



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

Magistrsko delo
študijskega programa druge stopnje
NAPREDNA ZDRAVSTVENA NEGA

**VKLJUČENOST ETIČNEGA ODLOČANJA IN
MEDPOKLICNEGA SODELOVANJA MED
MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI
V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE V
OSNOVNEM ZDRAVSTVU GORENJSKE –
PRESEČNA RAZISKAVA**

**INCLUSION OF ETHICAL DECISION-
MAKING AND INTERPROFESSIONAL
COLLABORATION BETWEEN NURSES AND
DOCTORS IN FAMILY MEDICINE CLINICS
IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE
GORENJSKA REGION – A CROSS
SECTIONAL STUDY**

Mentorica:
doc. dr. Sedina Kalender Smajlović

Kandidatka:
Darja Lasič

Ljubljana, junij, 2025

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, doc. dr. Sedini Kalender Smajlović za vso prijaznost, potrpežljivost, spodbude, usmeritve in podporo pri ustvarjanju mojega magistrskega dela.

Prav tako se zahvaljujem recenzentkama izr. prof. dr. Ireni Grmek Košnik in prof. dr. Brigiti Skela Savič, znan. svet., za strokovni pregled, usmeritve in podporo pri recenziji magistrskega dela.

Najlepša hvala Urški Antolin za pomoč pri obdelavi statističnih podatkov in mag. Bredi Podbrežnik Vukmir za lektoriranje magistrskega dela.

Zahvaljujem se tudi vsem zdravstvenim domovom v Osnovnem zdravstvu Gorenjske, vsem vodjem in zaposlenim, ki so si vzeli čas ter se odzvali na moj vprašalnik.

Posebno zahvalo namenjam moji družini za vso potrpežljivost, motivacijo in podporo pri ustvarjanju magistrskega dela.

POVZETEK

Izhodišča: Raziskava osvetljuje ključno vlogo etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v ambulantah družinske medicine, kar je bistveno za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe.

Cilj: Raziskati vključenost etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v ambulantah družinske medicine v Osnovnem zdravstvu Gorenjske in ugotoviti možne razlike med obema poklicnima skupinama.

Metoda: Izvedena je bila presečna raziskava z uporabo cenzus metode. Uporabili smo strukturiran spletni vprašalnik za anketiranje medicinskih sester in zdravnikov (N = 243) v ambulantah družinske medicine. Od poslanih vprašalnikov je bilo vrnjenih 106 (43,6 %), in sicer 74 medicinskih sester (48,1 %) ter 32 zdravnikov (36,0 %). Za namen raziskave smo pridobili pisna soglasja vodstva ter sklep Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Pridobljene podatke smo uredili s pomočjo Microsoft Excel in obdelali s programom SPSS, verzija 23.0. Izvedli smo opisno, bivariatno in multivariatno analizo. Mejo statistične pomembnosti je določala vrednost $p \leq 0,05$.

Rezultati: Zdravniki so etično odločanje in medpoklicno sodelovanje ocenili nekoliko višje kot medicinske sestre, vendar brez statistično značilnih razlik ($p = 0,961$). Medpoklicno sodelovanje so medicinske sestre ocenile bistveno nižje kot zdravniki ($p < 0,001$). Izobraževanja o etiki niso vplivala na etično odločanje niti pri medicinskih sestrah ($p = 0,439$) niti pri zdravnikih ($p = 0,526$). Izobrazba je vplivala na medpoklicno sodelovanje samo pri medicinskih sestrah ($p = 0,006$), pri zdravnikih ne ($p > 0,05$). Povezava med etičnim odločanjem in medpoklicnim sodelovanjem ni bila statistično značilna pri nobeni skupini (medicinske sestre: $p = 0,112$; zdravniki: $p = 0,236$). Regresija je pokazala negativen vpliv izobrazbe na sodelovanje pri sestrah ($p = 0,012$); delovna doba ni imela značilnega vpliva ($p = 0,902$).

Razprava: Raziskava je pokazala razlike v dojemanju medpoklicnega sodelovanja; medicinske sestre z višjo izobrazbo so ga ocenjevale nižje, kar poudarja potrebo po nadaljnjih raziskavah vpliva izobrazbe in drugih dejavnikov v okviru družinske medicine.

Ključne besede: primarno zdravstveno varstvo, timi v primarnem zdravstvenem varstvu, etika, etične razprave

SUMMARY

Theoretical background: Research elucidates the crucial role of ethical decision-making and interprofessional collaboration involving nurses and doctors in family medicine practice, both of which are fundamental to the provision of high-quality and safe health care.

Goals: The goal was to explore the role of ethical decision-making and interprofessional collaboration between nurses and doctors in family medicine at the primary health care level in the Gorenjska region and to identify possible differences between the two professional groups.

Methods: A cross-sectional study was conducted using a census method. A structured online questionnaire was administered to nurses and doctors (N = 243) in family medicine clinics. A total of 106 questionnaires were returned (43.6%), including 74 nurses (48.1%) and 32 doctors (36.0%). Written consent was obtained from the management and approval was granted by the Commission for Medical Ethics of the Republic of Slovenia. The collected data were organized using Microsoft Excel and analyzed with SPSS version 23.0. Descriptive, bivariate, and multivariate analyses were performed. Statistical significance was set at $p \leq 0.05$.

Results: Doctors rated ethical decision-making and interprofessional collaboration slightly higher than nurses, although the differences were not statistically significant ($p = 0.961$). Nurses rated interprofessional collaboration significantly lower than doctors ($p < 0.001$). Ethics education had no impact on ethical decision-making in either nurses ($p = 0.439$) or doctors ($p = 0.526$). Level of education influenced interprofessional collaboration only among nurses ($p = 0.006$), not among doctors ($p > 0.05$). The correlation between ethical decision-making and interprofessional collaboration was not statistically significant in either group (nurses: $p = 0.112$; doctors: $p = 0.236$). Regression analysis revealed a negative effect of level of education on collaboration among nurses ($p = 0.012$), while years of work experience had no significant effect ($p = 0.902$).

Discussion: The study revealed differences in the perception of interprofessional collaboration; nurses with higher education levels rated it lower, highlighting the need for further research into the impact of education and other factors within the context of family medicine.

Key words: primary health care, primary health care teams, ethics, ethical discussions

KAZALO

1 UVOD	1
2 PREGLED LITERATURE	4
2.1 VLOGA ZDRAVNIKOV IN MEDICINSKIH SESTER V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU.....	4
2.2 ETIČNO ODLOČANJE V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU	5
2.3 MEDPOKLICNO SODELOVANJE V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU	6
3 RAZISKAVA	8
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	8
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE	8
3.3 METODE RAZISKOVANJA	9
3.3.1 Dizajn raziskave	9
3.3.2 Instrument raziskave.....	10
3.3.3 Udeleženci raziskave	12
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	14
3.3.5 Obdelava podatkov	15
3.4 REZULTATI	16
3.4.1 Opisna statistika vprašalnika po posameznih trditvah.....	16
3.4.2 Faktorska analiza	21
3.4.3 Preverjanje hipotez	29
3.5 RAZPRAVA.....	39
3.5.1 Omejitve	45
3.5.2 Predlogi za uporabo rezultatov v klinični praksi	46
4 ZAKLJUČEK	47
5 LITERATURA	48
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost uporabljenih merskih instrumentov	12
Tabela 2: Podatki o odzivnosti anketiranih	13
Tabela 3: Karakteristike vzorca	13
Tabela 4: Osnovni rezultati vprašalnika za etično odločanje	17
Tabela 5: Ocena vključenosti etičnega odločanja v praksi.....	18
Tabela 6: Osnovni rezultati vprašalnika za medpoklicno sodelovanje (generalizirane navedbe).....	18
Tabela 7: Ocena vključenosti medpoklicnega sodelovanja v praksi	20
Tabela 8: Prisotnost izobraževanja s področja etike in medpoklicnega sodelovanja	21
Tabela 9: KMO in Bartlettov test za etično odločanje	22
Tabela 10: Začetne in končne komunalitete za etično odločanje	22
Tabela 11: Lastne vrednosti in stopnja pojasnjene variance za etično odločanje	24
Tabela 12: Matrika faktorskih uteži in koeficienti Cronbach alfa za etično odločanje..	24
Tabela 13: Opisne statistike izpeljane spremenljivke po vprašalniku za etično odločanje	25
Tabela 14: KMO in Bartlettov test za medpoklicno sodelovanje.....	26
Tabela 15: Začetne in končne komunalitete za medpoklicno sodelovanje	27
Tabela 16: Lastne vrednosti in stopnja pojasnjene variance za medpoklicno sodelovanje	28
Tabela 17: Matrika faktorskih uteži in koeficient Cronbach alfa za medpoklicno sodelovanje	28
Tabela 18: Opisne statistike izpeljane spremenljivke po vprašalniku za medpoklicno sodelovanje	29
Tabela 19: Primerjava v stopnji etičnega odločanja med medicinskimi sestrami in zdravniki	30
Tabela 20: Primerjava v stopnji medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki.....	30
Tabela 21: Primerjava v stopnji etičnega odločanja glede na pogostost izobraževanja s področja etike za medicinske sestre in zdravnike.....	31

Tabela 22: Primerjava v stopnji etičnega odločanja glede na sociodemografske spremenljivke za medicinske sestre.....	32
Tabela 23: Primerjava v stopnji etičnega odločanja glede na sociodemografske spremenljivke za zdravnike	33
Tabela 24: Primerjava v stopnji medpoklicnega sodelovanja glede na sociodemografske spremenljivke za medicinske sestre.....	34
Tabela 25: Primerjava v stopnji medpoklicnega sodelovanja glede na sociodemografske spremenljivke za zdravnike	35
Tabela 26: Primerjava v stopnji medpoklicnega sodelovanja glede na stopnjo izobrazbe za medicinske sestre in zdravnike	36
Tabela 27: Povezanost med etičnim odločanjem in medpoklicnim sodelovanjem za medicinske sestre in zdravnike	36
Tabela 28: Ocena regresijskega modela vpliva neodvisnih spremenljivk na etično odločanje.....	37
Tabela 29: Ocena regresijskega modela vpliva neodvisnih spremenljivk na medpoklicno sodelovanje	38
Tabela 30: Ocena regresijskih koeficientov za medpoklicno sodelovanje pri medicinskih sestrah	38

SEZNAM KRAJŠAV

EFN	European Federation of Nurses Associations (Evropska federacija združenj medicinskih sester)
KMO	Kaiser-Meyer-Olkinova mera (ustreznosti vzorca)
OZG	Osnovno zdravstvo Gorenjske
WONCA	The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Svetovna organizacija nacionalnih kolegijev, akademij in akademskih združenj splošnih zdravnikov/družinskih zdravnikov)

1 UVOD

S staranjem prebivalstva in poudarjanjem kontinuitete zdravstvene oskrbe narašča pomen medpoklicnega sodelovanja in etičnega odločanja v primarnem zdravstvenem varstvu (Pettersson, et al., 2018). Etično odločanje, ki temelji na moralnih načelih in kritičnem razmišljanju, je ključno za obravnavo konfliktov in negotovosti v zvezi s konkurenčnimi vrednotami (Lee, et al., 2020; Azimirad, et al., 2023). Udejanjanje etičnih načel, kot so pravičnost, neodvisnost, dobrodelnost in neškodljivost, prispeva k zmanjševanju odklonov med izidi zdravstvene obravnave in najboljšimi praksami (Farkaš Lainščak, et al., 2022). Sprejemanje odločitev v zdravstveni negi naj bi temeljilo na sposobnosti za kritično razmišljanje in sistemskem pristopu pri reševanju problemov (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2015).

V zdravstveni negi je medicinska sestra nosilka moralne in etične odgovornosti. Vodilo njenega poklicnega in strokovnega delovanja predstavljajo etična načela in standardi, ki so opredeljeni v etičnih kodeksih in strokovnih standardih (Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege, 2021; Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, 2024). Kompetence medicinskih sester so integracija njihovega znanja, spretnosti, odnosov, sposobnosti razmišljanja in vrednot. Pripomorejo k sprejemanju primernih etičnih odločitev na podlagi poklicnih etičnih standardov in utrjujejo sposobnost dogovarjanja o nadaljnji zdravstveni oskrbi pacientov v okviru multidisciplinarnega tima (Azimirad, et al., 2023). Formalno izobraževanje na srednješolskem in visokošolskem nivoju zagotavlja medicinskim sestram osnovno znanje s področja etike, etičnega ravnanja, psihologije, komunikacijskih pristopov in učinkovitega sporazumevanja ter veščin v medosebnih odnosih. Med opravljanjem dela v kliničnem okolju morajo medicinske sestre za pridobitev oziroma podaljšanje svoje licence doseči 70 licenčnih točk iz treh obveznih vsebin, med katere sodita tudi zakonodaja s področja zdravstva in poklicna etika (Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, n.d.).

Zdravniki se pri svojem delu opirajo na načela medicinske etike, ki temelji na medicinskem znanju in etičnih načelih, povezana pa je z vrednotami celotne družbe. Do pacienta, njegove družine in bližnjih morajo biti spoštljivi, razumevajoči in sočutni, spoštovati morajo pacientovo avtonomijo in ščititi zdravje in življenje vseh, ki niso sposobni odločati o sebi (Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica Slovenije, 2016). Vodilno načelo medicinske etike zahteva, da zdravniki na vseh ravneh priznajo in spoštujejo strokovnost drugih zdravstvenih delavcev ter sodelujejo z njimi v interesu zagotavljanja najboljših možnih celostnih zdravstvenih storitev (Nguyen, et al., 2019). Zdravniki v času formalnega izobraževanja pridobijo osnovno znanje iz etičnih principov, ravnanja ob stikih s pacienti, medpoklicnega sodelovanja in motivacijskih tehnik. Za dokazovanje strokovne usposobljenosti, pridobitve oziroma podaljšanja licence med opravljanjem strokovnega dela v kliničnem okolju morajo doseči 75 kreditnih točk, od tega morajo pridobiti vsaj 5 točk s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu, etike in komunikacije. Izobraževanje z obvezno in neobvezno vsebino poteka prek Zdravniške zbornice Slovenije in Domus Medice – strokovna skupina za obveščanje o aktualnih izobraževanju, izpopolnjevanju, specializacijah, različnih kvalifikacijah in o raznih drugih dogodkih (Domus Medica, n.d.; Zdravniška zbornica Slovenije, 2020).

Etično odločanje v zdravstveni oskrbi zahteva znanje, vrline in upoštevanje etičnih načel, kar izboljšuje izkušnje pacientov in učinkovitost sistema. Negotovost in razlike v dojemanju etike lahko vodijo do različnih odločitev s resnimi posledicami (Keenan, et al., 2022). Ključni so učinkovita komunikacija, razumevanje etike in skupno sprejemanje odločitev, ki podpirajo pravično zdravstveno oskrbo (Haier, et al., 2022).

Medicinske sestre in zdravniki delujejo v kompleksnih okoljih in jim predstavljajo izziv različne strukture, procesi in odnosi. Da bi zagotovili visok standard zdravstvene oskrbe, je potrebno uporabljati široko paleto nenehno posodobljenega znanja in veščin (Wehkamp, et al., 2021). Medpoklicna komunikacija je ključna za izboljšanje izkušenj s pacienti, za zmanjšanje stroškov zdravstvene oskrbe in izboljšanje poklicnega življenja zdravstvenih delavcev (Lee, et al., 2020). Po drugi strani pa je napačna komunikacija lahko glavni vzrok za povzročanje škode pacientom in je povezana z zmanjšanim zadovoljstvom pacientov, zdravstveno pismenostjo, (ne)usklajenostjo zdravljenja in

kakovostjo življenja (Nguyen, et al., 2019). Težave pri tinskem sodelovanju vodijo k negativnim rezultatom in slabim etičnim odločitvam (Dall'Ora, et al., 2020). Tudi medicinska prevlada je prepoznana kot pomembna ovira pri zagotavljanju zdravstvenih storitev za pacienta, saj spodbija vloge drugih zdravstvenih delavcev in omejuje njihov doprinos k zdravstveni oskrbi pacientov (Mboineki, et al., 2019).

Za soočanje z izzivi primarne zdravstvene oskrbe so potrebni integrirani modeli medpoklicnega sodelovanja. Skupinske prakse v primarni zdravstveni oskrbi spodbujajo sodelovanje med zdravstvenimi delavci, kar spodbuja koordinacijo in vodi k višji kakovosti zdravstvene oskrbe (Nguyen, et al., 2019). Različni poklici zdravstvenega varstva, kjer se vsi medsebojno razumejo in so veščine ustrezno porazdeljene v skladu s predpisi, povečajo učinkovitost zdravstvene oskrbe pacientov (Akrami, et al., 2018). Zdravstveni delavci, ki so motivirani, se bolj zavedajo odgovornosti in cenijo svojo uspešnost. S tem krepijo svojo delovno moč, sodelujejo v timu in delijo izkušnje z ostalimi zdravstvenimi delavci (Siekkinen, et al., 2021). Izobraževanje, ki je usmerjeno v učenje in pridobivanje izkušenj v multidisciplinarnih timih, povečuje medpoklicno timsko delo in izboljšuje rezultate zdravstvene oskrbe v primarnem zdravstvenem varstvu (Azimirad, et al., 2023). Uporaba mešanice spretnosti, v katerem sodelujejo zdravstveni delavci z različnimi kompetencami, spodbuja medpoklicno učenje in izboljšuje zdravstvene rezultate (Cody, et al., 2020). Strukturno opolnomočenje v delovnem okolju spodbuja spoštovanje in sodelovanje med člani zdravstvenega tima in zmanjšuje izgorelost, kar pozitivno vpliva na zadovoljstvo in varnost pacientov (Valle, et al., 2021).

Na osnovi navedenih dejstev je raziskovanje vključenosti etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v ambulantah družinske medicine ključnega pomena za razumevanje in izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe v primarnem zdravstvenem varstvu, saj neposredno vpliva na varnost pacientov, učinkovitost zdravstvenih storitev in zadovoljstvo tako pacientov kot tudi medicinskih sester in zdravnikov.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 VLOGA ZDRAVNIKOV IN MEDICINSKIH SESTER V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Primarno zdravstveno varstvo zagotavlja celostno zdravstveno oskrbo pacientov, ki vključuje fizične, psihične in psihosocialne potrebe, spremljanje in koordinacijo zdravstvenih storitev (Republika Slovenija, Portal gov.si, 2025a). Ključna poudarka sta na promociji zdravja in preprečevanju tveganj (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2013). Učinkovitost zdravstvenega sistema temelji na dobrem načrtovanju in usposobljenem osebju, kar omogoča boljše izpolnjevanje potreb pacientov in zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe (Šuklar, 2018). V tem okviru je družinska medicina usmerjena v celostno oskrbo posameznika in skupnosti ter temelji na holističnem pristopu k zdravju, ki omogoča obvladovanje različnih življenjskih izzivov (The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), 2025). Medicinske sestre in zdravniki v ambulantah družinske medicine zagotavljajo primarno zdravstveno oskrbo pacientov, vključno s preventivo, diagnostiko in zdravljenjem akutnih ter kroničnih bolezni (Republika Slovenija, Portal gov.si, 2025b). Načela družinske medicine vključujejo sočutno zdravstveno oskrbo, kontinuiteto odnosov s pacienti ter vseživljenjsko učenje, pri čemer ključne kompetence segajo od komunikacije in kliničnih postopkov do etike in ravnotežja med delom in življenjem (Kolltveit, et al., 2024). Zdravniki v družinski medicini zagotavljajo kontinuirano zdravstveno oskrbo, ki je prilagojena različnim življenjskim obdobjem, zato učinkovit zdravstveni dialog zahteva zaupanje, strokovno komunikacijo in celostno obravnavo (Oh, 2023). Tako njihova vloga ni le v zdravljenju bolezni, ampak vključuje tudi preventivo, podporo pacientom ter vodenje timov (Ohta & Sano, 2023). Glavne naloge družinskih zdravnikov obsegajo diagnostiko, vodenje kroničnih pacientov, urgentno medicino, preventivo, koordinacijo oskrbe in izobraževalno vlogo (Zakon o zdravniški službi (ZZdrS-UPB3), 2006). Medicinske sestre so nepogrešljive v timu družinske medicine, saj izboljšujejo dostopnost in kakovost zdravstvene oskrbe ter vzdržujejo tesnejši stik s pacienti (Igarashi, et al., 2021). Od njih se zahteva strokovno znanje kot tudi zavedanje poklicnih vrednot kot

standardov za varno in kakovostno etično zdravstveno oskrbo (Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, 2024). Njihova strokovnost, empatija in organizacijske sposobnosti so ključne za zagotavljanje celostne zdravstvene obravnave pacientov, posameznikov, družine ali skupnosti. Njihova vloga je vsestranska in vključuje tako klinične kot administrativne naloge (Poorchangizi, et al., 2017). Med njihove glavne naloge sodijo neposredna oskrba pacientov, preventivna zdravstvena dejavnost, podpora pri pacientih s kroničnimi boleznimi, administrativne naloge ter komunikacija in psihološka podpora pacientom (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2015). Izboljšanje zdravstvene oskrbe zahteva dobro organizacijo dela, tehnološke rešitve ter aktivno vlogo pacientov v procesih zdravljenja (Lee, et al., 2020). Izobraževanje timov v družinski medicini igra ključno vlogo pri krepitvi profesionalne zrelosti, pri čemer pa se pristopi pri zdravnikih in medicinskih sestrah razlikujejo. Medtem ko zdravniki v svojem izobraževanju sledijo dolgotrajnemu teoretičnemu pripravljalnemu obdobju pred praktičnim usposabljanjem, je za medicinske sestre značilen pristop, ki prednostno vključuje praktično usmerjeno usposabljanje (Paier-Abuzahra, et al., 2024). Zanimanje za širjenje kompetenc medicinskih sester v družinski medicini se povečuje, medtem ko bi medicinske fakultete lahko več pozornosti namenile primarnemu zdravstvu (Oh, 2023).

