja pri oskrbovancih doma za starejše, ki so preboleli COVID-19 v primerjavi s tistimi, ki niso preboleli COVID-19.

Hipoteza 1a je zavrnjena. Ugotovili smo, da pojavnost depresije ne kaže razlik med prebolelimi in neprebolelimi oskrbovanci doma za straejše s COVID-19 ($U = 965,50$; $p = 0,308$) (tabela 4).

Hipoteza 1b: Pojavnost tesnobe je večja pri oskrbovancih doma za starejše, ki so preboleli COVID-19 v primerjavi s tistimi, ki niso preboleli COVID-19.

Hipoteza 1b je zavrnjena. Ugotovili smo, da pojavnost tesnobe ne kaže razlik med prebolelimi in neprebolelimi oskrbovanci doma za straejše s COVID-19 ($U = 1100,00$; $p = 0,976$) (tabela 4).

Hipoteza 1c: Pojavnost stresa je večja pri oskrbovancih doma za starejše, ki so preboleli COVID-19 v primerjavi s tistimi, ki niso preboleli COVID-19.

Hipoteza 1c je zavrnjena. Ugotovili smo, da pojavnost stresa ne kaže razlik med prebolelimi in neprebolelimi oskrbovanci doma za straejše s COVID-19 ($U = 1081,00$; $p = 0,865$) (tabela 4).

Hipoteza 2: Obstajajo razlike v pojavnosti depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci doma za starejše, ki so preboleli COVID-19 glede njihovo socialno podporo (obisk bližnjih) in njihovo oceno zdravja.

Hipoteza 2a: Večja pojavnost depresije pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo socialno podporo (obisk bližnjih).

Hipoteza 2a je zavrnjena. Nismo dokazali, da bi bila socialna podpora (obisk bližnjih)

povezana z depresijo pri oskrbovancih doma za starejše ($\beta = -0,04$; $p = 0,648$) (tabela 9).

Hipoteza 2b: Večja pojavnost depresije pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 2b je potrjena. Kot je razvidno iz tabela 9, nižja splošna ocena zdravja je bila povezana z višjo pojavnostjo depresije ($\beta = -0,51$; $p = 0,019$) (tabela 9).

Hipoteza 2c: Večja pojavnost tesnobe pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo socialno podporo (obisk bližnjih).

Hipoteza 2c je zavrnjena. Nismo dokazali, da bi bila socialna podpora (obisk bližnjih) povezana s tesnobo pri oskrbovancih doma za starejše ($\beta = -0,09$; $p = 0,371$) (tabela 10).

Hipoteza 2d: Večja pojavnost tesnobe pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 2d je zavrnjena. Ne moremo trditi, da je bila pojavnost tesnobe povezana z nižjo splošno oceno zdravja ($\beta = -0,22$; $p = 0,332$) (tabela 10).

Hipoteza 2e: Večja pojavnost stresa pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo socialno podporo (obisk bližnjih).

Hipoteza 2e je zavrnjena. Nismo dokazali, da bi bila socialna podpora (obisk bližnjih) povezana s stresom pri oskrbovancih doma za starejše ($\beta = -0,84$; $p = 0,402$) (tabela 11).

Hipoteza 2f: Večja pojavnost stresa pri oskrbovancih doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 2f je potrjena. Kot je razvidno iz tabele 11, nižja splošna ocena zdravja je bila povezana z višjo pojavnostjo stresa ($\beta = -2,25$; $p = 0,027$) (tabela 11).

Hipoteza 3: Obstajajo razlike v pojavnosti depresije, tesnobe in stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše glede na delovno dobo, njihovo oceno zdravja in željo zapustiti poklic.

Hipoteza 3a: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z nižjo delovno dobo.

Hipoteza 3a je zavrnjena. Nismo dokazali, da bi bila delovna doba povezana s pojavom depresije ($R_o = 0,19$; $p = 0,084$) (tabela 8).

Hipoteza 3b: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 3b je potrjena. Kot je razvidno iz tabele 8, nižja splošna ocena zdravja je bila povezana z višjo pojavnostjo depresije ($R_o = -0,35$; $p = < 0,001$) (tabela 8).

Hipoteza 3c: Večja pojavnost depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z večjo željo zapustiti poklic.

Hipoteza 3c je potrjena. Kot je razvidno iz tabele 8, je večja želja po zapuščanju poklica bila povezana z višjo pojavnostjo depresije ($R_o = -0,50$; $p = < 0,001$) (tabela 8).

Hipoteza 3d: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z nižjo delovno dobo.

Hipoteza 3d je zavrnjena. Nismo dokazali, da bi bila delovna doba povezana s pojavom tesnobe ($R_o = -0,13$; $p = 0,240$) (tabela 8).

Hipoteza 3e: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 3e je potrjena. Kot je razvidno iz tabele 8, nižja splošna ocena zdravja je bila povezana z višjo pojavnostjo tesnobe ($R_o = -0,27$; $p = < 0,012$) (tabela 8).

Hipoteza 3f: Večja pojavnost tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z večjo željo zapustiti poklic.

Hipoteza 3f je potrjena. Kot je razvidno iz tabele 8, večja želja po zapuščanju poklica je bila povezana z višjo pojavnostjo tesnobe ($R_o = -0,31$; $p = < 0,003$) (tabela 8).

Hipoteza 3g: Večja pojavnost stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z nižjo delovno dobo.

Hipoteza 3g je zavrnjena. Nismo dokazali, da bi bila delovna doba povezana s pojavom stresa ($R_o = 0,04$; $p = 0,748$) (tabela 8).

Hipoteza 3h: Večja pojavnost stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z nižjo oceno zdravja.

Hipoteza 3h je potrjena. Kot je razvidno iz tabele 8, nižja splošna ocena zdravja je bila povezana z višjo pojavnostjo stresa ($R_o = -0,37$; $p = < 0,001$) (tabela 8).

Hipoteza 3i: Večja pojavnost stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše je povezana z večjo željo zapustiti poklic.

Hipoteza 3i je potrjena. Kot je razvidno iz tabele 8, večja želja po zapuščanju poklica je bila povezana z višjo pojavnostjo stresa ($R_o = -0,45$; $p = < 0,001$) (tabela 8).

Hipoteza 4: Dejavniki, s katerimi lahko pojasnimo depresijo, tesnobo in stres so: spol, starost, ocena splošnega zdravja, ocena telesnega zdravja, ocena duševnega zdravja, socialna podpora in prebolelost COVID-19.

Za preverjanje hipoteze 4 smo izdelali posamezne regresijske modele za depresijo, tesnobo in stres, ki so predstavljali odvisno spremenljivko z zgoraj naštetimi neodvisnimi spremenljivkami v hipotezi 4.

Dejavniki, kot so spol, starost, ocena splošnega zdravja, ocena telesnega zdravja, ocena duševnega zdravja, socialna podpora in prebolelost COVID-19, pojasnjujejo 27,4 % variance dejavnikov ocene depresije. Statistično pomemben dejavnik za oceno depresije je bila slabša ocena splošnega zdravja oskrbovancev doma za starejše ($p = 0,019$) (tabela 9).

Tabela 9: Model dejavnikov za oceno depresije pri oskrbovancih doma za starejše

Model dejavnikov za depresijo ($R_{adj.}^2 = 0,274$, $p < 0,001$)				
Neodvisne spremenljivke	b	SE	β	p
Spol	-1,08	0,81	-0,13	0,182
Starost	0,01	0,05	0,02	0,813
Ocena duševnega stanja	-0,68	0,52	-0,13	0,191
Ocena telesnega stanja	0,20	1,07	0,04	0,848
Ocena splošnega zdravja	-2,60	1,08	-0,51	0,019
Socialna podpora (obisk bližnjih)	-0,32	0,69	-0,04	0,648
Prebolelost COVID	1,35	0,16	0,16	0,068

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

Regresiven model za oceno dejavnikov tesnobe pri oskrbovancih doma za starejše z vključenimi neodvisnimi spremenljivkami je pojasnil 15,5 % variance dejavnikov ocene tesnobe. Statistično pomemben dejavnik za oceno tesnobe je bil ženski spol ($p = 0,038$) (tabela 10).

Tabela 10: Model dejavnikov za oceno tesnobe pri oskrbovancih doma za starejše

Model dejavnikov za tesnobo ($R_{adj.}^2 = 0,155$, $p = 0,002$)				
Neodvisne spremenljivke	b	SE	β	p
Spol	-1,26	0,60	-0,22	0,038
Starost	-0,04	0,04	-0,10	0,328
Ocena duševnega stanja	-0,42	0,38	-0,12	0,273
Ocena telesnega stanja	-0,47	0,79	-0,13	0,555
Ocena splošnega zdravja	-0,78	0,81	-0,22	0,332
Socialna podpora (obisk bližnjih)	-0,46	0,51	-0,09	0,371
Prebolelost COVID	-0,43	0,54	0,07	0,428

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

Regresiven model za oceno dejavnikov stresa pri oskrbovancih doma za starejše z vključenimi neodvisnimi spremenljivkami je pojasnil 21,2 % variance dejavnikov ocene stresa. Statistično pomembna neodvisna dejavnika za oceno stresa sta bila slabše duševno stanje ($p = 0,011$) in slabše splošno zdravstveno stanje oskrbovancev doma za starejše ($p = 0,027$) (tabela 11).

Tabela 11: Model dejavnikov za oceno stresa pri oskrbovancih doma za starejše

Model dejavnikov za stres ($R_{adj.}^2 = 0,212$, $p < 0,001$)				
Neodvisne spremenljivke	b	SE	β	p
Spol	-0,74	0,82	-0,09	0,368
Starost	0,003	0,05	0,06	0,949
Ocena duševnega stanja	-1,36	0,53	-2,58	0,011
Ocena telesnega stanja	1,05	1,09	0,95	0,337
Ocena splošnega zdravja	-2,48	1,10	-2,25	0,027
Socialna podpora (obisk bližnjih)	-0,59	0,70	-0,84	0,402
Prebolelost COVID	0,56	0,74	0,75	0,453

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

3.4.4 Rezultati kvalitativno zasnovanega dela raziskave – oskrbovanci doma za starejše

Izpostavljamo tri kategorije, s katerimi lahko odgovorimo na raziskovalna vprašanja: 1) Občutki in čustva oskrbovancev v času epidemije COVID-19; 2) Odnos oskrbovancev do organizacije rdeče cone v domu za starejše in 3) Razumevanje in odnos oskrbovancev do ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe COVID-19 (tabela 12).

Kategorijo »Občutki in čustva oskrbovancev v času epidemije COVID-19« smo pojasnili s pozitivnimi in negativnimi občutki. Večina oskrbovancev je epidemijo COVID-19 sprejela z razumevanjem (tabela 12).

»Ubistmu sem jaz človek discipline in sem se vsemu temu podredila, ker sem smatrala če je vodstvo doma to presodilo, da je to dobro za dom, se moram temu prilagodit, pa tut če sm bla zaprta tle not.«

Sprva so oskrbovanci pomen COVID-19 zmanjševali, ko pa so se v domu starejših začele pojavljati prvi primeri okužbe z virusom SARS-CoV-2 in s tem povezani stopnjevanje vse bolj zahtevnejših ukrepov, so se postopoma začeli zavedati resnosti le-tega. Počutje je postajalo vse bolj nelagodno, pojavljati so se začele stiske. Tudi strpnim oskrbovancem je situacija postajala vse bolj obremenjujoča. Vsi oskrbovanci so hrepeneli po boljši prihodnosti in zaključku zaprtosti ter omejevanja (tabela 12).

»Sevede je bilo težko, ampak vsakič je enkat konc. Jst si rečem, vsakič je enkat konc, pa tudi to bo.«

»Ja, čakaš kdaj bo tist, da se bo ane, pa upaš, skos je upanje, de nebo večna [...]«

V času zaprtja doma za starejše, in v času, ko so bili stiki znotraj doma okrnjeni, se je izkazalo, kako je za večino oskrbovancev pomemben stik s sočlovekom. Oskrbovanci, ki so bili nastanjeni v dvoposteljni sobi, so zaprtost veliko lažje prestali kot tisti, ki so bili nastanjeni v enoposteljni sobi. Izjavi, ki govorita o tem, sta:

»Uglavnem, hudga ni bo nobenmu rajtam nč.«

»Ja, takrat če bi bla sama bi blo hudo, ampak z Janezam sva se pa le nekaj [...]«

Spet druge pa zaprtost doma za zunanje obiskovalce in odsotnost aktivnosti znotraj doma ni motila, saj so tudi po karakterju bolj samotarji. Velika večina sodelujočih oskrbovancev je imela kontakt z bližnjimi preko osebnih mobilnikov, zato morda niso občutili toliko samote, kot bi jo lahko sicer.

»Ma nč ni tko težko, sj smo se vsak dan slišal po telefonu ane, to se vsak dan slišoš, [...] kva te bo pa hodu gledat (smeh) ja, ja.«

»Na primer zaprtje doma. Ja. To ni blo fletn, ampak mene ni oviral, samo to kar otroc niso mogli notr, drgač pa če je zarat mene čist zaprt, vidte takale sm. Jst mam tole za dom, moj cimer.«

Večina oskrbovancev se bolezni COVID-19 ni bala. Pogosto pa so opisovali strah do sočloveka, do bližnjih in to, da svojih bližnjih zaradi okužbe z virusom SARS-CoV-2 ne bi za vedno izgubili (tabela 12).

»Strah me pa ni blo, ker sem po televiziji poslušala kako skrbi zdravstvo za nas, a [...] kako se vsi trudijo.«

»Mene zame ni blo strah, bl meje blo pa, kako bi rekla, premišljevala sm o otrocih, o vnukih, kaj oni zd [...] zunaj doživljajo k niso tko zaščiteni kt mi, to pa sm premišljevala.«

Obdobje epidemije COVID-19 so oskrbovanci doma za starejše opisovali negativno. Zaznati je bilo moč žalosti, jeze, odpora, panike, strahu in razočaranja. Oskrbovanci so ob vse večjem omejevanju, zaprtosti, odsotnosti obiskov in odsotnost druženja s preostalimi oskrbovanci znotraj doma občutili izgubo svobode (tabela 12).

»O [...] hudo je blo to, da [...] k bi šli rad vn, tist je blo najbl hudo.«

»Bila je tudi ene vrste prisila, ampak je pa bila potrebna, ni šlo drugače. Vsi smo se morali podrediti temu ane, to je bla skoraj ena diktatura bi človek lahko reku. Ampak v takih primerih [...] Recimo, to me je najbolj vznemirjal, 11 mesecev smo bili tle notr zaprti. To je že itak en tak občutek, da si nek v enem zaporu, niti ven na hodnih nisem mogla stopit in to je bilo tko utesnjujoče in tko grozljivo, vsaj zame ane. Sm se čutila, da mi je vsa svoboda, vse mi je vzet. A veste, da ne razpolagam več sama z sabo, ampak [...]«

Moč razočaranja je bilo mogoče zaznati tudi zaradi strogosti pri preverjanju PCT pogoja in selekcioniranju obiskov glede na pogoje izpolnjevanja le-tega, saj so bili nekateri oskrbovanci zaradi preverjanja le-tega prikrajšani obiskov. Strah pri oskrbovancih se je pojavljal tudi zaradi neenakosti v cepljenju. Nekateri oskrbovanci so bili mnjenja, da je cepljenje v tako veliki instituciji potrebno. Bili so obkroženi z mislijo, da cepljenje predstavlja varnost in da je cepljenje rešitev omejevanja znotraj doma. Odstotek necepljenih posameznikov je med oskrbovanci povzročal strah. Manjšemu odstotku pa je cepljenje predstavljalo dvom in strah. Izjavi, ki govorita o cepljenju sta:

»Je pa ubistvu narobe, ker niso bili vsi cepljeni [...] in potem je ta strah tud prišel na nas ane, in smo zvedel, sj tolk in tolk jih pa ni cepljenih, mi smo pa tle not zaprt recimo [...]«

»Nekak ne vem že od včasih me je blok r mal strah cepiva, k so vsak je jamral, da majo posledice pa take. Tega sm se jest bala.«

Druga kategorija »Odnos oskrbovancev do organizacije rdeče cone v domu za starejše« je bila osrednja tema in je bila izvor zadovoljstva in nezadovoljstva med oskrbovanci doma za starejše. Obširnejši del opisane kategorije predstavlja nezadovoljstvo. Paniko, jezo in razočaranje je bilo pri oskrbovancih moč zaznati ob izvajanju karantene ter izolacije. Večina oskrbovancev je bila ob začetnem valu pojava okužb z virusom SARS-CoV-2 zaradi vzpostavljanja rdeče in sive cone primorana zapustiti lastno sobo in se začasno preseliti v manj urejene bivalne prostore. Sobe nekaterih oskrbovancev so tako postale izolacijske sobe in so bili od njih ločeni tudi več kot mesec dni. Zaradi prostorskih stisk so s seboj vzeli le najnujnejše osebne stvar, televizije in večje pripomočke so puščali v prejšnjih sobah. Novi prostori so bili drugačni, nekateri sprva celo brez oken in sanitarij. Spremenila pa se je tudi njihova dnevna rutina (tabela 12).

