



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

Magistrsko delo
študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**STALIŠČA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV
GLEDE ZAGOTAVLJANJA V PACIENTA
USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE V
TERCIARNI USTANOVI – MEŠANE METODE
RAZISKOVANJA**

**PATIENT-ORIENTED CARE IN A TERTIARY
CARE SETTING – HEALTH
PROFESSIONALS' OPINIONS: A MIXED-
METHODS STUDY**

Mentorica: doc. dr. Saša Kadivec

Kandidatka: Katarina Zupanc

Ljubljana, februar, 2026

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici doc. dr. Saši Kadivec za strokovno vodenje, pomoč in usmeritve med pisanjem magistrskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentkama doc. dr. Sedini Kalender Smajlović in izr. prof. dr. Ireni Grmek Košnik za recenzijo magistrskega dela ter Jasmini Vajda Vrhunec, prof. slov., za lektoriranje.

Posebno zahvalo namenjam družini za vso pomoč in podporo v času študija.

POVZETEK

Izhodišča: V pacienta usmerjena zdravstvena oskrba je pristop, ki izboljšuje kakovost in varnost zdravstvene oskrbe ter spodbuja pacienta k aktivnemu sodelovanju pri odločanju o lastnem zdravljenju.

Cilj: Cilj magistrskega dela je bil raziskati stališča zdravstvenih delavcev glede zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v terciarni ustanovi.

Metoda: Uporabljena je bila mešana raziskovalna metoda. V kvantitativnem delu je bila izvedena neeksperimentalna presečna raziskava, v kateri je 178 zdravstvenih delavcev izpolnilo vprašalnik. Podatki so bili analizirani s programom SPSS (verzija 22.0), pri čemer je bila meja statistične značilnosti določena pri $p < 0,05$. V kvalitativnem delu je bila izvedena deskriptivna raziskava, v polstrukturiranih intervjujih je sodelovalo devet zdravstvenih delavcev. Podatki so bili obdelani z metodo analize vsebine.

Rezultati: Zdravstveni delavci, ki so svoje delovno okolje ocenili kot bolj pozitivno, so se statistično bolj strinjali, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe ($\rho = 0,656$; $p < 0,001$). Podobna povezanost je bila ugotovljena pri oceni kliničnega okolja ($\rho = 0,586$; $p < 0,001$). Boljše izvajanje teh pristopov je bilo povezano tudi z boljšo samooceno komunikacije ($\rho = 0,327$; $p < 0,001$). V kvalitativni analizi je bilo oblikovanih 51 kod, razvrščenih v šest kategorij, pri čemer so izstopali pomen medosebnih odnosov, vključevanje družine in empatična komunikacija.

Razprava: Ugotovitve kažejo, da anketiranci delovno in klinično okolje zaznavajo kot podporno in za pacienta varno, vendar brez dostopa do zunanjih površin in celodnevni obiskov. Pri obravnavi upoštevajo pacientove želje, strahove in vrednote, kar dosegajo z ustrezno komunikacijo. Raziskava ponuja vpogled v stanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v izbranem zdravstvenem zavodu ter izpostavlja potrebo po večjem vključevanju pacientov v odločanje, dodatnih izobraževanjih s področja komunikacije ter oblikovanju jasnih protokolov in standardov. Omejitve raziskave vključujejo majhen vzorec ene ustanove, samoocenjevalni pristop in časovno omejenost.

Ključne besede: pacient v središču oskrbe, partnerstvo, primerno okolje, komunikacija

SUMMARY

Background: Patient-centered care is an approach that improves the quality of healthcare and encourages patients to actively participate in decisions regarding their own treatment.

Goals: The goal of the master's thesis was to explore healthcare professionals' attitudes toward the provision of patient-centered care in a tertiary institution.

Methods: A mixed-methods research design was used. In the quantitative part, a non-experimental cross-sectional survey was conducted, in which 178 healthcare professionals completed a questionnaire. Data were analyzed with SPSS software (version 22.0), with statistical significance set at $p < 0.05$. The qualitative part consisted of a descriptive study; nine healthcare professionals participated in semi-structured interviews. The data were analyzed using content analysis.

Results: Healthcare professionals who rated their work environment more positively were statistically more likely to agree that they implement patient-centered care approaches ($\rho = 0.656$; $p < 0.001$). A similar association was found for the clinical environment ($\rho = 0.586$; $p < 0.001$). Better implementation of these approaches was also associated with a higher self-assessment of communication ($\rho = 0.327$; $p < 0.001$). The qualitative analysis generated 51 codes grouped into six categories, highlighting the importance of interpersonal relationships, family involvement, and empathic communication.

Discussion: The findings indicate that respondents perceive the work and clinical environments as supportive and safe for patients; although without access to outdoor areas and unrestricted visiting hours. In practice, appropriate communication helps them to consider patients' wishes, fears, and values. The study provides insight into the state of patient-centered care in the selected healthcare institution and underscores the need for greater patient involvement in decision-making, additional communication training, and the development of clear protocols and standards. Limitations include a small sample from a single institution, the self-report approach, and the fact that data were collected over a short period of time.

Key words: patient-centered care, partnership, appropriate environment, communication

KAZALO

1 UVOD	1
2 PREGLED LITERATURE	3
2.1 ELEMENTI V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE	3
2.2 MODEL V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE	4
2.3 PREDNOSTI V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE	5
2.4 SLABOSTI V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE	6
2.5 PRISTOPI V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE	7
2.6 DEJAVNIKI OKOLJA POVEZANI Z V PACIENTA USMERJENO ZDRAVSTVENO OSKRBO	8
2.7 KOMUNIKACIJA PRI V PACIENTA USMERJENI ZDRAVSTVENI OSKRBI..	9
3 RAZISKAVA	10
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	10
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE	10
3.3 METODE RAZISKOVANJA	12
3.3.1 Načrt raziskave	12
3.3.2 Instrument raziskave.....	13
3.3.3 Udeleženci raziskave	16
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	17
3.3.5 Obdelave podatkov	18
3.4 REZULTATI	20
3.4.1 Zaznava delovnega okolja	20
3.4.2 Zaznava kliničnega okolja v povezavi s pacientom	22
3.4.3 Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi	24
3.4.4 Komunikacija s pacienti	26
3.4.5 Povezanost pozitivnosti delovnega okolja in uresničevanja pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi	27
3.4.6 Povezanost zaznave kliničnega okolja in uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi	28
3.4.7 Povezanost zaznave delovnega okolja in primernosti komunikacije s pacienti	29
3.4.8 Povezanost zaznave kliničnega okolja in primernosti komunikacije s pacienti	30

3.4.9 Povezanost primernosti komunikacije in uresničevanja pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi	31
3.4.10 Zaznava delovnega okolja glede na delovno dobo	31
3.4.11 Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi glede na delovno dobo zdravstvenih delavcev	32
3.4.12 Primernost komunikacije s pacienti glede na delovno dobo	33
3.4.13 Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe glede na izobrazbo	33
3.4.14 Rezultati kvalitativne raziskave	34
3.5 RAZPRAVA.....	42
4 ZAKLJUČEK	51
5 LITERATURA	52
6 PRILOGE	
6.1 MERSKI INSTRUMENT	
6.2 MATRIKA PODATKOV	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po sklopih	15
Tabela 2: Demografski podatki anketirancev v kvantitativni raziskavi	16
Tabela 3: Starost in delovna doba anketirancev v kvantitativni raziskavi	17
Tabela 4: Zaznava delovnega okolja	20
Tabela 5: Matrika komponent za sklop »Zaznavanje delovnega okolja« (5 trditev)	21
Tabela 6: Delovno okolje (opisna statistika faktorjev).....	21
Tabela 7: Zaznava kliničnega okolja v povezavi s pacientom	22
Tabela 8: Matrika komponent za sklop » Zaznava kliničnega okolja« (5 trditev)	23
Tabela 9: Zaznava kliničnega okolja (opisna statistika faktorjev)	23
Tabela 10: Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi	24
Tabela 11: Matrika komponent za sklop »Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi« (8 trditev).....	25
Tabela 12: Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe (opisna statistika faktorjev)	26
Tabela 13: Komunikacija s pacienti	26
Tabela 14: Matrika komponent za sklop »Komunikacija s pacienti«	27
Tabela 15: Komunikacija s pacienti (opisna statistika faktorjev).....	27
Tabela 16: Povezanost pozitivnosti delovnega okolja in uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi (Spearmanov korelacijski test).....	28
Tabela 17: Povezanost pozitivnosti kliničnega okolja in uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi (Spearmanov korelacijski test).....	29
Tabela 18: Povezanost pozitivnosti delovnega okolja in primernosti komunikacije s pacienti (Spearmanov korelacijski test).....	30
Tabela 19: Povezanost pozitivnosti kliničnega okolja in primernosti komunikacije s pacienti	30
Tabela 20: Povezanost pozitivnosti primernosti komunikacije in uresničevanja pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi (Spearmanov korelacijski test)	31
Tabela 21: Delovna doba (združeno).....	32
Tabela 22: Zaznava delovnega okolja glede na delovno dobo (Mann-Whitneyjev test)	32

Tabela 23: Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe glede na delovno dobo (Mann-Whitneyjev test).....	33
Tabela 24: Primernost komunikacije s pacienti glede na delovno dobo (Mann-Whitneyjev test)	33
Tabela 25: Izobrazba (združeno)	34
Tabela 26: Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe glede na izobrazbo (Mann-Whitneyjev test).....	34
Tabela 27: Pregled kategorij in kod kvalitativne raziskave.....	35

SEZNAM KRAJŠAV

SPSS

Statistical Package for Social Sciences

1 UVOD

V pacienta usmerjena zdravstvena oskrba je pristop, kjer se vzpostavlja partnerstvo med izvajalci zdravstvenih storitev, pacienti in njihovimi družinami (Edgman-Levitan & Schoenbaum, 2021). Osredotoča se na razumevanje pacientovih izkušenj z boleznijo ter predstavlja pomemben temelj pri kakovosti zdravstvene oskrbe in pacientovi varnosti (Castro, et al., 2016; Santana, et al., 2018). Zagotavlja in spoštuje želje, vrednote in potrebe pacientov ter skrbi, da imajo pacienti podporo, ki jo potrebujejo za odločanje o svoji zdravstveni oskrbi (Edgman-Levitan & Schoenbaum, 2021). Za uspešno implementiranje omenjenega pristopa je pomembno ustvariti ustrezno kulturo, ki zajema vključevanje pacientovih izkušenj, poznavanje njihovih navad in hobijev, spoštovanje pravic pacientov in zdravstvenih delavcev ter integracijo zdravstvene oskrbe, ki vključuje izmenjavo informacij in koordinacijo zdravstvene oskrbe ter spoštljivo in sočutno zdravstveno oskrbo (Santana, et al., 2018). Veliko kliničnih okolij ima slabo razvito kulturo v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, zato so zelo pomembni timski sestanki, kjer se zdravstveno osebje pogovori o pacientih in možnih izboljšavah (Rahman, et al., 2019).