2.2 ETIČNO ODLOČANJE V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Etično odločanje je kompleksen proces, ki zahteva občutljivo ravnovesje med osebnimi interesi, racionalnimi in čustvenimi vidiki ter moralnimi vrednotami zdravstvenih delavcev (Lasič & Kalender Smajlovič, 2023). Medicinske sestre in zdravniki se vsakodnevno srečujejo z etičnimi dilemami, ki vključujejo klinične, pravne in etične odločitve (McCradden, et al., 2020). Zdravstvena nega kot etična praksa temelji na moralnem pogumu, ki medicinskim sestram omogoča, da zagovarjajo etično pravilne odločitve tudi v zahtevnih okoliščinah (Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, 2024). Kljub zavedanju etičnih vprašanj mnoge medicinske sestre v praksi nimajo zadostne podpore za etično ukrepanje. Potrebujemo sposobnost, da upravičijo svoja potencialno moralno pogumna dejanja (Pajakoski, et al., 2024). Poklic zdravstvene nege pomaga pacientom pri prilagajanju na bolezen in pri izboljšanju kakovosti življenja, pomembno

pa je, da imajo medicinske sestre podporo in spodbudo vodij in sodelavcev pri kritičnem razmisleku o etičnih vprašanjih (Wiisak, et al., 2024). Tudi zdravniki družinske medicine sledijo visokim etičnim standardom, saj njihova vloga vključuje diagnostiko, zdravljenje in usklajevanje skrbi za paciente (Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica Slovenije, 2016). Njihove etične odločitve vključujejo spoštovanje pacientove avtonomije, načela dobrohotnosti, neškodljivosti in pravičnosti. Njihove dolžnosti pa so opredeljene kot moralne, družbene, profesionalne in vedenjske (Varkey, 2021). Sodelovanje v timu družinske medicine velikokrat odpira etične izzive. Jasna razmejitev odgovornosti, spoštovanje različnih strokovnosti in enakovredno sodelovanje lahko preprečijo konflikte in izboljšajo zdravstveno oskrbo (Lasič & Kalender Smajlović, 2023). Etični konflikti pogosto izhajajo iz pomanjkanja komunikacije ali različnih pogledov, vendar jih je mogoče zmanjšati z odprtim dialogom, spoštovanjem in timskim delom (Pajakoski, et al., 2024). Tim družinske medicine se ukvarja z raznolikimi pacienti, tako da so etične dileme pogoste in zahtevajo premišljen in občutljiv pristop (Haier, et al., 2022). Pomembno je uravnovežiti strokovna načela s pacientovimi vrednotami, tudi v luči sistemskih omejitev (Storaker, et al., 2022). Etične napetosti lahko izhajajo tudi iz organizacijskih dejavnikov, kot so pomanjkanje osebja ali hierarhija v procesih etičnega odločanja (Cody, et al., 2020). Manjše napake so običajne, a resne kršitve z moralnimi posledicami postajajo del zdravstvenega sistema (Heston & Pahang, 2023). Za izboljšanje etične prakse so ključni skupno odločanje, etična posvetovanja in stalno strokovno izobraževanje (Marckmann & Schildmann, 2022). Uporaba vrednot, kot so odprtost in odgovornost, omogoča etično upravičene odločitve, tako da celostni pristop k poklicni etičnosti vključuje sistematično učenje, mentorstvo in zgled, ki krepi presojo in spodbuja visoko kakovost zdravstvene oskrbe (Doukas, 2024; Wiisak, et al., 2024).

2.3 MEDPOKLICNO SODELOVANJE V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Učinkovito medpoklicno sodelovanje v timu družinske medicine pomembno prispeva k izboljšanju zdravstvene oskrbe in dobrega počutja zaposlenih. Slabo sodelovanje pa povzroča stres, slabše rezultate ter negativno vpliva na paciente (Vaseghi, et al., 2022). Medpoklicno sodelovanje prinaša različne izzive, vendar pomembno izboljšuje varnost

zaposlenih (Matič, 2019). V primarni zdravstveni oskrbi, kjer se večina pacientov z običajnimi kroničnimi boleznimi posvetuje le z zdravstvenimi delavci v timu družinske medicine, je to še bolj pomembno (Bouton, et al., 2023). Glavni cilji medpoklicnega sodelovanja so višja kakovost zdravstvene oskrbe, večje zadovoljstvo pacientov, manjša delovna obremenitev in bolj racionalna uporaba znanja in virov (Ohta & Sano, 2023). Tim družinske medicine temelji na usklajenem delovanju, spoštovanju in skupnih ciljih (Jabbarpour, et al., 2020), zato so pomembni dejavniki uspešnega sodelovanja redna in učinkovita komunikacija, skupno odločanje in jasno razdeljene vloge. Vse to vodi v boljšo zdravstveno oskrbo in psihološko varnost vseh članov tima (Kanno, et al., 2023). Dobri odnosi v timu družinske medicine temeljijo na zaupanju, odprtosti, pripadnosti ter skupnih vrednotah, kar povečuje zadovoljstvo in proaktivnost pri delu (Watanabe, et al., 2023). Strokovna raznolikost v timu sama po sebi ne zagotavlja uspeha, zato bi bile nujne spremembe v kulturi in organizaciji dela (Sangaleti, et al., 2017). Demografske spremembe in širjenje kroničnih bolezni zahtevajo še tesnejše sodelovanje (Rawlinson, et al., 2021), saj napačna komunikacija in različno dožemanje vlog privede do raznih napačno posredovanih informacij, ogroženosti pacientovega zdravja in varnosti, stresa in izgorelosti zdravstvenega osebja, zmanjšane kakovosti zdravstvene oskrbe in posledično tudi do pravnih posledic. Na medpoklicno sodelovanje negativno vplivajo hierarhija zdravnikov, pomanjkanje časa, neenake razvojne možnosti in kultura obtoževanja (El-Awaisi, et al., 2024). Konflikti z zdravniško avtoriteto zmanjšujejo učinkovitost komunikacije, gradnjo partnerstva ter vzpostavljanje soodvisnosti (Lago, et al., 2022). Ključ do izboljšanja so ustrezno vodstvo, skupni prostori za skupen dialog, jasne vloge ter izmenjava povratnih informacij (Grant, et al., 2024). Za trajno izboljšanje medpoklicnega sodelovanja so nujne skupne smernice, izobraževanje in delavnice za izmenjavo izkušenj (Siekkinen, et al., 2021). Izobraževanje naj vključuje tako medicinske sestre kot zdravnike in naj bo osredotočeno tudi na medsebojno komunikacijo in razumevanje odgovornosti (Igarashi, et al., 2021). Vodenje tima družinske medicine mora biti prilagojeno pacientovim potrebam – zdravniki za diagnostične naloge, medicinske sestre za kronično oskrbo (Crosson, 2020). Prihodnje raziskave bi morale stremeti k razširitvi timskih konferenc, medsebojnem spoštovanju različnih stališč in vloge psihološke varnosti v delovnem okolju tima družinske medicine (Ohta & Sano, 2024).

3 RAZISKAVA

V nadaljevanju predstavljamo opisno raziskavo, ki je bila izvedena med medicinskimi sestrami in zdravniki v ambulantah družinske medicine v Osnovnem zdravstvu Gorenjske (v nadaljevanju OZG).

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je ugotoviti vključenost etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v klinični praksi družinske medicine v OZG.

Cilji magistrskega dela so:

- Ugotoviti, kako medicinske sestre v družinski medicini v OZG zaznavajo etično odločanje in medpoklicno sodelovanje.
- Ugotoviti, kako zdravniki v družinski medicini v OZG zaznavajo etično odločanje in medpoklicno sodelovanje.
- Raziskati vključenost etičnega odločanja medicinskih sester in zdravnikov v klinični praksi družinske medicine v OZG.
- Raziskati medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v klinični praksi družinske medicine v OZG.
- Ugotoviti povezanost med zaznavanjem etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester in zdravnikov v družinski medicini v OZG.
- Ugotoviti, ali obstajajo razlike v oceni zaznavanja etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja glede na demografske značilnosti medicinskih sester in zdravnikov v družinski medicini v OZG.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

V magistrskem delu smo preverili naslednje raziskovalne hipoteze (v nadaljevanju H):

H1: Obstaja statistično pomembna razlika med etičnim odločanjem medicinskih sester in zdravnikov v družinski medicini v OZG. Pri zdravnikih se bo pokazala višja stopnja etičnega odločanja kot pri medicinskih sestrah.

H2: Obstaja statistično pomembna razlika v medpoklicnem sodelovanju medicinskih sester in zdravnikov v družinski medicini v OZG. Medicinske sestre izražajo višjo stopnjo medpoklicnega sodelovanja kot zdravniki.

H3: Medicinske sestre in zdravniki v družinski medicini v OZG, ki imajo več izobraževanja s področja etike, izražajo višjo stopnjo etičnega odločanja kot medicinske sestre in zdravniki v družinski medicini v OZG, ki so bili manj pogosto vključeni v dodatno izobraževanje s področja etike.

H4: Obstajajo statistično značilne razlike v stopnji etičnega odločanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v družinski medicini v OZG glede na spol, starost, delovno dobo in stopnjo izobrazbe.

H5: Obstajajo statistično značilne razlike v ocenah kakovosti medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v družinski medicini v OZG glede na spol, starost, delovno dobo in stopnjo izobrazbe.

H6: Obstaja statistično značilna pozitivna linearna povezava med etičnim odločanjem in medpoklicnim sodelovanjem med medicinskimi sestrami in zdravniki v družinski medicini v OZG.

H7: Stopnja izobrazbe in delovna doba statistično značilno vplivata na etično odločanje in medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov v družinski medicini v OZG.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Magistrsko delo temelji na neeksperimentalni kvantitativni raziskovalni metodi.

3.3.1 Dizajn raziskave

Za namen teoretičnega dela smo izvedli pregled literature iz podatkovnih baz: CINAHL, PubMed, Cochrane, ScienceDirect, Web of Science, Obzornik zdravstvene nege, COBIB.SI, iz različnih knjižnic: Digitalna knjižnica Univerze v Ljubljani, Digitalna

knjižnica Univerze v Mariboru ter uradnih spletnih strah državnih in strokovnih institucij. Uporabili smo ključne iskalne zveze v angleškem jeziku: nurse ethical decision, nurse interprofessional collaboration, physician ethical decision, physician interprofessional collaboration, framework ethical decision, primary health care; ter ključne besede v slovenskem jeziku: etične odločitve medicinskih sester, medpoklicno sodelovanje medicinskih sester, etično odločanje zdravnikov, medpoklicno sodelovanje zdravnikov, okvir teoretičnega odločanja, primarno zdravstveno varstvo. Ključne besede smo povezali z Boolovim operaterjem AND (IN) ter OR (ALI) na različne načine in v različnih kombinacijah. Vključitveni kriteriji so bili članki, objavljeni v angleškem in slovenskem jeziku, dostop do celotnega besedila, članki, ki so bili objavljeni v obdobju zadnjih 10 let, recenzirani strokovni in znanstveni članki ter ustreznost teme raziskave. Zaradi pomanjkanja novejših virov smo vključili tudi nekaj virov, ki so starejši od 10 let. Za namen empiričnega dela smo podatke pridobili s tehniko anketiranja, ki je potekalo v elektronski obliki preko spletne povezave, poslane sodelujočim zdravnikom in medicinskim sestram. Instrument zbiranja podatkov je bil strukturiran vprašalnik, ki je bil oblikovan za merjenje vključenosti etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v ambulantah družinske medicine v OZG na osnovi dveh validiranih merskih instrumentov iz literature (Santa Clara Ethics Scale in Interprofessional Collaboration Scale), ter dodatno dopolnjen z demografskimi in raziskovalno-specifičnimi vprašanji. Izvedli smo presečno raziskavo z uporabo cenzus metode v celotni populaciji medicinskih sester in zdravnikov v družinski medicini v OZG.

3.3.2 Instrument raziskave

Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom, razvitim za potrebe lastne raziskave. Oblikovan je za namen raziskave na podlagi pregleda literature in dveh validiranih vprašalnikov. Vsebuje štiri vsebinske sklope. V prvem sklopu so splošni demografski podatki anketirancev (delovno mesto, spol, starost, stopnja izobrazbe, delovna doba v družinski medicini). Drugi sklop, ki meri etično odločanje, temelji na vprašalniku The Santa Clara Ethics Scale (Plante & McCreddie, 2019). Vsebuje 16 trditev, na katere so anketiranci odgovarjali s 5-stopenjsko Likertovo lestvico, ki odraža stopnjo strinjanja. Tretji sklop, ki ocenjuje medpoklicno sodelovanje, izhaja iz vprašalnika Interprofessional

Collaboration Scale (Kenaszchuk, et al., 2010), na katere so anketiranci prav tako odgovarjali s 5-stopenjsko Likertovo lestvico, ki odraža stopnjo strinjanja. Vprašalnik je bil ločeno pripravljen za zdravnike in ločeno za medicinske sestre. Zdravniki so ocenjevali 13 trditev, ki merijo medpoklicno sodelovanje, pri čemer so s 5-stopenjsko Likertovo lestvico izražali stopnjo strinjanja z vsako trditvijo. Prav tako so medicinske sestre ocenjevale medpoklicno sodelovanje s pomočjo 13 trditev in 5-stopenjske Likertove lestvice strinjanja. Tretji sklop vprašalnika je bil delno vsebinsko prilagojen glede na originalni instrument. Zaradi zagotavljanja validnosti in zanesljivosti prilagojenega instrumenta je bila predhodno izvedena pilotna raziskava. Originalna vprašalnika za etično odločanje in medpoklicno sodelovanje sta bila v angleškem jeziku. Za potrebe raziskave sta bila oba vprašalnika prevedena v slovenščino in prilagojena. Prilagoditev je v obeh vprašalnikih vključevala spremembo merske lestvice iz prvotne 4-stopenjske ordinalne lestvice (1 = se nikakor ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = se strinjam, 4 = močno se strinjam) v 5-stopenjsko Likertovo lestvico, kjer so anketiranci izražali stopnjo strinjanja z ocenami: 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = deloma se strinjam, deloma se ne strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam. Četrty sklop vprašalnika je vključeval dve dodatni zaprti vprašanji o samooceni vključenosti etičnega in medpoklicnega sodelovanja v klinično prakso ter dve vprašanji o obsegu dodatnega izobraževanja na tem področju v zadnjih petih letih. Pilotni vprašalnik je vključeval tudi odprto vprašanje za predloge in pripombe anketirancev glede obravnavane teme. Celotni vprašalnik z vsemi trditvami in navodili za izpolnjevanje je priložen v Prilogi 6.1.

Pilotno raziskavo smo opravili na vzorcu desetih medicinskih sester in desetih zdravnikov. Na podlagi pilotne raziskave smo s testiranjem Cronbach alfa in eksplorativno faktorsko analizo preverili zanesljivost in vsebinsko veljavnost instrumenta. Na podlagi rezultatov smo prilagodili prevode določenih trditev v vprašalniku, medtem ko je njegova struktura in zasnova ostala nespremenjena. Zaradi teh prilagoditev v končno analizo nismo vključili anket pilotnega anketiranja.

Tabela 1 prikazuje zanesljivost uporabljenih merskih instrumentov, izraženo s koeficientom Cronbach alfa, ki ocenjuje notranjo konsistentnost lestvic. Lestvica etičnega

odločanja ($n = 106$, 16 trditev) ima zelo visoko zanesljivost ($\alpha = 0,940$), kar pomeni, da imajo postavke znotraj lestvice odlično zanesljivost. Pri lestvici medpoklicnega sodelovanja je zanesljivost za celotno skupino ($n = 106$, 13 trditev) prav tako visoka ($\alpha = 0,859$), kar prav kaže na dobro notranjo konsistentnost postavk. Če obravnavamo instrument ločeno glede na poklic, ostaja zanesljivost še vedno zadovoljiva: pri zdravnikih ($n = 32$) znaša Cronbachov alfa 0,840, kar kaže na dobro notranjo skladnost, pri medicinskih sestrah ($n = 74$) pa je nekoliko nižja ($\alpha = 0,799$), vendar še vedno sprejemljiva.

Tabela 1: Zanesljivost uporabljenih merskih instrumentov

Lestvica	n	Število trditev	Cronbach's Alpha
Etično odločanje	106	16	0,940
Medpoklicno sodelovanje – združeno obe skupini	106	13	0,859
Medpoklicno sodelovanje – posebej zdravniki	32	13	0,840
Medpoklicno sodelovanje – posebej medicinske sestre	74	13	0,799

Legenda: n - število anketiranih

3.3.3 Udeleženci raziskave

V presečni raziskavi je bila uporabljena celotna populacija medicinskih sester in zdravnikov, zaposlenih v ambulantah družinske medicine v sedmih zdravstvenih domovih OZG: Kranj, Jesenice, Škofja Loka, Tržič, Bled, Bohinj in Radovljica. Od 243 poslanih vprašalnikov so bili v vzorec vključeni vsi zdravniki in medicinske sestre, ki izpolnjujejo vključitvene kriterije: zdravnik v družinski medicini, diplomirana medicinska sestra v družinski medicini in srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik/tehnik zdravstvene nege v družinski medicini. Diplomirane in srednje medicinske sestre so bile analizirane kot ena skupina, imenovana "medicinske sestre". Iz vzorca so bili izključeni vsi zaposleni, ki ne delajo na navedenih delovnih mestih v družinski medicini v OZG.

Tabela 2 prikazuje odzivnost anketiranih, izračunano kot delež sodelujočih glede na celotno populacijo. Odzivnost zdravnikov je bila 36,0 % (32/89), medtem ko je bila pri medicinskih sestrah 48,1 % (74/154), kar nakazuje večjo pripravljenost medicinskih sester za sodelovanje v raziskavi.

Tabela 2: Odzivnost anketiranih

Anketirani	vzorec (n)	populacija (N)	odzivnost (%)
Zdravniki	32	89	36,0
Medicinske sestre	74	154	48,1

V tabeli 3 so prikazane demografske in poklicne značilnosti anketirancev. Večino anketiranih medicinskih sester predstavljajo ženske (n = 71; 95,9 %), medtem ko je moških le 4,1 % (n = 3). Pri zdravnikih še vedno prevladujejo ženske (n = 28; 87,5 %), moških pa je 12,5 % (n = 4).