»Men je bilo žou, da sm bla tm dol, ker sem svojo sobo imela. Moja soba je bila prazna, jst sm pa dol z šestimi ležala.«

»Ja sevede je, da ni čist enostavn ne, nimaš ne televizije, nimaš ne radia, nimaš nč ane, ja [...] no.«

Oskrbovanci so ob bivanju v rdeči coni občutili osramočenost in izgubo avtonomije. Razlogi za osramočenost so bili neupoštevanje zasebnosti, skupni bivalni prostori, odsotnost stranišč in odsotnost možnosti tuširanja. V rdeči coni je bila zasedenost z okuženimi oskrbovanci v prvem valu pojava okužb z virusom SARS-CoV-2 maksimalna. Domovi za starejše infrastrukturno niso bili pripravljeni za vzpostavljanje izolacijskih enot, zato so se kazale prostorske stiske ob zagotavljanju čistih in nečistih prostorov ter skladiščenju in odvozu infektivnih odpadkov. Oskrbovanci so bili ob začetnem valu pojava okužb z virusom SARS-CoV-2 v rdeči coni obdani z odpadki. Ker so bile nekatere

sobe zgrajene naknadno, niso zagotavljale napeljanega vodovoda niti niso imele možnosti priklopa klicnih naprav.

»Počutila sem se pa drugače slabo zaradi tega ker nas je bilo toliko v prostoru, ane jst sem bila vajena sama, tle nas je bilo pa velik, pa skupno sobno stranišče, a veste kako je to.«

»Motile so me tudi tele stvari, smrdlive stvari, kt so ble tlele notr.«

»Ampak, da ti živiš v takih slabih higienskih odnosih, da nimaš niti, niti prostora, da greš lulat, ja to je višek. To je bla hujš, hujš [...] m [...] m [...] bol narobe kot pa sama bolezen.«

Razočaranje med oskrbovanci se je kazalo tudi zaradi nezadovoljstva s postrežbo in termo regulacijo hrane. Vstop in izstop iz rdeče cone je potekal po protokolu. Zaposleni so hrano v že zapakiranih plastičnih posodah morali pripeljati do vhoda v rdečo cono, pred tem so se morali ustrezno zaščititi z OVO, sledil je vstop in razdeljevanje hrane. Čas celotnega postopka se je občasno tudi zavlekel, kar je povzročilo strežbo manj toplega obroka kot običajno. Oskrbovanci so izpostavili, da so bili prostori rdeče ali sive cone tudi nezadostno ogrevani, kar je najverjetneje razlog nenadnega prilagajanja in izdelave prostorov v namen izolacije. Razočaranje je bilo zaznano tudi zaradi neskladnosti informacij o poteku in času izolacije. Posebna kritika pa je bila zaznana tudi zaradi časovnih obhodov zaposlenih (tabela 12).

»[...] iz hrano je problem ane, ker morjo ke nost pa vn, pa vse mrzl dobiš ane, edin to je biu problem ane [...]«

»Najbl hudo je blo pa takat [...] je reku devet dni, pol je šlo tist mim, ni blo nč iz tizga, pa smo zmerej štel. Pol pa prau [...] 14 dni pol bo pa dobr, pol bote pa šli vn.«

Oskrbovanci so ob opisanem občutili »zavrženost«, tako se je izrazila ena izmed oskrbovank doma za starejše.

»Tko sem se počutila, kot da nismo nič vredni.«

»Kt, da smo nekaj, bi reka tko zavrženi (smeh).«

Med COVID-19 okuženimi oskrbovanci, nameščenimi v rdeči coni, se je v največji meri pojavljal strah zaradi pojava simptomov bolezni in poslabšanju le-teh. Oskrbovanci so kot strah oziroma nelagodje opisovali tudi zaradi neprepoznavanja zaposlenih pod OVO (tabela 12).

»Hudo je blo to, ko si pričakval kuga bo, a bo vročina, a bo narasla, a se ti že kj prjemle, kam te bojo dal, too [...]«

Kljub nizanju negativnih občutkov, ki jih je prinesla namestitev v rdeči coni, so bili oskrbovanci, nastanjeni v rdeči coni in izven nje, zadovoljni s sodelovanjem, predvsem pa z delom medicinskih sester v domu za starejše. Oskrbovanci so se zavedali infrastrukturne pomanjkljivosti in okrnjenosti negovalnega kadra. Izpostavili so, da se zavedajo napora zaposlenih pod OVO, truda, ki ga vlagajo v delo in odnosa do oskrbovancev (tabela 12).

»[...] sicer mi nismo smel ankamr ane čist nkamr, ampak, sestre so ble prcej na uslugo za vsako stvar če se [...] kar je blo možno ane. Sj so se tudi one mogle bat, pa tko naprej, pa smo bl skp [...] Bi rekla, da so se usi dobr držal, znam ured.«

»Drugače pa kar se osebja tiče, pa ljudi s katerim sem imela tle v zaprtem prostoru stik, so bili pa vsi zelo vredu. Zelo zelo vredu in vsega spoštovanja vreden, da so to sploh lahko prenesli. To je bil napor. Obleka katero so imele oblečeno, ni mogla dihat, vse ste bile prepotene, vse zmatrane po nepotrebnem. Grozno. Sicer pa vse, vse priznanje vsem tem našimu osebju, velik so skos dal.«

Ob umiritvi prvega vala okužb s SARS-CoV-2 v domovih za starejše so vodilni organizirali prenove in urejanje vseh potrebnih pomanjkljivosti, ki so bile zabeležene med prvim valom okužb s SARS-CoV-2. Kljub prilagoditvam in izboljšavam iz lastne prakse, se je kazal primanjkljaj zaposlenih po različnih conah znotraj doma. Zato je vodstvo doma za starejše leto kasneje sprejelo odločitev, da okuženi oskrbovanci s SARS-CoV-2, bolezen prestajajo v lastnih sobah, pri tem so bile selitve minimalne. Zaposleni pa so tako

lažje pokrili že tako nastali primanjkljaj osebja. Z omenjenim ukrepom se je delovnik zaposlenih v zdravstveni negi vrnil na ustaljeno prakso. Zaposleni doma za starejše so se zavedali stisk oskrbovancev, ki jih je prinesla epidemija COVID-19. V izogib morebitnemu propadu in poglobljanju stisk so zaposleni organizirali različne dejavnosti v izogib osamljenosti. Le-te pa so vodile v dobro počutje in pozitivna čustva oskrbovancev. Kot dobra praksa se je izkazala izdelava domskega časopisa, ki so ga oskrbovanci prebirali v času zaprtja in so bili seznanjeni z novostmi doma. Kasneje so bili organizirani tudi izhodi iz sobe, zaposleni so oskrbovancem nudili pomoč pri telefoniji in vzpostavitvi komunikacije z bližnjimi ter navsezadnje tudi organizacijo varnih obiskov. Večina pokretnih oskrbovancev si je čas krajšala in popestrila tudi sama z branjem, reševanjem križank, risanjem, ročnimi spretnostmi, gledanjem TV, poslušanjem glasbe, pisanjem ter telovadbo (tabela 12).

»Pa tale časopis sm prejerala, ko smo bli z vsem seznanjen in si ga komej čakou kdaj bo pršou [...]«

»Vesel smo bli k smo šli potem lahko tamle dol v park, potem še nekaj časa nismo smel vn, smo spet bli v pričakovanju, kdaj bomo šli.«

»Ja zaposleni pa enkratni, to morm pa rečt. [...] Mislm, vse so nam ustregl, kar je blo treba, kar je blo možno.«

Zadnja kategorija, ki je bila opisana pri oskrbovancih doma za starejše »Razumevanje in odnos do ukrepov za preprečevanja širjenja okužbe znotraj doma za starejše« je bila prav tako razdeljena na pozitivno in negativno naravnost do ukrepov preprečevanja širjenja okužbe z virusom SARS-CoV-2. Večina oskrbovancev je ukrepe pozitivno sprejela, prav tako so pokazali tudi kritiko do neupoštevanja le-teh (tabela 12).

»Pravm, da bi bili vsaj pameten, da bi se merkal. Sj jst tud težko nose masko, ampak jo dam gor.«

»A veste to jst odobravam in obsojam tist kjer to ne dela. Maske noset obvezno, pa tud moji k me pridejo obiskat z [...], jst [...] majo zmeri maske, ampak je prou, da ne okužeš iz uzuney na noter enga a [...] reveža, taga starga kt sm jst pr devedesetih.«

Večina oskrbovancev doma za starejše se je strinjala z ukrepom zaprtja doma. Kljub odstotku osamljenosti, ki se je pojavil v času zaprtja, so v ospredje postavili varnost in skrb do sočloveka. Pojavljalo se je nezaupanje v vedenje obiskovalcev, zato se je večina oskrbovancev strinjala s preverjanjem PCT pogoja za obiskovalce v času odprtja in organiziranja obiskov. Prisoten je bil tudi strah glede ponovnega prestajanja karantene in izolacije zaradi ponovne razširitve okužbe znotraj doma za starejše (tabela 12).

»Ja, to je bo treba, zarad tega da, niso ldje vn hodil, pa zunej dobil poj ane, a zastopte, vn gre, pa zunej dobi, mimgrede kšn virus dobiš pa ga not prneseš, poj pa konca ne. To, ja to je pa čist prou. Tist mesec, al pa kok je bo zaprt takt, a pa tri tedne kokr je bo, to pa res ni nč tazga, sj tle maš use, ne nucaš taga [...]«

Prevladovala je miselnost o obveznem cepljenju in sprejemanju testiranja. Počutili so se varne ob vzpostavitvi bele, sive in rdeče cone in ločevanju oskrbovancev glede na okuženost. Tu je primer izjave, s katero lahko opišemo pozitivne občutke in čustva oskrbovancev doma za starejše (tabela 12).

»Ja, sj so tle so krasn vse uredl. Tud mel smo tisto cono, to za bol [...] za obolele ane, da smo jih ke dal. Men se zdi da je blo tle urejen dobr za te kovidne al kt so bli pozitivni no, testirani. Pa to je prou, da se pozdrav, pa da naprej živiš tko kt je treba, tko jst mislm.«

Negativna naravnost je bila opisana v manjših primerah, predvsem zaradi nezaupanja v pojav COVID-19, neetičnosti ukrepov znotraj doma, pretiravanja pri uvajanju ukrepov in prikrajšanosti do dostopa do različnih domskih aktivnosti. Navedeni primer opisa žalosti je prikazan spodaj (tabela 12).

»Ampak trpel smo pa potem zelo. Že ta občutek, da ne moreš nikamor ven, na hodnik so že vpile ane. Ne to ni človeško, moram rečt.«

»Poglejte koliko stvari je zaprtih. Dol zdravniki, a [...] vsemogoče, vsemogoče, ne moreš mislit.«

Večina oskrbovancev je spoštovala ukrepe preprečevanja širjenja okužbe, manjši odstotek oskrbovancev pa je ukrepom nasprotoval in so bili za to pogosto opozorjeni. Leti so se na spremembe težko prilagodili (tabela 12):

»Ja jst sm. Mars ker pa ni. Mars ker se je pa kregou, kvaj to treba, sj smo tko tle not zaprt.«

»[...] pozabljal so na maske, nenamenoma, pozabljal so na maske, a [...] pozabil so zakaj je tist a [...] polivinil tam. En [...] za enga vem, da je kr uhajou k eni gospe, kt jo ma tko zlo rad, so, ampak so ga, so [...] pazile tud, da, da so ga ustavle.«

Tabela 12: Kategorije in pripadajoče kode – oskrbovanci doma za starejše

Kategorija	Kode
Občutki in čustva oskrbovancev v času epidemije COVID-19 ima dve podkategoriji: pozitivni občutki in negativni občutki	Pozitivni občutki/čustva: zadovoljstvo, odsotnost občutka osamljenosti, vedrost, upanje
	Negativni občutki/čustva: žalost, jeza, odpor, strah, razočaranje
Odnos do organizacija rdeče cone v domu za starejše ima dve podkategoriji: zadovoljstvo z organizacijo in nezadovoljstvo z organizacijo	Zadovoljstvo z organizacijo: opora, zadovoljstvo, zavedanje obremenjenosti zdravstveno negovalnega osebja
	Nezadovoljstvo z organizacijo: preplah, panika, strah, jeza, osramočenost, žalost
Razumevanje in odnos do ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe znotraj doma ima dve podkategoriji: pozitivni odnos in negativni odnos	Pozitivni odnos do ukrepov: sprejemanje dane situacije, sprejemanje ukrepov, sprejemanje potrebe po zaprtju doma, sprejemanje glede vzpostavitve bele, sive in rdeče cone, sprejemanje preverjanja PCT pogoja ob vstopu v ustanovo, potreba po obveznem cepljenju, sprejemanje testiranja, razumevanje ukrepov
	Negativni odnos do ukrepov: žalost, nezaupanje, zaskrbljenost, neupoštevanje ukrepov, delno razumevanje ukrepov

3.4.5 Rezultati kvalitativno zasnovanega dela raziskave – zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše

Odgovore na raziskovalna vprašanja pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše smo pojasnili s tremi kategorijami:

- 1) Občutki in čustva zaposlenih v zdravstveni negi v času epidemije COVID-19,
- 2) Občutki ob delu v rdeči coni doma za starejše in

3) Razumevanje in odnos do ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe SARS-CoV-2 (tabela 13).

Kategorijo »Občutki in čustva zaposlenih v zdravstveni negi v času epidemije COVID-19« smo pojasnili s pozitivnimi in negativnimi občutki. Pozitivni občutki so bili izraženi s sprejemanjem nastale situacije. Delo, povezano s preprečevanjem širjenja okužbe z virusom SARS-CoV-2, so zaposleni v zdravstveni negi jemali resno in odgovorno. Sprva je epidemija COVID-19 med zaposlenimi v zdravstveni negi pustila grenak priokus. Kasneje pa je zaradi narave dela, ki ga opravljajo, postala izziv, ker je pripomogla k osebni rasti (tabela 13).

» A [...] v bistvu sj, vsi vemo, de, da smo šli skos hudo, hude zadeve a ne, ampak sj smo delal pa smo, zato k smo vedl da mormo pač, da... ker smo v taki službi, da mormo to sprejet a ne.«

Zaposleni se na splošno dela s COVID-19 obolelimi oskrbovanci niso bali, prav tako se niso bali, da bi sami zboleli za COVID-19. Pogosto pa so opisovali skrb in strah do zdravja drugih. Zaposleni so se obremenjevali z mislijo, da okužbe s SARS-CoV-2 ne bi prinesli v ustanovo ali obratno, na svoje družinske člane (tabela 13).

»Ja študirala sem če si prav razkužujem, pa stvari prou iz sebe daj [...] a [...] dajem, da ne bi sebe slučajno okužla ane.«

»[...] ja pač itak bojiš se, da se boš okužu, mislem bojiš, bl še bojiš, da jo boš domov prnesu, ampak poj na podlagi tega se majčken odmakneš [...]«

Negativni občutki med zaposlenimi v zdravstveni negi so se v največji meri pojavljali v povezavi z delom. Sprva se je kazala panika zaradi pomankanja znanja in samim spoprijemanjem z novostmi, kasneje se je le-ta razširila zaradi vse večje preobremenjenosti pri delu in prevzemanje novih nalog. Poleg svojih rednih obveznosti, ki so jih morali opravljati, so morali zaposleni sodelovati še pri vzpostavljanju posameznih con, selitvah oskrbovancev, testiranju, obveščanju zdravstvenega stanja

oskrbovancev svojcem in še bi lahko naštevali. Izjave, ki opisujejo delo med epidemijo COVID-19, so.

»Bol je blo glede tega kako bomo to spelal [...] prilagajanja postopkom, prilagajanja ljudem, razložiti zakaj [...] Sam primer, kako jim pravilno prineset hrano, kdaj pravilno narditi nego, zato, da so približno toplo pojedl, zato da so bili v nekmu doglednmu času urejeni in vse to.«

»[...] ful si si mogu planirat deu a ne [...] zdej bom šou notr, to pa to, pa to pa to bom naredu a ne, sabo morem uzet še to pa to pa to, ker pač ven ne bom mogu it, ker ko bom šeu enkrat ven bom mogu vse dol dat a ne, tko. Velik je blo načrtovanja v naprej.«

»[...] če je biu kakšen sum, pač si mogu vse pustiti iz rok, letet testirat [...] No seveda pa še kar je vse prineslo s sabo pač tam vzpostavljanje sivih con v hiši, a [...] delo z zaščitno opremo a [...] ki tudi vzame čas, potem a [...] tudi a [...] svojci a ne [...] a [...] ogromno, ogromno več klicev je bilo [...] potem pač a [...] tudi obiski so bili drugače z organizirani [...]«

Zaposleni v zdravstveni negi so bili vznemirjeni, saj so vedeli, da ob večji razsežnosti okužb s SARS-CoV-2 znotraj doma in ukrepi, ki so jih narekovala ministrstva, temu ne bodo kos. Ne pozabimo, da domovi za starejše že ob odsotnosti okužbe s SARS-CoV-2 izpolnjujejo minimum kakovostne in varne zdravstvene nege in oskrbe. Zaposleni v zdravstveni negi so bili v hipu prepuščeni samim sebi, svojemu znanju in intuiciji. Nadrejeni so vsakodnevno prejeli posodobljena navodila v povezavi s preprečevanjem širjenja okužbe, ki so jih morali vpeljati v prakso in način dela znotraj doma. Zaposleni v zdravstveni negi so bili ob začetku epidemije COVID-19 tudi soočeni s problemom s pomanjkanjem OVO in pripomočkov v posameznih conah. Nemalokrat pa so bili tudi odvisni od pomoči drugih služb, saj v danih situacijah delu niso bili kos (tabela 13).