Zdravstveni delavci pri izvajanju v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe kot pomembna elementa navajajo zagotavljanje dostojanstva in zagotavljanje spoštovanja (Castro, et al., 2016). Pacientom veliko pomeni, da si zdravstveni delavci kljub prekomerni zasedenosti zapomnijo njihova imena, jih pozdravijo, z njimi preživijo nekaj časa in jih aktivno poslušajo (Rahman, et al., 2019). Za primerno zdravstveno oskrbo je ključen tudi večdisciplinarni pristop, ki temelji na delitvi dela in odgovornosti, vključuje več različnih profilov zdravstvenih delavcev (Šimec, 2024), pomembno pa je, da so v tim vključeni tudi pacienti (Moore, et al., 2017). Pri tem ima lahko velik vpliv organizacija, ki mora biti pozitivno naravnana in spodbujati timsko delo (Santana, et al., 2018; Rahman, et al., 2019).

Zdravstveni delavci z dobrimi komunikacijskimi sposobnostmi v svoje delo lažje vključijo koncept v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe (Moore, et al., 2017). Tako verbalna kot neverbalna pozitivna komunikacija v pacientu vzbudita zaupanje, izboljšata

njegovo avtonomijo, zmanjšata negotovost in spodbudita pacienta k večji vključenosti pri odločitvah (Kwame & Petručka, 2021). Neučinkovita komunikacija povzroča frustracije med zdravstvenimi delavci in pacienti ter predstavlja enega glavnih razlogov za neželene dogodke v bolnišnicah po vsem svetu, s tem pa pada zadovoljstvo pacientov. Na komunikacijo negativno vplivajo okoljski dejavniki, kot so hrup, pomanjkanje zasebnosti ter neprimerna osvetlitev in temperatura prostora (Amoah, et al., 2019). Odprta, empatična komunikacija je bistvena pri prenašanju informacij in znanja s profesionalca na pacienta (Moudatsou, et al., 2020).

Santana, et al. (2018) ugotavljajo, da je pri v pacienta usmerjeni zdravstveni oskrbi ključno zagotavljanje podpornega in prilagodljivega okolja, kar vključuje prijazno, udobno, spoštljivo, varno okolje, ki zagotavlja zasebnost in prevajalca, nudi prostore za izražanje vere ter kjer pacient določa čas obiska svojcev. Vendar pa je možnost obiskov 24 ur na dan za zdravstvene delavce lahko obremenjujoča in jim odvrača pozornost od njihovega dela (Coats, et al., 2018). Na izvajanje tega koncepta negativno vplivata pomanjkanje zdravstvenih delavcev in prostih postelj na oddelkih ter pomanjkanje prostočasnih aktivnosti za paciente, kot so radio, časopis, neplačljiva televizija in trgovina v bolnišnici (Ocloo, et al., 2020).

V pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo definira osem Pickerjevih principov: dostop do zdravstvene oskrbe, neprekinjena zdravstvena oskrba in netežavni prehodi, vključenost in podpora družine, čustvena podpora in empatija, okoljski vidiki, jasne informacije in komunikacija, koordinacija zdravstvene oskrbe ter vključenost pacienta v odločanje in spoštovanje njegove izbire (Barrett, et al., 2019). V magistrskem delu se bomo osredotočili na tri izmed zgoraj naštetih principov, in sicer: okoljske vidike, jasne informacije in komunikacijo ter pristope k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe, med katere spadata vključenost pacienta v odločanje in spoštovanje njegove izbire. Ta tematika v slovenskem prostoru še ni dobro raziskana, zato bi lahko ugotovitve pripomogle k izboljšanju omenjenega pristopa v praksi.

2 PREGLED LITERATURE

Leta 1988 je raziskovalni program Picker Commonwealth zdravstveno oskrbo, usmerjeno v pacienta, definiral kot zdravstveno oskrbo, ki vzpostavlja partnerstvo med izvajalci zdravstvenih storitev, pacienti in njihovimi družinami. Ta zagotavlja in spoštuje želje, potrebe in preference pacientov ter omogoča, da so pacienti primerno izobraženi in imajo podporo, ki jo potrebujejo za odločanje in sodelovanje pri svoji zdravstveni oskrbi (Edgman-Levitan & Schoenbaum, 2021).

2.1 ELEMENTI V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE

Celoten koncept v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe je sestavljen iz osmih Pickerjevih načel (Barrett, et al., 2019):

- hiter dostop do zdravstvene oskrbe: pomembno je zagotavljanje zdravstvenih storitev vsem pacientom, ne glede na njihov družbeni status, kulturno ozadje ali finančno stanje (Moscelli, et al., 2018);
- učinkovito zdravljenje s strani zaupanja vrednih izvajalcev: pozitivni terapevtski odnosi so v središču zdravstvene oskrbe, osredotočene na pacienta. Pacienti morajo biti deležni učinkovite zdravstvene oskrbe, ki ustreza njihovim potrebam in spoštuje njihove želje. Interakcije z zdravstvenimi delavci, bi morale v njih vzbuditi zaupanje in samozavest (Lerch, et al., 2024);
- dostopnost in kontinuiteta zdravstvene oskrbe: usklajenost med specialisti, primarnim in sekundarnim nivojem zdravstvenega varstva ter različnimi zdravstvenimi in socialnimi službami. To zmanjšuje napake pri prenosu informacij, podvajanje preiskav in nepotrebne hospitalizacije. Pri odpustu pacienta domov je pomembna koordinacija z domačimi službami (patronažna služba, primarni zdravstveni sistem) in družino pacienta (Santana, et al., 2018);
- vključenost družine in bližnjih: ti sodelujejo pri načrtovanju zdravstvene oskrbe, pacienta podpirajo pri odločanju ter sodelujejo pri vsakodnevni zdravstveni oskrbi. Vključitev družine dobro vpliva na pacientovo počutje in varnost, saj svojci pomagajo pri komunikaciji, skrbijo za upoštevanje predpisane terapije ter

- nudijo čustveno podporo, kar se kaže v zmanjšanju stresa pri pacientu (Burns, et al., 2018);
- učinkovita, jasna in razumljiva komunikacija ter podpora pacientovi samooskrbi: pacienti, ki se čutijo slišane, bolj zaupajo zdravstvenim delavcem in so bolj zadovoljni. Prihaja namreč do boljših kliničnih izidov in manj napak pri zdravljenju, saj pacienti bolje razumejo navodila in prepoznajo znake zapletov (Santana, et al., 2018). Z dobrim informiranjem pacientov o njihovi bolezni, nudenjem podpore pri spremembah življenjskega sloga in razvijanjem veščin za obvladovanje kroničnih stanj, prihaja tudi do boljše samooskrbe pacientov doma (Farley, 2019);
 - spoštovanje pacientovih vrednot, izraženih potreb in želja ter skupno odločanje: zdravstvena oskrba se prilagodi pacientovim vrednotam, načinu življenja in okoliščinam, obenem pa se pacientu omogoči, da je aktivno vključen pri oblikovanju načrta zdravljenja. Glede na pacientove želje, zdravstveni delavci pacientu podajo informacije glede koristi, tveganj in možnih alternativ zdravstvene oskrbe, pacient pa nato skupaj z njimi izbira med različnimi kliničnimi možnostmi (Santana, et al., 2018);
 - čustvena podpora, empatija in zmanjševanje tesnobe: zdravstveno osebje mora pri pacientu zagotavljati občutek varnosti in zaupanja. Pomembno je, da pri pacientu prepoznajo morebitne strahove in mu nato nudijo psihološko pomoč (Sharkiya, 2023);
 - pozornost na fizične in okoljske potrebe: za paciente so pomembna področja – obvladovanje bolečine, pomoč pri dejavnostih in vsakodnevnih življenjskih potrebah, zagotavljanje zasebnosti ter čisto in udobno bolnišnično okolje, ki dopušča obiske družine. Treba si je prizadevati za izboljšanje kakovosti življenja pacientov in zmanjšanje njihovega fizičnega nelagodja (Souza, et al., 2021).

2.2 MODEL V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE

McCormack in McCance (2017) sta razvila model v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, ki je sestavljen iz štirih ravni: predpogoji, okolje oskrbe, procesi oskrbe in osebno usmerjeni izidi. Celotna shema predstavlja nastanek kakovostne, v pacienta usmerjene

zdravstvene oskrbe, le pod pogojem, ko se združijo vrednote, kompetence strokovnjakov, ustrezno okolje in aktivno sodelovanje pacienta.

Zunanjo raven predstavljajo predpogoji, ki so lastnosti in kompetence strokovnjakov, potrebne za uspešno izvajanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. To so strokovna usposobljenost zaposlenih, razvite medosebne in komunikacijske veščine, predanost delu, poznavanje samega sebe ter jasno opredeljena prepričanja in vrednote. Sledi druga raven, okolje oskrbe, ki jo predstavljajo ustrezne kompetence, sistemi skupnega odločanja, učinkoviti odnosi med zaposlenimi, podporni organizacijski sistemi, delitev moči, zmožnost za inoviranje in prevzemanje tveganj ter fizično okolje. Tretjo raven predstavlja pet ključnih procesov oskrbe: poznavanje pacientovih prepričanj in vrednot, aktivno vključevanje, skupno odločanje, sočutna prisotnost in zagotavljanje holistične oskrbe. V središču modela so rezultati zdravstvene oskrbe, kot so zadovoljstvo z oskrbo, vključenost v obravnavo, občutek dobrega počutja in ustvarjanje terapevtske kulture (McCormack & McCance, 2017).