Tabela 3: Značilnosti anketirancev

Demografski podatki		Medicinske sestre		Zdravniki	
		n	%	n	%
Spol	Moški	3	4,1	4	12,5
	Ženski	71	95,9	28	87,5
	Skupaj	74	100,0	32	100,0
Starost v letih	Do vključno 30 let	10	13,5	4	12,5
	31–45 let	25	33,8	13	40,6
	46–59 let	33	44,6	8	25,0
	60 let in več	6	8,1	7	21,9
	Skupaj	74	100,0	32	100,0
Stopnja izobrazbe	Poklicna ali srednješolska izobrazba	16	21,6	0	0,0
	Dodiplomska višješolska (VŠ), visokošolska (VS) ali univerzitetna (bolonjska UN)	54	73,0	0	0,0
	Dodiplomska univerzitetna (stari program) ali strokovni magisterij (bolonjski)	4	5,4	10	31,3
	Znanstveni magisterij, specializacija (stari program) ali doktorat znanosti (prejšnji ali bolonjski)	0	0,0	22	68,8
	Drugo (dopolnite sami):	0	0,0	0	0,0
	Skupaj	74	100,0	32	100,0
Delovna doba v družinski medicini v letih	Manj kot 10 let	29	39,2	9	28,1
	10 - 19 let	17	23,0	7	21,9
	11 - 29 let	19	25,7	7	21,9
	30 let in več	9	12,2	9	28,1
	Skupaj	74	100,0	32	100,0

Legenda: n - število anketiranih; % - delež ali odstotek

Največ anketiranih medicinskih sester (n = 33; 44,6 %) je v starostni skupini 46–59 let, sledijo tiste v skupini 31–45 let (n = 25; 33,8 %). Med zdravniki je največ anketiranih v starostni skupini 31–45 let (n = 13; 40,6 %), medtem ko jih je v skupini 46–59 let nekoliko manj (n = 8; 25,0 %). Pri zdravnikih je opazno višji delež starejših od 60 let (n = 7; 21,9 %) v primerjavi z medicinskimi sestrami (n = 6; 8,1 %), kjer jih je manj kot desetina v tej starostni skupini. Kot pričakovano imajo zdravniki višjo stopnjo izobrazbe. Največ jih

ima znanstveni magisterij, specializacijo ali doktorat znanosti ($n = 22$; 68,8 %), medtem ko jih 31,3 % ($n = 10$) spada v kategorijo dodiplomske univerzitetne izobrazbe ali strokovnega magisterija. Pri medicinskih sestrah je najpogostejša stopnja izobrazbe dodiplomska višješolska, visokošolska ali univerzitetna (bolonjska UN), ki jo ima 73,0 % ($n = 54$) vprašanih. Poklicno ali srednješolsko izobrazbo ima 21,6 % ($n = 16$) medicinskih sester, nekaj pa jih ima tudi univerzitetno stopnjo izobrazbe oziroma strokovni magisterij. Med medicinskimi sestrami ima največji delež ($n = 29$; 39,2 %) manj kot 10 let delovne dobe, sledijo tiste z 10–19 leti ($n = 17$; 23,0 %) in 11–29 leti ($n = 19$; 25,7 %) delovne dobe. Pri zdravnikih je delovna doba bolj enakomerno porazdeljena: 28,1 % ($n = 9$) jih dela manj kot 10 let, enak delež ($n = 9$; 28,1 %) pa jih ima že 30 let ali več izkušenj, preostali pa imajo od 10 do 19 let ($n = 7$; 21,9 %) oziroma od 11 do 29 let ($n = 7$; 21,9 %) delovnih izkušenj.

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Po odobritvi dispozicije magistrskega dela s strani Komisije za magistrske zadeve Fakultete za zdravstvo Angele Boškin smo se dogovorili za sestanek z vodstvom Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG), kjer smo predstavili namen in cilje raziskave. Po odobritvi strokovnega vodje OZG in soglasju vseh sedmih zdravstvenih domov smo pridobili etično soglasje OZG ter sklep Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (št. 0120-145/2024-2711-8). Pred glavno raziskavo smo izvedli pilotno raziskavo v ambulantah družinske medicine Zdravstvenega doma Kranj. V pilotni raziskavi je sodelovalo deset zdravnikov in deset medicinskih sester, ki so bili ustno in pisno informirani o raziskavi ter so podpisali informiran pristanek. Po odobritvi izvedbe raziskave v vseh zdravstvenih domovih OZG smo se dogovorili za način sodelovanja. Povezave do spletnih vprašalnikov so bile poslane vodjem zdravstvenih domov, ki so jih posredovali anketirancem. Za izboljšanje odzivnosti smo zdravnike in medicinske sestre osebno nagovorili prek vodij in jim predstavili raziskavo. Po analizi rezultatov pilotne raziskave smo vprašalnik popravili in prilagodili. Spletne vprašalnike smo poslali vodjem zdravstvenih domov, ki so jih posredovali zaposlenim v družinski medicini. Zaradi nizke odzivnosti smo zaposlene dodatno seznanili z navodili in namenom raziskave ter jih osebno nagovorili k sodelovanju. Po zaključku anketiranja smo podatke pregledali,

pripravili končno bazo podatkov in jih analizirali. Raziskava je bila izvedena v skladu z načeli Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije (2024) ter Helsinške deklaracije (World Medical Association, 2024).

3.3.5 Obdelave podatkov

Podatke, pridobljene z raziskavo, smo uredili s pomočjo programa Microsoft Excel in obdelali s pomočjo statističnega programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), verzija 23.0. Uporabili smo opisno, bivariatno statistiko ter multivariatno analizo. Statistični prikaz rezultatov smo predstavili s pomočjo tabel, primerjalno glede na delovno mesto (medicinske sestre in zdravniki). Demografski podatki prvega sklopa vprašalnika so predstavljeni na podlagi frekvenčne (n) in odstotne (%) porazdelitve vrednosti, za primerjavo rezultatov med obema skupinama zaposlenih smo opravili hi-kvadrat (χ^2) test. Pri rezultatih obeh uporabljenih merskih lestvic smo za ponazoritev osnovnih rezultatov v tabelah navedli minimalno in maksimalno vrednost, povprečne vrednosti (PV) in standardni odklon (SD) odgovorov. Zanesljivost uporabljenih merskih lestvic smo ocenili z izračunom Cronbachovega alfa koeficienta (α) na doseženem vzorcu (n = 106). Ta koeficient meri notranjo konsistentnost postavk v okviru posamezne lestvice, pri čemer višje vrednosti kažejo na boljšo skladnost postavk znotraj istega konstrukta.

V skladu z merili za interpretacijo vrednosti Cronbachovega α (Cenčič, 2009; Holcomb & Cox, 2018) se vrednosti med 0,7 in 0,9 štejejo za dobro zanesljivost, vrednosti nad 0,9 pa za odlično. Naš vzorec je pokazal zelo visoko notranjo konsistentnost pri lestvici etičnega odločanja ($\alpha = 0,940$), ter dobro zanesljivost pri lestvici medpoklicnega sodelovanja ($\alpha = 0,859$). Tudi pri analizi ločeno po poklicnih skupinah (zdravniki in medicinske sestre) so bile vrednosti Cronbach α znotraj sprejemljivih mej.

Vsebinsko veljavnost uporabljenih merskih lestvic smo preverili s pomočjo faktorske analize. Faktorska analiza omogoča poenostavitev niza kompleksnih spremenljivk ali elementov z uporabo statističnih postopkov, da bi raziskali osnovne dimenzije, ki pojasnjujejo odnose med številnimi spremenljivkami/elementi (Tavakol & Wetzel,

2020). Ker so skupne spremenljivke odstopale od normalne porazdelitve (preverjeno s Shapiro-Wilks preizkusom) in je bil vzorec zdravnikov majhen, smo namesto parametričnih uporabili ustrezne neparametrične bivariatne teste (Spearmanov koeficient korelacije rangov, Mann-Whitney in Kruskal-Wallis preizkus). Skupini (zdravniki, medicinske sestre) smo primerjali na ravni izpeljanih spremenljivk. Izvedena je bila tudi multivariatna analiza: faktorska analizana na celotnem vzorcu za preverjanje vsebinske veljavnosti vprašalnika in regresijska analiza za oceno vpliva neodvisnih spremenljivk na odvisno. Meja statistične pomembnosti je bila $p \leq 0,05$. Pilotne ankete niso bile vključene v končno analizo.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Opisna statistika vprašalnika po posameznih trditvah

Tabela 4 prikazuje rezultate trditev o etičnem odločanju med medicinskimi sestrami ($n = 74$) in zdravniki ($n = 32$). Obe skupini so trditve ocenile visoko, večina ocen presega vrednost 4, podatki so nizko razpršeni. Najvišje ocenjene trditve pri obeh skupinah vključujejo odgovornost (»Zavedam se, da nosim odgovornost za svoja dejanja.« Zdravniki: $M = 4,78$, $SD = 0,42$; medicinske sestre: $M = 4,65$, $SD = 0,63$), kompetentnost (»Prizadevam si biti kompetenten/na na svojem področju.« Zdravniki: $M = 4,63$, $SD = 0,49$; medicinske sestre: $M = 4,55$, $SD = 0,67$) in sodelovanje (»Pripravljen/a sem se posvetovati z drugimi.« Zdravniki: $M = 4,63$, $SD = 0,55$; medicinske sestre: $M = 4,64$, $SD = 0,65$).

Najnižje ocenjena je trditev o popolni transparentnosti pri ocenjevanju lastnih dejanj (»Ne bi me motilo, če bi drugi videli in ocenili posnetke mojih dejanj.« Zdravniki: $M = 3,66$, $SD = 0,94$; medicinske sestre: $M = 3,88$, $SD = 1,11$), edina s povprečno oceno pod 4. Pri zdravnikih je nižje ocenjena tudi trditev o sočutju do neznancev ($M = 4,03$, $SD = 0,82$), pri medicinskih sestrah pa integriteta pred materialnim dobičkom ($M = 4,15$, $SD = 0,84$). Rezultati kažejo na močno zavezanost etičnim vrednotam, z nekoliko več nelagodja pri popolni transparentnosti in razlikami v dojemanju sočutja ter integritete.

Tabela 4: Osnovni rezultati vprašalnika za etično odločanje

Trditve za etično odločanje	Medicinske sestre n = 74		Zdravniki n = 32	
	M	SD	M	SD
Preden se odločim, razmislim, ali je moja odločitev skladna z moralnimi načeli in etičnimi vrednotami.	4,28	0,75	4,44	0,62
Prizadevam si biti kompetenten/na na svojih področjih poklicnega znanja.	4,55	0,67	4,63	0,49
Ko nisem kompetenten/na na svojih področjih, si to takoj priznam in se posvetujem s sodelavci.	4,43	0,74	4,41	0,71
Imam jasna etična vodila, ki se jih vedno držim in jih upoštevam.	4,36	0,71	4,44	0,62
Pomembno mi je, da sem pošten/a, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice.	4,53	0,67	4,53	0,57
Pomembno mi je, da sem pravičen/a do vseh, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice.	4,43	0,68	4,41	0,61
Moja integriteta je zame vredna več kot kakršen koli materialni dobiček ali karierna priložnost.	4,15	0,84	4,47	0,72
Čutim veliko mero sočutja do drugih, tudi do tistih, ki jih ne poznam ali z njimi nimam skupnih interesov.	4,20	0,78	4,03	0,82
Spoštovanje drugih, tudi tistih, ki jih ne maram ali se z njimi ne strinjam, je zame zelo pomembno.	4,26	0,91	4,19	0,69
Vedno dajem prednost etičnemu ravnanju pred lastnimi koristmi in ugodnostmi.	4,35	0,80	4,50	0,57
Vedno sem pripravljen/a poslušati drugo mnenje, tudi če se ne strinjam z njim.	4,43	0,78	4,28	0,73
Pripravljen/a sem se posvetovati z drugimi ter upoštevati njihovo mnenje.	4,64	0,65	4,63	0,55
Ne bi me motilo, če bi lahko drugi videli in ocenili posnetke vseh mojih dejanj.	3,88	1,11	3,66	0,94
Biti odgovoren/na, tudi če moram priznati, da se motim ali da razmišljam napačno, je zame zelo pomembno.	4,54	0,67	4,66	0,48
Nikoli ne izkoriščam drugih in sem iskren/a v svojih odnosih in interakcijah, tudi ko bi me to lahko postavilo v slabši položaj.	4,30	0,81	4,34	0,60
Zavedam se, da nosim odgovornost za svoja dejanja, ki izhajajo iz mojih etičnih odločitev.	4,65	0,63	4,78	0,42

Legenda: n – število anketiranih; M – povprečna ocena; SD – standardni odklon

Tabela 5 prikazuje mnenje anketirancev o vključevanju etičnega odločanja v klinično prakso ambulant družinske medicine. Večina meni, da je etično odločanje prisotno v določeni meri, pri čemer so zdravniki nekoliko bolj prepričani kot medicinske sestre. Najpogostejši odgovor je bil »vključeno«, kar je izjavilo 59,5 % (n = 44) medicinskih sester in 56,3 % (n = 18) zdravnikov. Vendar pa se 37,5 % (n = 12) zdravnikov strinja, da je etično odločanje »v največji meri vključeno«, medtem ko je to trditev podprlo le 14,9 % (n = 11) medicinskih sester. Pri oceni »deloma vključeno« je večji delež medicinskih sester. Povprečna ocena vključevanja je bila pri zdravnikih 4,31 (SD = 0,59), pri medicinskih sestrah pa 3,86 (SD = 0,71).

Tabela 5: Ocena vključenosti etičnega odločanja v praksi

Ocena vključenosti etičnega odločanja v praksi	Medicinske sestre n = 74		Zdravniki n = 32	
	n	%	n	%
1 – Sploh ni vključeno	1	1,4	0	0,0
2 – Ni vključeno	0	0,0	0	0,0
3 – Deloma je vključeno	18	24,3	2	6,3
4 – Je vključeno	44	59,5	18	56,3
5 – Je v največji meri vključeno	11	14,9	12	37,5
M (SD)	3,86 (0,71)		4,31 (0,59)	

Legenda: n – število anketiranih; % – delež ali odstotek; M – povprečna ocena; SD – standardni odklon

Pred analizo vprašalnika medpoklicnega sodelovanja (Kenaszchuk, et al., 2010) smo trditve, specifične za medicinske sestre in zdravnike, generalizirali (posplošili), da smo jih lahko uporabili skupaj (tabela 6). Vprašalnik je bil ustrezno vsebinsko zasnovan, da so medicinske sestre ocenjevale, kako veljajo trditve za zdravnike, in obratno. Rezultati kažejo zaznane razlike v dojemanju sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki. Vprašalnik je imel 5-stopenjsko lestvico strinjanja, kjer višja ocena pomeni boljše sodelovanje. Nekatere trditve so bile pred obdelavo rekodirane (*), v skladu z navodili avtorjev vprašalnika. Znak <> smo uporabili za označevanje medicinskih sester ali zdravnikov, odvisno od vprašane skupine, da bi se izognili ponavljanju celotnih izrazov.

Tabela 6: Osnovni rezultati vprašalnika za medpoklicno sodelovanje (generalizirane navedbe)

Vprašalnik za medpoklicno sodelovanje	Medicinske sestre n = 74		Zdravniki n = 32	
	M	SD	M	SD
<> imamo jasno definirane in usklajene vloge pri <> oskrbi pacientov.	3,53	0,98	4,03	0,65
<> in <> v zadostni meri razpravljamo o zdravljenju in negi pacientov.*	2,69	1,02	3,25	1,11
<> predvidevajo, kdaj bomo <> potrebovale-i njihovo pomoč.	2,92	0,81	3,66	0,60
Pomembne informacije <> vedno posredujemo <>.	4,46	0,67	4,00	0,62
Nesoglasja z <> redko ostanejo nerazrešena.*	3,08	1,04	3,56	1,01
<> so pri načrtovanju svojega dela običajno pripravljene-i upoštevati mnenje <>.	3,12	0,92	4,03	0,65
<> in <> imamo podobne poglede na zdravljenje pacientov.	3,28	0,75	3,72	0,68
<> so pripravljene-i razpravljati o <> vprašanjih.	3,08	0,81	3,88	0,75
<> se vključujejo v organizacijo <> oskrbe.	2,78	0,82	4,31	0,59
<> so pripravljene-i sodelovati pri novih praksah <> oskrbe.	3,12	0,96	3,91	0,64
<> pogosto vprašajo za mnenje.*	2,77	0,96	3,94	0,67
<> niso mnenja, da je njihovo delo pomembnejše od dela <>.*	2,34	1,14	4,00	0,62

Vprašalnik za medpoklicno sodelovanje	Medicinske sestre n = 74		Zdravniki n = 32	
	M	SD	M	SD
<> so pripravljene-i razpravljati o svojih novih praksah z <>.*	3,00	0,89	3,81	0,64

Legenda: n – število anketiranih; M – povprečna ocena; SD – standardni odklon

* Trditev je bila zastavljena negativno in smo jo pred obdelavo rekodirali.

Znak <> smo uporabili za označevanje medicinskih sester ali zdravnikov, odvisno od vprašane skupine, da bi se izognili ponavljanju celotnih izrazov.

Povprečne ocene v vprašalniku o medpoklicnem sodelovanju so se večinoma gibale med ocenama 3 in 4, kar kaže na pozitivno zaznavo sodelovanja, a z nekaterimi izzivi, predvsem v komunikaciji in enakovrednemu vključevanju. Pri medicinskih sestrah so bile ocene nižje, predvsem med 2 in 3. Najvišje ocenjena trditev pri medicinskih sestrah je bila »pomembne informacije <> vedno posredujemo <>« (M = 4,46, SD = 0,67), pri zdravnikih pa »<> se vključujejo v organizacijo <> oskrbe« (M = 4,31, SD = 0,59). Zdravniki so visoko ocenili tudi pripravljenost medicinskih sester za upoštevanje njihovega mnenja (M = 4,03, SD = 0,65), medtem ko so medicinske sestre pripravljenost zdravnikov ocenile precej nižje (M = 3,12, SD = 0,92). Zdravniki so tudi višje ocenili trditev »<> imamo jasno definirane in usklajene vloge pri <> oskrbi pacientov« (zdravniki: M = 4,03, SD = 0,65; medicinske sestre: M = 3,53, SD = 0,98). Medicinske sestre so nizko ocenile trditev »<> in <> imamo podobne poglede na zdravljenje pacientov« (medicinske sestre: M = 3,28, SD = 0,75; zdravniki: M = 3,72, SD = 0,68). Najnižje ocenjene trditve izpostavljajo izzive v medpoklicnem sodelovanju. Medicinske sestre so najnižje ocenile trditev »<> niso mnenja, da je njihovo delo pomembnejše od dela <>« (M = 2,34, SD = 1,14), kar nakazuje zaznavanje hierarhičnega odnosa. Pri zdravnikih je ta trditev ocenjena bistveno višje (M = 4,00, SD = 0,62). Medicinske sestre so tudi nižje ocenile trditvi »<> in <> v zadostni meri razpravljamo o zdravljenju in negi pacientov« (M = 2,69, SD = 1,02) ter »<> pogosto vprašajo za mnenje« (M = 2,77, SD = 0,96), kar nakazuje občutek neupoštevanja v procesu odločanja. Trditev o zadostnem razpravljanju o zdravljenju in negi je bila najnižje ocenjena tudi pri zdravnikih (M = 3,25, SD = 1,11), kar v obeh skupinah kaže na težnjo več možnosti po razprave z drugo stranjo.

V tabeli 7 je prikazana prisotnost medpoklicnega sodelovanja. Večina anketirancev meni, da je sodelovanje prisotno, pri čemer zdravniki zaznavajo nekoliko višjo stopnjo vključenosti kot medicinske sestre. 55,4 % (n = 41) medicinskih sester in 71,9 % (n = 23) zdravnikov ocenjuje sodelovanje kot vključeno, medtem ko 12,2 % (n = 9) medicinskih

sester in 15,6 % (n = 5) zdravnikov meni, da je sodelovanje prisotno v največji meri. Nihče od anketiranih ni ocenil, da sodelovanje ni vključeno, vendar 31,1 % (n = 23) medicinskih sester meni, da je vključeno le deloma, v primerjavi z 12,5 % (n = 4) zdravnikov. 1,4 % (n = 1) medicinskih sester meni, da sodelovanje ni vključeno, kar pri zdravnikih ni bilo zaznано.