»Tko, bom rekla not v seb tist nemir, ker [...] ane si hotu da je to čimprej konc, pol je blo pa skos neki ane, zmer neki nouga, vsak dan je blo, zmer več ljudi, tam smo bli sami ane gor.«

»[...] mi smo mel jedilnico vso z knauf stenami predelano, oni so spal po jedilnicah, selitev je blo malo morje a ne [...].«

»A [...] nimaš dovolj pripomočkov pri sebi a ne, ker vseen si še v domu a ne in a [...] za vsako stvar si tko rabu a ne se povezat z drugo stranjo hiše a ne.«

Zaposleni, ki so delo opravljali v rdeči coni, so se srečevali s strahom pred prilagajanjem na nove okoliščine dela, kadar so delo v rdeči coni opravljali samostojno, strah jih je bilo v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja oskrbovancev in nadaljnjega ukrepanja. Žalost in nemoč so občutili, kadar oskrbovancem zaradi narave dela znotraj cone niso uspeli pomagati ustrezno ali pravočasno. Žalost je bila prisotna tudi ob soočanju s smrtjo oskrbovancev (tabela 13).

»Strah je blo samo tist ob začetku no. Pol pa, tist k je blo pa drugi val, je blo pa že mjhn bol drugač, je blo pa [...] si pa že laži ane, tud vedl smo kako se ravnat v temu, vedl smo kako se oblečt, kaj je [...] ane, tko da a [...] pol je blo laži no.«

»Mogoče ja, recimo za mene je bil največji stres a [...] k sm bila recimo a [...] v rdeči coni a ne, pa sem bila sama za vse [...] «

»[...] strah, am [...] v smislu če se enmu neki poslabša, kako ukrepat, ker si pač omejen.«

Poleg dela pa je zaposlene izčrpaval tudi delovnik. Ločevanje zaposlenih glede na posamezne cone v namen čim manjšega prenosa morebitnih okužb, bolniških odsotnosti, so morali delovno aktivni zaposleni delo opravljati preko celotnega dne. Mnenje zaposlenih glede delovnika preko celotnega dne je bilo različno, proti koncu epidemije COVID-19 pa je bilo čutiti prisotnost utrujenosti, izgorelosti in naveličanosti (tabela 13).

»Am [...] drugač pa morm rečt, men psihično je kr pustil no, še zdej, še zdej pomojem nisem mal k seb pršla, nespanje, službo sms kos sam sanjala, tko no, zame je biu kr šok no.«

»[...] fizično je bilo to naporn a [...] glede na to, da smo delale po cele dneve.«

Pojavljala se je tudi odpor do dela zaradi nošenja osebne varovalne opreme. Ob začetku je bilo potrebno pridobiti znanje o pravilnem postopku oblačenja in slačenja OVO. Med delom pa so zaposleni pogosto naleteli na neprijetnosti, kot so potenje, tiščanje raznoraznih pasov očal in vizirja. Izkušnje zaposlenih so bile različne.

»Ja slabo sm se počutla, zarat tega, najprej zarat zaščitne opreme, ki je po 5 minutah začel na očala kaplat [...]«

»[...] pa tisti tajveki gor pa dol, pa ves prešvican, lačen, žejen, ni smogu [...] tko no je blo kr no, to se mi zdi da je blo najhujš no, od vsega, ostalo bom rekla da res, smo se tko dobr, mene so ful bodril no, da nj zdržim (smeh).«

»Tud to nošenje uniforma, ja mene je začelo poj stiskat, mene je začelo v prsih bolet, bolet, a veste tisto vdihavanje zraka cel dan [...]«

Zaposleni v zdravstveni negi so bili mnogokrat priča negodovanju oskrbovancev glede pretekle situacije. Zaposlenim je zaradi opravljanja tekočega dela primanjkovalo časa za druženje z oskrbovanci. Pri tem so občutili stisko, žalost in razočaranje zaradi omejevanja in okrnjenosti pravic oskrbovancev pri uveljavljanju svobode. Razočaranje se je kazalo tudi zaradi nemoči zaposlenih do oskrbovancev in zaznavanje njihove osamljenosti. Kljub trudu, ki so ga pokazali zaposleni oskrbovancem ob nudenju opore, pa jih je potrlo tudi to, da jih oskrbovanci zaradi nameščene OVO niso prepoznali ali celi slišali (tabela 13).

»Ja jst bi izpostavila, da so najbolj so nastradal starostniki. Ker so bli čist izoliran po sobah, nobenih obiskov.«

»Oni so se enostavno bali naše uniforme.«

Razsežnosti, ki jih je prinesla epidemija COVID-19, so vodile v strah, apatičnost, utrujenost in izgorelost zaposlenih v zdravstveni negi. Le-te pa so bile razlog za odmaknjenost od lastnega socialnega življenja. Kasneje so zaradi zanemarjenosti lastne družine občutili krivdo. Začel se je pojavljati tudi dvom o ustreznosti prejetega plačila, povezanega z opravljenim delom, smiselnosti opravljenega poklica in celo po zapuščanju le-tega (tabela 13).

»Am [...] pojavla, pa pač ta občutek, pač res samo služba, dom, služba dom [...] ni socialnega življenja [...]«

»K si pršou domov si biu utrujen, pač določene stvari nisi počeu. Bila je stiska bl zato, ker doma je tko, kt da bi jih zanemaru, nisi biu tok z družino. Tudi takrat k si biu doma si biu odmaknjen zato, da jih ne boš okužu a ne. [...] pač določenih stvari [...] ne delaš tok, nis tok naredu kokr si prej naredu a ne, recimo nis ne vem, nis biu tok prisoten v smislu ne vem gospodinjskih opravil in tega.«

»A bomo plačan sploh, ker je bila epidemija takrat razglašena 65 pa 30 dodatka, a bomo dobil [...]«

Drugo kategorijo »Občutki zaposlenih v zdravstveni negi ob delu v rdeči coni doma za starejše« smo prav tako razdelili na pozitivne in negativne občutke zaposlenih v zdravstveni negi. Pozitivni občutki so bili opisani kot olajšanje in ponos zaposlenih, saj so kljub pomanjkljivostim delo v času epidemije COVID-19 dobro opravili. Pri delu se je kazala odgovornost. Zaposleni so bili hvaležni oskrbovancem za razumevajoč odnos do njihovega dela. Večina zaposlenih je poudarila, da so imeli podporo sodelavcev in nadrejenih. Podpora jim je v ključnih trenutkih veliko pomenila, čutili so medsebojno povezanost. Spodaj so našete najbolj pogoste izjave, s katerimi lahko opišemo pozitivna občutja in čustva.

»Fenomenalno, dihali smo en z drugim. Zelo sem bil zadovoljen.«

»[...] čutil se je, da so velik bolj povezani, da so znali stopit skupaj [...]«

»Vodje so bile dosegljive skos [...]«

Jezo in razočaranje so zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše opisovali zaradi zavedanja o slabi kakovosti bivanja oskrbovancev v rdeči coni in zavedanja o pomankanju kadra. Dodatno razočaranje, ki je pestila zaposlene v zdravstveni negi skozi celotno epidemijo COVID-19, pa je bilo ločevanje skupnih druženj oziroma pavz med zaposlenimi. Zaposleni se med seboj glede na razdelitev posameznih con niso videli tudi po mesec dni, kar je bilo za večino zaposlenih obremenjujoče. Tudi znotraj cone se zaposleni pogosto zaradi narave dela, niso udeležili skupne malice (tabela 13).

»[...] rekla bom, da me je najbolj motil smeti, smeti, ta a [...] te stvari, ker je blo tok enih smeti [...] mislm ni blo tko umazanije ane, ampak skos si biu obkrožen z smetmi, ker je blo tega ful, plastika, plenice [...] ni blo dol stranišča normalnega [...].«

»[...] če ni kadra ne moreš dat usak, vsakmu določenga da ga bo, da se bo z človekom pogovarjou a ne [...].«

V zadnjo, tretjo kategorijo » Razumevanje in odnos do ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe« smo vključili kode, ki pojasnjujejo sprejemanje, razumevanje in spoštovanje ukrepov med zaposlenimi in oskrbovanci doma za starejše. Večina zaposlenih in oskrbovancev je ukrepe sprejemalo in razumelo. Zaposleni so se v večini opredelili, da so bili ukrepi za preprečevanje širjenja okužbe potrebni, zaprtje doma so komentirali kot pozitiven način za zmanjševanje širjenja in nastanka okužb s SARS-CoV-2 (tabela 13).

»Generalno gledano so se jih držali in tudi generalno gledano so jih razumeli, stanovalci mislim.«

»Ja. Meni se zdi, ker če se ne bi zaprlo, mislim, da bi še hujš blo.«

Med negativnimi občutki in čustvi zaposlenih se je največkrat pojavljala jeza zaradi neupoštevanja danih ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe s strani svojcev in razočaranje ob spoznanju, da dementnim oskrbovancem sodobna tehnologija ni veliko pomenila oziroma so se nanjo težko prilagodili (tabela 13).

»[...] problem pride, pr ljudeh k [...] pridejo brez mask, pa misljo ah sej men pa nebo nč ane in glih tista dotična oseba lahko kj pol ane, pol se pa sekiraš ane, pol gre pa to k domine ane in se ne ustav.«

»Oni so generacija k ne veliko je njih a [...] tud ne vem precej dementnih in to jim ni kaj velik pomenilo a [...] nekaterim, nekaterim pa ja, poj ko so se navadili.«

Tabela 13: Kategorije in pripadajoče kode – zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše

Kategorija	Kode
Občutki in čustva zaposlenih v času epidemije COVID-19 ima dve podkategoriji: pozitivni občutki in negativni občutki.	Pozitivni občutki/čustva: odsotnost strahu do lastnega zdravja in zdravja drugih, sprejemanje situacije, sodelovanje, usklajenost, odgovornost
	Negativni občutki/čustva: - povezani s posameznikom: žalost, krivda, strah, negotovost, obup - povezani z delom: preplah in panika, zaskrbljenost, odpor, jeza, krivda, vznemirjenost - povezani z oskrbovanci: žalost, razočaranje, obžalovanje
Občutki zaposlenih v zdravstveni negi ob delu v rdeči coni v domu za starejše ima dve podkategoriji: zadovoljstvo z organizacijo in nezadovoljstvo z organizacijo.	Zadovoljstvo z organizacijo: olajšanje in ponos, hvaležnost, zanimanje in odgovornost, podpora vodstva, odzivnost vodij
	Nezadovoljstvo z organizacijo: grozljivost, jeza, žalost
Razumevanje in odnos do ukrepov za preprečevanje širjenja okužbe znotraj doma ima dve podkategoriji: pozitivni odnos in negativni odnos.	Pozitivni odnos do ukrepov: sprejemanje in razumevanje ukrepov, sprejemanje potrebe po zaprtju doma, delno strinjanje z zaprtjem doma, uspešno obvladovanje z zmanjšanjem števila novih primerov, prevzemanje odgovornosti
	Negativni odnos do ukrepov: jeza, razočaranje

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo dokazali, da so imeli oskrbovanci in zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše med epidemijo COVID-19 težave v duševnem zdravju, čeprav povprečni rezultati vseh vključenih niso pokazali hudih težav v duševnem zdravju. Med njimi pa so bili posamezniki, ki so se soočali s hudimi in zelo hudimi stanji stresa, tesnobe in depresivnega razpoloženja. Splošno, telesno in duševno zdravje so v povprečju vsi vključeni v raziskavo med epidemijo COVID-19 ocenjevali kot slabše v primerjavi z obdobjem pred epidemijo. Posebno kakovost naših ugotovitev pa predstavljajo kvalitativni podatki udeležencev, ki nam razkrivajo poglobljeno doživljanje življenja v domu za starejše med epidemijo COVID-19. Prav ti podatki nam pokažejo prisotnost strahu pred selitvami, prestjanju izolacije in karantene, odtujenosti in izgubo nadzora nad svojim življenjem pri oskrbovancih ter stresom pred novostmi, ki jih je prinašalo delo, preobremenjenostjo, zavedanje stisk oskrbovancev, strahom pred okužbo in prenosom okužbe v domače okolje pri zaposlenih v zdravstveni negi. Slednje nam pokaže pravo

subjektivno sliko vsakega vključenega posameznika v raziskavo. V nadaljevanju bomo naše splošne ugotovitve podrobneje razložili.

3.5.1 Oskrbovanci doma za starejše

V raziskavi je sodelovala dobra četrtnina oskrbovancev obeh domov za starejše na Gorenjskem, saj s preostalimi oskrbovanci zaradi prisotnih kognitivnih motenj ni bilo možno izpolnjevati vprašalnika (tabela 2). Združenje Srebrna nit - navaja, da je le dobra četrtnina oskrbovancev, nastanjenih v domovih za starejše, zmožna sodelovati v tovrstnih anketah (Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021). Večina sodelujočih v raziskavi so bile ženske (oskrbovanke), povprečno so bile stare 86,58 let, kar je pričakovano, saj je bilo med tistimi, ki so bivali v domovih za starejše po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2019) v letu 2019 kar tri četrtine žensk.

Več kot polovica oskrbovancev doma za starejše v raziskavi ni kazala znakov depresije, tesnobe in stresa (tabela 4). Vendar lahko izpostavimo, da so ženske v povprečju navajale večji občutek depresije, tesnobe in stresa v primerjavi z moškimi, razlike niso bile statistično značilne za celotno preiskovano populacijo. Verjetno bi bili rezultati drugačni, če bi imeli vzorec več, prav tako pa gre za anketirance v visoki starosti, ki imajo pogosta nihanja v razpoloženju in težave z razumevanjem vprašanj. Epidemijo COVID-19 in z njo povezane ukrepe preprečevanja širjenja okužbe so oskrbovanci sprva sprejeli, do situacije so imeli strpen odnos. *»Ubistmu sem jaz človek discipline in sem se vsemu temu podredila, ker sem smatrala če je vodstvo doma to presodilo, da je to dobro za dom, se moram temu prilagodit, pa tut če sm bla zaprta tle not. Sm rekla, sj bo minilo [...] ane.«* Ob vse večjem omejevanju znotraj doma, pa so še tako potrebni ukrepi preprečevanja širjenja okužbe postajali obremenjujoči za prav vsakega oskrbovanca: *»Tako neka, normalno sem sprejela nenormalne okoliščine, čist lahko rečem.«* Med polovico oskrbovancev doma za starejše povprečje zaznane depresije, tesnobe in stresa ni presegalo normalne vrednosti DASS-21 lestvice, vendar če podrobneje pogledamo rezultate, razberemo, da dobra četrtnina oskrbovancev vseeno navaja rahle, zmerne, hude ali zelo hude znake depresije, tesnobe in stresa (slika 1). Tudi tuji avtorji (Simard & Volicer, 2020; Simonetti, et al., 2020; Trabucchi & De Leo, 2020; Kaelen, et al., 2021)

opozarjajo na pojav depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci doma za starejše v času epidemije COVID-19.

Pogosto zasledimo, da so oskrbovanci doma za starejše redkeje izražali srečo in posledično doživeli več depresije in tesnobe v primerjavi s preostalimi starostniki (Azeem & Naz, 2015). Dejstvo je, da so starostniki del najranljivejše skupine prebivalstva, pogosto opisujejo pojav depresije in tesnobe. Ključna življenjska prelomnica starejših, ki povzroča stres, naj bi bila povezana tudi z odhodom v institucionalno bivanje (Stone, 2017). V Slovenskem prostoru je bila opravljena raziskava pred epidemijo COVID-19 in je ugotavljala pojav depresije in tesnobe med starostniki, nastanjenimi v domačem okolju in institucionalnem varstvu. Rezultati so pokazali, da se depresija in tesnoba med izbranimi skupinama pojavljata v podobni meri (Ledinek, 2018). Izguba partnerja, odhod posameznika v institucionalno varstvo, stik z otroki, ipd. so lahko le dejavniki, ki vplivajo na pojav osamljenosti in vodijo v nastanek depresije, tesnobe in stresa, ni pa nujno, da se bodo razvile (National academies of sciences, engineering, and medicine, 2020). Vprašanje je, ali je za tovrsten rezultat v raziskavi kriva sama epidemija COVID-19, ki je med oskrbovanci sprožila boj za preživetje in so vrednosti depresije, tesnobe in stresa nižje od pričakovanega, ali so na končni rezultat vplivali drugi dejavniki. Na kakovost življenja oskrbovancev, predvsem na duševno zdravje posameznika, vplivajo ukrepi, povezani s preprečevanjem širjenja okužbe SARS-CoV-2 (Savci, et al., 2021). V naši raziskavi je kar tretjina oskrbovancev doma za starejše prebolela COVID-19 in se tako v večji meri srečala s široko paleto ukrepov preprečevanja širjenja okužbe (testiranja, selitve in namestitve v bele, sive in rdeče cone, socialne izoliranosti) znotraj doma. Pri tem nismo uspeli dokazati povezave med prebolelostjo COVID-19 in pojavom depresije, tesnobe in stresa (slika 2), kar kaže na to, da prebolelost ni bila direktno povezana z opisanimi težavami v duševnem zdravju ali pa so bili prisotni drugi varovalni dejavniki, ki pa jih nismo raziskovali. Podobnih trditev nismo uspeli najti tudi v tuji literaturi. Z opisanim smo tako zavrnili našo prvo zastavljeno hipotezo, kar pomeni, da ne moremo trditi, da je okužba SARS-CoV-2 povezana z depresijo, tesnobo in stresom. Verjetno gre še za druge nepredvidljive dejavnike, ki pa jih nismo vključili v raziskavo. Oskrbovanci se v večini niso bali bolezni COVID-19, ki bi posledično lahko prispevala k pojavu depresije, tesnobe in stresa. Nekoliko bolj so izpostavili skrb in strah do svojih

bližnjih. »Strah me pa ni blo, ker sem po televiziji poslušala kako skrbi zdravstvo za nas, a [...] kako se vsi trudijo.« Bali so se predvsem spremembe načina življenja znotraj doma, selitev v druge prostore, prestajanje karantene in izolacije. Nelagodje so občutili, kadar so bili ločeni od lastnih, znanih sob in osebnih pripomočkov. Oskrbovanci so opisali izgubo svobode zaradi omejevanja druženja in izgubo avtonomije zaradi prilagajanja na nove okoliščine ter nemoči pri soodločanju. Ena izmed oskrbovank je izpostavila: »Recimo, to me je najbolj vznemirjal, enajst mesecev smo bili tle notr zaprti. To je že itak en tak občutek, da si nek v enem zaporu, niti ven na hodnih nisem mogla stopit in to je bilo tko utesnjujoče in tko grozljivo, vsaj zame ane. Sm se čutila, da mi je vsa svoboda, vse mi je vzet. A veste, da ne razpolagam več sama z sabo, ampak [...].« Tudi Kaelen in sodelavci (2021) ugotavljajo podobno. Strah in stiske, ki so se pojavljale pri oskrbovancih doma za starejše, niso bile povezane z okužbo SARS-CoV-2, temveč s pojavom naslednjega vala in trajanjem le-tega, strahom pred izolacijo in ponovnimi omejitvami. Del oskrbovancev je izpostavil, da seveda tudi občutijo zmeren strah zaradi pojava okužbe SARS-CoV-2, vendar je bila stopnja osamljenosti pri tem opisana kot nizka (Savci, et al., 2021).