2.3 PREDNOSTI V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE

Večina zdravstvenih sistemov stremi k izboljšanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe, ki jo ponujajo (Al-Surimi, et al., 2021). Koncept v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe zagovarja celostno zdravstveno obravnavo pacienta, saj je pacient celostno bitje z biološkimi, psihološkimi in socialnimi potrebami, ki jih je treba obravnavati skupaj, ne ločeno (Šimec, 2024). Pristop v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe spodbuja partnerstvo med zdravstvenimi delavci, pacienti in njihovimi družinami (Edgman-Levitan & Schoenbaum, 2021). Značilno je, da stremi k doseganju skupnih ciljev zdravljenja in temelji na razumevanju pacientovega pogleda na bolezen (Hashim, 2017). Boljši rezultati pacientovega zdravljenja, manj nujnih intervencij ter koordinirano delo in jasni postopki, zmanjšujejo stres in razbremenijo zdravstvene delavce (Ahmed, et al., 2022).

V pacienta usmerjena zdravstvena oskrba zmanjšuje pojavnost pritožb in neželenih dogodkov, izboljšuje zadovoljstvo zdravstvenih delavcev ter znižuje stroške zdravstvene obravnave (Al-Surimi, et al., 2021). Zaradi dobrega delovanja multidisciplinarnih timov,

prihaja do izboljšanja kontinuitete zdravljenja in posledično do manj nepotrebnih hospitalizacij. Pacient, ki je vključen v načrtovanje svojega zdravljenja, je tudi bolj motiviran in dosleden pri izvajanju zdravstvenih navodil (Khatari, et al., 2023). Zaradi manj hospitalizacij in podvajanja preiskav, se izboljša raba virov in poveča stroškovna učinkovitost (Ahmed, et al., 2022).

2.4 SLABOSTI V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE

Veliko težavo predstavlja neenotnost definicije v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Zaradi tega je večkrat težko opredeliti, katere intervencije spadajo pod pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo, kar vpliva tudi na merjenje rezultatov (Burgers, et al., 2021). V pacienta usmerjena zdravstvena oskrba predvsem za zdravstvene delavce predstavlja večjo časovno obremenitev. Poglobljena komunikacija in aktivno vključevanje pacienta zahtevata več časa in prilagajanja, kot če se tega pristopa ne bi posluževali (Hee Sohn, et al., 2019). Zdravstveno osebje velikokrat nima časa oziroma je časa za interakcijo s pacientom premalo, saj imajo preveč dela z administrativnimi in rutinskimi nalogami (Kwame & Petrucka, 2021). Pri aktivnem vključevanju pacientov pogosto prihaja do določenih izzivov, saj nekateri pacienti niso pripravljeni na aktivno sodelovanje. Razlogi za nepripravljenost ali nezmožnost sodelovanja so lahko nizka zdravstvena pismenost, psihološki dejavniki, kulturne in osebne razlike ter pomanjkanje samozavesti pri sprejemanju odločitev (Fisher, et al., 2018).

Ta pristop izkazuje potrebo po dodatnih veščinah zdravstvenih delavcev, ki morajo imeti razvite komunikacijske spretnosti in sposobnost razumevanja psihosocialnega konteksta pacienta (Hashim, 2017). Za uspešno uvedbo pristopa so potrebni tudi organizacijske spremembe, podpora vodstva in dodatni ekonomski viri (Castro, et al., 2016). Nemalokrat pa se pri pristopu v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe pojavljajo tudi določene etične dileme, kot so stereotipna stališča, dvomi, da bo pacient sodeloval in institucije, ki ne dovoljujejo fleksibilnih in individualiziranih pristopov. Etični izziv predstavlja tudi pacientova pričakovanja, ki niso skladna z medicinskimi smernicami, kar lahko vodi do napetosti (Moore, et al., 2017).

2.5 PRISTOPI V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE

Pri v pacienta usmerjeni zdravstveni oskrbi gre za proces, v katerem zdravstveni delavec prepoznava pacienta kot aktivnega soustvarjalca lastnega zdravljenja (Edgman-Levitan & Schoenbaum, 2021). Håkansson Eklund, et al. (2019) razlikujejo v osebo usmerjeno zdravstveno oskrbo in v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo. Medtem ko v pacienta usmerjena zdravstvena oskrba poudarja posameznika kot pacienta in njegovo vlogo pri kliničnem zdravljenju, v osebo usmerjena zdravstvena oskrba obravnava posameznika kot celovito osebo, upošteva njegovo identiteto, vrednote in socialni kontekst ter je širše uporaben pri dolgotrajni oskrbi.

Usmerjenost zdravstvene oskrbe v pacienta se nanaša na zmožnost zdravstvenega delavca, da obravnava odnos do zdravljenja z vidika pacienta in vidi pacienta kot osebo, neodvisno od njegovega zdravstvenega stanja (Banyai, et al., 2021). Pomembno je razumevanje pacientovega pogleda na bolezen, saj ta vpliva na njegovo vedenje, čustveno doživljanje in pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju (Hashim, 2017). Poznavanje pacientovega notranjega sveta, predvsem njegovih strahov, pričakovanj, socialnega položaja in podpornih mrež, vodi k boljšemu sodelovanju in izidu zdravstvene oskrbe (Banyai, et al., 2021).

Vloga zdravstvenega delavca je preusmerjena iz avtoritativne v partnersko – zdravstveni delavec postane svetovalec, ki skupaj s pacientom oblikuje načrt zdravljenja. Tak pristop dokazano izboljša zadovoljstvo pacientov, poveča učinkovitost zdravljenja in zmanjša neželene dogodke (Al-Surimi, et al., 2021). Pri takem pristopu sta ključna čustveno in socialno sodelovanje med pacientom, družino in zdravstvenimi delavci. Vključitev družine je pogosto ključni del pristopa usmerjenega v pacienta, upoštevati pa je treba, na kakšen način pacient želi, da njegova družina sodeluje in kako lahko družina prispeva k zdravstveni oskrbi (Gwaza & Msiska, 2022).

2.6 DEJAVNIKI OKOLJA POVEZANI Z V PACIENTA USMERJENO ZDRAVSTVENO OSKRBO

Fizično, organizacijsko in socialno okolje, v katerem se zdravstvena oskrba izvaja, pomembno vpliva na počutje tako pacientov kot zdravstvenih delavcev (Banyai, et al., 2021). Primerno okolje pomeni čistočo, urejenost, varnost in dostopnost, pa tudi prijazno in empatično komunikacijo osebja (Al-Surimi, et al., 2021). V teoriji v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe se pojavlja koncept zdravlilnega okolja, ki poudarja ne le odsotnost hrupa, ampak vključuje tudi naravne elemente, kot so naravna svetloba, pogled na naravo, dostop do zelenih površin in uporaba barv (Miola, et al., 2025). Negativni okoljski dejavniki, kot so hrup, nered, slaba razporeditev prostorov ali pomanjkanje zasebnosti, povečujejo stres pacientov, zmanjšujejo sposobnost sodelovanja in lahko upočasnijo proces zdravljenja (Sui, et al., 2023). Okolje vpliva tudi na avtonomijo posameznika, saj dobro zasnovani prostori omogočajo pacientu nadzor nad svojo okolico (prilagajanje svetlobe, dostop do osebnih naprav). To zmanjšuje občutek nemoči in krepi samostojnost. K temu pripomore tudi tehnologija, ki vključuje dostop do digitalnih orodij, kot so tablice za komunikacijo s svojci ali portali z informacijami o zdravljenju (Li, et al., 2024).

Negativno delovno okolje, preobremenjenost in pomanjkanje podpore lahko vodijo v napake in zmanjšano empatijo pri delu s pacienti (Banyai, et al., 2021). Raziskava kaže, da zadovoljni zdravstveni delavci vplivajo na višjo kakovost zdravstvene oskrbe, manj napak, večjo varnost pacientov in višje zadovoljstvo pacientov (Sharkiya, 2023). Organizacije, ki vlagajo v dobro delovno okolje, ustvarjajo pogoje za visokokakovostno v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo (Al-Surimi, et al., 2021). Institucije, ki spodbujajo timsko delo, odprto komunikacijo, fleksibilnost in vključevanje pacienta, omogočajo učinkovitejšo in varnejšo zdravstveno oskrbo. S tem, ko poskrbijo za psihološko varnost zaposlenih, omogočajo odprto poročanje o napakah in izboljšave pri oskrbi. Po drugi strani preobremenjenost zaposlenih, pomanjkanje časa ali rigidni procesi omejujejo možnosti za vključevanje pacientov in njihove družine (Sharkiya, 2023).

2.7 KOMUNIKACIJA PRI V PACIENTA USMERJENI ZDRAVSTVENI OSKRBI

Komunikacija v bolnišničnem okolju je temelj vsakega odnosa med zdravstvenim delavcem in pacientom (Sharkiya, 2023). Vedno bolj se uveljavlja partnerski model komunikacije, ki nadomešča tradicionalni paternalistični pristop, kjer je zdravstveni delavec prevzel vso odgovornost za odločanje, pacient pa je bil le pasivni prejemnik informacij. V partnerskem modelu je komunikacija dvosmerna, kar pomeni, da zdravstveni delavec prispeva strokovno znanje, pacient pa svoje izkušnje. Takšna komunikacija omogoča boljše razumevanje pacientovih potreb, krepi avtonomijo in zadovoljstvo pacientov (Fleisje, 2024). Z dobro komunikacijo je možno izboljšati odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem, izboljšajo pa se tudi izvedba in izidi zdravljenja (Banyai, et al., 2021). Za učinkovito komunikacijo so značilni postavljanje odprtih vprašanj, aktivno poslušanje brez prekinjanja, empatično odzivanje in preverjanje razumevanja sporočila (Hashim, 2017). Pri komunikaciji, usmerjeni v pacienta, gre za več kot le za informiranje. Potrebno je upoštevanje zdravstvene pismenosti pacienta, pri čemer zdravstveni delavec prilagodi svojo komunikacijo stopnji razumevanja pacienta in preveri, ali je pacient prejete informacije razumel (Sharkiya, 2023).