Tabela 7: Ocena vključenosti medpoklicnega sodelovanja v praksi

Ocena vključenosti medpoklicnega sodelovanja v praksi	Medicinske sestre n = 74		Zdravniki n = 32	
	N	%	n	%
1 – Sploh ni vključeno	0	0,0	0	0,0
2 – Ni vključeno	1	1,4	0	0,0
3 – Deloma je vključeno	23	31,1	4	12,5
4 – Je vključeno	41	55,4	23	71,9
5 – Je v največji meri vključeno	9	12,2	5	15,6
M (SD)	3,78 (0,67)		4,03 (0,54)	

Legenda: n – število anketiranih; % – delež ali odstotek; M – povprečna ocena; SD – standardni odklon

Povprečna ocena vključenosti je pri zdravnikih znašala 4,03 (SD = 0,54), pri medicinskih sestrah pa 3,78 (SD = 0,67).

Rezultati glede izobraževanja (tabela 8) kažejo nizko pogostost izobraževanja o etiki in medpoklicnem sodelovanju v zadnjih petih letih pri obeh skupinah. Zdravniki so nekoliko bolj vključeni v tovrstne aktivnosti. Več kot polovica medicinskih sester (n = 41; 55,4 %) se je enkrat udeležila izobraževanja, medtem ko je ta delež pri zdravnikih nižji (n = 11; 34,4 %). Pri večkratni udeležbi na izobraževanju se razlika povečuje, saj se je 25,0 % (n = 8) zdravnikov izobraževanja udeležilo pet- ali večkrat, medtem ko se je izobraževanja udeležilo le 2,7 % (n = 2) medicinskih sester. Kljub temu se 17,6 % (n = 13) medicinskih sester in 9,4 % (n = 3) zdravnikov ni nikoli udeležilo izobraževanja na to temo v zadnjih petih letih. Še nižjo udeležbo opazamo pri izobraževanju o medpoklicnem sodelovanju, saj se ga več kot polovica medicinskih sester (n = 39; 52,7 %) in zdravnikov (n = 16; 50,0 %) v zadnjih petih letih sploh ni udeležila. Najpogosteje so se izobraževali le enkrat v tem obdobju, in sicer 40,5 % (n = 30) medicinskih sester in 28,1 % (n = 9) zdravnikov, redno vključevanje (2–4 ali večkrat) pa je bolj izjema kot pravilo.

Tabela 8: Udeležba na izobraževanju s področja etike in medpoklicnega sodelovanja

Udeležba na izobraževanju		Medicinske sestre		Zdravniki	
		n	%	n	%
Kolikokrat ste se v zadnjih 5 letih udeležili dodatnega strokovnega izobraževanja s področja etike in etičnega odločanja?	0-krat	13	17,6	3	9,4
	1-krat	41	55,4	11	34,4
	2–4-krat	18	24,3	10	31,3
	5-krat ali več	2	2,7	8	25,0
	Skupaj	74	100,0	32	100,0
Kolikokrat ste se v zadnjih 5 letih udeležili izobraževanja s področja medpoklicnega sodelovanja?	0-krat	39	52,7	16	50,0
	1-krat	30	40,5	9	28,1
	2–4-krat	3	4,1	3	9,4
	5-krat ali več	2	2,7	4	12,5
	Skupaj	74	100,0	32	100,0

Legenda: n – število anketiranih; % – delež ali odstotek

3.4.2 Faktorska analiza

Prikaz rezultatov faktorjske analize po metodi PAF (ekstrakcija) vključuje:

- povezanost med trditvami znotraj sklopa trditev, ki ga v fazi statistične analize poimenujemo faktor, analiziramo s pomočjo KMO in Bartlettovega testa;
- komunalitete, ki prikazujejo delež variance opazovanih spremenljivk, ki jo lahko pripišemo skupnemu faktorju oziroma celotni varianci;
- celotno pojasnjeno varianco, ki prikazuje ohranjeno variabilnost po združitvi spremenljivk v faktor;
- matriko faktorjskih uteži, ki razlaga, kako posamezna spremenljivka prispeva k skupnemu faktorju;
- interno konsistentnost (Cronbach alfa – α), ki prikazuje zanesljivost ekstrahirane faktorja.

Pred končno faktorjsko analizo instrumenta »Etično odločanje«, prilagojenega po vprašalniku »The Santa Clara Ethics Scale« (Plante & McCreadie, 2019), smo najprej analizirali vse trditve, nato pa postopoma izločili dve trditvi, da smo pridobili končno faktorjsko strukturo. Prva analiza ni dala jasnih rezultatov, saj je večina trditev padla na prvi faktor, ki je bil bolj izrazit, medtem ko je drugi faktor pojasnil malo variance, imel je visoko korelacijo s prvim, kolenski diagram pa je nakazoval le en faktor (lastna

vrednost tik nad 1). Končne faktorske uteži pri spremenljivkah na drugem faktorju so bile le malo višje kot na prvem. Izločili smo trditev »Ne bi me motilo, če bi lahko drugi videli in ocenili posnetke vseh mojih dejanj« zaradi najnižje komunalitete in uteži ter trditev »Čutim veliko mero sočutja do drugih, tudi do tistih, ki jih ne poznam ali z njimi nimam skupnih interesov.« Izločanje trditev je temeljila na kriterijih, kot so pojasnjena varianca, lastne vrednosti, uteži pri faktorjih in Cronbach alfa koeficient. Po izločitvi tretje trditve se rešitev ni bistveno izboljšala, zato smo ostali pri 14 trditvah.

V nadaljevanju predstavljamo rezultate faktorske analize za trditve, ki smo jih na koncu obdržali v analizi po metodi PAF, torej metodi glavnih osi. V končno analizo smo vnesli 14 spremenljivk. Velikost vzorca za ta del analiz znaša $n = 106$, saj smo pri vseh anketiranih pridobili ocene pri vseh spremenljivkah, ki nastopajo v analizi. V tabeli 9 rezultata KMO in Bartlettovega testa sferičnosti ($p < 0,001$) potrjujeta, da so trditve vprašalnika »Etično odločanje« zadostno povezane in je faktorska analiza smiselna.

Tabela 9: KMO in Bartlettov test za etično odločanje

KMO in Bartlettov test za etično odločanje		
Kaiser-Meyer-Olkin mera ustreznosti vzorca		0,930
Bartlettov test sferičnosti	Hi-kvadrat	1035,232
	Df	91
	p – vrednost	< 0,001

Legenda: Hi-kvadrat(χ^2) – test za ugotavljanje povezanosti med spremenljivkami; df – stopnje prostosti; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Vrednost KMO (0,930) je visoko nad mejo 0,6, kar kaže, da so podatki primerni za faktorsko analizo, saj spremenljivke dovolj korelirajo za identifikacijo latentnih struktur. Bartlettov test potrdi ($p < 0,001$), da korelacijska matrika med spremenljivkami ni enotska.

Vse preostale spremenljivke v analizi (tabela 10) imajo ustrezno visoke komunalitete (vsaj 0,4), kar pomeni, da pojasnjujejo ustrezen delež variabilnosti skupnih faktorjev.

Tabela 10: Začetne in končne komunalitete za etično odločanje

Komunalitete za etično odločanje	Pred ekstrakcijo	Po ekstrakciji
Preden se odločim, razmislim, ali je moja odločitev skladna z moralnimi načeli in etičnimi vrednotami.	0,516	0,434

Komunalitete za etično odločanje	Pred ekstrakcijo	Po ekstrakciji
Prizadevam si biti kompetenten/na na področjih svojega poklicnega znanja.	0,678	0,576
Ko nisem kompetenten/na na svojih področjih, si to takoj priznam in se posvetujem s sodelavci.	0,600	0,571
Imam jasna etična vodila, ki se jih vedno držim in jih upoštevam.	0,647	0,613
Pomembno mi je, da sem pošten/a, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice.	0,725	0,714
Pomembno mi je, da sem pravičen/a do vseh, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice.	0,738	0,654
Moja integriteta je zame vredna več kot kakršen koli materialni dobiček ali karierna priložnost.	0,435	0,384
Spoštovanje drugih, tudi tistih, ki jih ne maram ali se z njimi ne strinjam, je zame zelo pomembno.	0,589	0,431
Vedno dajem prednost etičnemu ravnanju pred lastnimi koristmi in ugodnostmi.	0,627	0,570
Vedno sem pripravljen/a poslušati drugo mnenje, tudi če se ne strinjam z njim.	0,679	0,527
Pripravljen/a sem se posvetovati z drugimi ter upoštevati njihovo mnenje.	0,612	0,495
Biti odgovoren/na, tudi če moram priznati, da se motim ali da razmišljam napačno, je zame zelo pomembno.	0,604	0,605
Nikoli ne izkoriščam drugih in sem iskren/a v svojih odnosih in interakcijah, tudi ko bi me to lahko postavilo v slabši položaj.	0,672	0,611
Zavedam se, da nosim odgovornost za svoja dejanja, ki izhajajo iz mojih etičnih odločitev.	0,699	0,659

Najvišje komunalitete so pri trditvah, kot so: »Pomembno mi je, da sem pošten/a, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice« (0,714). »Zavedam se, da nosim odgovornost za svoja dejanja, ki izhajajo iz mojih etičnih odločitev« (0,659). »Pomembno mi je, da sem pravičen/a do vseh, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice« (0,654). »Imam jasna etična vodila, ki se jih vedno držim in jih upoštevam« (0,613). Nekoliko nižje komunalitete, vendar še vedno visoke, so pri trditvah, kot so: »Moja integriteta je zame vredna več kot kakršen koli materialni dobiček ali karierna priložnost.« (0,384), »Spoštovanje drugih, tudi tistih, ki jih ne maram ali se z njimi ne strinjam, je zame zelo pomembno.« (0,431) ter »Preden se odločim, razmislim, ali je moja odločitev skladna z moralnimi načeli in etičnimi vrednotami.« (0,434). Kljub nekoliko nižjim vrednostim komunalitet smo te trditve ohranili v analizi, saj so končni rezultati faktorske analize z njimi boljši kot brez njih.

Za odločitev o tem, koliko komponent oziroma faktorjev je najbolj optimalno, uporabljamo lastne vrednosti faktorjev (tabela 11). Lastna vrednost nad vrednostjo 1 jasno kaže na ekstrakcijo enega faktorja, s katerim pojasnimo 56 % variance.

Tabela 11: Lastne vrednosti in stopnja pojasnjene variance za etično odločanje

Faktor	Skupna pojasnjena varianca					
	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcijski seštevki kvadratov uteži		
	Skupaj	% variance	Kumulativni %	Skupaj	% variance	Kumulativni %
1	8,268	59,055	59,055	7,842	56,014	56,014
2	0,939	6,711	65,765			
3	0,775	5,534	71,300			
4	0,665	4,750	76,049			
5	0,590	4,217	80,266			
6	0,518	3,699	83,966			
7	0,450	3,212	87,178			
8	0,378	2,702	89,880			
9	0,305	2,176	92,056			
10	0,291	2,079	94,135			
11	0,270	1,927	96,062			
12	0,213	1,523	97,584			
13	0,176	1,254	98,838			
14	0,163	1,162	100,000			

Metoda ekstrakcije: PAF (Principal Axis Factoring)

Tabela 12 prikazuje faktorske uteži posameznih postavk in koeficient Cronbach alfa za indikatorje etičnih vrednot, integritete in profesionalne odgovornosti. Faktorske uteži kažejo, v kolikšni meri posamezna postavka prispeva k merjenemu faktorju. Vse uteži so ustrezno visoke, med 0,619 pri trditvi »Moja integriteta je zame vredna več kot kakršen koli materialni dobiček ali karierna priložnost.« in 0,845 pri trditvi »Pomembno mi je, da sem pošten/a, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice.«. Rezultati faktorske analize kažejo, da vse postavke dobro prispevajo k skupnemu faktorju, kar omogoča združevanje spremenljivk v eno dimenzijo. Cronbach alfa je zelo visok (0,943), kar nakazuje odlično zanesljivost.

Tabela 12: Matrika faktorskih uteži in koeficienti Cronbach alfa za etično odločanje

Matrika faktorskih uteži in koeficient Cronbach alfa za etično odločanje		
n = 106	Faktorska utež	Cronbach alfa
Pomembno mi je, da sem pošten/a, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice.	0,845	0,943
Zavedam se da nosim odgovornost za svoja dejanja, ki izhajajo iz mojih etičnih odločitev.	0,812	
Pomembno mi je, da sem pravičen/a do vseh, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice.	0,808	
Imam jasna etična vodila, ki se jih vedno držim in jih upoštevam.	0,783	
Nikoli ne izkoriščam drugih in sem iskren/a v svojih odnosih in interakcijah, tudi ko bi me to lahko postavilo v slabši položaj.	0,782	

Matrika faktorskih uteži in koeficient Cronbach alfa za etično odločanje		
n = 106	Faktorska utež	Cronbach alfa
Biti odgovoren/na, tudi če moram priznati, da se motim ali da razmišljam napačno, je zame zelo pomembno.	0,778	
Prizadevam si biti kompetenten/na na svojih področjih poklicnega znanja.	0,759	
Ko nisem kompetenten/na na svojih področjih, si to takoj priznam in se posvetujem s sodelavci.	0,756	
Vedno dajem prednost etičnemu ravnanju pred lastnimi koristmi in ugodnostmi.	0,755	
Vedno sem pripravljen/a poslušati drugo mnenje, tudi če se ne strinjam z njim.	0,726	
Pripravljen/a sem se posvetovati z drugimi ter upoštevati njihovo mnenje.	0,703	
Preden se odločim, razmislim, ali je moja odločitev skladna z moralnimi načeli in etičnimi vrednotami.	0,659	
Spoštovanje drugih, tudi tistih, ki jih ne maram ali se z njimi ne strinjam, je zame zelo pomembno.	0,657	
Moja integriteta je zame vredna več kot kakršen koli materialni dobiček ali karierna priložnost.	0,619	

Legenda: n - število anketiranih

Končni rezultat faktorske analize je en faktor, v katerega se trditve združujejo in smo ga poimenovali etično odločanje. Z izločitvijo dveh spremenljivk, ki sta prej padali na drugi faktor, je dobil instrument bolj jasno strukturo, kar je razvidno tudi iz višjega odstotka pojasnjene variance.

Izpeljali smo novo skupno spremenljivko za nadaljnjo analizo. Izračunali smo jo kot povprečje trditvev, ki se ekstrahirajo v en faktor. Ta spremenljivka ima vrednosti med 1 in 5 kot osnovne ocenjevalne trditve. Predstavljamo opisne statistike te spremenljivke, pri čemer ocena 1 pomeni najnižjo stopnjo etičnega odločanja, ocena 5 pa najvišjo. Rezultat opisne statistike (tabela 13) kaže visoko zgostitev ocen na desnem polu ocenjevalne lestvice, z oceno 4,44 na 5-stopenjski lestvici. Razpršenost ocen je nizka (0,53).

Tabela 13: Opisne statistike izpeljane spremenljivke po vprašalniku za etično odločanje

Opisne statistike izpeljane spremenljivke	n	Min	Max	M	SD
Etično odločanje	106	1	5	4,44	0,53

Legenda: n – število anketiranih; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; M – povprečna ocena; SD – standardni odklon

Pred izvedbo končne faktorske analize za instrument »Medpoklicno sodelovanje«, prilagojen po vprašalniku »Interprofessional Collaboration Scale« (Kenaszchuk, et al., 2010), smo najprej analizirali vse trditve, nato pa postopoma izločili 4 trditve.

Prva eksplorativna faktorska analiza je kazala na 3 faktorje. Večina trditev je padla na prvi faktor, drugi in tretji pa sta pojasnila zelo malo variance, tretji faktor je vseboval le en indikator: »Pomembne informacije $\diamond$ vedno posredujemo $\diamond$ « ($\diamond$ pomeni medicinske sestre ali zdravnike, odvisno od anketiranca). Po ponovitvi analize brez te trditve smo dobili 2 faktorja z visoko povezanostjo (0,6). Izločili smo še trditve: » $\diamond$ predvidevajo, kdaj bomo $\diamond$ potrebovale-i njihovo pomoč«, nato pa še dve trditvi: » $\diamond$ imamo jasno definirane in usklajene vloge pri $\diamond$ oskrbi pacientov« in » $\diamond$ in $\diamond$ v zadostni meri razpravljamo o zdravljenju in negi pacientov«. Končna rešitev je pokazala en faktor, ki je bila optimalna glede na spremljane kriterije (dodatno izločanje indikatorjev ni izboljšalo rezultatov).

V nadaljevanju predstavljamo rezultate faktorske analize za trditve, ki smo jih obdržali po metodi PAF. Pri izločanju trditev smo upoštevali stopnjo pojasnjene variance, lastne vrednosti, uteži pri faktorjih in Cronbach alfa koeficient. S postopno analizo smo dobili optimalno rešitev z devetimi spremenljivkami ($n = 106$). Rezultata KMO in Bartlettovega testa sferičnosti (tabela 14) potrjujeta ($p < 0,001$), da so trditve vprašalnika »Medpoklicno sodelovanje« dovolj povezane in da je faktorska analiza smiselna. KMO (blizu 0,9) je nad priporočeno mejo 0,6, kar kaže na primernost podatkov za faktorsko analizo, Bartlettov test pa potrjuje, da korelacijska matrika med spremenljivkami ni enotska ($p < 0,001$).

Tabela 14: KMO in Bartlettov test za medpoklicno sodelovanje

KMO in Bartlettov test za medpoklicno sodelovanje		
Kaiser-Meyer-Olkin mera ustreznosti vzorca		0,884
Bartlettov test sferičnosti	Hi-kvadrat	398,931
	df	36
	p - vrednost	< 0,001

Legenda: Hi-kvadrat(χ^2) – test za ugotavljanje povezanosti med spremenljivkami; df – stopnje prostosti; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Vrednosti komunalitet (tabela 15) po ekstrakciji vseh vključenih spremenljivk, ki so preostale v analizi, so ustrezno visoke (vsaj 0,4), torej vse te spremenljivke pojasnjujejo ustrezen delež variabilnosti skupnih faktorjev.

Tabela 15: Začetne in končne komunalitete za medpoklicno sodelovanje

Komunalitete za medpoklicno sodelovanje	Pred ekstrakcijo	Po ekstrakciji
Nesoglasja z <> redko ostanejo nerazrešena.	0,456	0,428
<> so pri načrtovanju svojega dela običajno pripravljene/i upoštevati mnenje <>.	0,399	0,404
<> in <> imamo podobne poglede na zdravljenje pacientov.	0,354	0,367
<> so pripravljene-i razpravljati o <> vprašanjih.	0,504	0,537
<> se vključujejo v organizacijo <> oskrbe.	0,618	0,580
<> so pripravljene-i sodelovati pri novih praksah <> oskrbe.	0,519	0,452
<> <> pogosto vprašajo za mnenje.	0,423	0,436
<> niso mnenja, da je njihovo delo pomembnejše od dela <>.	0,477	0,496
<> so pripravljene razpravljati o svojih novih praksah z <>.	0,466	0,501

Najvišje komunalitete po ekstrakciji smo zabeležili pri trditvah: »<> se vključujejo v organizacijo <> oskrbe« (0,580) in »<> so pripravljene-i razpravljati o <> vprašanjih« (0,537). Nekoliko nižje vrednosti komunalitet, vendar še vseeno ustrezno visoke, smo opazili pri trditvah: »<> in <> imamo podobne poglede na zdravljenje pacientov« (0,367) in »<> so pri načrtovanju svojega dela običajno pripravljene-i upoštevati mnenje <>« (0,404). Kljub nekoliko nižjim vrednostim komunalitet smo te trditve ohranili v analizi, saj so končni rezultati faktorske analize z njimi boljši kot brez njih.

Za odločitev o optimalnem številu komponent oziroma faktorjev uporabljamo lastne vrednosti faktorjev (tabela 16). Lastna vrednost prvega faktorja in razkorak do drugega, kjer je lastna vrednost nekoliko pod 1, kaže na ekstrakcijo enega faktorja, ki pojasni 47 % variance.