Pomembna in ključna ugotovitev naše raziskave za pojav depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci doma za starejše je, da so oskrbovanci doma za starejše splošno, telesno in duševno zdravstveno stanje med epidemijo COVID-19 ocenjevali slabše kot v primerjavi z obdobjem pred epidemijo COVID-19 (tabela 5). Nižja splošna ocena zdravja oskrbovancev je bila povezana z višjo pojavnostjo depresije (tabela 9), povezana je bila z višjo pojavnostjo tesnobe (tabela 10) in z višjo pojavnostjo stresa (tabela 11). Podobne ugotovitve najdemo tudi med tujimi avtorji, vendar z razliko, da je bila pojavnost depresije, stresa in tesnobe, raziskovana med splošno populacijo (Wang, et al., 2020). Dokazali so povezanost med depresijo, tesnobo in stresom, telesnimi simptomi (npr. mialgija, omotica, nahod) in slabo splošno samooceno zdravstvenega stanja pri ženskah. Vendar so avtorji (Wang, et al., 2020) dokazali tudi, da so nižje vrednosti pojavnosti depresije, stresa in tesnobe povezane z informiranostjo vključenih v raziskavo (npr. informiranost o zdravljenju, informiranosti o stanju lokalnega izbruha) in higienskimi ukrepi (npr. higiena rok, nošenje maske). Dejavniki, ki so povezani z boljšo samooceno zdravja, so tudi: nižja starost, moški spol, življenje v urbanih območjih (velika mesta),

nereligioznost in neprisotnost kroničnih bolezni. Nasprotno so uživanje alkohola, telesna neaktivnost, prisotnost kronične bolezni, povezani s slabo samooceno zdravja (Mohammad Majidul Islam, et al., 2022). Predvsem je potrebno poudariti, da socialna izolacija in osamljenost ter drugi dejavniki, ki kažejo na socialno izoliranost, vplivajo na nastanek telesnega, kognitivnega ali psihčnega obolevanja (Barnes, et al., 2020). Oskrbovanci v naši raziskavi so navajali prav socialno izoliranost (tabela 2). V francoski raziskavi sta bili prav med oskrbovanci z demenco v domovih za starejše ugotovljeni višja pojavnost depresije in tesnobe med epidemijo COVID-19 kot pred njo (El Haj, et al., 2020). Najpogostejši simptomi duševnih motenj oskrbovancev z demenco v času epidemije COVID-19 so apatija, tesnoba in vznemirjenost (Simonetti, et al., 2020). Pesimistična razmišljanja in čustvovanja so se med oskrbovanci doma za starejše med epidemijo COVID-19 kazala v žalosti, izgubi zanimanja za stvari, ki so jih v preteklosti radi počeli, utrujenosti, izgubi apetita in pešanju spomina (Kaelen, et al., 2021). Pozornosti, ki bi opozarjale na duševno zdravje oskrbovancev, je bilo v času epidemije COVID-19 premalo (El Haj, et al., 2020; Simonetti, et al., 2020; Kaelen, et al., 2021). O tovrstni problematiki je v naši raziskavi spregovorila tudi ena izmed oskrbovank doma za starejše, ki meni, da so bili v času epidemije COVID-19 zapostavljeni, njihove psihološke potrebe so bile okrnjene in pozabljene: *»A veste kaj, samo fizična, fizičen obstoj je tle važen, duševnost je pa zanemarjena, čist. Oziroma, druga polovica človeka je pa popolnoma zanemarjena [...] Tako brezupno, tko okostenelo, tko joooj.«* Opozorila je na dogajanje v domu za starejše in kako je zaposlenim pomembna moč omejevanja širjenja okužbe SARS-CoV-2, ob tem pa je bilo premalo pozornosti namenjene psihološkim potrebam oskrbovancev. Oskrbovanci so morali v večjem delu sami poskrbeti za ustvarjalnost in popestritev dogajanja v času zaprtja. V izjavah so izražali veliko nemoč, strah pred kognitivni propadom in popolno odsotnost skrbi institucije na tem področju: *»Jas sm se čist skos zamotila. Križenke sm reševala, brala sm, a časopise, pa Zarjo pa Jano, a potem a... sem se z, iz črk sem sestavljala besede, da jih ne bi pozabila, veliko sem barvala, am pa... zdel se mi je prou, da mam tud televizijo odprto zarad tega, tko da tud a..., mam televizijo, a zarad poročil, hotla se bit na tekočem, pa tud da sem vidla a... kakšno zabavno prireditvev, kšno glasbo. To mi je blo.«* Tudi izjava *»[...] iz črk sem sestavljala besede, da jih ne bi pozabila [...]«*, kaže na veliko osameljnost, socialno distanco in posledično strah pred lastnim kognitivnim propadom, ki pa je bil verjetno

prisoten tudi pri drugih oskrbovancih, saj so bile podobne izjave v intervjujih pogoste. Oskrbovanci doma za starejše so bili v času epidemioloških ukrepov prepuščeni sami sebi. Občasne organizirane dejavnosti in dogodki doma za starejše v namen preprečevanja osamljenosti so sicer bile, kot na primer prejem domskega časopisa in nadzorovani sprehodi manjše skupine oskrbovancev izven doma za starejše, v večini pa se je poudarjala prekinitev druženja v obdobju epidemije COVID-19: *»Pa tale časopis sm prejema, ko smo bli z vsem seznanjen in si ga komej čakou kdaj bo pršou, vse tadrug smo prej, časopis [...]«* in *»Vesel smo bli k smo šli potem lahko tamle dol v park, potem še nekaj časa nismo smel vn, smo spet bli v pričakovanju, kdaj bomo šli.«* Porajalo se je vprašanje, ali so bili v organizirane dejavnosti vključeni vsi oskrbovanci enako, tudi tisti, ki niso bili zmožni samostojne hoje in ki so potrebovali pomoč drugih itd. Celostne posledice tega opisanega področja delovanja domov za straješe se bodo verjetno še pokazale, saj dolgotrajna izolacija in socialna omejitev oskrbovancev doma za starejše vodita v težave z duševnim zdravjem (Simonetti, et al., 2020). Nasprotno pa socialna povezanost znižuje pojav osamljenosti in pomembno vpliva na boljše duševno zdravje oskrbovancev doma za starejše (Bethell, et al., 2021). Socialna izolacija predstavlja tudi veliko tveganje za prezgodnjo umrljivost in je primerljiva z nekaterimi zdravstvenimi težavami (National academies of sciences, engineering and medicine, 2020). V naši raziskavi nismo uspeli dokazati, da bi bila socialna izoalcija povezana s pojavom depresije, tesnobe in stresa (tabela 4). Vendar kvalitativni podatki kažejo, da so ukrepi prispevali k zmanjšanju medsebojne komunikacije med oskrbovanci, kar je negativno vplivalo na njihove odnose. *»Zaprto. Nedostopnost do sveta, zunanjega in [...] in nasprotno, zunanjega sveta sem noter. Ane na odnosih se je to poznal ane.«* Spet drugi oskrbovanci so bili drugačnega mnenja, saj jim je odmaknjenost od vrveža dogajanja ustrezala. Podobno ugotavljajo tudi drugi avtorji (Leontjevas, et al., 2021; Knippenberg, et al., 2022). McArthur in ostali (2021) in sicer, da učinek zapora kot sinonima za zaprtje ustanove, ni bil statistično pomemben za pojav depresije, delirija ali vedenjskih težav. V naši raziskavi so skoraj vsi oskrbovanci imeli sorodnike, ki so jih obiskovali. Obiski so bili v času epidemije COVID-19 okrnjeni ali povsem prekinjeni. Vendar so se domovi za starejše trudili, da se je kmunikacija med oskrbovanci in sorodniki kljub omejevanju ohranila. Za komunikacijo so oskrbovanci uporabljali telefone in drugo sodobno tehnologijo (tabela 2). Več kot polovica oskrbovancev je v naši raziskavi kontakt z

bližnjimi vzpostavila sama preko lastnih mobilnih naprav (tabela 2). S strani oskrbovancev tako ni bilo zaslediti žalosti v povezavi z zaprtjem doma in omejevanjem obiskov z bližnjimi. Eden izmed oskrbovancev je izpostavil. *»Ma nič ni tko težko, saj smo se vsak dan slišal po telefonu ane, to se vsak dan slišiš, to je isto, to ni nič, kva te bo pa hodu gledat (smeh) ja, ja. To si, s [...] saj se slišmo vsak dan.«* Opisan podatek velja le za vključene anketirance. Mnogi nepokretni oskrbovanci ali oskrbovanci z upadlo kognitivno motnjo, ki niso imeli ne telefona niti možnosti ogleda televizije, branja knjig in podobnih aktivnosti, je osamljenost lahko prizadela veliko bolj, vendar omenjenega nismo raziskovali. Slednjim so za pomoč pri vzpostavljanju kontakta z bližnjimi pomagali zaposleni doma za starejše. Možnost komunikacije in pomoči ob vzpostavljanju komunikacije z bližnjimi preko sodobne tehnologije v času zaprtja so imeli vsi, tudi tisti, ki tega niso bili vešč. Za pomoč pri vzpostavitvi klica ni bil prikrajšan noben od oskrbovancev, pravi ena izmed oskrbovank. *»Ja. Jst mislm da ne, zato, ker tle so tko pozorni, da tist k nimajo te tablice, so jim računalnik nosil, na pojstvo so jim dal in so se lahko pogovarjal z domačimi, preko računalnika.«* Veliko večjo zaskrbljenost, tesnobo in stres je bilo moč opaziti med sorodniki in skrbniki oskrbovancev (Yeh, 2020). Velik odmev in strah je bil zaznan zaradi zaprtja domov za starejše predvsem med svojci oskrbovancev. Svojci so se bali upada kognitivnih in telesnih funkcij pri svojih bližnjih (Trabucchi & De Leo, 2020). Svojci so čutili skrb in odgovornost do svojih bližnjih, nastanjenih v domu za starejše, za njih so želeli poskrbeti kar se da najbolje, saj so omenjeno ustanovo obravnavavali kot zadnjo postajo pred smrtjo (Araújo, et al., 2022). Zaradi dolgo trajajočih ukrepov in omejevanja so oskrbovanci postajali vse bolj nestrpni, naveličani sledenju omejevanja, kazala se je osamljenost, imeli so vse večji občutek zapora. Ena izmed oskrbovank doma je opisla *»Je pa zanimivo ta občutek, čeprav smo bli v naravi tle v parku, pa si biu vseenv [...] nisi se počutu svobodnega, k so pa te vrata odprl je blo pa čist drugač občutek. Čeprav nismo kam šli, sam da je blo odprto.«* Ko so epidemiloške razmere dopuščale (glede na epidemiološko sliko in število aktivnih okužb), je vodstvo domov za starejše začelo s sproščanjem ukrepov, za oskrbovance in svojce so organizirali varne obiske, o čemer pa so pisali tudi tuji avtorji (Schlaudecker, 2020; Verbeek, et al., 2020; Low, et al., 2021). Oskrbovanci so vse vrste socialnih stikov in povezanostjo z zunanjem svetom (druženje v mehurčkih, kontakt preko oken, balkonov, vrat, preko mobilne telefonije in video klicev) opisali kot koristne (Kaelen, et

al., 2021). Opaziti je bilo, da predvsem oskrbovancem z blago ali hudo kognitivno motnjo sodobna tehnologija ni veliko pomenila oziroma so se nanjo težko prilagodili (Trabucchi & De Leo, 2020). Vendar McArthur in ostali (2021) na splošno ugotavljajo pozitiven učinek uporabe sodobne tehnologije kot enega izmed načinov vzpostavljanja stika med oskrbovanci in svojci v času zaprtja doma za starejše.

3.5.2 Zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše

Med zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše je bilo v celotnem vzorcu vključenih večina žensk, kar je za področje zdravstvene nege običajen podatek (tabela 3). Področje zdravstvene nege je glede na specifičnost opravljenega dela in zgodovinski razvoj zdravstvene nege predvsem poklic ženskega spola (Ličen & Plazar, 2013). Ženske so bile v povprečju stare 36,20 let. Večji del zaposlenih je imelo zaključeno srednješolsko izobrazbo (tabela 3). Rezultat je bil pričakovan, saj v poklicu zdravstvene nege sodeluje največ tehnic in tehnikov zdravstvene nege z zaključeno srednješolsko izobrazbo (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014). Več kot polovica sodelujočih zaposlenih v zdravstveni negi je delo v sivi ali rdeči coni opravljalo občasno, večino časa ali ves čas (tabela 3). Rezultati naše raziskave razkrivajo, da več kot polovica zaposlenih v zdravstveni negi ni kazala znakov depresije, tesnobe in stresa (tabela 6). Rezultat nas je presenetil, saj različni avtorji (Dichter, et al., 2020; Giorgi, et al., 2020; Lai, et al., 2020; Senczyszyn, et al., 2020; Trabucchi & De Leo, 2020; Yeh, et al., 2020; Hering, et al., 2022) opisujejo stiske na področju duševnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi v domovih za starejše v času epidemije COVID-19. Vzroka za naš rezultat nismo raziskovali, lahko pa sklepamo, da so se trenja, napetosti in pogoji dela povezani z epidemijo COVID-19 v času raziskovanja lahko že pomirili, saj je bila raziskava opravljena kasneje ali pa so imeli že razvite uspešne strategije spoprijemanja s stresom. Če rezultate pogledamo bolj podrobno, lahko zaključimo, da slaba tretjina zaposlenih opisuje rahle, zmerne, hude in zelo hude znake depresije, tesnobe in stresa (slika 4). Epidemija COVID-19 je zaposlene v zdravstveni negi vsekakor močno presenetila, prizadela in obremenila (Costello, et al., 2019; Xu & Zhang, 2020). Sprva so v povsem novih razmerah doživljali strah in negotovost, kasneje so s COVID-19 pozitivnimi oskrbovanci nabirali izkušnje tudi za nadaljnjo organizacijo delovnega procesa. Izjavi, ki