Pomemben vidik predstavlja tudi neverbalna komunikacija – ton glasu, obrazna mimika, telesna drža in očesni stik pogosto povedo več kot besede. Empatija in spoštovanje se izražata skozi vedenje, ki pacientu daje občutek dostojanstva in vrednosti (Houchens, et al., 2024). Bistveni element komunikacije je zaupanje, tako s strani pacienta kot s strani zdravstvenega delavca. Ta mora zagotoviti primerno in varno okolje za uspešno komunikacijo s pacientom (Banyai, et al., 2021).

Sodobni pristopi v zdravstveni oskrbi vse bolj vključujejo digitalne komunikacijske poti, kot so e-pošta, portali, aplikacije za spremljanje zdravja. S tem so omogočeni hitrejši in lažji dostop do informacij, spremljanje rezultatov preiskav in komunikacija s svojci. Digitalna komunikacija ne nadomešča neposrednega stika z zdravstvenimi delavci, temveč ga dopolnjuje (Carini, et al., 2021).

3 RAZISKAVA

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je raziskati stališča zdravstvenih delavcev glede zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v terciarni ustanovi. Osredotočili smo se na oceno primernosti delovnega okolja s strani zdravstvenih delavcev in na njihova stališča glede primernosti kliničnega okolja za paciente; ter raziskali uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi in primernost komunikacije zdravstvenih delavcev s pacienti.

Cilji magistrskega dela so:

- ugotoviti stališča zdravstvenih delavcev o primernosti delovnega okolja za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe;
- ugotoviti stališča zdravstvenih delavcev o primernosti kliničnega okolja za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe;
- ugotoviti stališča glede uresničevanja pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe s strani zdravstvenih delavcev v praksi;
- ugotoviti ocenjevanje zdravstvenih delavcev glede primernosti svoje komunikacije s pacienti;
- ugotoviti razumevanje zdravstvenih delavcev glede udejanjanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi;
- ugotoviti načine zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe s strani zdravstvenih delavcev v praksi.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE

Na podlagi raziskovalnih ciljev smo oblikovali naslednje hipoteze:

Hipoteza 1: Zdravstveni delavci, ki svoje delovno okolje zaznavajo kot bolj pozitivno, poročajo o pogostejšem uresničevanju pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi.

Hipoteza 2: Zdravstveni delavci, ki bolj pozitivno zaznavajo klinično okolje, se bolj strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi.

Hipoteza 3: Zdravstveni delavci, ki bolj pozitivno zaznavajo delovno okolje, boljše ocenjujejo svojo primernost komunikacije s pacientom.

Hipoteza 4: Zdravstveni delavci, ki bolj pozitivno zaznavajo klinično okolje, boljše ocenjujejo svojo primernost komunikacije s pacientom.

Hipoteza 5: Zdravstveni delavci, ki boljše ocenjujejo svojo primernost komunikacije s pacientom, bolj uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi.

Hipoteza 6: Zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo bodo v večji meri zaznali svoje delovno okolje kot podporno za izvajanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe kot zdravstveni delavci s krajšo delovno dobo.

Hipoteza 7: Zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo se bolj strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi, kot zdravstveni delavci s krajšo delovno dobo.

Hipoteza 8: Zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo boljše ocenjujejo svojo primernost komunikacije s pacientom kot zdravstveni delavci s krajšo delovno dobo.

Hipoteza 9: Zdravstveni delavci z višjo stopnjo izobrazbe se bolj strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi, kot zdravstveni delavci z nižjo stopnjo izobrazbe.

Zastavili smo si še raziskovalni vprašanji s podvprašanji:

- RV 1: Kaj zdravstvenim delavcem v praksi predstavlja v pacienta usmerjena zdravstvena oskrba?
- RV 2: Kako zdravstveni delavci zagotavljajo v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo?
- Kako primerno je delovno okolje za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe?
- Kako primerno je klinično okolje za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe?
- Na kakšen način zdravstveni delavci uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi?

- Kakšno komunikacijo zdravstveni delavci uporabljajo pri zagotavljanju v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe?

3.3 METODE RAZISKOVANJA

V magistrskem delu smo izvedli raziskavo mešanih metod, ki jo izberemo takrat, ko želimo povečati zanesljivost in kredibilnost dobljenih rezultatov (Kumar, 2019). V kvantitativnem delu raziskovanja smo izvedli neeksperimentalno presečno raziskavo, v kvalitativnem delu pa deskriptivno (opisno) raziskavo.

3.3.1 Načrt raziskave

Teoretični del magistrskega dela vključuje sistematičen pregled slovenske in tuje znanstveno-strokovne literature. Za iskanje slovenske literature smo uporabili podatkovno bazo COBISS+, kjer smo si za kriterij postavili slovenski jezik in obdobje med letoma 2015 in 2025. Uporabili smo ključne besedne zveze: v pacienta usmerjena zdravstvena oskrba, v osebo usmerjena zdravstvena oskrba, zdravstvena oskrba, komunikacija, organizacija, pogled zdravstvenih delavcev. Za iskanje tuje literature smo uporabili podatkovne baze Pub Med, Cinahl, BMJ Journals, Wiley Online Library in Science Direct. Uporabili smo ključne besedne zveze: patient centered care, person centred care, patient care, communication, organization, view of professionals. Omejitvena kriterija sta bila: izdaja virov med letoma 2015 in 2025 ter jezik besedila angleščina. Ključne besede smo povezali z Boolovim operatorjem AND (IN). Pregled literature je potekal od novembra 2024 do junija 2025.

Izbrali smo razlagalno mešano metodo raziskovanja in pri tem uporabili eksploratorni zaporedni dizajn. Pri tem dizajnu najprej potekata zbiranje in analiza kvantitativnih podatkov, nakar sledita še zbiranje in analiza kvalitativnih podatkov. Kvalitativni rezultati pri tem dizajnu služijo za dodatno razlago in interpretacijo kvantitativnih rezultatov (Polit & Beck, 2021). Kvantitativni del je osnovan na presečnem dizajnu, pri čemer smo uporabili podatke, ki smo jih zbirali s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Anketiranje smo izvedli med zdravstvenimi delavci na različnih delovnih področjih v eni terciarni ustanovi. Pred anketiranjem smo izvedli pilotno študijo, kjer smo vprašalnik razdelili med

20 zdravstvenih delavcev in s tem preverili razumljivost vprašanj. Rezultati so pokazali, da so bila vprašanja razumljiva, zato vprašalnika nismo spreminjali, rezultate pa smo vključili v raziskavo. Pred začetkom anketiranja smo pridobili soglasje ustanove za izvedbo raziskave. Soglasje za izvedbo smo dobili, nismo pa pridobili soglasja za uporabo imena ustanove v magistrskem delu, zato jo v nadaljevanju omenjamo kot terciarno ustanovo. Sodelovanje pri anketiranju je bilo prostovoljno. Podatke smo nato zbirali s pomočjo spletnega anketiranja, in sicer od 15. 9. do 15. 10. 2025. Vprašalnik je bil sestavljen na spletni strani lka.si, nato pa se ga je razposlalo prek elektronske pošte vsem zdravstvenim delavcem, vključenim v raziskavo. Pri kvalitativnem delu smo uporabili polstrukturiran intervju z odprtimi vprašanji, s čimer smo natančneje raziskali rezultate kvantitativne raziskave.

3.3.2 Instrument raziskave

Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik. Vprašanja so povzeta po štirih tujih vprašalnikih: The Person-centered Care Assessment Tool (Edvardsson, et al., 2010a), Person-centred Climate Questionnaire (Edvardsson, et al., 2010b), Individualized Care Scale (Suhonen, et al., 2010) in Health Care Communication Questionnaire (Gremigni, et al., 2008). Vsi zgoraj naštetih avtorji so te vprašalnike tudi razvili in jih uporabili v svoji raziskavi. Za uporabo vprašalnika Person-centred Climate Questionnaire smo dobili pisno soglasje avtorja za uporabo vprašalnika.

Sklop 1 »Demografski podatki« je sestavljen iz petih vprašanj zaprtega tipa, s katerimi preverjamo sociodemografske podatke anketirancev (spol, starost, delovna doba v zdravstvu, pripadajoča poklicna skupina in dosežena stopnja izobrazbe).

Sklop 2 »Delovno okolje usmerjeno v pacienta« zajema vprašanja o tem, v kakšnem obsegu zdravstveni delavci ocenjujejo svoje delovno okolje kot usmerjeno v pacienta. Sestavljen je iz petih trditev, na katere anketiranci lahko odgovarjajo s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam) (Edvardsson, et al., 2010a).

Sklop 3 »Klinično okolje in pacient« vsebuje vprašanja o tem, kako zdravstveni delavci zaznavajo klinično okolje v povezavi s pacientom. Sestavljen je iz petih trditev, na katere anketiranci lahko odgovarjajo s pomočjo pet stopenjske Likertove lestvice (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam) (Edvardsson, et al., 2010a; Edvardsson, et al., 2010b).

Sklop 4 »Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi« zajema osem trditev, kjer se bodo anketiranci opredelili po petstopenjski Likertovi lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Preverjali bomo mnenja zdravstvenih delavcev o tem, ali v praksi uresničujejo pristope za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe (Suhonen, et al., 2010).

Zadnji sklop 5 »Komunikacija s pacienti« zajema pet trditev in vključuje mnenja zdravstvenih delavcev glede primernosti svoje komunikacije s pacientom v kliničnem okolju. Tudi pri sklopu 5 bo uporabljena petstopenjska Likertova lestvica (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam) (Gremigni, et al., 2008).