Tabela 16: Lastne vrednosti in stopnja pojasnjene variance za medpoklicno sodelovanje

Faktor	Skupna pojasnjena varianca					
	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcijski seštevki kvadratov uteži		
	Skupaj	% variance	Kumulativni %	Skupaj	% variance	Kumulativni %
1	4,726	52,512	52,512	4,200	46,672	46,672
2	0,831	9,236	61,748			
3	0,687	7,637	69,384			
4	0,602	6,684	76,069			
5	0,594	6,601	82,670			
6	0,484	5,378	88,048			
7	0,460	5,114	93,162			
8	0,375	4,166	97,328			
9	0,240	2,672	100,000			

Metoda ekstrakcije: PAF (Principal Axis Factoring)

Tabela 17 prikazuje faktorske uteži posameznih postavk in koeficient Cronbach alfa za indikatorje, ki so ostali v analizi pri lestvici za merjenje medpoklicnega sodelovanja. Faktorske uteži kažejo, v kolikšni meri posamezna postavka prispeva k merjenemu faktorju. Vse uteži so visoke, gibljejo se med 0,606 pri trditvi: »< se vključujejo v organizacijo < oskrbe«.

Tabela 17: Matrika faktorskih uteži in koeficient Cronbach alfa za medpoklicno sodelovanje

Matrika faktorskih uteži in koeficient Cronbach alfa za medpoklicno sodelovanje		
n = 106	Faktorska utež	Cronbach alfa
< se vključujejo v organizacijo < oskrbe.	0,762	0,883
< so pripravljene-i razpravljati o < vprašanjih.	0,733	
< so pripravljene razpravljati o svojih novih praksah z < .	0,708	
< niso mnenja, da je njihovo delo pomembnejše od dela <.	0,704	
< so pripravljene-i sodelovati pri novih praksah < oskrbe.	0,672	
< < pogosto vprašajo za mnenje.	0,660	
Nesoglasja z < redko ostanejo nerazrešena.	0,654	
< so pri načrtovanju svojega dela običajno pripravljene-i upoštevati mnenje <.	0,636	
< in < imamo podobne poglede na zdravljenje pacientov.	0,606	

Legenda: n - število anketiranih

Rezultati faktorske analize potrjujejo, da vse postavke dobro prispevajo k skupnemu faktorju, kar omogoča združitev spremenljivk v eno vsebinsko dimenzijo. Cronbach alfa je zelo visok in blizu vrednosti 0,9.

Z izločitvijo štirih spremenljivk je instrument pridobil bolj jasno strukturo, kar je pomembno, saj smo ga uporabili pri dveh različnih poklicnih skupinah. Na podlagi kolenskega diagrama, lastnih vrednosti in vsebinske analize je en faktor z devetimi indikatorji najbolj optimalna rešitev. Ta faktor je zanesljiv, ustrezno pojasnjuje strukturo podatkov in zagotavlja jasnost pri interpretaciji skupne spremenljivke, brez vključevanja šibkejših dodatnih faktorjev.

Končni rezultat faktorske analize je en faktor, ki smo ga poimenovali medpoklicno sodelovanje. Izračunali smo novo skupno spremenljivko kot povprečje trditev, ki se združujejo v en faktor. Ta spremenljivka ima vrednosti med 1 in 5, enako kot osnovne trditve. V nadaljevanju predstavljamo opisno statistiko teh novih spremenljivk, pri čemer ocena 1 pomeni najnižjo stopnjo medpoklicnega sodelovanja, ocena 5 pa najvišjo.

Tabela 18: Opisne statistike izpeljane spremenljivke po vprašalniku za medpoklicno sodelovanje

Opisne statistike izpeljane spremenljivke	n	Min	Max	M	SD
Medpoklicno sodelovanje	106	1	5	3,24	0,71

Legenda: n – število anketiranih; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; M – povprečna ocena; SD – standardni odklon

Rezultat opisne statistike (tabela 18) kaže na normalno porazdelitev podatkov znotraj 5-stopenjske lestvice, povprečna ocena je 3,24. Razpršenost ocen je zmerno visoka (0,71).

3.4.3 Preverjanje hipotez

H1: Obstaja statistično pomembna razlika med etičnim odločanjem medicinskih sester in zdravnikov v družinski medicini v OZG. Pri zdravnikih se bo pokazala višja stopnja etičnega odločanja kot pri medicinskih sestrah.

Nismo ugotovili statistično značilne razlike med medicinskimi sestrami in zdravniki ($p = 0,961$), pri obeh skupinah je ocenjena stopnja etičnega odločanja zelo visoka ($Me = 5$). H_1 ne potrdimo (tabela 19).

Tabela 19: Primerjava v stopnji etičnega odločanja med medicinskimi sestrami in zdravniki

Primerjava	Medicinske sestre (n = 74)					Zdravniki (n = 32)					MW U test (p-vrednost)
	Min	Max	M	Me	SD	Min	Max	M	Me	SD	
Etično odločanje	1	5	4,42	5	0,59	4	5	4,48	5	0,38	1177,000 (0,961)

Legenda: n – število anketiranih; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; M – povprečna ocena; Me – Mediana; SD – standardni odklon; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

H_2 : Obstaja statistično pomembna razlika v medpoklicnem sodelovanju medicinskih sester in zdravnikov v družinski medicini v OZG. Medicinske sestre izražajo višjo stopnjo medpoklicnega sodelovanja kot zdravniki.

V tabeli 20 vidimo, da obstaja statistično značilna razlika med medicinskimi sestrami in zdravniki ($p < 0,001$) v oceni stopnje medpoklicnega sodelovanja. Medicinske sestre so podale bistveno nižjo oceno ($M = 2,95$; $Me = 3$) kot zdravniki ($M = 3,91$; $Me = 4$). Povprečne ocene kažejo, da zdravniki na splošno bolj pozitivno ocenjujejo medpoklicno sodelovanje kot medicinske sestre, kar nakazuje na različne perspektive obeh poklicnih skupin glede usklajenosti, komunikacije in vključevanja druge skupine v procese odločanja. Glede na statistično značilno razliko ($p < 0,001$) med skupinama H_2 ne potrdimo.

Tabela 20: Primerjava v stopnji medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki

Primerjava	Medicinske sestre (n = 74)					Zdravniki (n = 32)					MW U test (p-vrednost)
	Min	Max	M	Me	SD	Min	Max	M	Me	SD	
Med – poklicno sodelovanje	1	4	2,95	3	0,59	3	5	3,91	4	0,47	233,000 ($< 0,001$)

Legenda: n – število anketiranih; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; M – povprečna ocena; Me – Mediana; SD – standardni odklon; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

H3: Medicinske sestre in zdravniki v družinski medicini v OZG, ki se več izobražujejo s področja etike, izražajo višjo stopnjo etičnega odločanja kot medicinske sestre in zdravniki v družinski medicini v OZG, ki so bili manj pogosto vključeni v dodatno izobraževanje s področja etike.

Tabela 21: Primerjava v stopnji etičnega odločanja glede na pogostost izobraževanja s področja etike za medicinske sestre in zdravnike

Primerjava pogostosti izobraževanja za medicinske sestre in zdravnike												
Kolikokrat ste se v zadnjih 5 letih udeležili dodatnega strokovnega izobraževanja s področja etike in etičnega odločanja?	Medicinske sestre (n = 74)						Zdravniki (n = 32)					
	n	Min	Max	M	Me	SD	n	Min	Max	M	Me	SD
0-krat	13	4	5	4,42	4	0,38	3	4	5	4,21	4	0,63
1-krat	41	1	5	4,44	5	0,69	11	4	5	4,47	5	0,37
2–4 krat	18	3	5	4,39	4	0,52	10	4	5	4,64	5	0,29
5-krat ali več	2	4	4	4,36	4	0,10	8	4	5	4,38	4	0,36
H (p-vrednost)	1,644 (0,439)						2,233 (0,526)					

Legenda: n – število anketiranih; Min – minimalna vrednost; Max – maksimalna vrednost; M – povprečna ocena; Me – Mediana; SD – standardni odklon; H – testna statistika Kruskal-Wallis testa; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Analiza (tabela 21) ni pokazala statistično značilnih razlik v stopnji etičnega odločanja glede na prisotnost ali odsotnost izobraževanja s področja etike pri medicinskih sestrah ($p = 0,439$) niti pri zdravnikih ($p = 0,526$). Pri medicinskih sestrah je opazna višja srednja vrednost ocene etičnega odločanja pri tistih, ki so bili izobraževanja deležna enkrat ($Me = 5$), pri zdravnikih pa pri tistih, ki so se ga udeležili 1-krat ali 2–4-krat ($Me = 5$). Vendar pa smo pri posameznikih, ki so se izobraževanja udeležili 5- ali večkrat, zabeležili nižjo srednjo vrednost ($Me = 4$).

Preverili smo tudi korelacijo med pogostostjo udeležbe na izobraževanju s področja etike (nerekodirana spremenljivka) ter stopnjo etičnega odločanja. Prav tako nismo zaznali nobene korelacije med spremenljivkami. Pri medicinskih sestrah je korelacijski koeficient znašal 0,034 ($p = 0,034$), pri zdravnikih pa 0,059 ($p = 0,749$). Na podlagi opravljenih analiz H3 ne potrdimo.

H4: Obstajajo statistično značilne razlike v stopnji etičnega odločanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v družinski medicini v OZG glede na spol, starost, delovno dobo in stopnjo izobrazbe.

Tabela 22: Primerjava v stopnji etičnega odločanja glede na sociodemografske spremenljivke za medicinske sestre

Primerjava glede na sociodemografske spremenljivke	Medicinske sestre (n = 74)		
	Etično odločanje		
Neodvisne spremenljivke			
Številске spremenljivke	rho		p
Starost (v letih)	0,117		0,320
Delovna doba (v letih)	-0,023		0,847
Ordinalne spremenljivke	rho		p
Stopnja izobrazbe	-0,048		0,683
Kategorične spremenljivke			
Spol	PV (SD)	Me	MWU (p)
Ženski (n = 71)	4,44 (0,59)	5	24,000 (0,018)
Moški (n = 3)	3,93 (0,00)	4	

Legenda: n – število anketiranih; rho – Spearmanov koeficient korelacije rangov; SD – standardni odklon; Me – Mediana; MWU – statistika Man-Whitney testa; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Pri medicinskih sestrah smo odkrili statistično značilno razliko glede na spol, kjer je stopnja etičnega odločanja pomembno višja med ženskami ($p = 0,018$). Povprečna ocena med ženskami znaša 4,44, pri moških pa 3,93. Pri mediani smo pri ženskah zaznali za oceno višjo ($Me = 5$) kot pri moških ($Me = 4$). Glede na starost, delovno dobo in stopnjo izobrazbe nismo zaznali statistično značilne povezanosti (tabela 22). Kruskal-Wallis preizkus ni pokazal statistično značilnih razlik med starostnimi razredi, leti delovne dobe in stopnjo izobrazbe ($p > 0,05$).

Med zdravniki nismo nikjer zaznali statistično značilnih razlik v stopnji etičnega odločanja glede na socio-demografske spremenljivke (tabela 23). Korelacijski koeficienti za starost (0,099) in delovno dobo (0,085) so nizki in brez statistične značilnosti. Negativna korelacija pri stopnji izobrazbe ($\rho = -0,180$) nakazuje, da bi višja izobrazba morda rahlo zmanjšala oceno etičnega odločanja, vendar je vrednost signifikance

previsoka ($p = 0,325$), kar pomeni, da učinek ni statistično pomemben. Srednje vrednosti etičnega odločanja pri ženskih zdravnicah ($M = 4,49$; $Me = 5$) so podobne tistim pri moških ($M = 4,38$; $Me = 5$), razlika pa ni statistično značilna ($p = 0,527$).

Tabela 23: Primerjava v stopnji etičnega odločanja glede na sociodemografske spremenljivke za zdravnike

Primerjava glede na sociodemografske spremenljivke	Zdravniki (n = 32)		
	Etično odločanje		
Neodvisne spremenljivke			
Številске spremenljivke	rho		p
Starost (v letih)	0,099		0,588
Delovna doba (v letih)	0,085		0,645
Ordinalne spremenljivke	rho		p
Stopnja izobrazbe	-0,180		0,325
Kategorične spremenljivke			
Spol	PV (SD)	Me	MWU (p)
Ženski (n = 28)	4,49 (0,38)	5	44,000 (0,527)
Moški (n = 4)	4,38 (0,40)	5	

Legenda: n – število anketiranih; rho – Spearmanov koeficient korelacije rangov; SD – standardni odklon; Me – Mediana; MWU – statistika Man-Whitney testa; p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Dodatno smo preverili še razlike med starostnimi razredi in leti delovne dobe ter tudi med razredoma glede na stopnjo izobrazbe, kjer pa preizkusa Kruskal-Wallis oziroma Mann-Whitney prav tako v nobenem primeru nista razkrila statistično značilnih razlik med skupinami ($p > 0,05$).

V nasprotju z medicinskimi sestrami pri zdravnikih ni bilo zaznanih statistično značilnih razlik v stopnji etičnega odločanja glede na spol, starost, delovno dobo ali stopnjo izobrazbe. H4 ne potrdimo, saj statistično značilne razlike v stopnji etičnega odločanja obstajajo samo pri medicinskih sestrah glede na spol, ne pa tudi glede na starost, delovno dobo ali stopnjo izobrazbe. Ženske medicinske sestre poročajo o višji stopnji etičnega odločanja kot moški, medtem ko pri drugih sociodemografskih spremenljivkah ni zaznanih pomembnih razlik. Pri zdravnikih nismo nikjer zaznali statistično značilnih razlik.

H5: Obstajajo statistično značilne razlike v ocenah kakovosti medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v družinski medicini v OZG glede na spol, starost, delovno dobo in stopnjo izobrazbe.

Tabela 24: Primerjava v stopnji medpoklicnega sodelovanja glede na sociodemografske spremenljivke za medicinske sestre

Primerjava glede na sociodemografske spremenljivke	Medicinske sestre (n = 74)		
	Medpoklicno sodelovanje		
Neodvisne spremenljivke			
Številске spremenljivke	rho	p	
Starost (v letih)	0,023	0,849	
Delovna doba (v letih)	-0,023	0,844	
Ordinalne spremenljivke	rho	p	
Stopnja izobrazbe	-0,317	0,006	
Kategorične spremenljivke			
Spol	PV (SD)	Me	MWU (p)
Ženski (n = 71)	2,96 (0,60)	3	97,000 (0,816)
Moški (n = 3)	2,85 (0,50)	3	

Legenda: n – število anketiranih; rho – Spearmanov koeficient korelacije rangov; SD – standardni odklon; Me – Mediana; MWU – statistika Man-Whitney testa; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Pri medicinskih sestrah obstaja statistično značilna povezanost med stopnjo medpoklicnega sodelovanja in stopnjo izobrazbe ($p = 0,006$). Gre za zmerno negativno povezanost ($\rho = -0,317$), kar pomeni, da so višje ocene medpoklicnega sodelovanja prisotne pri anketirancih z nižjo stopnjo izobrazbe. Pri ostalih spremenljivkah nismo zaznali statistično značilnih razlik (tabela 24).

Poleg prikazanih testiranih korelacij smo opravili tudi primerjave razlik s Kruskal-Wallis preizkusom pri kategoričnih spremenljivkah (starost in delovna doba v razredih) in tudi na ta način se niso razkrile nobene statistično značilne razlike ($p > 0,05$).

Pri zdravnikih (tabela 25) nikjer nismo zaznali statistično značilnih razlik ali povezanosti med spremenljivkami ($p > 0,05$). Poleg testiranih korelacij smo opravili tudi primerjave s kategoričnimi spremenljivkami (starost, delovna doba v razredih, stopnja izobrazbe), kjer prav tako niso bile zaznane statistično značilne razlike ($p > 0,05$).

Tabela 25: Primerjava v stopnji medpoklicnega sodelovanja glede na sociodemografske spremenljivke za zdravnike

Primerjava glede na sociodemografske spremenljivke	Zdravniki (n = 32)		
	Medpoklicno sodelovanje		
Neodvisne spremenljivke			
Številске spremenljivke	rho	p	
Starost (v letih)	-0,085	0,642	
Delovna doba (v letih)	-0,120	0,512	
Ordinalne spremenljivke	rho	p	
Stopnja izobrazbe	-0,162	0,377	
Kategorične spremenljivke			
Spol	PV (SD)	Me	MWU (p)
Ženski (n = 28)	3,88 (0,47)	4	46,000 (0,602)
Moški (n = 4)	4,11 (0,51)	4	

Legenda: n – število anketiranih; rho – Spearmanov koeficient korelacije rangov; SD – standardni odklon; Me – Mediana; MWU – statistika Man-Whitney testa; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

H5 ne potrdimo, saj statistično značilne razlike v stopnji medpoklicnega sodelovanja obstajajo samo pri medicinskih sestrah glede na stopnjo izobrazbe, ne pa tudi glede na ostale socio-demografske spremenljivke. Pri zdravnikih v nobenem primeru nismo zaznali statistično značilnih razlik.

Dodatno prikazujemo rezultat testiranja stopnje medpoklicnega sodelovanja glede na stopnjo izobrazbe. Pri medicinskih sestrah se je izrazila negativna povezanost, podobna tendenca pa se kaže tudi pri zdravnikih (čeprav ni statistično značilna). Iz tabele 26 je razvidno, da so medicinske sestre s poklicno ali srednješolsko izobrazbo podale bistveno višje ocene medpoklicnega sodelovanja z zdravniki, medtem ko med višjima stopnjama izobrazbe ni zaznani bistvene razlike v povprečnih ocenah ($p = 0,013$). Pri zdravnikih pa sploh nismo zaznali statistično značilne razlike v oceni medpoklicnega sodelovanja glede na stopnjo izobrazbe ($p = 0,388$).

Tabela 26: Primerjava v stopnji medpoklicnega sodelovanja glede na stopnjo izobrazbe za medicinske sestre in zdravnike

Primerjava glede na stopnjo izobrazbe	Medicinske sestre (n = 74)				Zdravniki (n = 32)			
	n	M	Me	SD	n	M	Me	SD
Poklicna ali srednješolska izobrazba	16	3,33	3,4	0,44				
Dodiplomska višješolska (VŠ), visokošolska (VS) ali univerzitetna (bolonjska UN)	54	2,85	2,9	0,59				
Dodiplomska univerzitetna (stari program) ali strokovni magisterij (bolonjski)	4	2,86	2,8	0,70	10	3,97	4,0	0,24
Znanstveni magisterij, specializacija (stari program) ali doktorat znanosti (prejšnji ali bolonjski)					22	3,88	3,8	0,55
H / MWU (p - vrednost)	8,747 (0,013)				88,000 (0,388)			

Legenda: n – število anketiranih; M – povprečna ocena; Me – Mediana; SD – standardni odklon; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

H6: Obstaja statistično značilna pozitivna linearna povezava med etičnim odločanjem in medpoklicnim sodelovanjem med medicinskimi sestrami in zdravniki v družinski medicini v OZG.

V sklopu H6 smo testirali povezanost med etičnim odločanjem in medpoklicnim sodelovanjem za obe skupini (tabela 27). Šibka pozitivna povezanost ni bila statistično značilna ne pri medicinskih sestrah ($p = 0,112$) in ne pri zdravnikih ($p = 0,236$).

Tabela 27: Povezanost med etičnim odločanjem in medpoklicnim sodelovanjem za medicinske sestre in zdravnike

Povezanost med etičnim odločanjem in medpoklicnim sodelovanjem	Medicinske sestre			Zdravniki		
	n	rho	p	n	rho	p
Etično odločanje in medpoklicno sodelovanje	74	0,186	0,112	32	0,216	0,236

Legenda: n – število anketiranih; rho – Spearmanov koeficient korelacije rangov; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

H6 ne potrdimo, saj povezava med etičnim odločanjem in medpoklicnim sodelovanjem ni statistično značilna pri medicinskih sestrah ($p = 0,112$) in zdravnikih ($p = 0,236$). Kljub šibki pozitivni korelaciji podatki ne kažejo jasne povezave med spremenljivkama.

H7: Stopnja izobrazbe in delovna doba statistično značilno vplivata na etično odločanje in medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov v družinski medicini v OZG.

Pri H7 gre za nadgradnjo ugotovitev, do katerih smo prišli pri hipotezah 4 in 5, kjer smo že ugotovili, da obstaja le ena statistično značilna povezanost glede na sociodemografski spremenljivki »delovna doba« in »stopnja izobrazbe«, in sicer pri stopnji izobrazbe in vplivu na medpoklicno sodelovanje pri medicinskih sestrah.

Če ocenimo regresijski model z neodvisnima spremenljivkama »delovna doba« in »stopnja izobrazbe« z »etičnim odločanjem« kot odvisno spremenljivko, se pokaže, da regresijski model v nobenem primeru ni statistično značilen (tabela 28). Kot tak ni primeren za interpretacijo in analize v to smer ne bomo nadaljevali.