opisujeta začetek spoprijemanja z okužbo SARS-CoV-2 znotraj doma, kažeta na občutke strahu in drugih neprijetnih čustvenih stanj, ki pa lahko na dolgi rok vplivata na duševno zdravje zaposlenih: »*A ham, ja tko velik je blo nemira, že sploh tako na splošno, že ker je pač, nismo bli navajeni tega ane, da se nam stvari prepovejo, pa, a [...] živčnost je vladala, strah, nisi vedu kaj bo ane, sploh zarat tega, ker so nas [...], pa s temi conami ane, mislem jst sm se ful bala tega ane, da bo to pršlo sm [...]*« in »*Strah ne, bol negotovost. Ubistvu pač nas ni blo strah samega virusa, nas ni blo strah kako pač stvari delat, pač to vsi pač znamo delovne postopke, pravilne postopke poznamo.*« Podobni rezultati so bili ugotovljeni tako med zaposlenimi, ki so svoje delo redno opravljali v rdeči in sivi coni, kot pri tistih zaposlenih, ki so delo opravljali v belih conah. Razlike, ki bi opisovale pojavnost depresije, tesnobe in stresa glede na okolje dela (bela, siva in rdeča cona), ki so ga opravljali, ni bilo (tabela 5). Podatek nas je presenetil, saj je znano, da so tisti zaposleni, ki so bili v jedru krize in so opravljali delo s COVID-9 pozitivnimi pacienti, kazali večjo stopnjo stiske, kot pa tisti zaposleni, katerih se dogodki niso dotaknili (Bukhari, et al., 2016; Huang, et al., 2020). Vsak posameznik sicer različno doživlja stopnje duševne stiske oziroma krize. Na splošno je znano, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki so delo opravljali s COVID-19 pozitivnimi pacienti, poročali o težavah z duševnim zdravjem, kot so stres, tesnoba, depresija, nespečnost, jeza in strah (Giorgi, et al., 2020; Kang, et al., 2020; Riello, et al., 2020; Xiao, et al., 2020). Podrobni podatki naše raziskave razkrivajo, da so znake depresije v največji meri kazali tisti zaposleni, ki so delo v sivi ali rdeči coni opravljali občasno (slika 5), kar po našem mnenju pomeni preobremenjenost in moč stalnega prilagajanja in menjavanja delovnega okolja. Tesnoba se je glede na opravljeno delo v sivi, rdeči ali beli coni pojavljala v podobni meri (slika 6), medtem ko je bil stres nekoliko bolj prisoten pri tistih zaposlenih, ki so delo v sivi ali rdeči coni obravljali občasno, večinoma ali ves čas (slika 7). Stisko zaposlenih, ki so delo opravljali v sivi ali rdeči coni, so predstavljali predvsem naslednji dejavniki: velik obseg dela, prepuščenost samemu sebi, samostojnost, iznajdljivost in samoinciativnost. Izkušnja medicinske sestre, ki je delo opravljala v rdeči coni, je bila: »*Mogoče ja, recimo za mene je bil največji stres a [...] k sm bila recimo a [...] v rdeči coni a ne, pa sem bila sama za vse [...] A si recimo ponoči, ali pa sve bla 2 popoldan, recimo to je bil en tak ne vem, res a [...] k ne moreš vsem [...] to je bilo po mojem men večji stres no kakor pa delovnik.*« Zaposleni so morali delo v sivi in rdeči coni opravljati natančno, predvsem pa

zbrano, saj je bila nevarnost prenosa okužbe SARS-CoV-2 velika. Običajna delovna opravila so bila v sivi ali rdeči coni težje izvedljiva, zanje so običajno porabili več časa, kot bi jih sicer v običajnih okoliščinah. »Mogu si pa pač razmišljat a ne, pač postopek kako se boš obleku, kako se boš sleku a ne [...] pa enkrat k si biu oblečen k si biu noter si biu noter a ne, ful si si mogu planirat deu a ne [...] zdej bom šou notr, to pa to, pa to pa to bom naredu a ne, sabo morem uzet še to pa to pa to, ker pač ven ne bom mogu it, ker ko bom šeu enkrat ven bom mogu vse dol dat a ne, tko. Velik je blo načrtovanja v naprej.« K težini in obremenitvi dela je prispevala tudi osebna varovalna oprema. »[...] pa tisti tajveki gor pa dol, pa ves prešvican, lačen, žejen, ni smogu [...] tko no je blo kr no, to se mi zdi da je blo najhujš no, od vsega [...].« Zaradi narave dela, ki so ga opravljali, in problematike, s katero so se srečevali zaposleni v zdravstveni negi, se je kazala velika obremenjenost (Costello, et al., 2019; Xu & Zhang, 2020). Kitajska raziskava napoveduje, da bodo zdravstveni delavci, ki so delo posredno opravljali s COVID-19 okuženimi pacienti, razvili večjo stopnjo tesnobe in depresije kot ostali neposredni zaposleni, na primer administrativno osebje in zdravstveni delavci, ki niso bili v stiku z okuženimi pacienti (Lu, et al., 2020).

Tako kot pri oskrbovancih doma za starejše, smo tudi pri zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše prišli do pomembne ugotovitve, ki je morda ključna za morebiten pojav depresije, tesnobe in stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi. Ugotovili smo, da so zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše svoje splošno zdravstveno stanje pred epidemijo COVID-19 ocenili bolje kot med epidemijo COVID-19. Podobno dokazujeta tudi Vindegaard in Benros (2020), ki sta povezala dejavnike tveganja (ženski spol, slabša ocena lastnega zdravja in okužba bližnjih s SARS-CoV-2) z večjim tveganjem za psihiatrične simptome zdravstvenih delavcev in splošne javnosti v času epidemije COVID-19. Iz slednjega lahko povzamemo, da so ženski spol (tabela 6), slabša ocena lastnega zdravja (tabela 7) in strah pred prenosom okužbe na svoje domače kjučne v povezavi s pojavom depresije, tesnobe in stresa, kar razkriva tudi naša raziskava. Juan in drugi (2020) v raziskavi potrjujejo našo trditev, da so k večjim stiskam nagnjene ženske, osebe srednjih let. Dodajajo še, da so za večje stiske nagnjene osebe z nizkimi dohodki in osebe, ki delo opravljajo v rdeči coni. Spremenljivke, ki narekujejo tveganja za pojav depresije in tesnobe pri zaposlenih v zdravstveni negi v povezavi s COVID-19, so tudi

12-urni ali 24-delavnik, ženski spol in skrb zaposlenega, da bi okužbo prinesel na svoje domače (Luceño-Moreno, et al., 2020). V naši raziskavi so zaposleni v zdravstveni negi pogosto izpostavili, da se za svoje zdravje ne bojijo, opisovali pa so skrb, da okužbe ne bi prinesli oskrbovancem doma za starejše in obratno, da okužbe ne bi prinesli na svoje domače: *»[...] mogoče tudi strah pred vsem a [...] zato ker si se mogoče bal, da okužbo ne boš prinesel v dom, da jo tudi iz doma ne boš prinesel pač domov a ne [...].«* Italjanska raziskava razkriva, da negotovost zaposlitve, dolga obdobja izolacije in negotovost o prihodnosti poslabšajo duševno stanje, zlasti pri tistih zaposlenih, ki so mlajši in tistih z višjo izobrazbo (Giorgi, et al., 2020). Kadar so zaposleni zaradi bolezni bili primorani ostati doma, so se počutili nemočne in krive: *»Ane še takrat s mela eno tako, ne vem, ne bom rekla eno slabo vest, ampak ja.«* Juan in sodelavci (2020) so ugotovili, da je za psihološko reakcijo, kot je depresija, tesnoba in stres med epidemijo COVID-19 kriva misel o zapuščanju poklica in negotovost pri delu zaradi pogostih sprememb v navodilih nadrejenih. Glede na okoliščine in naravo dela v domovih za starejše in ukrepov, ki jih je prinesla epidemija COVID-19, je skoraj polovica zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše pomislila, da bi poklic zapustila (tabela 3). Želja po zapuščanju poklica je eden, izmed načinov s katerim lahko javnosti pokažemo tudi stopnjo zadovoljstva, z delom. Poleg želje po zapuščanju poklica so napovedovalni dejavniki depresije, tesnobe in stresa lahko tudi nižje zadovoljstvo z delom, visoke delovne obremenitve, izmensko in nočno delo, delovna doba ter zakonski stan (Maharaj, et al., 2019). Podrobnejših dejavnikov tveganja med zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše na pojav depresije, tesnobe in stresa pred in med epidemijo COVID-19, v naši raziskavi nismo raziskovali. Vendar pa lahko nasprotno na podlagi naših kvalitativnih podatkov razumemo, da zaposlenim delovnik, ki vključuje celodnevno, delo sprva ni povzročal težav, kasneje pa so občutili utrujenost in izgorelost. *»Sevede punce so ble utrujene, sj so ble celodnevne, urnik, turnusi, use, ampak [...] smo nekak tko obrnil, da [...] ne vem [...].«*

Zaposleni v zdravstveni negi zagovarjajo ukrepe preprečevanja širjenja okužbe SARS-CoV-2. Zavedali so se infrastrukturne pomankljivosti, pomankanja pripomočkov in pamankanja kadra. Delo so zato jemali sila resno, pokazali so požrtvovalen odnos, ob koncu dela so kljub utrujenosti prejeli občutek, da so za oskrbovance naredili največ. *»[...] glede na situacijo kakršna je bla, jst lahko rečem [...] da smo to v celoti dobr spelal,*

ja seveda včasih je pa biu kakšen kiks, kašenmu prenosu informacij pa a [...] kdo kej ne ve, pa kakšna stvar včasih dobr ne poslušáš, pa sej veste kako je to a ne [...].« Tudi oskrbovanci so bili priča stisk zaposlenih, opazili so, da je njihov delovnik daljši, da je obseg dela, ki so ga opravljali, povečan, zato so jih bodrili in jim vlivali upanje o boljši prihodnosti. »Pa vidl so oni kok je nam hudo, pa so nam ful pomagal [...].« Pri delu so se srečevali z etičnimi dilemami ukrepov preprečevanja širjenja okužbe in moralnimi stiskami oskrbovancev (Kaelen, et al., 2021). Zaposleni so se zavedali pomankljivosti izvedenih ukrepov in tega, da so bili le-ti v nekaterih okoliščinah povsem neprimerni do oskrbovancev: »Ja. Men je blo tko, po en strani zelo ne človeško a ne, za jest ne vem če si zaslužjo ljudje pr 80ih k so 40 let delal, da so jedel iz plastičnih krožnikov, plastični pribor, da so mogel bit a [...] tok dni v sobah, tud iz sobe ven ne, am [...] tko zelo je blo, zelo smo jih, ne vem kako naj se izrazim [...] prkrajšan so bli [...].«

Zaposleni so prepoznali težavo pri uporabi OVO, ki je bila nujna za preprečevanje prenosa okužb, vendar je hkrati oskrbovancem predstavljala težavo, nekateri so celo izkazovali strah: »Sam jih je blo pa tud strah k so nas vidl v guni opremi, ki dobesedno človk ni vedu skermu govori ane.« Oskrbovanci so si želeli medosebne komunikacije in druženja, intervjuvanka je svoje doživetje opisala kot: »Al pa nekateri so celo posegali, da tisto masko dol potegnejo, al pa očala. Pravi, dej da vidim kdo si a ne.« Prilagojeni postopki dela v namen preprečevanja širjenja okužbe, rokovanje z OVO so zaposlenim podaljšali delo, kar so posledično ponovno občutili oskrbovanci. »K [...] prneseš v tistmu plašču k en vesolc [...] plastičen krožen, krožnik, pa že mrzlo mlečno zvečer [...].« Zaposleni so ob izvajanju ukrepov občutili stisko, saj so bili priča osamljenosti oskrbovancev, videli so njihovo žalost in nemoč pri soodločanju. »Am [...] a ne to me je takrat tko, ampak ja sej poj so me med sabo punce se mal potolažmo, pa [...] ganil nas je marsikaj [...].« Zaradi preobsežnega dela so si zaposleni le redko vzeli čas in poklepetali z oskrbovanci, pri tem so občutili skrb (žalost), ker jim delovni proces ni omogočal časa, da bi se nekoliko bolj posvetili oskrbovancem in spoznali tudi njihovo duševno plat. »Sj men je blo že zarat njih hudo ne, ker ane so bli tm, nobenga, niso se smel ane dobesedno [...] si jih odtrgou od vsega, to me je tud no sj res, to to mi je blo res tud težko no. Tko k si jih vidu, da so bli žalostni, pa jim je šlo na jok, pa, ane po pa tud že mi nismo mel več časa sploh, k jih je blo tok velik, da bi se z njimi vsaj pogovarjal pa to.

Da nam je deu sploh ane normaln potekou, si mogu tud tok hitr vse.« Vsekakor lahko potrdimo, da so bile delovne obremenitve zaposlenih v domovih za starejše, ki so se dotikale epidemioloških ukrepov, izredno velike. Prostora, da bi se zaposleni še dodatno vključevali v zmanjševanje psihološke krize oskrbovancev ni bilo, kar potrjujejo tudi drugi avtorji (Araújo, et al., 2022). Kljub velikim obremenitvam zaposlenih v zdravstveni negi v neposredno negovalno delo so se vključevali tudi v aktivnosti, ki so vključevale pomoč pri komunikaciji s svojci in vzpostavitvi varnih obiskov (Verbeek, et al., 2020).

Kaelen in sodelavci (2021) so ugotovili, da stalno nasprotujoče informacije in navodila ter vedno nove informacije pri zaposlenih v zdravstveni negi povzročajo zmedo, nezaupanje in razdvojenost v zdravstveni sistem. Večina komunikacijskih kanalov, ki so bili pred epidemijo redno vzpostavljeni za vodenje delovnih procesov, je bilo odpovedanih prav v času, ko je bila komunikacija zanje izjemnega pomena (Kaelen, et al., 2021). Dodatno je zaposlene v zdravstveni negi potrla misel, da so bili skupni odmori zaposlenih prepovedani. Čas za malico so preživljali na stacioniranih oddelkih ločeno od ostalih sodelavcev, kar kaže na velik pomen rednih socialnih stikov zaposlenih v zdravstveni negi, ki pa niso nujno povezani le z druženjem, ampak so namenjeni predsvem prenosu strokovnih informacij, verjetno tudi kot pomoč pri spoprijemanju z vsakodnevnimi stiskami pri delu z oskrbovanci: *»Navajen smo, da smo skupi in na pavzah, da si med sabo kj povemo, dj smo bli pa odmaknjeni, mislm že tko smo bli pod stresom, pol pa da si šou sam na pavzo. A [...], da ni smogu z drugim govort, zbiu poj še večji stres, sm jst mela ane, tko sem se vsaj sprostila ane.*« Kljub ločevanju pa so imeli zaposleni v zdravstveni negi občutek složnosti in podpore, kar jim je navsezadnje vplivalo upanje v boljšo prihodnost, ena izmed zaposlenih je izpostavila: *»[...] smo se res med sabo ful bodril pa si pomagal, pa to me je ful gor držal [...].*« Tudi belgijska raziskava ugotavlja, da jih je epidemija COVID-19 zaposlene v zdravstveni negi povezala, občutili so velik del poklicne enakosti. Ob premagovanju težav pa jim je pomagala kolegialna podpora in timski duh (Kaelen, et al., 2021). Tudi Juan in sodelavci (2020) govorijo o pomenu socialne podpore, ki je povezana s pojavom depresije, tesnobe in stresa. Pri delu so največkrat občutili jezo v povezavi s pomankanjem kadra in neupoštevanje ukrepov svojcev. Kar nekajkrat so zasledili neupoštevanje nošenja mask med svojci, zanje pa je dodaten pojav simptomov COVID-19 prinašal preobremenjenost in prilagoditev dela.

»Ane k problem pride, pr ljudeh k [...] pridejo brez mask, pa misljo ah sej men pa nebo nč ane in glih tista dotična oseba lahko kj pol ane, pol se pa sekiraš ane, pol gre pa to k domine ane in se ne ustav.«

Za konec naj poleg zgoraj opisanih težav omenimo še dodatno stisko zaposlenih, ki jih ne moremo spregledati. Zaposleni so bili, poleg službenih obveznosti, delovne preobremenitve, ki jim jih je narekoval delodajalec, vpeti tudi v domače okolje, za katerega pa je pogosto primanjkovalo časa. Kar nekaj intervjuvanih zaposlenih v zdravstveni negi se je srečala s stisko pri nadaljevanju svojega privatnega življenja. Po končanem delavniku so bili pogosto fizično in psihično izčrpani, zato so se nevede odtujili od domčega okolja in socialnega toka življenja. »Am... pojavla, pa pač ta občutek, pač res samo služba, dom, služba dom... ni socialnega življenja, mi smo bli omejeni tm a ne, biu si pač samo s tistimi določenimi zaposlenimi, določenimi stanovalci a ne... se prav ni blo tega družabnega tega socialnega stika z drugimi a ne.« Nekateri izmed zaposlenih so bili med delom stalno izpostavljeni okužbi SARS-CoV-2, pri tem pa se je pojavljal strah, da okužbe SARS-CoV-2 ob odhodu v domače okolje ne bi neposredno prinesli preko oblačil in ostalih predmetov na svoje najdražje. Tudi Juan in sodelavci (2020) ugotavljajo povezavo med strahom pred prenosom okužbe na domače in pojavom psihološke reakcije, kot so depresija, tesnoba in stres med epidemijo COVID-19. »[...] tud a [...] ja pač itak bojiš se, da se boš okužu, mislem bojiš, bl še bojiš, da jo boš domov prnesu, ampak poj na podlagi tega se majčken odmakneš a ne, itak delal smo po, tko ceu dan prej a ne in poj k si biu kdaj frej si se pač itak bl zase držou a ne. Pa pač bl si se opazoval, če bi kaj zbolu ampak itak k si biu poj tok utrujen nisi več vedu al je to od utrujenosti to slabo počutje, al je, al se, al se boš zbolu tko v tem smislu.« Zaradi odmaknjenosti od družine so občutili krivdo pred zanemarjanjem svoje družine. »Mogoče še omenim to stisko, utrujenost, ki si jo čutiu ob prihodu domov. K si pršou domov si biu utrujen, pač določene stvari nisi počeu. Bila je stiska bl zato, ker doma je tko, kt da bi jih zanemaru, nisi biu tok z družino. Tudi takrat k si biu doma si biu odmaknjen zato, da jih ne boš okužu a ne. Oni tud, ker niso iz zdravstva pa težko to razumejo a ne, am [...] itak je imel vsak na to korono drugačen pogled in so težko razumel a ne, da [...] mislm težko razumel, pač ni te blo, delou si, takrat k si biu doma si biu odmaknjen, am... pač določenih stvari si tko

ne vem [...] zapostavljeni, sej veš, pač ne delaš tok, nis tok naredu kokr si prej naredu a ne, recimo nis ne vem, nis biu tok prisoten v smislu ne vem gospodinjskih opravil in tega.»