Zanesljivost vprašalnika smo testirali s koeficientom Cronbach α . Bližje kot je koeficient Cronbach α številki 1, bolj zanesljiv je vprašalnik. Če koeficient znaša 0,80 ali več, gre za zelo dobro zanesljivost, če je vrednost med 0,60 in 0,80, je zanesljivost zmerna, če pa je vrednost koeficienta pod 0,60 oziroma če ni podatka o zanesljivosti, potem gre za slabo zanesljivost vprašalnika (Taber, 2017).

Vprašalnik je bil sestavljen iz 4 glavnih sklopov z Likertovo mersko lestvico, kjer je bilo treba za vsak sklop posebej izračunati koeficient Cronbach α (tabela 1). Razvidno je, da je vrednost koeficienta Cronbach α za vse štiri sklope vprašalnika visoka in presega vrednost 0,7, ki v literaturi predstavlja mejo za visoko stopnjo zanesljivosti (Field, 2009).

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po sklopih

Sklop	Cronbach koeficient α	Število trditev
Zaznavanje delovnega okolja	0,852	5
Zaznava kliničnega okolja	0,702	5
Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi	0,922	8
Komunikacija s pacienti	0,773	5

Za dodaten test zanesljivosti smo izvedli faktorsko analizo. Primernost smo preverili s Kaiser-Meyer-Olkinovim (KMO) testom in Bartlettovim testom. Izbrali smo faktorje, ki so po KMO testu dosegali lastno vrednost več kot 1, saj ti faktorji razlagajo več variance kot posamezna spremenljivka. Število faktorjev je bilo izbrano tudi na podlagi teoretične utemeljenosti, saj so faktorji smiselno predstavljali dimenzije v pacienta usmerjene oskrbe. Faktorske uteži kažejo, kako močno je posamezna spremenljivka povezana z določenim faktorjem. Višja utež pomeni, da spremenljivka bolj pripada temu faktorju.

Za zbiranje podatkov v kvalitativnem delu smo uporabili polstrukturirane intervjuje. Zanimalo nas je razumevanje pojma v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe s strani zdravstvenih delavcev in kako oni izvajajo zdravstveno oskrbo, usmerjeno v pacienta. Uporabili smo metodo tematske analize s polstrukturiranimi, vnaprej pripravljenimi vprašanji. Vprašanja smo oblikovali na podlagi rezultatov v kvantitativnem delu raziskave in pregleda strokovne literature (Castro, et al., 2016; Coats, et al., 2018; Santana, et al., 2018; Rahman, et al., 2019; Ocloo, et al., 2020). Intervju smo izvedli z devetimi udeleženci, ki smo jim zastavili različna raziskovalna vprašanja, ki smo jim po potrebi dodali podvprašanja.

Vodilna izhodiščna vprašanja intervjujev so bila:

- Kaj si predstavljate pod pojmom v pacienta usmerjena zdravstvena oskrba?
- Kako zagotavljate/izvajate v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo?
- Kaj razumete pod pojmom delovno okolje usmerjeno v pacienta in kaj bi na tem področju še lahko naredili?
- Kaj razumete pod pojmom klinično okolje usmerjeno v pacienta in kaj bi na tem področju še lahko naredili?

- Kaj razumete pod pojmom pristopi usmerjeni v pacienta in kaj bi na tem področju še lahko naredili?
- Kaj razumete pod pojmom komunikacija usmerjena v pacienta in kaj bi na tem področju še lahko naredili?

3.3.3 Udeleženci raziskave

Raziskava je potekala v terciarni ustanovi. V kvantitativnem delu raziskave je vzorec zajemal zdravstvene delavce z različnih področij, in sicer: zdravnike specialiste, zdravnike specializante, diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike, srednje medicinske sestre/tehnik zdravstvene nege, fizioterapevte in radiološke inženirje, ne glede na spol, delovno dobo, delovno mesto ali izobrazbo. Na dan 14.5.2025 je bilo v delovnem razmerju 260 zaposlenih na zgoraj naštetih področjih. Na voljo imamo vzorec N = 178 anketiranih, ki so v celoti izpolnili vprašalnik, kar predstavlja 68 odstotno odzivnost. Nekaj več kot tri četrtine anketiranih je ženskega spola (n = 142; 79,8 %), manjši delež anketirancev je moškega spola (n = 36; 20,2 %). Največji delež, in sicer skoraj polovica anketiranih, ima višjo/visoko izobrazbo (n = 82; 46,1 %), približno petina anketirancev ima univerzitetno izobrazbo (n = 35; 19,7 %) oziroma srednješolsko izobrazbo (n = 33; 18,5 %). Manj kot desetina anketirancev ima magisterij (n = 13; 7,3 %) oziroma doktorat (n = 15; 8,4 %) (tabela 2). Največji deleži anketirancev spadajo v skupine diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (n = 86; 48,3 %), srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege (n = 33; 18,5 %) in zdravnik specialist (n = 32; 18,0 %) (tabela 2).

Tabela 2: Demografski podatki anketirancev v kvantitativni raziskavi

Demografski podatki	Odgovor	n	%
Spol	Moški	36	20,2
	Ženski	142	79,8
	Skupaj	178	100,0
Izobrazba	Srednja	33	18,5
	Višja ali visoka	82	46,1
	Univerzitetna	35	19,7
	Magisterij znanosti	13	7,3
	Doktorat	15	8,4
	Skupaj	178	100,0
Poklicna skupina, ki ji pripadate	Zdravnik specialist	32	18,0

Demografski podatki	Odgovor	n	%
	Zdravnik specializant	11	6,2
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	86	48,3
	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	33	18,5
	Radiološki inženir	9	5,1
	Fizioterapevt	7	3,9
	Skupaj	178	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Minimalna starost anketirancev je 20 let, maksimalna 65 let. Povprečna starost anketirancev je $M = 40,47$ leta; $SD = 10,251$ leta. Minimalna delovna doba v zdravstvu je 1 leto, maksimalna 45 let. Povprečna delovna doba v zdravstvu je $M = 16,98$ leta; $SD = 11,001$ leta (tabela 3).

Tabela 3: Starost in delovna doba anketirancev v kvantitativni raziskavi

Spremenljivka	n	Min	Max	M	SD
Starost (v letih)	178	20	65	40,47	10,251
Delovna doba v zdravstvu (v letih)	178	1	45	16,98	11,001

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost.

Za kvalitativni del raziskave smo uporabili namenski vzorec 9 zdravstvenih delavcev v terciarni ustanovi. V intervjujih je sodelovalo 8 žensk in 1 moški. Povprečna starost anketiranih oseb je 36,3 leta ($SD = 6,7$), povprečna delovna doba pa 10,9 leta ($SD = 7,2$). Vsak intervju je za boljšo preglednost rezultatov dobil svojo šifro – srednje in diplomirane medicinske sestre so dobile oznako MS 1 – 4, zdravniki specialisti in specializanti oznako ZDR 1 – 3, radiološki inženirji in fizioterapevti pa oznako OSTALI 1 – 2. Z intervjuji smo zaključili, ko se je začela pojavljati nasičenost podatkov (Mesec & Rape, 2023).

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Raziskava je potekala v terciarni zdravstveni ustanovi. Razdeljena je bila na kvantitativni in kvalitativni del. Prvi, kvantitativni del je temeljil na uporabi spletnega vprašalnika. Po odobritvi dispozicije s strani Komisije za magistrske zadeve smo v terciarni ustanovi oddali vlogo Soglasje za izvedbo raziskave s strani Strokovnega kolegija zdravstvene nege terciarne ustanove. Vprašalnik smo izdelali s pomočjo spletne aplikacije 1ka.si

(www.1ka.si). Anketirancem smo povezavo do vprašalnika posredovali po elektronski pošti. Do vprašalnika so lahko dostopali prek povezave <https://www.1ka.si/a/e0d1cdf2>.

Raziskavo smo izvedli v skladu z načeli Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije (2024) in v skladu z načeli Helsinške deklaracije (World Medical Association, 2013), ki določa etične standarde za raziskovanje na ljudeh. Upoštevali smo načela spoštovanja dostojanstva, avtonomije in pravice do samoodločbe sodelujočih, načelo prostovoljnega in informiranega soglasja ter načelo varovanja zasebnosti in zaupnosti podatkov. Anonimnost je bila zagotovljena, saj odgovori anketirancev niso vsebovali njihovih imen in priimkov, prav tako URL-ji vprašalnikov niso bili individualizirani. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, sodelujoči so lahko kadarkoli odstopili brez posledic, pred začetkom pa so bili seznanjeni z namenom in potekom raziskave. Ta je potekala od 15. 9. do 15. 10. 2025. Dobljene podatke smo statistično obdelali in ugotovitve preverili še v kvalitativnem delu.

Kvalitativni del raziskave so predstavljali individualni intervjuji. Zdravstvene delavce smo k sodelovanju povabili po zaključku obdelave podatkov, pridobljenih v prvem delu raziskave. Pred izvedbo intervjujev, smo od udeležencev pridobili pisna soglasja vsakega vključenega posameznika za sodelovanje in snemanje intervjuja. Vnaprej so bili seznanjeni z anonimnostjo njihove identitete ter namenom in ciljem raziskave. Intervjuje smo opravili v prostorih terciarne ustanove, o točnem terminu in lokaciji smo jih pravočasno obvestili. Intervjuji so trajali približno 15 minut. Zvočne posnetke intervjujev smo nato večkrat poslušali in naredili dobesedne prepise, ki smo jih kvalitativno obdelali in analizirali (Kordeš & Smrdu, 2015). Kvalitativna raziskava je potekala decembra 2025. Zvočni posnetki so shranjeni v arhivu raziskovalca.