Tabela 28: Ocena regresijskega modela vpliva neodvisnih spremenljivk na etično odločanje

Analizirana skupina	Model	Vsota kvadratov	Stopnje prostosti	Povprečni kvadrat	F	p - vrednost
Medicinska sestra	1 Regresija	0,526	2	0,263	0,755	0,474
	Ostanek	24,761	71	0,349		
	Skupaj	25,287	73			
Zdravnik	1 Regresija	0,244	2	0,122	0,854	0,436
	Ostanek	4,138	29	0,143		
	Skupaj	4,382	31			

Legenda: F – razmerje med pojasnjeno in nepojasnjeno varianco v regresijskem modelu; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Odvisna spremenljivka: etično odločanje

Prediktorji: (konstanta), delovna doba v družinski medicini v letih, stopnja izobrazbe

Pri oceni regresijskega modela z neodvisnima spremenljivkama »delovna doba« in »stopnja izobrazbe« ter »medpoklicnim sodelovanjem« kot odvisno spremenljivko (tabela 29) je model statistično značilen le pri medicinskih sestrah ($p = 0,040$). Nadalje smo interpretirali vpliv delovne dobe in stopnje izobrazbe na medpoklicno sodelovanje pri medicinskih sestrah.

Tabela 29: Ocena regresijskega modela vpliva neodvisnih spremenljivk na medpoklicno sodelovanje

Analizirana skupina	Model	Vsota kvadratov	Stopnje prostosti	Povprečni kvadrat	F	p vrednost
Medicinska sestra	1 Regresija	2,229	2	1,114	3,360	0,040
	Ostanek	23,549	71	0,332		
	Skupaj	25,778	73			
Zdravnik	1 Regresija	0,129	2	0,065	0,279	0,758
	Ostanek	6,713	29	0,231		
	Skupaj	6,842	31			

Legenda: F – razmerje med pojasnjeno in nepojasnjeno varianco v regresijskem modelu; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Odvisna spremenljivka: medpoklicno sodelovanje

Prediktorji: (konstanta), delovna doba v družinski medicini v letih, stopnja izobrazbe

Ker noben drug regresijski model ni bil statistično značilen (pri vplivu neodvisnih spremenljivk na etično odločanje ni bil značilen niti za medicinske sestre niti za zdravnike, pri medpoklicnem sodelovanju pa ni bil značilen za zdravnike), predstavljamo oceno vpliva stopnje izobrazbe in delovne dobe na medpoklicno sodelovanje samo za medicinske sestre (tabela 30).

Tabela 30: Ocena regresijskih koeficientov za medpoklicno sodelovanje pri medicinskih sestrah

Model		Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	p - vrednost
		B	Std. napaka	β (beta)		
1	Konstanta	3,585	0,281		12,766	< 0,001
	Stopnja izobrazbe	-0,349	0,136	-0,292	-2,566	0,012
	Delovna doba v družinski medicini v letih	0,001	0,006	0,014	0,124	0,902

Legenda: B – nestandardizirani koeficienti; β – standardizirani koeficienti; t – vrednost t statistike; p – statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Stopnja pojasnjene variance znaša 6,1 %. Vpliv neodvisne spremenljivke »stopnja izobrazbe« na »medpoklicno sodelovanje« je statistično značilen ($p = 0,012$) in negativen, kar pomeni, da se z naraščanjem stopnje izobrazbe ocena medpoklicnega sodelovanja z zdravniki niža. Vpliv »delovne dobe« ni statistično značilen ($p = 0,902$).

H7, kjer smo predvidevali, da stopnja izobrazbe in delovna doba vplivata na etično odločanje in medpoklicno sodelovanje, ne moremo potrditi, saj smo dokazali samo vpliv stopnje izobrazbe na medpoklicno sodelovanje, in še to samo pri medicinskih sestrah.

3.5 RAZPRAVA

Namen magistrskega dela je bil raziskati dožemanje in vključevanje etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v ambulantah družinske medicine v zdravstvenih domovih OZG. Raziskava je pokazala pomembne razlike v dožemanju medpoklicnega sodelovanja med obema skupinama. Ugotovili smo, da je bila večja pripravljenost za sodelovanje v raziskavi izražena pri medicinskih sestrah v primerjavi z zdravniki in da medicinske sestre s poklicno ali srednješolsko izobrazbo ocenjujejo medpoklicno sodelovanje višje kot tiste z višjo izobrazbo. Med anketiranimi je prevladovala ženska populacija. Medicinske sestre so bile v povprečju starejše, medtem ko so bili zdravniki mlajši. Kot so ugotovili že Skela-Savič, et al. (2023), v Sloveniji primanjkuje ustreznega kadra medicinskih sester, kar povzroča pritisk na obstoječe zaposlene. Poleg tega struktura zaposlenih v zdravstveni negi ni usklajena z izobraževalnimi zahtevami. Medicinske sestre se soočajo z omejenimi možnostmi odločanja in nizko avtoriteto, kar dodatno otežuje njihovo delo. Visoke zahteve in delovna preobremenjenost so stalni izzivi v njihovem vsakdanjem delu. Rezultati raziskave nakazujejo trend pomanjkanja mlajših medicinskih sester, a ker vzorec morda ni reprezentativen, trditve ni mogoče posplošiti.

V naši raziskavi smo ugotovili, da je dožemanje etičnih vrednot v obeh skupinah anketirancev v OZG zelo visoko. Najbolj izrazito je bilo dožemanje odgovornosti za etične odločitve, ki jih anketiranci vsakodnevno sprejemajo v kliničnem okolju. Čeprav so bile zaznane razlike v stopnji etičnega odločanja med medicinskimi sestrami in zdravniki, te niso dosegle statistične značilnosti. Rezultati kažejo, da vsi anketiranci izkazujejo visoko stopnjo etične zavesti in odgovornosti, kar nakazuje, da je etično odločanje pomemben del njihovega vsakodnevnega dela v kliničnem okolju. Kot navajajo Pajakoski, et al. (2024), so etične odločitve osredotočene na namen, cilj in rezultate odločitev, pri čemer je neločljivo povezana potreba po moralnem pogumu, ki je opredeljen kot sposobnost ukrepanja v skladu z individualnimi ali poklicnimi vrednotami v etičnem konfliktu, kljub možnim osebnim tveganjem. Že Haddad in Geiger (2023) sta pojasnila, da morajo vsi zdravstveni delavci za kompetentno in pošteno delo imeti predpise in smernice znotraj poklica, ki jih morajo upoštevati. Znati morajo usklajevati

osebno prepričanje z družbenim pričakovanjem in delovati v skladu z etičnimi načeli (Alinejad, et al., 2023). Na podlagi naših rezultatov etičnega odločanja anketiranci izkazujejo vrednote, kot so kompetentnost, odgovornost, pravičnost in transparentnost. Te vrednote so tesno povezane z moralno kompetenco, ki posamezniku omogoča zaznavanje lastnih čustev in razumevanje njihovega vpliva na presojo dobrega in slabega v določenih okoliščinah. Moralna kompetenca vključuje tudi refleksijo teh občutkov, sprejemanje premišljenih odločitev in delovanje v skladu z najvišjimi etičnimi standardi, pri čemer je glavni cilj zagotavljanje največje koristi za pacienta (Wiisak, et al., 2024).

Naša empirična raziskava je ugotovila, da medicinske sestre ocenjujejo raven medpoklicnega sodelovanja signifikantno nižje v primerjavi z ocenami zdravnikov v OZG. Zdravniki so navedli ravno nasprotno, izražajo višjo stopnjo medpoklicnega sodelovanja kot medicinske sestre. Izkazali so prepričanje, da so medicinske sestre aktivno vključene v načrtovanje medicinske oskrbe, da so vloge posameznega poklica jasno definirane in usklajene ter da so medicinske sestre pripravljene upoštevati njihovo mnenje. Tudi Fowler, et al. (2020) so ugotovili, da še vedno ni povsem jasno, v kolikšni meri se oba poklica dojemata kot del tima, ki ima skupne cilje, zato je treba preoblikovati trenutne zdravstvene time v modele timskega dela, ki bodo zagotavljali enakopravno razmišljanje vseh članov tima. Menimo, da je ključno preoblikovanje timskih struktur za povečanje enakopravnosti in učinkovitosti sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki, saj le tako lahko zagotovimo bolj usklajeno in koordinirano zdravstveno oskrbo pacientov, ki temelji na skupnih vrednotah in ciljih. Usposabljanje bi moralo potekati v smeri zagotavljanja skupnih razprav, kjer bi bile razvidne veščine, znanje, pogledi in razmišljanje obeh poklicev. S tem bi bila omogočena boljša komunikacija in sodelovanje za zagotovitev najboljše možne zdravstvene oskrbe pacientov (Klemenc-Ketiš & Zafošnik, 2024). Za podporo timskega izvajanja v družinski medicini je smiselno zagotoviti, da je fizični prostor za razprave zasnovan za skupno delo medpoklicnih timov in da spodbuja medsebojno razumevanje. In ne nazadnje je treba omogočiti skupen pristop k transformativnemu vodenju in vodstveni podpori za obvladovanje sprememb in konfliktov ter izvedbo tehnoloških orodij za omogočanje komunikacije in izmenjave informacij, ki imajo ključen pomen za skupno odločanje (Grant, et al., 2024). Kolltveit, et al. (2024) pravijo, da zdravniki ne zaznavajo svoje vloge

tako dominantne, kot jo vidijo medicinske sestre, ampak dajejo prednost neposredni komunikaciji, ki omogoča takojšen dialog v realnem času z ostalimi člani ekipe, saj se bojijo, da bi lahko vključevanje drugih zdravstvenih delavcev ogrozilo pacientovo zdravstveno oskrbo ali oviralo medsebojno povezanost odnosov. Ker so zdravniki ponavadi vodje tima in nosijo glavno odgovornost za potek zdravljenja, bi morale zdravstvene organizacije dati podporo zdravnikom, ki doživljajo različne stopnje moralne škode zaradi neizogibnih neželenih dogodkov. Čeprav je takšna neizogibna škoda realnost klinične oskrbe, zdravniki ne bi smeli nositi bremena sami (Heston & Pahang, 2023). V tej smeri bi mogoče lahko razumeli zdravnike, da zato ocenjujejo višjo stopnjo medpoklicnega sodelovanja kot medicinske sestre, saj njihova perspektiva izhaja iz vodstvene vloge in potrebe po usklajevanju celotnega tima. So pa medicinske sestre izkazale visoko stopnjo odgovornosti pri izmenjavi informacij. Precej nizko so ocenile jasnost in definiranost posameznih poklicnih vlog kot tudi pripravljenost zdravnikov, da upoštevajo njihovo mnenje. To spoznanje sta potrdila že Šanc in Prosen (2022), da medicinske sestre pogosto zaznavajo hierarhično razmerje v ekipi in se v praksi včasih ne počutijo dovolj vključene v proces odločanja. Rezultati so pokazali, da obstajajo zaznavne razlike med obema poklicnima skupinama. Medtem ko zdravniki ocenjujejo medpoklicno sodelovanje kot bolj vključujoče in usklajeno, medicinske sestre v nekaterih vidikih izražajo občutek podrejenosti in manjše vključenosti v odločanje. Prav zaradi tega se v strokovni praksi družinske medicine pojavljajo prizadevanja za bolj enakovredno porazdelitev moči, saj je vloga zdravnika pogosto osrednja, medicinske sestre pa se pri odločanju pogosto znajdejo v podrejenem položaju. Takšna dinamika lahko vodi v napetost in konflikte, zato je pomembno natančno proučiti obstoječe hierarhične strukture in iskati rešitve za boljše medpoklicno sodelovanje (Lago, et al., 2022). Poplas Susič (2017) navaja, da zdravniki in medicinske sestre gledajo na usklajenost, komunikacijo in vključevanje v odločanje z različnih perspektiv. Ena od razlag za višjo oceno, ki jo zdravniki dajejo medicinskim sestram, je, da z njimi pogosto tesno sodelujejo in imajo več priložnosti za neposredno opazovanje njihovih sposobnosti. Nižje ocene, ki jih dajejo medicinske sestre, so morda posledica tega, da teh kompetenc ne vidijo kot del svoje vloge, zato imajo lahko drugačno pričakovanje glede nalog in odgovornosti medicinskih sester v primerjavi z zdravniki (Liang, et al., 2021). Sodelovanje v timu družinske medicine temelji na osebni in skupinski prispevku, a ga ovirajo struktura,

prepričanje, organizacija in medosebni odnosi (Sangaleti, et al., 2017). Storaker, et al. (2022) so ugotovili, da dobra uporaba strokovnega in etičnega jezika lahko pomaga medicinskim sestram jasno izraziti svoje poklicne poglede ter izboljša kakovost argumentacije v razpravah z zdravniki.

Naša empirična raziskava je ugotovila, da ni razlik v stopnji etičnega odločanja, glede na pogostost izobraževanja s področja etike pri obeh poklicnih skupinah. Ugotovili smo, da se tako medicinske sestre kot zdravniki v OZG zelo redko udeležujejo izobraževanja s področja etike in več kot polovica medicinskih sester in zdravnikov se v zadnjih petih letih ni udeležila nobenega izobraževanja na področju medpoklicnega sodelovanja, kar nakazuje na pomanjkanje kontinuiranega izobraževanja. Bistvenega pomena je zagotoviti priložnosti za vse zdravstvene delavce, da pridobijo poklicne vrednote. Med drugim je pomembno skupno izobraževanje, izboljšanje pristopov k načrtovanju in izvedbi skupnih razprav ter na koncu prilagoditev veljavnih standardov in smernic (Lasič & Kalender Smajlović, 2023). Zato bi bil ustrezen predlog, da zdravstvene ustanove in zavodi nenehno izobražujejo svoje osebe in organizirajo delavnice, povezane s poklicnimi vrednotami (Kamenšek, et al., 2020), kar na osnovi izvedene raziskave predlagamo tudi za OZG. Za učinkovito medpoklicno sodelovanje so potrebne finance, podporne politike, reorganizacija praks in usposabljanje za komunikacijo na individualni ravni (Milani, et al., 2024). Cilj je spodbujati večjo integracijo prakse, doseči večjo celovitost v zdravstveni oskrbi, kjer je ključno zmanjševanje neravnovesij in iskanje pravičnejših razmerij moči (Lago, et al., 2022). Za dosego tega pa je pomembno zagotoviti redno in skupno izobraževanje, saj tako povečamo oboje, tako medpoklicno sodelovanje kot tudi etično odločanje. Izobraževanje o etiki in medpoklicnem sodelovanju izboljšuje timsko delo, vendar so potrebne nadaljnje raziskave za optimalne metode (Oudbier, et al., 2024).

Z izvedeno raziskavo smo proučevali sociodemografske dejavnike in etično odločanje v OZG. Ugotovili smo, da pri medicinskih sestrah obstaja razlika glede na spol: ženske medicinske sestre poročajo o višji stopnji etičnega odločanja kot moški, medtem ko pri zdravnikih ni razlik. Podobno menijo Restika, et al. (2021), ki so raziskovali vpliv spola na etično odločanje med medicinskimi sestrami in ugotovili, da so ženske medicinske sestre izrazile večjo pripravljenost za sodelovanje z zdravniki kot moški sodelavci.

Vendar pa pri zdravnikih, podobno kot v naši raziskavi, niso zaznali statistično značilnih razlik v etičnem odločanju glede na spol. Kljub temu obstajajo indikacije, da bi lahko med spoloma pri medicinskih sestrah opazili razlike. Pomanjkanje raziskav na to temo kaže na potrebo po nadaljnjem proučevanju, da bi bolje razumeli vpliv spola na etično odločanje v zdravstveni negi in medicini.

V naši raziskavi v OZG smo ugotavljali povezave med sociodemografskimi dejavniki in medpoklicnim sodelovanjem. Ugotovili smo, da pri medicinskih sestrah obstaja povezanost med stopnjo izobrazbe in medpoklicnim sodelovanjem: višja izobrazba je povezana z nižjimi ocenami medpoklicnega sodelovanja, medtem ko pri zdravnikih ni razlik glede na spol, starost, delovno dobo ali izobrazbo. V raziskavi, ki so jo izvedli Woo, et al. (2017), je bilo sicer ugotovljeno, da višja stopnja izobrazbe medicinskih sester vodi k boljšim zdravstvenim izidom in izboljša kakovost njihovega sodelovanja z zdravniki, kar pa se v naši raziskavi ni pokazalo, saj smo ugotovili, da bistveno višje ocene medpoklicnega sodelovanja izražajo medicinske sestre s poklicno ali srednješolsko stopnjo izobrazbe. Kanno, et al. (2023) trdijo, da so za izboljšanje izvajanja ter ohranjanje uspešnega sodelovanja v družinski medicini ključni naslednji koraki: jasno razumevanje posameznih strokovnih vlog, zagotavljanje primernih možnosti za komunikacijo in sodelovanje, zmanjševanje neravnovesja v moči, spodbujanje stalnega usposabljanja s poudarkom na komunikacijski spretnosti, razvijanje aktivnega in sočutnega poslušanja ter podpora nenehnemu razvoju vodij. Sodelovanje zdravnikov in medicinskih sester v družinski medicini prinese okrepitev poklicne vloge medicinskih sester in zdravnikov, razširi poglede na skupnost, vzbudi občutek zaupanja in empatije medicinskih sester do zdravnikov in goji med njimi solidarnostne vezi (Watanabe, et al., 2023).

Z izvedeno raziskavo v OZG smo tudi ugotovili, da ni povezave med etičnim odločanjem in medpoklicnim sodelovanjem pri nobeni od poklicnih skupin. Owino, et al. (2024) so v svoji raziskavi ugotovili, da so mnogi pacienti predlagali, da je dober odnos med zdravstvenimi delavci in pacienti eden najboljših načinov za izboljšanje etičnega odločanja in krepitev tega odnosa, vendar pa v naši raziskavi pacienti niso sodelovali, zato ne moremo primerjati rezultatov raziskav.