3.5.3 Omejitve raziskave

Raziskava temelji na odgovorih dveh skupin udeležencev (zaposleni v zdravstveni negi doma za starejše in oskrbovancev doma za starejše). V raziskavo nismo vključili preostalih strokovnih delavcev doma za starejše, prav tako tudi ne svojcev, kar bi lahko doprineslo dodatno vrednost in razumevanje zaznane problematike. V raziskavi smo naleteli na nekaj metodoloških omejitev, in sicer zbiranje podatkov je potekala dlje časa in v različnih obdobjih za obe skupini anketiranih, prav tako so bili podatki zbrani po prekinitvi epidemije COVID-19. V tem obdobju so se pogledi in čustva na situacijo z strani oskrbovancev in zaposlenih lahko spremenila in morda težje opisujejo pretekle občutke, povezane z delom in življenjem v času epidemije COVID-19 v domovih za starejše. Vzorec oskrbovancev je bil zaradi kognitivnih omejitev majhen. Izbor vključenih primernih oskrbovancev je bil narejen na podlagi skupne presoje z vodilnimi, glede na poznane kognitivne težave oskrbovancev pred izvedbo anketiranja in intervjuvanja. Pri tem nismo uporabili objektivnega instrumenta. Vključeni oskrbovanci niso izkazovali zmanjšane kognitivne sposobnosti, možna je bila presoja in podajanje odgovorov. Kot omejitev lahko navedemo, da so skoraj vsi oskrbovanci potrebovali pomoč pri prebiranju vprašanj zaradi slabovidnosti. Zaradi slabega razumevanje navodil in posledične naglušnosti, smo morali določene trditve prebrati večkrat. Ob tem se lahko pojavi nevarnost pri sugeriranju odgovorov. Naslednja ugotovljena omejitev je bila pri vprašalniku DASS-21, izkazalo se je namreč, da le-ta sprašuje po počutju v zadnjem tednu posameznikovega življenja, zaradi česar so bili rezultati odvisni od trenutnega stanja udeleženca. Nevarnost, ki se pojavlja pri samo ocenjevalnih lestvicah, je, da osebe izbirajo socialno zaželene odgovore in prikrijejo resničnost počutja v dani situaciji (Perceva, 2017). Posebej bi želeli izpostaviti, da samoocene telesnega duševnega in splošnega stanja nismo ocenjevali posebej v preseku pred epidemijo in med epidemij COVID-19, kar gre za metodološko slabost raziskave. V namen podoživljanja in spominov smo k raziskavi vključili še intervjuje, ki so celotni raziskavi prinesle dodano vrednost.

3.5.4 Priložnost za nadaljevanje raziskave

Znanstveniki napovedujejo pojav ponovnega vala COVID-19, v smislu bremena in nastanka težav v duševnem zdravju posameznika v povezavi z epidemijo COVID-19 in njenim omejevanjem. V prihodnje bi bilo smiselno glede na opisano tematiko vključiti več tovrstnih raziskav, ugotoviti dejavnike tveganja, ki povzročajo težave v duševnem zdravju posameznika, jih na podlagi ugotovitev odpraviti in tako zaščititi najbolj ranljivo in izpostavljeno skupino prebivalstva. Vključeni udeleženci v intervjujih so nam razkrili njihovo doživljanje in razumevanje epidemije COVID-19. Intervjuji so nam nakazali vse večjo možnost podoživljanja pretekle situacije, ki ni bila prijetna ne za oskrbovance ne za zaposlene v zdravstveni negi domov za starejše, zato bi bilo smiselno na omenjeno tematiko izdelati podobno raziskavo. Tematika, ki smo jo raziskovali v magistrskem delu, opozarja na ranljivost oskrbovancev in zaposlenih v zdravstveni negi domov za starejše. Na tem mestu je potrebno takojšnje ukrepanje in vzpostavitev varnega okolja, potrebne so celovite organizacijske spremembe socialno varstvenih zavodov in domov za starejše in posodobitev dokumentov, ki opisujejo kategorizacijo dela, ki bo nudilo bolj kakovostno in varno delo uporabnikom. Priporočamo tudi, da se v prihodnje pripravijo standardi in protokoli v kriznih razmerah ob masovnih infekcijah, ki naj vključujejo tako prostorske, materialne in kadrovske rešitve. Hkrati pa poudariti, kako nujno je, da Slovenija začne slediti Evropskim smernicam za dezinsitucionalizacijo in da je skrajni čas, da se sprejme primeren Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki bo starejšim omogočal kakovostnejše življenje v skupnosti z vsemi potrebnimi storitvami, ki jih potrebujejo (Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021). Glede na naše rezultate menimo, da je potrebno posledicam duševnega zdravja oskrbovancev in zaposlenih v zdravstveni negi zaradi epidemije posvetiti nadaljnja raziskovanja in vzpostaviti ustrezne oblike pomoči.

4 ZAKLJUČEK

Epidemija COVID-19 je spremenila družbeno in delovno okolje. Ukrep socialne izolacije, zaprtje ustanove, prestajanja karanten in izolacij, prekinitve dnevnega rituala oskrbovancev in prevzemanje novega ter obširnega dela pri zaposlenih, strahom pred okužbo in prihodnostjo močno vplivajo na duševno zdravje oskrbovancev in zaposlenih v zdravstveni negi. Raziskava je jasno pokazala, kako pomembno je v situacijah, kot je epidemija COVID-19, v zdravstvenih sistemih in socialno-varstvenih zavodih imeti izdelan krizni načrt, kako organizirati delo in kako zagotoviti zadostno pokritost delovnega procesa z zaposlenimi, ne da bi situacija vplivala na kakovostno in varno zdravstveno obravnavo oskrbovancev doma za starejše. Epidemija COVID-19 razkriva pomen uporabe celostnega pristopa, tako telesnega kot tudi duševnega blagostanja oskrbovancev doma za starejše. Zaščita oskrbovancev v domovih za starejše v času epidemije COVID-19 tako ne pomeni le njihovo zaščito pred virusom, temveč tudi upoštevanje njihove avtonomije, individualnega razumevanja in kakovosti življenja. Dejavnike tveganja, ki so vodili v nezadovoljstvo in pustili posledice na duševnem zdravju posameznika tako pri zaposlenih v zdravstveni negi kot tudi oskrbovancih doma za starejše, je potrebno obravnavati kot potencialni vir trpljenja in jih v prihodnje ustrezno odpraviti. Oblikovati je potrebno korektivne ukrepe, ki bodo pripomogli k krepitvi, blagostanju oskrbovancev doma za starejše in tako omogočili njihovo psihosocialno in duševno dobro počutje med epidemijo COVID-19. Po drugi strani pa je potrebno dobro načrtovati delovni proces in podpreti zaposlene v zdravstveni negi doma za starejše, zmanjšati njihov stres in posledično vplivati na dobro počutje in zadovoljstvo na delovnem mestu ter jim nuditi organizirano pomoč, predvsem ko se pojavljajo velike krizne razmere.

5 LITERATURA

Alsubaie, S., Hani Tamsah, M., Al-Eyadhy, A.A., Gossady, I., Hasan, G.M., Al-Rabiaah, A., Jamal, A.A., Alhaboob, A.A., Alsohime, F. & Somily, A.M., 2019. Middle east respiratory syndrome coronavirus epidemic impact on healthcare workers' risk perceptions, work and personal lives. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 13(10), pp. 920-926. 10.3855/jidc.11753.

Araújo, O., Sequeira, C., Ferré-Grau, C. & Sousa, L., 2022. Nursing homes in Portugal during the COVID-19 outbreak: Challenges for the future. *Enfermería Clínica*, 32(2), pp. 83-91. 10.1016/j.enfcli.2021.09.011.

Azeem, F. & Naz, M.A., 2015. Resilience, death anxiety and depression among institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), pp. 111-130.

Banerjee, D., 2020. Age and ageism in COVID-19: Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian Journal Psychiatr*, 2020(51), p. 102154. 10.1016/j.ajp.2020.102154.

Barnes, T.L., MacLeod, S., Tkatch, R., Ahuja, M., Albright, L., Schaeffer, J.A. & Yeh, C.S., 2020. Cumulative effect of loneliness and social isolation on health outcomes among older adults. *Aging & Mental Health*, 26(7), pp. 1327-1334. 10.1080/13607863.2021.1940096.

Bethell, J., Aelick, K., Babineau, J., Bretzlaff, M., Edwards, C., Gibson, J.L., Hewitt Colborne, D., Iaboni, A., Lender, D., Schon, D. & McGilton, K.S., 2021. Social Connection in Long-Term Care Homes: A Scoping Review of Published Research on the Mental Health Impacts and Potential Strategies During COVID-19. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(2), pp. 228-237. 10.1016/j.jamda.2020.11.025.

Bolčević, S., Frelj, T., Golja, V., Grmek Košnik, I., Jurkošek, V., Jutraž, A., Kobal Straus K., Kotnik Kevorkijan, B., Kukec, A., Limonšek, i., Mrvič, T., Smolinger Galun, M., Štromajer, D., Tomič, V., Trop Skaza, A., Štraus, T. & Vindišar, F., 2021. *Priporočila za preprečevanje in zajezitev okužb z virusom SARS-CoV-2 v socialnovarstvenih zavodih z algoritmi testiranja na SARS-CoV-2*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Bukhari, E.E., Temsah, M.H., Aleyadhy, A.A., Alrabiaa, A.A., Alhboob, A.A., Jamal, A.A. & Binsaeed, A.A., 2016. Middle east respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak perceptions of risk and stress evaluation in nurses. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 10(8), pp. 845-850. 10.3855/jidc.6925.

Cagnin, A., Di Lorenzo, R., Marra, C., Bonanni, L., Cupidi, C., Laganà, V., Rubino, E., Vacca, A., Provero, P., Isella, V., Vanacore, N., Agosta, F., Appollonio, I., Caffarra, P., Pettenuzzo, I., Sambati, R., Quaranta, D., Guglielmi, V., Logroscino, G., Filippi, M., Tedeschi, G., Ferrarese, C., Rainero, I., Bruni, A.C. & SINDem COVID-19 Study Group, 2020. Behavioral and psychological effects of coronavirus disease-19 quarantine in patients with dementia. *Front Psychiatry*, 11, p. 578015. 10.3389/fpsyt.2020.578015.

Choudhury, T., Debski, M., Wiper, A., Abdelrahman, A., Wild, S., Chalil, S., More, R., Goode, G., Patel, B. & Abdelaziz, H.K., 2020. COVID-19 Pandemic: looking after the mental health of our healthcare workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(7), pp. 373-376. 10.1097/JOM.0000000000001907.

Christopherson, D.A., Yao, W.C., Lu, M., Vijayakumar, R. & Sedaghat, A.R., 2020. High-Efficiency Particulate Air Filters in the Era of COVID-19: Function and Efficacy. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 163(6), pp. 1153-1155. 10.1177/0194599820941838.

Columbia University Mailman School of Public Health, 2021. Epidemic, Endemic, Pandemic: What are the Differences? [online] Columbia University Mailman School of Public Health. Available at: <https://www.publichealth.columbia.edu/public-health->

now/news/epidemic-endemic-pandemic-what-are-differences [Accessed 29 December 2022].

Comas-Herrera, A., Zalakain, J., Litwin, C. & Hsu, T.A., 2020. *Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence*. [online] Available at: file:///C:/Users/dichterm/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb38bbwe/TempState/Downloads/Mortality-associated-with-COVID-17-April-1%20(2).pdf [Accessed 15 January 2021].

Costello, H., Walsh, S., Cooper, C. & Livingston, G., 2019. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(8), pp. 1203-1216. 10.1017/S1041610218001606.

COVID-19 sledilnik, 2022. *COVID-19 sledilnik*. [online] COVID-19 sledilnik. Available at: <https://covid-19.sledilnik.org/sl/world> [Accessed 18 July 2022].

D'Adamo, H., Yoshikawa, T. & Ouslander, J.G., 2020. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-Term Care: The ABCDs of COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), pp. 912-917. 10.1111/jgs.16445.

De Pablo, G.S., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., Shine, J.I., Sullivan, S., Brondino, N., Solmi, M. & Fusar-Poli, P., 2020. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, pp. 48-57. 10.1016/j.jad.2020.06.022.

Dichter, M.N., Sander, M., Seismann-Petersen, S. & Köpke, S., 2020. COVID-19: it is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 32(10), pp. 1157-1160. 10.1017/S1041610220000897.

Dobnik, M., Maletič, M. & Skela-Savič, B., 2020. Veljavnost in zanesljivost vprašalnika o potencialnih dejavnikih stresa zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1). <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.2988>.

Društvo Amnesty International Slovenije, 2020. Socialnovarstveni zavodi nimajo zmogljivosti za izvajanje con. [online] Društvo Amnesty International Slovenije. Available at: <https://www.amnesty.si/socialni-zavodi-pripravljenost-na-cone> [Accessed 19 July 2022].

El Haj, M., Altintas, E., Chapelet, G., Kapogiannis, D. & Gallouj, K., 2020. High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the covid-19 crisis. *Psychiatry Research*, 291, p. 113294. [10.1016/j.psychres.2020.113294](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113294).

Giorgi, G., Lecca, L.I., Alessio, F., Finstad, G.L., Bondanini, G., Lulli, L.G., Arcangeli, G. & Mucci, N., 2020. COVID-19 related mental health effects in the workplace: a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), p. 7857. [10.3390/ijerph17217857](https://doi.org/10.3390/ijerph17217857).

Giri, S., Chenn, L.M. & Romero-Ortuno, R., 2021. Nursing homes during the COVID-19 pandemic: a scoping review of challenges and responses. *European Geriatric Medicine* 12(6), pp. 1127-1136. [10.1007/s41999-021-00531-2](https://doi.org/10.1007/s41999-021-00531-2).

Hagger, M.S., Keech, J.J. & Hamilton, K., 2020. Managing stress during the coronavirus disease 2019 pandemic and beyond: Reappraisal and mindset approaches. *Stress Health*, 36(3), pp. 396-401. [10.1002/smi.2969](https://doi.org/10.1002/smi.2969).

Han, J., Zhang, X., He, S. & Jia, P., 2021. Can the coronavirus disease be transmitted from food? A review of evidence, risks, policies and knowledge gaps. *Environmental Chemistry Letters*, 19(1), pp. 5-16. [10.1007/s10311-020-01101-x](https://doi.org/10.1007/s10311-020-01101-x).

Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R.S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C. & Tam, W., 2020. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, pp. 100-106. 10.1016/j.bbi.2020.04.069.

Henry, J.D. & Crawford, 2005. The short form version of the depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, pp. 227-239. 10.1348/014466505X29657.

Hering, C., Gangnus, A., Budnick, A., Kohl, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kuhlmeier, A. & Gellert, P., 2022. Psychosocial burden and associated factors among nurses in care homes during the COVID-19 pandemic: findings from a retrospective survey in Germany. *BMC Nursing*, 21(41). 10.1186/s12912-022-00807-3.

Heudorf, U., Müller, M., Schmehl, C., Gasteyer, S. & Steul, K., 2020. Covid-19 in long-term care facilities in Frankfurt am Main, Germany: incidence, case reports, and lessons learned. *GMS Hygiene and Infection Control*, 15(26). 10.3205/dgkh000361.

Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H. & Yu, L., 2020. Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PloS one*, 15(8), p. e0237303. 10.1371/journal.pone.0237303.

Iftekhar, E.N., Priesemann, V., Balling, R., Bauer, S., Beutels, P., Calero Valdez, A., Cuschieri, S., Czypionka, T., Dumpis, U., Glaab, E., Grill, E., Hanson, C., Hotulainen, P., Klimek, P., Kretzschmar, M., Krüger, T., Krutzinna, J., Low, N., Machado, H., Martins, C., McKee, M., Mohr, S.B., Nassehi, A., Perc, M., Petelos, E., Pickersgill, M., Prainsack, B., Rocklöv, J., Schernhammer, E., Staines, A., Szczurek, E., Tsiodras, S., Van Gucht, S. & Willeit, P., 2021. A look into the future of the COVID-19 pandemic in Europe: an expert consultation. *The Lancet Regional Health Europe*, 8, p. 100185. 10.1016/j.lanep.2021.100185.

Jeriček Klanšček, H., Hočevar Grom, A., Klančič, M., Rehberger, M. & Lavtar, D., 2021. Tveganje za depresijo v času pandemije Covid-19. In: T. Zupančič, eds. *Prvi val epidemije Covid-19 skozi prizmo zdravstvene statistike*. Ljubljana, september 2021. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 26-32.

Juan, Y., Yuanyuan, C., Qiuxiang, Y., Cong, L., Xiaofeng, L., Yundong, Z., Jing, C., Peifeng, Q., Yan, L., Xiaojiao, X., Yujie, L., 2020. Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Comprehensive Psychiatry*, 103, p. 152198. 10.1016/j.comppsy.2020.152198.

Kaelen, S., Van den Boogaard, W., Pellecchia, U., Spiers, S., De Cramer, C., Demaegd, G., Fouqueray, E., Van den Bergh, R., Goublomme, S., Decroo, T., Quinet, M., Van Hoof, E. & Draguez, B., 2021. How to bring residents' psychosocial well-being to the heart of the fight against Covid-19 in Belgian nursing homes-A qualitative study. *PLoS One*, 16(3), p. e0249098. 10.1371/journal.pone.0249098.