3.3.5 Obdelave podatkov

Kvantitativne podatke smo najprej vnesli v tabelo programa Excel (Microsoft Office – Windows, verzija 8.0). Pridobljeni podatki so bili nato obdelani v programskem orodju Statistical Package for Social Sciences (SPSS) za okolje Windows, verzija 22.0. Uporabili smo metode opisne statistike, in sicer smo prikazali frekvence, odstotke, povprečja (M),

standardni odklon (SD), minimum in maksimum odgovorov. Zanesljivost vprašalnika smo preverili s pomočjo izračuna koeficienta Cronbach α . Veljavnost vprašalnika smo za vsak sklop vprašanj na Likertovi lestvici preverili z eksploratorno faktorsko analizo (EFA). Normalnost porazdelitev podatkov smo preverili s pomočjo Shapiro-Wilkovega testa. Za preverjanje hipotez smo uporabili Spearmanov korelacijski test in Mann-Whitneyjev test. Upoštevali smo stopnjo značilnosti $\alpha < 0,05$. Vrednosti Spearmanovega korelacijskega koeficienta smo razdelili v navedene sklope: 0,00 ni povezanosti, 0,01–0,19 je neznatna povezanost, 0,20–0,39 je nizka/šibka povezanost; 0,40–0,69 je srednja/zmerna povezanost, 0,70–0,89 je visoka/močna povezanost, 0,90–0,99 je zelo visoka/zelo močna povezanost in 1,00 je popolna povezanost (Field, 2009).

Kvalitativne podatke smo obdelali s pomočjo metode analize vsebine (Kordeš & Smrdu, 2015). Najprej smo večkrat poslušali zvočne posnetke individualnih intervjujev, nakar je sledil dobesedni prepis vseh intervjujev, pri čemer smo ohranili vsebinsko pomembne značilnosti govora. Transkripte smo nato uredili in anonimizirali ter jih pripravili za nadaljnjo analizo. V naslednji fazi smo določili enote kodiranja. Kot enote smo opredelili smiselno zaključene dele besedila, ki so vsebovali enotno pomensko sporočilo, povezano z raziskovalnimi vprašanji. Sledilo je odprto kodiranje, pri katerem smo posameznim enotam pripisovali kode, ki so čim bolj povzemale pomen izjav udeležencev. V tej fazi smo oblikovali začetni nabor kod ter sproti preverjali njihovo ustreznost in vsebinsko prekrivanje. V nadaljevanju smo kode primerjali med seboj ter jih na podlagi podobnosti in vsebinske povezanosti združevali v širše pojme. V zaključni fazi smo oblikovali temeljne kategorije, ki predstavljajo teoretično strukturiran prikaz rezultatov. Končne kategorije smo interpretirali v povezavi z raziskovalnimi vprašanji in obstoječo literaturo.

Kakovost kvalitativnega raziskovanja se presoja skozi zagotavljanje verodostojnosti, sledljivosti in refleksivnosti raziskovalnega procesa. Verodostojnost smo zagotavljali z dobesednim prepisom intervjujev ter z večkratnim poslušanjem in branjem gradiva, kar je omogočilo poglobljeno razumevanje vsebine. Sledljivost raziskovalnega procesa smo zagotavljali z natančnim opisom vseh faz analize, od transkripcije in določanja enot kodiranja do oblikovanja kategorij in končne interpretacije (Kordeš & Smrdu, 2015).

3.4 REZULTATI

3.4.1 Zaznava delovnega okolja

Najprej smo anketirance vprašali, kako zaznavajo njihovo delovno okolje. V povprečju se anketiranci niti strinjajo, niti ne strinjajo s tem, da svoje delovno okolje zaznavajo kot okolje, kjer se pogosto pogovarjajo o tem, kako izvajati v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo ($M = 3,26$; $SD = 1,443$ – visok standardni odklon kaže na močno razpršena mnenja). Prav tako se anketiranci v povprečju niti strinjajo, niti ne strinjajo s tem, da svoje delovno okolje zaznavajo kot okolje, kjer imajo formalne timske sestanke za razpravo o zdravstveni oskrbi pacientov ($M = 2,99$; $SD = 1,432$), kot okolje, kjer vrstni red delovnih opravil lahko prilagajajo glede na želje pacientov ($M = 2,98$; $SD = 1,147$), kot okolje, kjer je kakovost interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti pomembnejša od izvedbe nalog ($M = 3,07$; $SD = 1,135$), in kot okolje, kjer imajo dovolj časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe ($M = 3,03$; $SD = 1,149$) (tabela 4).

Tabela 4: Zaznava delovnega okolja

Svoje delovno okolje zaznavam kot	n	Min	Max	M	SD
okolje, kjer se pogosto pogovarjamo o tem, kako izvajati v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo.	178	1	5	3,26	1,443
okolje, kjer imamo formalne timske sestanke za razpravo o oskrbi pacientov.	178	1	5	2,99	1,432
okolje, kjer vrstni red delovnih opravil lahko prilagajamo glede na želje pacientov.	178	1	5	2,98	1,147
okolje, kjer je kakovost interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti pomembnejša od izvedbe nalog.	178	1	5	3,07	1,135
okolje, kjer imam dovolj časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe.	178	1	5	3,03	1,149

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost.

Lestvica: 1 = sploh se ne strinjam; 2 = se ne strinjam; 3 = niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 = se strinjam; 5 = zelo se strinjam.

V nadaljevanju s faktorško analizo preverimo, koliko faktorjev opisuje sklop vprašalnika »Zaznavanje delovnega okolja«. KMO - mera je visoka (0,767), Bartlettov test je prestan ($p < 0,001$). Na podlagi lastnih vrednosti se odločimo za zajem enega faktorja, ki opisuje 63,431 % celotne variance (lastna vrednost 3,172) (priloga I). V tabeli 5 prikazujemo matriko zarotiranih faktorjskih uteži. Ugotovimo, da trditve okolje, kjer se pogosto pogovarjamo o tem, kako izvajati v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo, okolje, kjer

imamo formalne timske sestanke za razpravo o oskrbi pacientov, okolje, kjer vrstni red delovnih opravil lahko prilagajamo glede na želje pacientov, okolje, kjer je kakovost interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti pomembnejša od izvedbe nalog, ter okolje, kjer imam dovolj časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, močno korelirajo s prvim faktorjem, ki ga poimenujemo Faktor 1: Pozitivno delovno okolje iz vidika zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe (tabela 5).

Tabela 5: Matrika komponent za sklop »Zaznavanje delovnega okolja« (5 trditev)

Trditev	Faktor
	1
okolje, kjer se pogosto pogovarjamo o tem, kako izvajati v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo.	0,794
okolje, kjer imamo formalne timske sestanke za razpravo o oskrbi pacientov.	0,693
okolje, kjer vrstni red delovnih opravil lahko prilagajamo glede na želje pacientov.	0,779
okolje, kjer je kakovost interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti pomembnejša od izvedbe nalog.	0,668
okolje, kjer imam dovolj časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe.	0,748

Faktor izračunamo kot povprečja pripadajočih trditev. Opisna statistika faktorja je prikazana v tabeli 6. V povprečju se anketiranci niti ne strinjajo, niti strinjajo s tem, da je njihovo delovno okolje pozitivno z vidika pogostosti pogovarjanja o tem, kako izvajati v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo, vidika formalnih timskih sestankov za razpravo o oskrbi pacientov, vidika okolja, kjer vrstni red delovnih opravil lahko prilagajamo glede na želje pacientov, vidika okolja, kjer je kakovost interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti pomembnejša od izvedbe nalog, in vidika okolja, kjer je dovolj časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, kot to opisuje Faktor 1 ($M = 3,06$; $SD = 1,006$) (tabela 6).

Tabela 6: Delovno okolje (opisna statistika faktorjev)

Trditev	n	Min	Max	M	SD
Pozitivno delovno okolje z vidika zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	178	1,0	5,0	3,06	1,006

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost.

Lestvica: 1 = sploh se ne strinjam; 2 = se ne strinjam; 3 = niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 = se strinjam; 5 = zelo se strinjam.

3.4.2 Zaznava kliničnega okolja v povezavi s pacientom

Anketirance v nadaljevanju vprašamo, kako zaznavajo svoje klinično okolje v povezavi s pacientom. Ugotovimo, da se anketiranci v povprečju strinjajo s tem, da svoje klinično okolje v povezavi s pacientom zaznavajo kot okolje, kjer se pacienti lahko pogovorijo z zdravstvenimi delavci ($M = 4,15$; $SD = 0,777$), in kot okolje, kjer zdravstveni delavci uporabljajo jezik, ki ga pacient razume ($M = 4,16$; $SD = 0,729$). Anketiranci se v povprečju ne strinjajo s tem, da svoje klinično okolje zaznavajo, kot okolje, kjer imajo lahko pacienti obiskovalce prek celega dneva ($M = 2,07$; $SD = 1,118$), in kot okolje, kjer pacienti lahko dostopajo do zunanjih površin po lastni želji ($M = 2,40$; $SD = 1,244$). Anketiranci se v povprečju niti ne strinjajo, niti strinjajo glede tega, da svoje klinično okolje zaznavajo kot okolje, kjer se pri načrtu oskrbe pacienta upoštevajo njegove življenjske izkušnje in želje ($M = 3,33$; $SD = 1,017$) (tabela 7).

Tabela 7: Zaznava kliničnega okolja v povezavi s pacientom

Svoje klinično okolje v povezavi s pacientom zaznavam kot	n	Min	Max	M	SD
okolje, kjer se pacienti lahko pogovorijo z zdravstvenimi delavci.	178	1	5	4,15	0,777
okolje, kjer zdravstveni delavci uporabljajo jezik, ki ga pacient razume.	178	1	5	4,16	0,729
okolje, kjer imajo lahko pacienti obiskovalce preko celega dneva.	178	1	5	2,07	1,118
okolje, kjer pacienti lahko dostopajo do zunanjih površin po lastni želji.	178	1	5	2,40	1,244
okolje, kjer se pri načrtu oskrbe pacienta upošteva njegove življenjske izkušnje in želje.	178	1	5	3,33	1,017

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost.

Lestvica: 1 = sploh se ne strinjam; 2 = se ne strinjam; 3 = niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 = se strinjam; 5 = zelo se strinjam.