V empirični raziskavi v OZG smo dokazali, da stopnja izobrazbe vpliva na medpoklicno sodelovanje samo pri medicinskih sestrah (višja izobrazba, nižje ocene sodelovanja). Noben od dejavnikov (izobrazba, delovna doba) ni vplival na etično odločanje skupin. Tudi Šanc in Prosen (2022) ugotavljata, da so z medpoklicnim sodelovanjem najbolj zadovoljni izkušeni in začetniki zaposleni ter tisti v manjših timih in da je priporočljivo spodbujati sodelovanje med izkušenimi in mlajšimi kolegi za prenos znanja in izkušenj. Kanno, et al. (2023) pa poudarjajo, da različni poklicni in disciplinarni pristopi prispevajo k višji kakovosti zdravstvene oskrbe. V skladu z etičnimi smernicami imajo vodje zdravstvene nege ključno odgovornost pri spodbujanju strokovnega razvoja in etične refleksije medicinskih sester, ki za učinkovito sodelovanje z zdravniki potrebujejo jasne smernice in podporo pri soočanju z etičnimi izzivi (Pajakoski, et al., 2024). Zaradi usklajevanja potreb pacientov in medicinskih smernic se medicinske sestre, največja skupina zdravstvenih delavcev v družinski medicini, soočajo z moralnimi dilemami in izgorelostjo, zato potrebujejo izobraževanje in strokovno podporo (Paier-Abuzahra, et al., 2024). Njihova vloga se nenehno širi, saj prevzemajo naloge, ki so bile tradicionalno v domeni zdravnikov, kar zahteva dodatno znanje ter prilagoditve zakonodaje. To jim ne le omogoča strokovni razvoj in večje spoštovanje v zdravstvenem timu, ampak tudi prispeva k izboljšanju kakovosti oskrbe pacientov (Karimi-Shahanjarini, et al., 2019). Vendar pa takšno prerazporejanje nalog zahteva tudi jasno razmejitev odgovornosti ter zagotavljanje ustreznega nadzora in podpore. Brez ustreznega systemskega pristopa bi lahko prišlo do povečane obremenitve medicinskih sester, kar bi negativno vplivalo na kakovost zdravstvene oskrbe. Za učinkovito izvajanje medpoklicnega sodelovanja je ključna pripravljenost zdravnikov, da prevzamejo delno odgovornost ali omejijo svojo odločilno vlogo, saj včasih niso pripravljeni popolnoma se odreči odgovornosti, kar lahko oteži sodelovanje z medicinskimi sestrami (Brandt, et al., 2025). Velikokrat se prav zaradi večjih delovnih obremenitev in administrativnih zahtev mnogi zdravniki v družinski medicini soočajo z izgorelostjo in pomanjkanjem motivacije, saj ne morejo zagotavljati zdravstvene oskrbe na želeni ravni kakovosti (Bhatti, et al., 2024). Nadomestitev zdravnikov z medicinskimi sestrami je možna strategija za izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev ter povečanje učinkovitosti in kakovosti oskrbe (Paier-Abuzahra, et al., 2024). Glede na bogate klinične izkušnje medicinskih sester bi bilo smiselno zagotoviti dodatne izobraževalne možnosti, ki bi omogočile nadgradnjo obstoječega

znanja ter privabljanje novega kadra na področje družinske medicine. To bi pripomoglo k večji kakovosti zdravstvene oskrbe in zmanjšanju obremenitve zdravnikov, hkrati pa bi se povečala dostopnost storitev za paciente (Casey, et al., 2023). Po drugi strani pa tudi tradicionalno medicinsko izobraževanje še vedno ne da zadostne podpore pri reševanju praktičnih etičnih izzivov, s katerimi se srečujejo zdravniki v ambulantah družinske medicine. Potrebne so večja ozaveščenost o bioetiki, poudarjanje etičnih načel in redne revizije. S stalnim izobraževanjem in ozaveščanjem bi se zagotovilo, da zdravniki sprejemajo odgovorne odločitve, ki so v skladu z etičnimi smernicami, kar posledično izboljšuje kakovost zdravstvene oskrbe, krepi zaupanje pacientov in zagotavlja skladnost z zakonodajo (Sinha, et al., 2022). Zdravniki so eden najpomembnejših stebrov zdravstvenega sistema, zato moramo bolje razumeti, kako jim omogočiti, da delujejo v skladu z etičnimi načeli in ohranijo svojo integriteto (Miljeteig, et al., 2024). Da bi okrepili sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v družinski medicini, bi bilo treba razviti učinkovite komunikacijske mehanizme, spodbujati tesno timsko delo ter razširiti odgovornosti medicinskih sester (Zimansky, et al., 2024). Napredek v znanosti in tehnologiji zahteva, da se v izobraževanje medicinskih sester vključijo različna področja znanja. Med pomembnimi so teorije oskrbe, osredotočene na pacienta, teorije, ki obravnavajo varnost pacientov, ter medpoklicne in večdisciplinarne teorije sodelovanja. Prav tako je treba na nacionalni ravni oceniti, ali naj izobraževanje medicinskih sester ostane na visokošolski strokovni ravni ali preide na univerzitetno raven. Znanstveni dokazi podpirajo uvedbo univerzitetnega študija kot bolj primerne za sodobne zahteve poklica medicinske sestre (Skela Savič, 2024). Kar pa se tiče izobraževanja zdravnikov, so Wu, et al. (2023) ugotovili, da je usposabljanje v okolju družinske medicine najvažnejši del izobraževanja zdravnikov družinske medicine po vsem svetu. Omogoča jim pridobitev pomembnih kliničnih veščin, ki so potrebne za oskrbo pacientov v vsakdanji praksi, izboljšuje njihovo komunikacijo ter spodbujajo medpoklicno sodelovanje.

3.5.1 Omejitve

Raziskava je temeljila na odgovorih dveh poklicnih skupin v OZG. V raziskavi je bilo nekaj metodoloških omejitev. Podatki so bili zbrani v obdobju treh mesecev, v katerem so zaposleni v družinski medicini zaradi preobremenjenosti potrebovali dodatno

motivacijo za reševanje vprašalnika, kar je lahko vplivalo na odzivnost. Odzivnost je bila pri medicinskih sestrah 48,1-odstotna ($n = 74$), pri zdravnikih pa 36-odstotna ($n = 32$), kar je lahko vplivalo na reprezentativnost vzorca in posplošljivost rezultatov. Velikost vzorca ($n = 106$) je bila relativno majhna, kar predstavlja omejitev z vidika moči statističnih testov, predvsem pri izvedbi multivariantnih analiz, saj manjši vzorec lahko zmanjša zanesljivost in stabilnost rezultatov. Neeksperimentalna zasnova raziskave omogoča le opisno in korelacijsko analizo brez ugotavljanja vzročnih povezav. Etično odločanje in medpoklicno sodelovanje sta kompleksna, subjektivna pojma, težko merljiva s samoocenjevalnimi vprašalniki, kar lahko privede do pristranskosti, kot je recimo socialna zaželenost. Rezultati so specifični za raziskovani vzorec in jih ni mogoče neposredno posplošiti na vse zdravstvene domove v Sloveniji.

3.5.2 Predlogi za uporabo rezultatov v klinični praksi

Naša raziskava jasno nakazuje nujnost nadaljnjega raziskovanja etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja v timih družinske medicine v zdravstvenih domovih v OZG in izobraževanja o tem. Prihodnje raziskave bi lahko vključevale tudi perspektivo pacientov, saj bi to omogočilo celovitejše razumevanje dinamike medpoklicnega sodelovanja in etičnega odločanja. Ključnega pomena so raziskave, ki bi omogočile razvoj in implementacijo nove strategije za izboljšanje etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja, kar bi pozitivno vplivalo na delovanje družinske medicine in celotnega zdravstvenega sistema v OZG. Priporočila za klinično prakso vključujejo zagotavljanje jasne in spoštljive komunikacije, poglobljeno strokovno znanje obeh poklicnih skupin ter aktivno vključevanje v procese odločanja, še posebej pri etično občutljivih vprašanjih. Spodbujanje etične zavesti, odprtih razprav in refleksije je ključno za dvig kakovosti zdravstvene oskrbe. Prav tako je nujno izboljšati komunikacijo in usklajevanje v timu družinske medicine, kar bi omogočilo učinkovitejše timsko delo ter zmanjšalo možnost napačnih odločitev. Poleg tega je pomembno spodbujati skupno odločanje in večjo vključenost medicinskih sester v proces sprejemanja odločitev. Razvoj jasnih smernic in protokolov za izboljšanje sodelovanja in etičnega odločanja v timu družinske medicine bi pripomogel k večji enotnosti in strokovnosti v praksi.

4 ZAKLJUČEK

To magistrsko delo je proučevalo etično odločanje in medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v družinski medicini v OZG. Rezultati raziskave so prinesli pomembne vpoglede v dinamiko teh dveh ključnih aspektov zdravstvenega dela, hkrati pa so razkrili nekatere izzive in razlike v percepciji med obema poklicnima skupinama. Presenetljivo je, da sta obe skupini dosegli zelo visoko oceno etičnega odločanja, kar nakazuje na močno zavedanje in upoštevanje etičnih načel v praksi. To ugotovitev lahko interpretiramo kot pozitiven znak, ki odraža visoko stopnjo profesionalnosti in odgovornosti v timih družinske medicine. Medicinske sestre so namreč ocenile medpoklicno sodelovanje bistveno nižje kot zdravniki. Ta razlika v percepciji nakazuje na možne komunikacijske ovire, neskladnosti v pričakovanjih ali neenakomerno porazdelitev odgovornosti. Potrebno bi bilo nadaljnje raziskovanje, da bi natančneje identificirali dejavnike, ki prispevajo k tej razliki, in oblikovali strategijo za izboljšanje medpoklicnega sodelovanja. Podatki izvedene raziskave so nakazali, da lahko izobraževanje pozitivno vpliva na etično odločanje, čeprav ta vpliv ni bil statistično potrjen. To odpira vprašanja o učinkovitosti trenutnih izobraževalnih programov in potrebi po nadaljnjem razvoju metod, ki bi okrepile etično kompetentnost medicinskih sester in zdravnikov v timu družinske medicine v OZG. Ugotavljali smo tudi vpliv sociodemografskih spremenljivk na etično odločanje in medpoklicno sodelovanje. Pri medicinskih sestrah smo odkrili statistično pomembno razliko glede na spol, kjer so ženske poročale o višji stopnji etičnega odločanja. Poleg tega je bila pri medicinskih sestrah zaznana negativna povezanost med stopnjo izobrazbe in medpoklicnim sodelovanjem, kar pomeni, da so tiste z nižjo izobrazbo ocenile sodelovanje višje. Pri zdravnikih nismo zaznali statistično pomembnih razlik glede na sociodemografske spremenljivke. Ugotovili smo, da etično odločanje in medpoklicno sodelovanje morda nista neposredno povezani ali da na njuno povezavo vplivajo drugi dejavniki, ki še niso raziskani. Stopnja izobrazbe statistično značilno vpliva na medpoklicno sodelovanje pri medicinskih sestrah, pri čemer višja izobrazba negativno vpliva na oceno sodelovanja. Raziskava je osvetlila kompleksnost etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja v družinski medicini v OZG.

5 LITERATURA

Akrami, F., Zali, A., Abbasi, M., Majdzadeh, R., Karimi, A., Fadavi, M. & Mehrabi Bahar, A., 2018. An ethical framework for evaluation of public health plans: a systematic process for legitimate and fair decision-making. *Public Health*, 164, pp. 30-38. 10.1016/j.puhe.2018.07.018.

Alinejad, V., Parizad, N., Almasi, L., Cheraghi, R. & Piran, M., 2023. Evaluation of occupational stress and job performance in Iranian nurses: the mediating effect of moral and emotional intelligence. *BMC Psychiatry*, 23(1), p. 769. 10.1186/s12888-023-05277-8.

Azimirad, M., Paloniitty, R., Papathanasiou, I.V., Aleo, G., Catania, G. & Turunen, H., 2023. Examining family and community nurses' core competencies in continuing education programs offered in primary health care settings: An integrative literature review. *Nurse Education in Practice*, 67, p. 103561. 10.1016/j.nepr.2023.103561.

Bhatti, S., Bale, S., Gul, S., Muldoon, L. & Rayner, J., 2024. The impact of leadership style in team-based primary care - staff satisfaction and motivation. *BJGP Open*, 8(3), pp. 1-8. 10.3399/BJGPO.2023.0246.

Bouton, C., Journeaux, M., Jourdain, M., Angibaud, M., Huon, J.F. & Rat, C., 2023. Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. *BMC Primary Care*, 24(1), p. 253. 10.1186/s12875-023-02189-0.

Brandt, S.K., Essig, S. & Balthasar, A., 2025. Health professionals' willingness to share responsibility and strengthen interprofessional collaboration: a cross-sectional survey. *BMC Medical Education*, 25(1), p. 102. 10.1186/s12909-024-06351-9.

Casey, M., O' Connor, L., Cullen, W. & Carroll, Á., 2023. Role dimensions of general practice nurses in Ireland. *Rural and Remote Health*, 23(1), p. 8128. 10.22605/RRH8128.

Cenčič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. 1st ed. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Cody, R., Gysin, S., Merlo, C., Gemperli, A. & Essig, S., 2020. Complexity as a factor for task allocation among general practitioners and nurse practitioners: a narrative review. *BMC Family Practice*, 21(1), p. 38. 10.1186/s12875-020-1089-2.

Crosson, J.J., 2020. Physician and Nurse Practitioner Teamwork Sustains the Primary Care Workforce. *Journal of General Internal Medicine*, 35(4), pp. 990-991. 10.1007/s11606-020-05661-0.

Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M. & Griffiths, P., 2020. Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), p. 41. 10.1186/s12960-020-00469-9.

Domus Medica, n.d. *Aktualni dogodki in izobraževanja*. [online] Available at: <https://www.domusmedica.si/domus-medica#izobrazevanja-zbornice> [Accessed 22 August 2024].

Doukas, D.J., 2024. Promoting professionalism through humanities-based transformation. *Annals of Medicine*, 56(1), p. 2386039. 10.1080/07853890.2024.2386039.

El-Awaisi, A., Yakti, O.H., Elboshra, A.M., Jasim, K.H., AboAlward, A.F., Shalfawi, R.W., Awaisu, A., Rainkie, D., Al Mutawa, N. & Major, S., 2024. Facilitators and barriers to interprofessional collaboration among health professionals in primary healthcare centers in Qatar: a qualitative exploration using the "Gears" model. *BMC Primary Care*, 25(1), p. 316. 10.1186/s12875-024-02537-8.

Farkaš Lainščak, J., Grabar, D., Kobal Strauss, K., Marušič, D., Poldrugovac, M. & Simčič, B., 2022. *Kakovost in varnost v zdravstvu – priročnik za zdravstvene delavce in sodelavce*. [pdf] Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/2-DRZAVNI->

ORGANI-MZ/5-O-ministrstvu/Sektor-za-dolgotrajno-oskrbo/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu-prirocnik-februar-2022.pdf [Accessed 22 October 2023].

Fowler, T., Garr, D., Mager, N.D.P. & Stanley, J., 2020. Enhancing primary care and preventive services through Interprofessional practice and education. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(1), p. 12. 10.1186/s13584-020-00371-8.

Grant, A., Kontak, J., Jeffers, E., Lawson, B., MacKenzie, A., Burge, F., Boulos, L., Lackie, K., Marshall, E.G., Mireault, A., Philpott, S., Sampalli, T., Sheppard-LeMoine, D. & Martin-Misener, R., 2024. Barriers and enablers to implementing interprofessional primary care teams: a narrative review of the literature using the consolidated framework for implementation research. *BMC Primary Care*, 25(1), p. 25. 10.1186/s12875-023-02240-0.

Haddad, L.M. & Geiger, R.A., 2023. *Nursing Ethical Considerations*. [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/> [Accessed 20 April 2024].

Haier, J., Mayer, M., Schaefer, J., Geyer, S. & Feldner, D., 2022. A pyramid model to describe changing decision making under high uncertainty during the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, 7(8), e008854. 10.1136/bmjgh-2022-008854.

Heston, T.F. & Pahang, J.A., 2023. Moral injury and the four pillars of bioethics. *F1000Research*, 8, p. 1193. 10.12688/f1000research.19754.4.

Holcomb, Z.C. & Cox, K.S., 2018. *Interpreting Basic Statistics: A Workbook Based on Excerpts from Journal Articles*. 8th ed. New York and London: Taylor & Francis Group.

Igarashi, M., Ohta, R., Kurita, Y., Nakata, A., Yamazaki, T. & Gomi, H., 2021. Exploring the Competencies of Japanese Expert Nurse Practitioners: A Thematic Analysis. *Healthcare (Basel)*, 9(12), p. 1674. 10.3390/healthcare9121674.

Jabbarpour, Y., Jetty, A., Dai, M., Magill, M. & Bazemore, A., 2020. The Evolving Family Medicine Team. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 33(4), pp. 499-501. 10.3122/jabfm.2020.04.190397.

Kamenšek, T., Kavčič, M. & Domanjko, B., 2020. Vpliv medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester na njihovo medpoklicno sodelovanje: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(2), pp. 153-163. 10.14528/snr.2020.54.2.2980.

Kanno, N.P., Peduzzi, M., Germani, A.C.C.G., Soárez, P.C. & Silva, A.T.C.D., 2023. Interprofessional collaboration in primary health care from the perspective of implementation science. *Cadernos de Saude Publica*, 39(10), e00213322. 10.1590/0102-311XPT213322.

Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S., Laurant, M. & Colvin, C.J., 2019. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD010412. 10.1002/14651858.CD010412.pub2.

Keenan, A.J., Tsourtos, G. & Tieman, J., 2022. Promise and peril-defining ethical telehealth practice from the clinician and patient perspective: A qualitative study. *Digital Health*, 8, p. 20552076211070394. 10.1177/20552076211070394.

Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D. & Zwarenstein, M., 2010. Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for Interprofessional collaboration. *BMC Health Services Research*, 10(83), pp. 1-15. 10.1186/1472-6963-10-83.

Klemenc-Ketiš, Z. & Zafošnik, U., 2024. Interprofessional Education with Simulations in Primary Care. *Zdravstveno Varstvo*, 63(1), pp. 1-4. 10.2478/sjph-2024-0001.

Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, 2024. Uradni list Republike Slovenije, št. 98/2024.

Kolltveit, B.H., Oftedal, B.F., Thorne, S., Lomborg, K. & Graue, M., 2024. Experiences of an interprofessional follow-up program in primary care practice. *BMC Health Services Research*, 24(1), p. 238. 10.1186/s12913-024-10706-9.

Lago, L.P.M., Dóbie, D.V., Fortun, C.M., L'Abbate, S., Silva, J.A.M.D. & Matumoto, S., 2022. Resistance to interprofessional collaboration in in-service training in primary health care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210473. 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0473en.

Lasič, D. & Kalender Smajlović, S., 2023. Skupno etično odločanje zdravstvenih delavcev: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), pp. 130-140. 10.14528/snr.2023.57.2.3153.

Lee, J.K., McCutcheon, L.R.M., Fazel, M.T., Cooley, J.H. & Slack, M.K., 2020. Assessment of Interprofessional Collaborative Practices and Outcomes in Adults With Diabetes and Hypertension in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 4(2), e2036725. 10.1001/jamanetworkopen.2020.36725.

Liang, H.Y., Tang, F.I., Wang, T.F. & Yu, S., 2021. Evaluation of Nurse Practitioners' Professional Competence and Comparison of Assessments Using Multiple Methods: Self-Assessment, Peer Assessment, and Supervisor Assessment. *Asian Nursing Research*, 15(1), pp. 30-36. 10.1016/j.anr.2020.10.004.

Marckmann, G. & Schildmann, J., 2022. Qualität und Ethik in der Gesundheitsversorgung [Quality and ethics in healthcare]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 65(3), p. 335-341. 10.1007/s00103-022-03492-4.

Martin-Misener, R., Donald, F., Rayner, J., Carter, N., Kilpatrick, K., Ziegler, E., Bourgeault, I. & Bryant-Lukosius, D., 2024. Factors influencing nurse practitioner panel size in team-based primary care: a qualitative case study. *BMC Primary Care*, 25(1), p. 304. 10.1186/s12875-024-02547-6.

Matič, L., 2019. Medpoklicno sodelovanje – predstavitev projekta simulacije v zdravstvu, zaščiti in reševanju. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, A. Kvas & A. Prelec, eds. *12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse: zbornik predavanj z recenzijo. Brdo pri Kranju, 9.–10. maj 2019*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 245-250.

Mboineki, J.F., Chen, C., Gerald, D.D. & Boateng, C.A., 2019. The current status of nurses–doctors collaboration in clinical decision and its outcome in Tanzania. *Nursing Open*, 6(4), pp. 1354-1362. 10.1002/nop2.360.

McCradden, M.D., Joshi, S., Anderson, J.A., Mazwi, M., Goldenberg, A. & Zlotnik Shaul, R., 2020. Patient safety and quality improvement: Ethical principles for a regulatory approach to bias in healthcare machine learning. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(12), pp. 2024-2027. 10.1093/jamia/ocaa085.

Milani, C., Naldini, G., Occhini, G., Pontalti, I., Baggiani, L., Nerattini, M., Lorini, C., Turco, L., Bonaccorsi, G., Phc-W, W.G. & Del Riccio, M., 2024. Enhancing Primary Health Care through Interprofessional education: Insights from a Training Workshop. *Annali di Igiene*, 36(5), pp. 513-524. 10.7416/ai.2024.2631.

Miljeteig, I., Førde, R., Rø, K.I., Bååthe, F. & Bringedal, B.H., 2024. Moral distress among physicians in Norway: a longitudinal study. *BMJ Open*, 14(5), e080380. 10.1136/bmjopen-2023-080380.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2013. *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti*. [online] Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Javna-mreza-primarne-zdravstvene-dejavnosti-v-Republiki-Sloveniji.pdf> [Accessed 12 January 2025].

Nguyen, J., Smith, L., Hunter, J. & Harnett, J.E., 2019. Conventional and Complementary Medicine Health Care Practitioners' Perspectives on Interprofessional Communication: A Qualitative Rapid Review. *Medicina (Kaunas)*, 55(10), p. 650. 10.3390/medicina55100650.

Oh, S.W., 2023. Strengthening Primary Health Care through Medical Education. *Korean Journal of Family Medicine*, 44(4), pp. 181-182. 10.4082/kjfm.44.4E.