Kamenšek, T., Ulčnik, T., Fošnarič, M. & Žibert, J., 2021. Točke preloma z epidemioloških krivulj Sars-Cov-2 na primeru Slovenije. In: B. Gabrovec, eds. *Javno zdravje in Covid-19*. Ljubljana, 29. september 2021. Ljubljana: Znanstvena in strokovna konferenca: Zbornik povzetkov in recenziranih prispevkov, pp. 202-207.

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B.X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H. & Liu, Z., 2020. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7(3), p. e14. 10.1016/S2215-0366(20)30047-X.

Keng, A., Brown, E.E., Rostas, A., Rajji, T.K., Pollock, B.G., Mulsant, B.H. & Kumar, S., 2020. Effectively caring for individuals with behavioral and psychological symptoms of dementia during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 11, p. 73367. 10.3389/fpsy.2020.573367.

King, A.P. & Eckersley R.J., 2019. Chapter 2 - Descriptive Statistics II: Bivariate and Multivariate Statistics. *Statistics for Biomedical Engineers and Scientists*, 2019, pp. 23-56. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102939-8.00011-6>.

Knippenberg, I.A.H., Leontjevas, R., Nijsten, J.M.H., Bakker, C., Koopmans, R.T.C.M. & Gerritsen, D.L., 2022. Stimuli changes and challenging behavior in nursing homes during the COVID-19 pandemic. *BMC Geriatr*, 22(1), p. 142. 10.1186/s12877-022-02824-y.

Kofol Bric, T., Metličar, T., Kasapinov, B. & Kastelic, M., 2021. Bolniška odsotnost in prijavljeni primeri poškodb pri delu. In: T. Zupančič, eds. *Prvi val epidemije Covid-19 skozi prizmo zdravstvene statistike. Ljubljana, september 2021*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 20-27.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Založba Univerze na Primorskem.

Kozinc, N., 2020. *Vloga pozitivnih in negativnih vidikov psihičnega blagostanja v odnosu med čuječnostjo in akademskim odlašanjem: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

Kramar, Z., Kadivec, S., Ažman, M. & Štromajer, D., 2020. Vzpostavitev izolacijskih enot glede na tveganje za okužbo s Covid-19, Navodila za delo. [pdf] Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2020/05/UČE-ND-11-VZPOSTAVITEV-IZOLACIJSKIH-ENOT-GLEDE-NA-TVEGANJE-ZA-OKUŽBO-S-COVID-19-1.pdf> [Accessed 16 March 2022].

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. & Hu, S., 2020. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), p. e203976. 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

Lan, L., Xu, D., Ye, G., Xia, C., Wang, S., Li, Y. & Xu, H., 2020. Positive RT-PCR Test Results in Patients Recovered From COVID-19. *JAMA*, 323(15), pp. 1502-1503. 10.1001/jama.2020.2783.

Ledinek, S., 2018. *Povezanost socialnih dejavnikov z anksioznostjo in depresijo v obdobju staranja: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

Leitner, T. & Kumar, S., 2020. Where Did SARS-CoV-2 Come From? *Mol Biol Evol*, 37(9), pp. 2463-2464. 10.1093/molbev/msaa162.

Lethin, C., Kenkmann, A., Chiatti, C., Christensen, J., Backhouse, T., Killett, A., Fisher, O. & Malmgren Fänge, A., 2021. Organizational Support Experiences of Care Home and Home Care Staff in Sweden, Italy, Germany and the United Kingdom during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare (Basel)*, 9(6), p. 767. 10.3390/healthcare9060767.

Leontjevas, R., Knippenberg, I.A.H., Smalbrugge, M., Plouvier, A.O.A., Teunisse, S., Bakker, C., Koopmans, R.T.C.M. & Gerritsen, D.L., 2021. Challenging behavior of nursing home residents during COVID-19 measures in the Netherlands. *Aging and Mental Health*, 25(7), pp. 1314-1319. 10.1080/13607863.2020.1857695.

Leskovic, L., 2014. *Vpliv delovnih organizacijskih spremenjivk na nastanek sindroma izgorevanja v socialnovarstvenih zavodih v Republiki Sloveniji: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K.S.M., Lau, E.H.Y., Wong, J.Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., Tu, W., Chen, C., Jin, L., Yang, R., Wang, Q., Zhou, S., Wang, R., Liu, H., Luo, Y., Liu, Y., Shao, G., Li, H., Tao, Z., Yang, Y., Deng, Z., Liu, B., Ma, Z., Zhang, Y., Shi, G., Lam, T.T.Y., Wu, J.T., Gao, G.F., Cowling, B.J., Yang, B., Leung, G.M. & Feng, Z., 2020. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *The New England Journal of Medicine*, 382(13), pp. 1199-1207. 10.1056/NEJMoa2001316.

Ličen, S. & Plazar, N., 2013. Razlike v asertivnem vedenju med študentkami zdravstvene nege in študentkami drugih fakultet-primerjalna študija. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2), pp. 148-156.

Lovibond, P.A. & Lovibond, S.H., 1995. *Manual for the depression anxiety stress scales*, 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation.

Low, L.F., Hinsliff-Smith, K., Sinha, S.K., Stall, N.M., Verbeekm H., Siettem J., Dow, B., Backhaus, R., Devi, R., Spilsbury, K., Brown, J., Griffiths, A., Bergman, C. & Comas-Herrera, A., 2021. Safe Visiting is Essential for Nursing Home Residents During the COVID-19 Pandemic: An International Perspective. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(5), pp. 977-978. 10.1016/j.jamda.2021.02.020.

Lu, H., Stratton, C.W. & Tang, Y.W., 2020. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *Journal of Medical Virology*, 92(4), pp. 401-402. 10.1002/jmv.25678.

Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y. & Martín-García, J., 2020. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), p. 5514. 10.3390/ijerph17155514.

Maharaj, S., Lees, T. & Lal, S., 2019. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of australian nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), p. 61. 10.3390/ijerph16010061.

Matsuishi, K., Kawazoe, A., Imai, H., Ito, A., Mouri, K., Kitamura, N., Miyake, K., Mino, K., Isobe, M., Takamiya, S., Hitokoto, H. & Mita, T., 2012. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(4), pp. 353-360. 10.1111/j.1440-1819.2012.02336.x.

McArthur, C., Saari, M., Heckman, G.A., Wellens, N., Weir, J., Hebert, P., Turcotte, L., Jbilou, J. & Hirdes, J.P., 2021. Evaluating the Effect of COVID-19 Pandemic lockdown on long-term care residents' mental health: A data-driven approach in new brunswick. *Journal of American Medical Directors Association*, 22(1), pp. 187-192. 10.1016/j.jamda.2020.10.028.

Mehra, A., Rani, S., Sahoo, S., Parveen, S., Singh, A.P., Chakrabarti, S. & Grover, S., 2020. A crisis for elderly with mental disorders: Relapse of symptoms due to heightened anxiety due to COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(1), p. 102114. 10.1016/j.ajp.2020.102114.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Republike Slovenije, 2020. *Omogočanje obiskov v socialnovarstvenih zavodih in drugih izvajalcih institucionalnega varstva*. [pdf] Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Republike Slovenije. Available at: https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/Koronavirus/Obvestilo_omogocanje_obiskov_P.pdf [Accessed 19 July 2022].

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2020a. *Ministrstvo za zdravje z vrsto ukrepov v boju proti COVID-19*. [online] Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: <https://www.gov.si/novice/2020-03-22-ministrstvo-za-zdravje-z-vrsto-ukrepov-v-boju-proti-covid-19/> [Accessed 15 November 2022].

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2020b. *Prvo cepivo prispelo v Slovenijo*. [online] Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: <https://www.gov.si/novice/2020-12-26-prvo-cepivo-prispelo-v-slovenijo/> [Accessed 15 November 2022].

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2021. *Priporočila za preprečevanje in zajezitev okužb z virusom SARS-CoV-2 v socialnovarstvenih zavodih z algoritmi testiranja na SARS-CoV-2*. [pdf] Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/11/Priporocila-za->

preprečevanje-in-zajezitev-okuzb-z-virusom-SARS-CoV-2-v-socialnovarstvenih-zavodih-z-algoritmi-testiranja-na-SARS-CoV-2-v2.pdf [Accessed 19 July 2022].

Mohammad Majidul Islam, K., Li, J., Li, H. & Yang, H., 2022. The Relationship of Health-Related Behavior and Chronic Diseases with Self-Rated Health, a Multinational Comparison among Adult Population: Evidence from EASS 2010 Health Survey. *Iranian journal of public health*, 51(2), pp. 400-408. 10.18502/ijph.v51i2.8693.

Muntsant, A. & Giménez-Llort, L., 2020. Impact of social isolation on the behavioral, functional profiles, and hippocampal atrophy asymmetry in dementia in times of coronavirus pandemic (COVID-19): A translational neuroscience approach. *Front Psychiatry*, 24(11), p. 572583. 10.3389/fpsyt.2020.572583.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Viri v zdravstvu (kadrovski, organizacijski in drugi viri)*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2013/8_viri_v_zdravstvu_2013.pdf [Accessed 12 July 2022].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021. *Epidemiološko spremljanje umrlih – covid-19: Tedensko poročanje za obdobje 15.3.2021 – 21.3.2021*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/gumb_4-_smrti_v_povezavi_s_covid-19_20210322.pdf.

National academies of sciences, engineering, and medicine, 2020. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>.

Nowicki, G.J., Ślusarska, B., Tucholska, K., Naylor, K., Chrzan-Rodak, A. & Niedorys, B., 2020. The severity of traumatic stress associated with COVID-19 pandemic, perception of support, sense of security, and sense of meaning in life among nurses:

Research protocol and preliminary results from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), p. 6491. 10.3390/ijerph17186491.

Odlok o načinu izpolnjevanja pogoja prebolewnosti, cepljenja in testiranja za zajezitev širjenja okužb z virusom SARS-CoV-2, 2021. Uradni list Republike Slovenije, št. 142/21, 146/21 in 147/21.

Odlok o prenehanju veljavnosti Odloka o začasnih ukrepih za preprečevanje in obvladovanje okužb z nalezljivo boleznijo COVID-19, 2022. Uradni list Republike Slovenije, št. 75/2022.

Odlok o spremembi Odloka o začasni prepovedi ponujanja in prodajanja blaga in storitev potrošnikom v Republiki Sloveniji, 2020. Uradni list Republike Slovenije, št. 37/2020.

Odlok o začasni prepovedi in omejitvah javnega prevoza potnikov v Republiki Sloveniji, 2020. Uradni list Republike Slovenije, št. 24/20, 54/20 in 65/20.

Odlok o začasni prepovedi zbiranja ljudi zaradi preprečevanja okužb s SARS-CoV-2, 2020. Uradni list Republike Slovenije, št. 63/21, 66/21, 69/21, 73/21, 79/21, 85/21, 89/21 in 93/21.

Odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) na območju Republike Slovenije, 2020. Uradni list RS, št. 19/20 in 68/20.

Pelicioni, P.H.S. & Lord, S.R., 2020. COVID-19 will severely impact older people's lives, and in many more ways than you think! *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 24(4), pp. 293-294. 10.1016/j.bjpt.2020.04.005.

Perceva, D., 2017. *Duševno zdravje v slovenski vojski: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

Pesek, V., 2017. *Vpliv začetne skupine vadbe joge na različne vidike duševnega zdravja: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

Republika Slovenija Zagovornik načela enakosti, 2021. *Razmere v domovih za starejše v prvem valu epidemije Covida-19 - poročilo o raziskavi Zagovornika načela enakosti*. Ljubljana: Zagovornik načela enakosti Republike Slovenije.

Riello, M., Purgato, M., Bove, C., MacTaggart, D. & Rusconi, E., 2020. Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy. *Royal Society Open Science*, 7(9), p. 200880. 10.1098/rsos.200880.

Rios, P., Radhakrishnan, A., Williams, C., Ramkissoon, N., Pham, B., Cormack, G.V., Grossman, M.R., Muller, M.P., Straus, S.E. & Tricco, A.C., 2020. Preventing the transmission of COVID-19 and other coronaviruses in older adults aged 60 years and above living in long-term care: a rapid review. *Systematic Review*, 9(1), p. 218. 10.1186/s13643-020-01486-4.

Ruiz-Fernández, M.D., Ramos-Pichardo, J.D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M.I. & Ortega-Galán, A.M., 2020. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), pp. 4321-4330. 10.1111/jocn.15469.

Sahebi, A., Nejati, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M., & Golitaleb, M., 2021. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 107, p. 110247. 10.1016/j.pnpbp.2021.110247.

Savci, C., Akinci, A.C., Usenmez, S.Y. & Keles, F., 2021. The effects of fear of COVID-19, loneliness, and resilience on the quality of life in older adults living in a nursing home. *Geriatric Nursing*, 42(6), pp. 1422-1428. 10.1016/j.gerinurse.2021.09.012.

Schlaudecker J.D., 2020. Essential Family Caregivers in Long-Term Care During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), p. 983. 10.1016/j.jamda.2020.05.027.

Senczyszyn, A., Lion, K.M., Szcześniak, D., Trypka, E., Mazurek, J., Ciułkiewicz, M., Maćkowiak, M., Duda-Sikuła, M., Wallner, R. & Rymaszewska, J., 2020. Mental health impact of SARS-CoV-2 pandemic on long-term care facility personnel in Poland. *Journal of American Medical Directors Association*, 21(11), pp. 1576-1577. 10.1016/j.jamda.2020.09.020.

Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D.E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J.L., Brodie, D., Cannone, D.E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R.C., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I.M., Lee, S.A.J., Manzano, W., Mayer, L.E.S., McMurry, C.L., Moitra, V., Pham, P., Rabbani, L., Rivera, R.R., Schwartz, A., Schwartz, J.E., Shapiro, P.A., Shaw, K., Sullivan, A.M., Vose, C., Wasson, L., Edmondson, D. & Abdalla, M., 2020. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, pp. 1-8. 10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007.

Simard, J. & Volicer, L., 2020. Loneliness and Isolation in Long-term Care and the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), pp. 966-967. 10.1016/j.jamda.2020.05.006.

Simonetti, A., Pais, C., Jones, M., Cipriani, M.C., Janiri, D., Monti, L., Landi, F., Bernabei, R., Liperoti, R. & Sani, G., 2020. Neuropsychiatric symptoms in elderly with dementia during COVID-19 pandemic: definition, treatment, and future directions. *Frontiers in psychiatry*, 11, p. 579842. 10.3389/fpsyt.2020.579842.

Sklep o začasnem zadržanju izvrševanja, 2020. Uradni list Republike Slovenije, št. 195/20.

Statistični urad Republike Slovenije, 2019. *Mednarodni dan starejših, Skoraj vsak peti prebivalec Slovenije je starejši od 65 let*. [online] Statističnega urada Republike Slovenije. Available at: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8374> [Accessed 22 July 2022].

Stone, P.W., 2017. Integration of Infection Management and Palliative Care in Nursing Homes: An Understudied Issue. *Research in Gerontological Nursing*, 10(5), pp. 199-204. 10.3928/19404921-20170831-01.

Štandeker, N., 2020. Življenje v domovih starejših v Avstriji med pandemijo covid-19. *Inštitut Antona Trstenjaka, kakovostna starost*, 23(3), pp. 10-19.

Talic, S., Shah, S., Wild, H., Gasevic, D., Maharaj, A., Ademi, Z., Li, X., Xu, W., Mesa-Eguiagaray, I., Rostron, J., Theodoratou, E., Zhang, X., Motee, A., Liew, D. & Ilic, D., 2021. Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2021(375). 10.1136/bmj-2021-068302.

Trabucchi, M. & De Leo, D., 2020. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry*, 7(5), pp. 387-388. 10.1016/S2215-0366(20)30149-8.

Umakanthan, S., Sahu, P., Ranade, A.V., Bukelo, M.M., Rao, J.S., Abrahao-Machado, L.F., Dahal, S., Kumar, H. & Kv, D., 2020. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgraduate Medical Journal*, 96(1142), pp. 753-758. 10.1136/postgradmedj-2020-138234.

Van der Roest, H.G., Prins, M., Van Der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., Van Tilburg, T.G. & De Vries, D.H., 2020. The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the*

American Medical Directors Association, 21(11), pp. 1569-1570.
10.1016/j.jamda.2020.09.007.

Verbeek, H., Gerritsen, D.L., Backhaus, R., De Boer, B.S., Koopmans, R.T.C.M. & Hamers, J.P.H., 2020. Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), pp. 900-904.
10.1016/j.jamda.2020.06.020.

Vindegard, N. & Benros, M.E., 2020. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behaviour Immun*, 89, pp. 531-542. 10.1016/j.bbi.2020.05.048.

Vlada Republike Slovenije & Ministrstvo za zdravje, 2021. *V Sloveniji potrjeni prvi primeri različice koronavirusa omikron*. [online] Available at: <https://www.gov.si/novice/2021-12-14-v-sloveniji-potrjeni-prvi-primeri-razlicice-koronavirusa-omikron/> [Accessed 20 August 2022].

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S. & Ho, R.C., 2020. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), p. 1729. 10.3390/ijerph17051729.

World Health Organization, 2020. *Mental Health and psychological considerations during the COVID-19 outbreak*. [pdf] World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf> [Accessed 6 September 2021].