S faktorško analizo preverimo, koliko faktorjev opisuje sklop vprašalnika »Klinično okolje«. KMO - mera je visoka (0,599), Bartlettov test je prestan ($p < 0,001$). Na podlagi lastnih vrednosti se odločimo za zajem dveh faktorjev. Prvi opisuje 42,84 % celotne variance (lastna vrednost 2,142), drugi pa 29,137 %. (lastna vrednost 1,457) (priloga II). V tabeli 8 sta prikazani pravokotna rotacija z metodo Varimax in matrika zarotiranih faktorjskih uteži. Ugotovimo, da trditve okolje, kjer imajo lahko pacienti obiskovalce prek celega dneva, okolje, kjer pacienti lahko dostopajo do zunanjih površin po lastni želji, okolje, kjer se pri načrtu oskrbe pacienta upoštevajo njegove življenjske izkušnje in želje,

ter okolje, kjer imam dovolj časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe močno korelirajo s prvim faktorjem, ki ga poimenujemo Faktor 1: Pozitivno klinično okolje z vidika dostopnih celodnevnih obiskov, dostopa do zunanjih površin, upoštevanja želja pri načrtu oskrbe pacientov in zadostnega časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Ugotovimo, da trditev okolje, kjer zdravstveni delavci uporabljajo jezik, ki ga pacient razume, močno korelira z drugim faktorjem, ki ga poimenujemo Faktor 2: Pozitivno klinično okolje z vidika razumljivega jezika pacientom.

Tabela 8: Matrika komponent za sklop » Zaznava kliničnega okolja« (5 trditev)

Trditev	Faktor	
	1	2
okolje, kjer zdravstveni delavci uporabljajo jezik, ki ga pacient razume.	-0,057	0,939
okolje, kjer imajo lahko pacienti obiskovalce preko celega dneva.	0,877	-0,034
okolje, kjer pacienti lahko dostopajo do zunanjih površin po lastni želji.	0,906	-0,002
okolje, kjer se pri načrtu oskrbe pacienta upošteva njegove življenjske izkušnje in želje.	0,607	0,496
okolje, kjer imam dovolj časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe.	0,748	-0,002

Rotacijska metoda: Varimax s Kaiserjevo normalizacijo. Rotacija je skonvergirala v 3 iteracijah.

Faktorje izračunamo kot povprečja pripadajočih trditev. Opisna statistika faktorjev je prikazana v tabeli 9. V povprečju se anketiranci strinjajo s tem, da je njihovo klinično okolje pozitivno z vidika razumljivega jezika pacientom ($M = 4,15$; $SD = 0,777$), ter niti strinjajo niti ne strinjajo s tem, da je njihovo klinično okolje pozitivno z vidika dostopnih celodnevnih obiskov, dostopa do zunanjih površin, upoštevanja želja pri načrtu oskrbe pacientov in zadostnega časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe ($M = 2,98$; $SD = 0,730$) (tabela 9).

Tabela 9: Zaznava kliničnega okolja (opisna statistika faktorjev)

Trditev	n	Min	Max	M	SD
Faktor 1: Pozitivno klinično okolje z vidika dostopnih celodnevnih obiskov, dostopa do zunanjih površin, upoštevanja želja pri načrtu oskrbe pacientov in zadostnega časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	178	1,5	5,0	2,98	0,730
Faktor 2: Pozitivno klinično okolje z vidika razumljivega jezika pacientom	178	1,0	5,0	4,15	0,777

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost.

Lestvica: 1 = sploh se ne strinjam; 2 = se ne strinjam; 3 = niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 = se strinjam; 5 = zelo se strinjam.

3.4.3 Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi

Anketirance smo v nadaljevanju vprašali, ali v praksi uresničujejo pristope za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. V večini primerov pomeni 9 izmed 10 pacientov. Anketiranci se v povprečju strinjajo s tem, da so v večini primerov upoštevali občutke pacientov glede njihovega zdravstvenega stanja ($M = 3,93$; $SD = 0,948$), v večini primerov upoštevali njihove strahove in tesnobe ($M = 3,76$; $SD = 1,180$), v večini primerov omogočili, da pacienti sami poskrbijo za svojo oskrbo v okviru svojih zmožnosti ($M = 3,76$; $SD = 1,180$), ter v večini primerov upoštevali želje pacientov glede njihove oskrbe ($M = 3,88$; $SD = 0,904$). Anketiranci se v povprečju niti ne strinjajo, niti strinjajo s tem, da so v večini primerov upoštevali vsakdanje dejavnosti pacientov zunaj bolnišnice (npr. delo, prostočasne dejavnosti) ($M = 3,05$; $SD = 1,300$ – visok SD kaže na razpršena mnenja), ter niti ne strinjajo, niti strinjajo s tem, da so v večini primerov omogočili, da so družine pacientov sodelovale pri njihovi oskrbi, če so to želeli ($M = 3,33$ $SD = 1,191$). Anketiranci se v povprečju mejno strinjajo s tem, da so v večini primerov upoštevali njihove pretekle izkušnje s prebivanjem v bolnišnici ($M = 3,40$; $SD = 1,264$) in da so v večini primerov upoštevali vsakodnevne navade pacientov med bivanjem v bolnišnici ($M = 3,45$; $SD = 1,152$) (tabela 10).

Tabela 10: Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi

Pri nudenju oskrbe pacientom sem:	n	Min	Max	M	SD
v večini primerov upošteval/a občutke pacientov glede njihovega zdravstvenega stanja.	178	1	5	3,93	0,948
v večini primerov upošteval/a njihove strahove in tesnobe.	178	1	5	3,76	1,180
v večini primerov omogočil/a, da so pacienti poskrbeli za svojo oskrbo v okviru svojih zmožnosti.	178	1	5	4,03	0,908
v večini primerov upošteval/a njihove vsakdanje dejavnosti zunaj bolnišnice (npr. delo, prostočasne dejavnosti).	178	1	5	3,05	1,300
v večini primerov upošteval/a njihove pretekle izkušnje s prebivanjem v bolnišnici.	178	1	5	3,40	1,264
v večini primerov upošteval/a vsakodnevne navade pacientov med bivanjem v bolnišnici.	178	1	5	3,45	1,152
v večini primerov omogočil/a, da so družine pacientov sodelovale pri njihovi oskrbi, če so to želeli.	178	1	5	3,33	1,191

Pri nujenju oskrbe pacientom sem:	n	Min	Max	M	SD
v večini primerov upošteval/a želje pacientov glede njihove oskrbe.	178	1	5	3,88	0,904

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost.

Levstica: 1 = sploh se ne strinjam; 2 = se ne strinjam; 3 = niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 = se strinjam; 5 = zelo se strinjam.

S faktorsko analizo preverimo, koliko faktorjev opisuje sklop vprašalnika »Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi«. KMO mera je visoka (0,908), Bartlettov test je prestan ($p < 0,001$). Na podlagi lastnih vrednosti se odločimo za zajem enega faktorja, ki opisuje 65,32 % celotne variance (lastna vrednost 5,225) (priloga III). V tabeli 11 prikažemo matriko faktorskih uteži. Ugotovimo, da trditve v večini primerov upošteval/a občutke pacientov glede njihovega zdravstvenega stanja, v večini primerov upošteval/a njihove strahove in tesnobe, v večini primerov omogočil/a, da so pacienti poskrbeli za svojo oskrbo v okviru svojih zmožnosti, v večini primerov upošteval/a njihove vsakdanje dejavnosti zunaj bolnišnice (npr. delo, prostočasne dejavnosti), v večini primerov upošteval/a njihove pretekle izkušnje s prebivanjem v bolnišnici, v večini primerov upošteval/a vsakodnevne navade pacientov med bivanjem v bolnišnici, v večini primerov omogočil/a, da so družine pacientov sodelovale pri njihovi oskrbi, če so to želeli, ter v večini primerov upošteval/a želje pacientov glede njihove oskrbe močno korelirajo s prvim faktorjem, ki ga poimenujemo Faktor 1: Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe.

Tabela 11: Matrika komponent za sklop »Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi« (8 trditev)

Trditev	Faktor
	1
v večini primerov upošteval/a občutke pacientov glede njihovega zdravstvenega stanja.	0,768
v večini primerov upošteval/a njihove strahove in tesnobe.	0,813
v večini primerov omogočil/a, da so pacienti poskrbeli za svojo oskrbo v okviru svojih zmožnosti.	0,747
v večini primerov upošteval/a njihove vsakdanje dejavnosti zunaj bolnišnice (npr. delo, prostočasne dejavnosti).	0,815
v večini primerov upošteval/a njihove pretekle izkušnje s prebivanjem v bolnišnici.	0,858
v večini primerov upošteval/a vsakodnevne navade pacientov med bivanjem v bolnišnici.	0,845
v večini primerov omogočil/a, da so družine pacientov sodelovale pri njihovi oskrbi, če so to želeli.	0,817
v večini primerov upošteval/a želje pacientov glede njihove oskrbe.	0,796

Faktorje izračunamo kot povprečja pripadajočih trditev. Opisna statistika faktorjev je prikazana v tabeli 12. V povprečju se anketiranci strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe ($M = 3,61$; $SD = 0,893$).

Tabela 12: Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe (opisna statistika faktorjev)

Trditev	n	Min	Max	M	SD
Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	178	1,0	5,0	3,61	0,893

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost.

Lestvica: 1 = sploh se ne strinjam; 2 = se ne strinjam; 3 = niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 = se strinjam; 5 = zelo se strinjam.

3.4.4 Komunikacija s pacienti

Anketirancem smo v nadaljevanju zastavili 5 trditev, ki se nanašajo na njihovo oceno primernosti komunikacije s pacientom v kliničnem okolju. V večini primerov pomeni 9 izmed 10 pacientov. Ugotovimo, da se anketiranci v povprečju strinjajo z vsemi trditvami sklopa, in sicer se v povprečju strinjajo s tem, da v večini primerov pacienta gledajo v oči, ko govori ($M = 4,59$; $SD = 0,548$), da v večini primerov pacienta ogovorijo z nasmehom ($M = 4,41$; $SD = 0,685$), da v večini primerov pacienta obravnavajo prijazno ($M = 4,65$; $SD = 0,523$), da v večini primerov pacientu podajo jasne in natančne informacije ($M = 4,57$; $SD = 0,530$) ter, da v večini primerov preverijo, ali so pacienti razumeli prejete informacije ($M = 4,12$; $SD = 0,910$) (tabela 13).