Ohta, R. & Sano, C., 2023. Enhancing Rural Health Dialogue: The Crucial Role of Reflective Practice in Family Physician Involvement. *Cureus*, 15(11), e48380. 10.7759/cureus.48380.

Ohta, R. & Sano, C., 2024. The Quality of Family Medicine Team Conferences Through the Lens of a Director: An Autoethnography. *Cureus*, 16(7), e64173. 10.7759/cureus.64173.

Oudbier, J., Verheijck, E., van Diermen, D., Tams, J., Bramer, J. & Spaai, G., 2024. Enhancing the effectiveness of interprofessional education in health science education: a state-of-the-art review. *BMC Medical Education*, 24(1), p. 1492. 10.1186/s12909-024-06466-z.

Owino, R.S., Sewankambo, N.K., Kituuka, O. & Kutyaabami, P., 2024. Experiences and ethical issues during shared decision-making in healthcare at rural health facilities in Uganda: An exploratory qualitative study. *Research Square*, 16, pp. 1-16. 10.21203/rs.3.rs-4930541/v1.

Paier-Abuzahra, M., Posch, N., Jeitler, K., Semlitsch, T., Radl-Karimi, C., Spary-Kainz, U., Horvath, K. & Siebenhofer, A., 2024. Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. *Human Resources for Health*, 22(1), p. 74. 10.1186/s12960-024-00956-3.

Pajakoski, E., Leino-Kilpi, H., Stolt, M., Čartolovni, A. & Suhonen, R., 2024. Nurses' justifications for morally courageous acts in ethical conflicts: A narrative inquiry. *Nursing Ethics*, 32(3), pp. 752-766. 10.1177/09697330241284357.

Pettersson, M., Hedström, M. & Höglund, A.T., 2018. Ethical competence in DNR decisions - a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care. *BMC Medical Ethics*, 19(1), p. 63. 10.1186/s12910-018-0300-7.

Plante, T.G. & McCreadie, A., 2019. *The Santa Clara Ethics Scale. Pastoral Psychology*. [pdf] Santa Clara University. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11089-019-00861-w> [Accessed 20 May 2023].

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

Poorchangizi, B., Farokhzadian, J., Abbaszadeh, A., Mirzaee, M. & Borhani, F., 2017. The importance of professional values from clinical nurses' perspective in hospitals of a medical university in Iran. *BMC Medical Ethics*, 18(1), p. 20. 10.1186/s12910-017-0178-9.

Poplas Susič, T., 2017. Referenčne ambulate družinske medicine: primer medpoklicnega sodelovanja v zdravstvenem timu. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 112-115. 10.14528/snr.2017.51.2.179.

Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q.N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I. & Gilles, I., 2021. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), p. 32. 10.5334/ijic.5589.

Republika Slovenija, Portal gov.si., 2025a. *Primarna raven*. [online] Available at: <https://www.gov.si teme/mreza-javne-zdravstvene-sluzbe/> [Accesses 12 January 2025].

Republika Slovenija, Portal gov.si., 2025b. *Ambulante družinske medicine*. [online] Available at: <https://www.gov.si teme/mreza-javne-zdravstvene-sluzbe/> [Accesses 12 January 2025].

Restika, I., Saleh, A., Suarnianti & Haskas, Y., 2021. The Effect of Sex Difference and Gender Role Identity on Moral Courage: A Study among Clinical Nurses. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 4(6), pp. 1-6. 10.35654/ijnhs.v4i6.504.

Sangaleti, C., Schveitzer, M.C., Peduzzi, M., Zoboli, E.L.C.P. & Soares, C.B., 2017. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(11), pp. 2723-2788. 10.11124/JBISRIR-2016-003016.

Siekkinen, M., Kuokkanen, L., Kuusisto, H., Leino-Kilpi, H., Rautava, P., Rekunen, M., Seppänen, L., Stolt, M., Walta, L. & Sulosaari, V., 2021. Work empowerment among cancer care professionals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1), p. 502. 10.1186/s12913-021-06528-8.

Sinha, P., Chourey, N., Hiremath, R.N., Ghodke, S., Sharma, A. & Vaswani, P., 2022. Knowledge and practices of bioethics - Need for periodic assessment and reinstatement for budding family physicians. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(7), pp. 3901-3904. 10.4103/jfmpe.jfmpe_2042_21.

Skela-Savič, B., Sermeus, W., Dello, S., Squires, A., Bahun, M. & Lobe, B., 2023. How nurses' job characteristics affect their self-assessed work environment in hospitals- Slovenian use of the practice environment scale of the nursing work index. *BMC Nursing*, 22(1), p. 100. 10.1186/s12912-023-01261-5.

Skela Savič, B., 2024. Ob 100 letnici izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji: Zakaj univerzitetni študij zdravstvene nege? *Obzornik zdravstvene nege*, 58(4), pp. 236-244. 10.14528/snr.2024.58.4.3320.

Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica Slovenije, 2016. *Kodeks zdravniške etike*. [pdf] Zdravniška zbornica Slovenije. Available at: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=2> [Accessed 22 October 2023].

Storaker, A., Heggstad, A.K.T. & Sæteren, B., 2022. Ethical challenges and lack of ethical language in nurse leadership. *Nursing Ethics*, 29(6), pp. 1372-1385. 10.1177/09697330211022415.

Šanc, P. & Prosen, M., 2022. Medpoklicno sodelovanje v interdisciplinarnih zdravstvenih timih: kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), pp. 9-21. 10.14528/snr.2022.56.1.3106.

Šuklar, S., 2018. Sistemi vodenja kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti. *Izzivi prihodnosti*, 3(1), pp. 21-53.

Tavakol, M. & Wetzel, A., 2020. Factor Analysis: a means for theory and instrument development in support of construct validity. *International Journal of Medical Education*, 11, pp. 245-247. 10.5116/ijme.5f96.0f4a.

The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), 2025. *WONCA Bylaws*. [online] Available at: <https://www.globalfamilydoctor.com/> [Accessed 10 October 2024].

Valle, R.B.L.R., Balsanelli, A.P., Taminato, M., Saconato, H. & Gasparino, R., 2021. The relationship between the authentic leadership of nurses and structural empowerment: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 16(55), e03667. 10.1590/S1980-220X2019029003667.

Varkey, B., 2021. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), pp. 17-28. 10.1159/000509119.

Vaseghi, F., Yarmohammadian, M.H. & Raeisi, A., 2022. Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System: A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6), pp. 496-504. 10.4103/ijnmr.ijnmr_476_21. Erratum in: *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(1), p. 122. 10.4103/1735-9066.368515.

Watanabe, F., Kita, K., Kobayashi, N., Kuroiwa, M., Shimizu, Y., Sekijima, A., Yamashiro, S. & Son, D., 2023. What was happening in the collaboration between general practitioners and public health nurses in the community: A qualitative study. *Journal of General and Family Medicine*, 24(5), pp. 288-293. 10.1002/jgf2.637.

Wehkamp, K., Kuhn, E., Petzina, R., Buyx, A. & Rogge, A., 2021. Enhancing patient safety by integrating ethical dimensions to Critical Incident Reporting Systems. *BMC Medical Ethics*, 22(1), p. 26. 10.1186/s12910-021-00593-8.

Wiisak, J., Stolt, M., Igoumenidis, M., Chiappinotto, S., Gastmans, C., Keogh, B., Mertens, E., Palese, A., Papastavrou, E., Mc Cabe, C., Suhonen, R. & PROMOCON consortium, 2024. Factors contributing to the promotion of moral competence in nursing. *Nursing Ethics*, 31(8), pp. 1367-1388. 10.1177/09697330241235305.

Woo, B.F.Y., Lee, J.X.Y. & Tam, W.W.S., 2017. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human Resources for Health*, 15(1), p. 63. 10.1186/s12960-017-0237-9.

World Medical Association, 2024. *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. [online] Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/> [Accessed 22 May 2025].

Wu, L., Tong, Y., Yu, Y., Yu, X., Zhou, Y., Xu, M., Guo, Y., Song, Z. & Xu, Z., 2023. General practitioner residents' experiences and perceptions of outpatient training in primary care settings in China: a qualitative study. *BMJ Open*, 13(9), e076821. 10.1136/bmjopen-2023-076821.

Zakon o zdravniški službi (uradno prečiščeno besedilo) (ZZdrS-UPB3), 2006. Uradni list Republike Slovenije, št. 501-01/96-3/36.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2015. *EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/ 55/ EU*. [pdf] Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/clanek/efn-smernice-za-implementacijo-clena-31-o-medsebojnem-priznavanju-poklicnih-kvalifikacij-glede-na-direktivo-2005-36-ec-dopolnjeno-z-direktivo-2013-55-eu/> [Accessed 27 December 2024].

Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, n.d. *Izobraževanja*. [online] Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/izobrazevanja/> [Accessed 22 August 2023].

Zdravniška zbornica Slovenije, 2020. *Novice in obvestila*. [online] Available at: <https://www.zdravniskazbornica.si/> [Accessed 22 August 2023].

Zimansky, M., Ceylan, B., Klukas, E., Hamacher, M., van de Sand, H., Gustaevel, M., Wiegelmann, S. & Hämel, K., 2024. Interprofessionelle Zusammenarbeit von Hausarzt_innen und Pflegefachpersonen in der Primärversorgung [Interprofessional collaboration of general practitioners and nurses in primary care: A qualitative study]. *Pflege*, 37(1), pp. 11-18. 10.1024/1012-5302/a000942.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani

Sem Darja Lasič, študentka na magistrskem študijskem programu Napredne zdravstvene nege (mag./2l.) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Pod mentorstvom doc. dr. Sedine Kalender Smajlović pripravljam magistrsko delo z naslovom Vključenost etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki v družinski medicini v Osnovnem zdravstvu Gorenjske, s katerim želim ugotoviti vključenost uporabe etičnega odločanja in medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester in zdravnikov v klinični praksi v družinski medicini.

Ker imate na tem področju izkušnje, bo vaše mnenje zelo dragoceno. Rezultati raziskave bodo uporabljeni in prikazani le v študijske namene. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno in anonimno ter ga lahko kadarkoli prekinete.

Hvala, da delite z nami svoje izkušnje.

Darja Lasič

SKLOP A

V1 Delovno mesto:

- ☐ Zdravnik v družinski medicini
- ☐ Diplomirana medicinska sestra v družinski medicini
- ☐ Srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik/tehnik zdravstvene nege v družinski medicini
- ☐ Nič od navedenega → *izključitveni kriterij, zaključek vprašalnika*

V2 Spol:

- ☐ Moški
- ☐ Ženski

V3 Prosim, napišite starost v letih: _____

V4 Stopnja izobrazbe:

- ☐ Poklicna ali srednješolska izobrazba
- ☐ Dodiplomska višješolska (VŠ), visokošolska (VS) ali univerzitetna (bolonjska UN)
- ☐ Dodiplomska univerzitetna (stari program) ali strokovni magisterij (bolonjski)
- ☐ Znanstveni magisterij, specializacija (stari program) ali doktorat znanosti (prejšnji ali bolonjski)
- ☐ Drugo (dopolnite sami): _____

V5 Prosim, napišite delovno dobo v družinski medicini v letih: _____

SKLOP B – ETIČNO ODLOČANJE

V6 – Prosimo, ocenite svoje etično odločanje v družinski medicini, kjer trenutno delate. Preberite spodnje trditve. Obkrožite en odgovor, ki najbolje opisuje vaše mnenje o trditvi s pomočjo spodnje lestvice. Navedite stopnjo strinjanja (oz. nestrinjanja) za vsako trditev.

(1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = deloma se strinjam, deloma se ne strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam)

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Deloma se strinjam, deloma se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolno ma se strinjam
1 – Prizadevam si biti kompetenten/na na svojih področjih poklicnega znanja.	☐	☐	☐	☐	☐
2 – Moja integriteta je zame vredna več kot kakršen koli materialni dobiček ali karierna priložnost.	☐	☐	☐	☐	☐
3 – Biti odgovoren/na, tudi če moram priznati, da se motim ali da razmišljam napačno, je zame zelo pomembno.	☐	☐	☐	☐	☐
4 – Zavedam se, da nosim odgovornost za svoja dejanja, ki izhajajo iz mojih etičnih odločitev.	☐	☐	☐	☐	☐
5 – Preden se odločim, razmislim, ali je moja odločitev skladna z moralnimi načeli in etičnimi	☐	☐	☐	☐	☐

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Deloma se strinjam, deloma se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolno ma se strinjam
vrednotami.					
6 – Vedno dajem prednost etičnemu ravnanju pred lastnimi koristmi in ugodnostmi.	☐	☐	☐	☐	☐
7 – Pomembno mi je, da sem pravičen/a do vseh, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice.	☐	☐	☐	☐	☐
8 – Nikoli ne izkoriščam drugih in sem iskren/a v svojih odnosih in interakcijah, tudi ko bi me to lahko postavilo v slabši položaj.	☐	☐	☐	☐	☐
9 – Pripravljen/a sem se posvetovati z drugimi ter upoštevati njihovo mnenje.	☐	☐	☐	☐	☐
10 – Čutim veliko mero sočutja do drugih, tudi do tistih, ki jih ne poznam ali z njimi nimam skupnih interesov.	☐	☐	☐	☐	☐
11 – Ko nisem kompetenten/na na svojih področjih, si to takoj priznam in se posvetujem s sodelavci.	☐	☐	☐	☐	☐
12 – Vedno sem pripravljen/a poslušati drugo mnenje, tudi če se	☐	☐	☐	☐	☐

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Deloma se strinjam, deloma se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolno ma se strinjam
ne strinjam z njim.					
13 – Pomembno mi je, da sem pošten/a, tudi če to pomeni, da bom moral/a sprejeti posledice.	☐	☐	☐	☐	☐
14 – Ne bi me motilo, če bi lahko drugi videli in ocenili posnetke vseh mojih dejanj.	☐	☐	☐	☐	☐
15 – Spoštovanje drugih, tudi tistih, ki jih ne maram ali se z njimi ne strinjam, je zame zelo pomembno.	☐	☐	☐	☐	☐
16 – Imam jasna etična vodila, ki se jih vedno držim in jih upoštevam.	☐	☐	☐	☐	☐

SKLOP C – MEDPOKLICNO SODELOVANJE

V7 – IZPOLNITE SAMO, ČE STE ZDRAVNIK V DRUŽINSKI MEDICINI.

Prosimo, ocenite delovne odnose med zdravniki in medicinskimi sestrami v družinski medicini, kjer trenutno delate. Preberite spodnje trditve. Obkrožite en odgovor, ki najbolje opisuje vaše mnenje o trditvi s pomočjo spodnje lestvice. Navedite stopnjo strinjanja (oz. nestrinjanja) za vsako trditev.

(1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = deloma se strinjam, deloma se ne strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam)

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Deloma se strinjam, deloma se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolnoma se strinjam
1 – Zdravniki in medicinske sestre imamo podobne poglede na zdravljenje pacientov.	☐	☐	☐	☐	☐
2 – Medicinske sestre zdravnike redko vprašajo za mnenje.	☐	☐	☐	☐	☐
3 – Zdravniki in medicinske sestre imamo jasno definirane in usklajene vloge pri zdravstveni oskrbi pacientov.	☐	☐	☐	☐	☐
4 – Medicinske sestre predvidevajo, kdaj bomo zdravniki potrebovali njihovo pomoč.	☐	☐	☐	☐	☐
5 – Medicinske sestre menijo,	☐	☐	☐	☐	☐

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Deloma se strinjam, deloma se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolnoma se strinjam
da je njihovo delo pomembnejše od dela zdravnikov.					
6 – Medicinske sestre niso pripravljene razpravljati o novi praksi z zdravniki.	☐	☐	☐	☐	☐
7 – Medicinske sestre so pri načrtovanju svojega dela običajno pripravljene upoštevati mnenje zdravnikov.	☐	☐	☐	☐	☐
8 – Zdravniki in medicinske sestre ne razpravljamo v zadostni meri o zdravljenju in negi pacientov.	☐	☐	☐	☐	☐
9 – Medicinske sestre se vključujejo v organizacijo medicinske oskrbe.	☐	☐	☐	☐	☐
10 – Nesoglasja z medicinskimi sestrami pogosto ostanejo nerazrešena.	☐	☐	☐	☐	☐
11 – Pomembne informacije zdravniki vedno posredujemo medicinskim sestram.	☐	☐	☐	☐	☐
12 – Medicinske sestre so pripravljene sodelovati pri novih praksah medicinske	☐	☐	☐	☐	☐

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Deloma se strinjam, deloma se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolnoma se strinjam
oskrbe.					
13 – Medicinske sestre so pripravljene razpravljati o medicinskih vprašanjih.	☐	☐	☐	☐	☐

V8 – IZPOLNITE SAMO, ČE STE MEDICINSKA SESTRA V DRUŽINSKI MEDICINI.

Prosimo, ocenite delovne odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki v družinski medicini, kjer trenutno delate. Preberite spodnje trditve. Obkrožite en odgovor, ki najbolje opisuje vaše mnenje o trditvi s pomočjo spodnje lestvice. Navedite stopnjo strinjanja (oz. nestrinjanja) za vsako trditev.

(1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = deloma se strinjam, deloma se ne strinjam, 4 = se strinjam, 5 = popolnoma se strinjam)

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinja m	3 Deloma se strinjam, deloma se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolnoma se strinjam
1 – Zdravniki so pripravljeni sodelovati pri novih praksah zdravstvene nege.	☐	☐	☐	☐	☐

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinja m	3 Deloma se strinjam, deloma se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolnoma se strinjam
2 – Zdravniki medicinske sestre redko vprašajo za mnenje.	☐	☐	☐	☐	☐
3 – Zdravniki menijo, da je njihovo delo pomembnejše od dela medicinskih sester.	☐	☐	☐	☐	☐
4 – Zdravniki predvidevajo, kdaj bomo medicinske sestre potrebovale njihovo pomoč.	☐	☐	☐	☐	☐
5 – Zdravniki niso pripravljeni razpravljati o svojih novih praksah z medicinskimi sestrami.	☐	☐	☐	☐	☐
6 – Zdravniki so pri načrtovanju svojega dela običajno pripravljeni upoštevati mnenje medicinskih sester.	☐	☐	☐	☐	☐
7 – Medicinske sestre in zdravniki imamo podobne poglede na zdravljenje pacientov.	☐	☐	☐	☐	☐
8 – Medicinske sestre in zdravniki imamo jasno definirane in usklajene vloge pri zdravstveni oskrbi	☐	☐	☐	☐	☐

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinja m	3 Deloma se strinjam, deloma se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolnoma se strinjam
pacientov.					
9 – Medicinske sestre in zdravniki ne razpravljamo v zadostni meri o zdravljenju in negi pacientov.	☐	☐	☐	☐	☐
10 – Zdravniki so pripravljeni razpravljati o vprašanjih zdravstvene nege.	☐	☐	☐	☐	☐
11 – Pomembne informacije medicinske sestre vedno posredujemo zdravnikom.	☐	☐	☐	☐	☐
12 – Zdravniki se vključujejo v organizacijo zdravstvene nege.	☐	☐	☐	☐	☐
13 – Nesoglasja z zdravniki pogosto ostanejo nerazrešena.	☐	☐	☐	☐	☐

**SKLOP D – VKLJUČENOST ETIČNEGA ODLOČANJA,
MEDPOKLICNEGA SODELOVANJA IN DODATNO
IZOBRAŽEVANJE**

V9 – Prosim, ocenite vključenost etičnega odločanja v vašo klinično prakso v družinski medicini:

- ☐ Sploh ni vključeno
- ☐ Ni vključeno
- ☐ Deloma je vključeno
- ☐ Je vključeno
- ☐ Je v največji meri vključeno

V10 – Prosim, ocenite vključenost medpoklicnega sodelovanja v vašo klinično prakso v družinski medicini:

- ☐ Sploh ni vključeno
- ☐ Ni vključeno
- ☐ Deloma je vključeno
- ☐ Je vključeno
- ☐ Je v največji meri vključeno

V11 – Prosim, napišite, kolikokrat ste se v zadnjih 5 letih udeležili dodatnega strokovnega izobraževanja s področja etike in etičnega odločanja: _____

V12 – Prosim, napišite, kolikokrat ste se v zadnjih 5 letih udeležili dodatnega strokovnega izobraževanja s področja medpoklicnega sodelovanja: _____

Za sodelovanje in za vse vaše odgovore se vam lepo zahvaljujem.