World Health Organization, 2021. *A timeline of WHO's COVID-19 Response in the WHO European Region: a living document (version 3.0, from 31 December 2019 to 31 December 2021)*. [pdf] World Health Organization. Available at:

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-1772-41523-63024>
[Accessed 18 July 2022].

World Health Organization, 2022. *World health organization*. [online] World Health Organization. Available at: <https://covid19.who.int> [Accessed 18 July 2022].

Wu, Z., Jin, Q., Wu, G., Lu, J., Li, M., Guo, D., Lan, K., Feng, L., Qian, Z., Ren, L., Tan, W., Xu, W., Yang, W., Wang, J. & Wang, C., 2021. SARS-CoV-2's origin should be investigated worldwide for pandemic prevention. *Lancet*, 398(10308), pp. 1299-1303. 10.1016/S0140-6736(21)02020-1.

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. & Yang, N., 2020. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China, 2020. *Medical Science Monitor*, 26, p. e923549. 10.12659/MSM.923549.

Xu, M.C. & Zhang, Y., 2020. Psychological survey of the first-line clinical front-line support nurses to combat new coronavirus-infected pneumonia. *Nursing Research of China*, 34(3), pp. 368–370.

Yeh, T.C., Huang, H.C., Yeh, T.Y., Huang, W.T., Huang, H.C., Chang, Y.M. & Chen, W., 2020. Family members' concerns about relatives in long-term care facilities: Acceptance of visiting restriction policy amid the COVID-19 pandemic. *Geriatrics & Gerontology International*, 20(10), pp. 938-942. 10.1111/ggi.14022.

Začasno zadržanje izvrševanja 2. člena Zakona o interventnih ukrepih za omilitev in odpravo posledic epidemije COVID-19, 2020. Uradni list Republike Slovenije, št. 80/20.

Zakrajšek, V. & Zupančič, T., 2021. Analiza obolevnosti zaradi Covid-19. In: T. Zupančič, eds. *Prvi val epidemije Covid-19 skozi prizmo zdravstvene statistike*. Ljubljana, september 2021. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 1-6.

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G.F. & Tan, W., 2019. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China. *The New England Journal of Medicine*, 382(8), pp. 727-733. 10.1056/NEJMoa2001017.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT NAMENJEN ZAPOSLENIM V ZDRAVSTVENI NEGI

Spoštovani,

sem Vanda Cerar, študentka 2. letnika podiplomskega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, smer Zdravstvena nega. Zaposlena sem v domu za starejše. V času epidemije COVID-19 je tudi moje delo občasno potekalo v rdeči in sivi coni. Občutki, ki sem jih podoživljala ob delu, so bili različni. Prav tako pa sem imela možnost vpogleda v sam poteka dela in možnost vpogleda nad doživljanjem čustev oskrbovancev in zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše. Ker vem, da so bili za nami časi polno preizkušenj, sem želela področje tudi podrobneje raziskati. V sklopu magistrskega dela bom opravila raziskavo z naslovom »Ocena pojavnosti depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi v dveh domovih za starejše na Gorenjskem v času epidemije COVID-19 – študija primera, pod mentorstvom doc. dr. Branka Bregarja. Prosim vas za pomoč pri pridobivanju podatkov.

Vsi podatki bodo že na začetku anonimizirani. Niti raziskovalcu ne bo razkrita lokacija, iz katere bo prihajal posamezen anketiranec. Vsi podatki bodo obravnavani zaupno in le v namen raziskave. Verjamem, da bodo rezultati pozneje lahko uporabljeni za uvajanje ukrepov preprečevanja stisk med zaposlenimi v zdravstveni negi doma za starejše.

Za izpolnjevanje vprašalnika boste potrebovali približno deset minut. Za morebitne dodatne informacije in pojasnila sem vam na voljo na elektronskem naslovu:

vanda.cerar12@gmail.com

Za sodelovanje se vam zahvaljujem.

Vanda Cerar

Lestvica za oceno depresije, tesnobe in stresa (DASS-21)

Pred vami je navedenih 21 trditev, ki se nanašajo na samo oceno depresije, tesnobe in stresa, ki jih morda doživljate ob delu v zadnjem tednu. Pred vami so različne trditve, ki opisujejo počutja, povezana z delom v zadnjem tednu. Prosimo vas, da pazljivo preberete vsako trditev in presodite, ali se kdaj tako počutite glede vašega dela/sluzbe. Ne zapravljajte preveč časa pri posameznih izjavah. Če niste nikdar doživljali navedenih občutkov, vpišite v označen prostor pred trditvijo število **0**. V primeru, da ste se že kdaj počutili, kot je opisano, označite, kako pogosto doživljate tako občutke s števili **od 1 do 3**, ki označujejo, kako pogosto se tako počutite.

Sploh ne velja zame (NIKOLI)	Velja zame do neke mere ali v določenem času (VČASIH)	Velja zame v precejšnji meri ali dobršen del časa (OBČASNO)	Zame velja zelo, ali večino časa (SKORAJ VEDNO)
0	1	2	3

1. _____ Nisem se mogel/mogla umiriti.
2. _____ Zavedal/-a sem se občutka suhih ust.
3. _____ Nikakor nisem bil/-a zmožen/na občutiti nobenih pozitivnih občutkov.
4. _____ Imel/-a sem težave z dihanjem (npr. prehitro dihanje, zasoplost v odsotnosti fizičnega napora).
5. _____ Težko sem zbral/-a motivacijo, da bi se česa lotil/-a.
6. _____ Nagnjen/-a sem bil/-a k temu, da sem se na določene situacije pretirano odzval/-a.
7. _____ Izkusil/-a sem tresenje (npr. rok).
8. _____ Občutil/-a sem, da uporabljam veliko psihične energije.
9. _____ Zaskrbljen/-a sem bil/-a glede situacij, v katerih bi lahko odreagiral/-a panično in se osmešil/-a.
10. _____ Čutil/-a sem, da nimam ničesar, česar bi se veselil/-a.
11. _____ Opazil/-a sem, da postajam razdražen/-a.
12. _____ Težko se mi je bilo sprostiti.
13. _____ Počutil/-a sem se žalostno in malodušno.

14. _____ Bil/-a sem nestrpen/-na do vseh stvari, ki so mi preprečevale, da bi nadaljeval/-a, kar sem počel/-a.
15. _____ Čutil/-a sem, da sem blizu paniki.
16. _____ Nisem se bil/-a zmožen/-na navdušiti se nad ničemer.
17. _____ Čutil/-a sem, da kot oseba nisem veliko vreden/-na.
18. _____ Čutil/-a sem, da sem precej občutljiv/-a.
19. _____ Zavedal/-a sem se bitja srca v odsotnosti fizičnega napora (npr. občutek povišanja srčnega utripa, neenakomeren utrip).
20. _____ Strah me je bilo brez vsakršnega dobrega razloga.
21. _____ Čutil/-a sem, da življenje nima smisla.

SOCIO-DEMOGRAFSKI PODATKI

Obkrožite črko pred ustreznim odgovorom.

1. Spol:

1. ženski
2. moški

2. Starost (ustrezno napišite): _____ let

3. Delovna doba (ustrezno napišite): _____ let

4. Stopnja izobrazbe:

1. triletna, poklicna izobrazba
2. srednješolska izobrazba
3. višja in visokošolska izobrazba
4. magisterij, doktorat

5. Ali ste delo opravljali/ali ga še opravljate v rdeči ali sivi coni:

1. da, ves čas epidemije
2. da, večino časa epidemije
3. da, samo občasno
4. ne

6. OCENA SPLOŠNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA

a) Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako ste zaznavali vaše **splošno (telesno in duševno) zdravje pred epidemijo.**

Zelo slabo sem se počutil/-a.	Slabo sem se počutil/-a.	Niti slabo/Niti dobro sem se počutil/-a.	Dobro sem se počutil/-a.	Zelo dobro sem se počutil/-a.
1	2	3	4	5

b) Na 5 stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako zaznavate **trenutno vaše splošno zdravje (telesno in duševno).**

Zelo slabo se počutim.	Slabo se počutim.	Niti slabo/Niti dobro se počutim.	Dobro se počutim.	Zelo dobro se počutim.
1	2	3	4	5

7. OCENA TELESNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA

a) Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako ste zaznavali vaše **telesno zdravje pred epidemijo.**

Zelo slabo sem se počutil/-a.	Slabo sem se počutil/-a.	Niti slabo/Niti dobro sem se počutil/a.	Dobro sem se počutil/-a.	Zelo dobro sem se počutil/-a.
1	2	3	4	5

b) Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako zaznavate **trenutno vaše telesno zdravje.**

Zelo slabo se počutim.	Slabo se počutim.	Niti slabo/Niti dobro se počutim.	Dobro se počutim.	Zelo dobro se počutim.
1	2	3	4	5

8. OCENA DUŠEVNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA

a) Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako ste zaznavali vaše duševno zdravje pred epidemijo.

Zelo slabo sem se počutil/-a.	Slabo sem se počutil/-a.	Niti slabo/Niti dobro sem se počutil/-a.	Dobro sem se počutil/-a.	Zelo dobro sem se počutil/-a.
1	2	3	4	5

b) Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako zaznavate trenutno vaše duševno zdravje.

Zelo slabo se počutim.	Slabo se počutim.	Niti slabo/Niti dobro se počutim.	Dobro se počutim.	Zelo dobro se počutim.
1	2	3	4	5

9. Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, ali ste v času epidemije COVID-19 pomislili, da bi zapustili poklic, katerega opravljate.

Zelo si želim zapustiti poklic.	Želim si zapustiti poklic.	Niti si želim/Niti si ne želim zapustiti poklic.	Ne želim si zapustiti poklic.	Sploh si ne želim zapustiti poklic.
1	2	3	4	5

Hvala za sodelovanje !

6.2 INSTRUMENT NAMENJEN OSKRBOVANCEM DOMA ZA STAREJŠE

Spoštovani,

sem Vanda Cerar, študentka 2. letnika podiplomskega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, smer Zdravstvena nega. Zaposlena sem v domu za starejše. V času epidemije COVID-19 je tudi moje delo občasno potekalo v rdeči in sivi coni. Občutke, ki sem jih podoživljala ob delu, so bili različni. Prav tako pa sem imela možnost vpogleda v sam poteka dela in možnost vpogleda nad doživljanjem čustev oskrbovancev in zaposlenih v zdravstveni negi doma za starejše. Ker vem, da so bili za nami časi polno preizkušenj, sem želela področje tudi podrobneje raziskati. V sklopu magistrskega dela bom opravila raziskavo z naslovom »Ocena pojavnosti depresije, tesnobe in stresa med oskrbovanci in zaposlenimi v zdravstveni negi v dveh domovih za starejše na Gorenjskem v času epidemije COVID-19 – študija primera, pod mentorstvom doc. dr. Branka Bregarja. Prosim vas za pomoč pri pridobivanju podatkov.

Vsi podatki bodo že na začetku anonimizirani. Niti raziskovalcu ne bo razkrita lokacija, iz katere bo prihajal posamezen anketiranec. Vsi podatki bodo obravnavani zaupno in le v namen raziskave. Verjamem, da bodo rezultati pozneje lahko uporabljeni za uvajanje ukrepov preprečevanja stisk med oskrbovanci doma za starejše.

Za izpolnjevanje anketnega vprašalnika boste potrebovali približno petnajst minut. Za morebitne dodatne informacije se obrnite na osebje doma. Pri reševanju vprašalnika bo tudi možnost pomoči v smislu branja in izpolnjevanja.

Za sodelovanje se vam zahvaljujem.

Vanda Cerar

Lestvica za oceno depresije, tesnobe in stresa (DASS-21)

Pred vami je navedenih enaidvajset trditev, ki se nanašajo na oceno depresije, tesnobe in stresa, ki jih morda doživljate v zadnjem tednu. Pred vami so različne trditve, ki opisujejo počutja v zadnjem tednu. Prosimo vas, da pazljivo preberete vsako trditev in presodite, ali se kdaj tako počutite. Ne zapravljajte preveč časa pri posameznih izjavah. Če niste nikdar doživljali navedenih občutkov, vpišite v označen prostor pred trditvijo število **0**. V primeru, da ste se že kdaj počutili, kot opisano, označite, kako pogosto doživljate tako občutje s števili **od 1 do 3**, ki označujejo, kako pogosto se tako počutite.

Sploh ne velja zame (NIKOLI)	Velja zame do neke mere ali v določenem času (VČASIH)	Velja zame v precejšnji meri ali dobljen del časa (OBČASNO)	Zame velja zelo, ali večino časa (SKORAJ VEDNO)
0	1	2	3

1. _____ Nisem se mogel/mogla umiriti.
2. _____ Zavedal/-a sem se občutka suhih ust.
3. _____ Nikakor nisem bil/-a zmožen/na občutiti nobenih pozitivnih občutkov.
4. _____ Imel/-a sem težave z dihanjem (npr. prehitro dihanje, zasoplost v odsotnosti fizičnega napora).
5. _____ Težko sem zbral/-a motivacijo, da bi se česa lotil/-a.
6. _____ Nagnjen/-a sem bil/-a k temu, da sem se na določene situacije pretirano odzval/-a.
7. _____ Izkusil/-a sem tresenje (npr. rok).
8. _____ Občutil/-a sem, da uporabljam veliko psihične energije.
9. _____ Zaskrbljen/-a sem bil/-a glede situacij, v katerih bi lahko odreagir/-a panično in se osmešil/-a.
10. _____ Čutil/-a sem, da nimam ničesar, česar bi se veselil/-a.
11. _____ Opazil/-a sem, da postajam razdražen/-a.
12. _____ Težko se mi je bilo sprostiti.
13. _____ Počutil/-a sem se žalostno in malodušno.

14. _____ Bil/-a sem nestrpen/-na do vseh stvari, ki so mi preprečevale, da bi nadaljeval/-a, kar sem počel/-a.
15. _____ Čutil/-a sem, da sem blizu paniki.
16. _____ Nisem se bil/-a zmožen/-na navdušiti nad ničemer.
17. _____ Čutil/-a sem, da kot oseba nisem veliko vreden/-na.
18. _____ Čutil/-a sem, da sem precej občutljiv/-a.
19. _____ Zavedal/-a sem se bitja srca v odsotnosti fizičnega napora (npr. občutek povišanja srčnega utripa, neenakomeren utrip).
20. _____ Strah me je bilo brez vsakršnega dobrega razloga.
21. _____ Čutil/-a sem, da življenje nima smisla.

SOCIO-DEMOGRAFSKI PODATKI

Obkrožite črko pred ustreznim odgovorom.

1. Spol:

1. ženski
2. moški

2. Starost (ustrezno napišite): _____ let

3. Imate svojce, bližnje sorodnike ali prijatelje ?

1. imam, me obiskujejo
2. imam, me ne obiskujem
3. nimam

4. Ali ste imeli obiske bližnjih pred epidemijo?

1. vsak dan
2. pogosto
3. redko
4. nikoli
5. odgovor ni relevanten

5. Ali ste imeli obiske bližnjih v času epidemije?

1. vsak dan
2. pogosto
3. redko
4. nikoli
5. odgovor ni relevanten

6. Kako ste vzpostavljali kontakt z bližnjimi v času zaprtja doma za starejše ? (več možnih odgovorov)

1. preko osebne mobilne naprave
2. video klic in ostale možnosti domskih naprav, s pomočjo osebja zaposlenega v domu za starejše
3. nisem imel kontakta z bližnjimi
4. odgovor ni relevanten

7. Ste že zboleli z okužbo COVID-19 ?

1. da
2. ne
3. ne želim odgovoriti

8. OCENA SPLOŠNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA

a) Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako ste zaznavali vaše **splošno (telesno in duševno) zdravje pred epidemijo.**

Zelo slabo sem se počutil/-a.	Slabo sem se počutil/-a.	Niti slabo/Niti dobro sem se počutil/-a.	Dobro sem se počutil/-a.	Zelo dobro sem se počutil/-a.
1	2	3	4	5

b) Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako zaznavate **trenutno vaše splošno zdravje (telesno in duševno).**

Zelo slabo se počutim.	Slabo se počutim.	Niti slabo/Niti dobro se počutim.	Dobro se počutim.	Zelo dobro se počutim.
1	2	3	4	5

9. OCENA TELESNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA

a) Na 5stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako ste zaznavali vaše **telesno zdravje pred epidemijo.**

Zelo slabo sem se počutil/-a.	Slabo sem se počutil/-a.	Niti slabo/Niti dobro sem se počutil/-a.	Dobro sem se počutil/-a.	Zelo dobro sem se počutil/-a.
1	2	3	4	5

b) Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako zaznavate **trenutno vaše telesno zdravje.**

Zelo slabo se počutim.	Slabo se počutim.	Niti slabo/Niti dobro se počutim.	Dobro se počutim.	Zelo dobro se počutim.
1	2	3	4	5

10. OCENA DUŠEVNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA

a) Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako ste zaznavali vaše **duševno zdravje pred epidemijo.**

Zelo slabo sem se počutil/-a.	Slabo sem se počutil/-a.	Niti slabo/Niti dobro sem se počutil/-a.	Dobro sem se počutil/-a.	Zelo dobro sem se počutil/-a.
1	2	3	4	5

b) Na 5-stopenjski Likertovi lestvici se opredelite in obkrožite, kako zaznavate **trenutno vaše duševno zdravje.**

Zelo slabo se počutim.	Slabo se počutim.	Niti slabo/Niti dobro se počutim.	Dobro se počutim.	Zelo dobro se počutim.
1	2	3	4	5

Hvala za sodelovanje !