Tabela 13: Komunikacija s pacienti

Trditev	n	Min	Max	M	SD
V večini primerov pacienta gledam v oči, ko govori.	178	2	5	4,59	0,548
V večini primerov pacienta ogovorim z nasmehom.	178	2	5	4,41	0,685
V večini primerov pacienta obravnavam prijazno.	178	3	5	4,65	0,523
V večini primerov pacientu podam jasne in natančne informacije.	178	3	5	4,57	0,530
V večini primerov preverim, ali so pacienti razumeli prejete informacije.	178	1	5	4,12	0,910

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost.

Lestvica: 1 = sploh se ne strinjam; 2 = se ne strinjam; 3 = niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 = se strinjam; 5 = zelo se strinjam.

S faktorško analizo preverimo, koliko faktorjev opisuje sklop vprašalnika »Komunikacija s pacienti«. KMO - mera je visoka (0,806), Bartlettov test je prestan ($p < 0,001$). Na podlagi lastnih vrednosti se odločimo za zajem enega faktorja, ki opisuje 58,206 % celotne variance (lastna vrednost 2,910 – priloga IV). Prikažemo matriko zarotiranih faktorjskih uteži. Ugotovimo, da trditve v večini primerov pacienta gledam v oči, ko govori, v večini primerov pacienta ogovorim z nasmehom, v večini primerov pacienta obravnavam prijazno, v večini primerov pacientu podam jasne in natančne informacije ter v večini primerov preverim, ali so pacienti razumeli prejete informacije, močno korelirajo s prvim faktorjem, ki ga poimenujemo Faktor 1: Primernost komunikacije s pacienti (tabela 14).

Tabela 14: Matrika komponent za sklop »Komunikacija s pacienti«

Trditev	Faktor
	1
V večini primerov pacienta gledam v oči, ko govori.	0,753
V večini primerov pacienta ogovorim z nasmehom.	0,750
V večini primerov pacienta obravnavam prijazno.	0,878
V večini primerov pacientu podam jasne in natančne informacije.	0,832
V večini primerov preverim, ali so pacienti razumeli prejete informacije.	0,563

Faktorje izračunamo kot povprečja pripadajočih trditev. Opisna statistika faktorja je prikazana v tabeli 15 spodaj. V povprečju se anketiranci močno strinjajo s tem, da je njihova komunikacija s pacienti primerna ($M = 4,46$; $SD = 0,474$) (tabela 15).

Tabela 15: Komunikacija s pacienti (opisna statistika faktorjev)

Trditev	n	Min	Max	M	SD
Primernost komunikacije s pacienti	178	3,0	5,0	4,46	0,474

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost.

Lestvica: 1 = sploh se ne strinjam; 2 = se ne strinjam; 3 = niti se ne strinjam/niti se strinjam; 4 = se strinjam; 5 = zelo se strinjam.

3.4.5 Povezanost pozitivnosti delovnega okolja in uresničevanja pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi

V sklopu hipoteze H1 nas je zanimalo, ali zdravstveni delavci, ki svoje delovno okolje zaznavajo kot bolj pozitivno, poročajo o pogostejšem uresničevanju pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi. Pred analizo za vseh 5 faktorjev preverimo

normalnost porazdelitve odgovorov za vsakega izmed faktorjev posebej, in sicer izvedemo Shapiro-Wilkov test. Iz priloge V je razvidno, da za nobenega izmed 5 faktorjev ne moremo potrditi normalnosti porazdelitve odgovorov ($p < 0,05$).

Za analizo povezanosti izvedemo neparametrični Spearmanov korelacijski test. Ugotovimo, da je faktor pozitivnosti delovnega okolja statistično značilno močno pozitivno povezan s faktorjem »Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe« ($\rho = 0,656$; $p < 0,001$), kar pomeni, da se tisti anketiranci, ki so svoje delovno okolje ocenili, kot bolj pozitivno z vidika zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe (okolje, kjer se pogosto pogovarjamo o tem, kako izvajati v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo, okolje, kjer imamo formalne timske sestanke za razpravo o oskrbi pacientov, okolje, kjer vrstni red delovnih opravil lahko prilagajamo glede na želje pacientov, okolje, kjer je kakovost interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti pomembnejša od izvedbe nalog, itd), tudi bolj strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi (v večini primerov upoštevajo občutke pacientov glede njihovega zdravstvenega stanja, v večini primerov upoštevajo njihove strahove in tesnobe, v večini primerov omogočajo, da so pacienti poskrbeli za svojo oskrbo v okviru svojih zmožnosti, v večini primerov upoštevajo njihove vsakdanje dejavnosti zunaj bolnišnice, itd) (tabela 16). Hipotezo 1 potrdimo.

Tabela 16: Povezanost pozitivnosti delovnega okolja in uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi (Spearmanov korelacijski test)

Faktor	Statistika	Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe
Pozitivno delovno okolje z vidika zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	ρ	0,656
	p	$p < 0,001$
	n	178

Legenda: n = število odgovorov; ρ = Spearmanov korelacijski test; p = statistična značilnost (p-vrednost).

3.4.6 Povezanost zaznave kliničnega okolja in uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi

V sklopu hipoteze H2 nas je zanimalo, ali se zdravstveni delavci, ki bolj pozitivno zaznavajo klinično okolje, bolj strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta

usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi. Za analizo povezanosti izvedemo neparametrični Spearmanov korelacijski test. Ugotovimo, da je faktor pozitivnosti kliničnega okolja z vidika dostopnih celodnevni obiskov, dostopa do zunanjih površin in upoštevanja želja pri načrtu oskrbe pacientov statistično značilno srednje močno pozitivno povezan s faktorjem »Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe« ($\rho = 0,586$; $p < 0,001$), kar pomeni, da se tisti anketiranci, ki so svoje klinično okolje ocenili, kot bolj pozitivno z vidika dostopnih celodnevni obiskov, dostopa do zunanjih površin, upoštevanja želja pri načrtu oskrbe in zadostnega časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, tudi bolj strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi. Prav tako ugotovimo, da je ocena kliničnega okolja z vidika razumljivega jezika pacientom statistično značilno šibko povezana ($\rho = 0,211$; $p = 0,005 < 0,05$) z uresničevanjem pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Povezava je šibka in pozitivna, kar pomeni, da se tisti anketiranci, ki se bolj strinjajo, da je njihovo klinično okolje pozitivno z vidika razumljivega jezika, bolj strinjajo, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe (tabela 17). Hipotezo 2 potrdimo.

Tabela 17: Povezanost pozitivnosti kliničnega okolja in uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi (Spearmanov korelacijski test)

Faktor	Statistika	Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe
Faktor 1: Pozitivno klinično okolje z vidika dostopnih celodnevni obiskov, dostopa do zunanjih površin, upoštevanja želja pri načrtu oskrbe pacientov in zadostnega časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	ρ	0,586
	p	$p < 0,001$
	n	178
Faktor 2: Pozitivno klinično okolje z vidika razumljivega jezika pacientom	ρ	0,211
	p	0,005
	n	178

Legenda: n = število odgovorov; ρ = Spearmanov korelacijski test; p = statistična značilnost (p-vrednost).

3.4.7 Povezanost zaznave delovnega okolja in primernosti komunikacije s pacienti

V sklopu hipoteze H3 nas je zanimalo, ali zdravstveni delavci, ki bolj pozitivno zaznavajo delovno okolje, boljše ocenjujejo svojo primernost komunikacije s pacientom. Za analizo povezanosti izvedemo neparametrični Spearmanov korelacijski test ter uporabimo faktor

»Pozitivno delovno okolje« ter »Primernost komunikacije s pacientom«. Iz tabele 18 je razvidno, da ne ugotovimo statistično značilne povezanosti ($p > 0,05$) med faktorjema pozitivnosti delovnega okolja in primernosti komunikacije s pacienti, kar pomeni, da so anketiranci ne glede na oceno delovnega okolja, komunikacijo ocenili, kot zelo primerno (tabela 18). Hipoteze 3 ne moremo potrditi.

Tabela 18: Povezanost pozitivnosti delovnega okolja in primernosti komunikacije s pacienti (Spearmanov korelacijski test)

Faktor	Statistika	Primernost komunikacije s pacienti
Pozitivno delovno okolje z vidika zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	ρ	0,081
	p	0,280
	n	178

Legenda: n = število odgovorov; ρ = Spearmanov korelacijski test; p = statistična značilnost (p-vrednost).

3.4.8 Povezanost zaznave kliničnega okolja in primernosti komunikacije s pacienti

V sklopu hipoteze H4 nas je zanimalo, ali zdravstveni delavci, ki bolj pozitivno zaznavajo klinično okolje, boljše ocenjujejo svojo primernost komunikacije s pacientom. Za analizo povezanosti izvedemo neparametrični Spearmanov korelacijski test in uporabimo faktorja, ki pripadata sklopoma »Klinično okolje« in »Primernost komunikacije s pacientom«. Iz tabele 19 je razvidno, da ne ugotovimo statistično značilne povezanosti ($p > 0,05$) med faktorjem pozitivnosti kliničnega okolja in faktorjem primernosti komunikacije s pacienti, kar pomeni, da so anketiranci ne glede na oceno kliničnega okolja, komunikacijo ocenili, kot zelo primerno (tabela 19). Hipoteze 4 ne moremo potrditi.

Tabela 19: Povezanost pozitivnosti kliničnega okolja in primernosti komunikacije s pacienti

Faktor	Statistika	Primernost komunikacije s pacienti
Faktor 1: Pozitivno klinično okolje z vidika dostopnih celodnevnih obiskov, dostopa do zunanjih površin in upoštevanja želja pri načrtu oskrbe pacientov	ρ	0,101
	p	0,181
	n	178
Faktor 2: Pozitivno klinično okolje z vidika razumljivega jezika pacientom	ρ	0,132
	p	0,079

Faktor	Statistika	Primernost komunikacije s pacienti
	n	178

Legenda: n = število odgovorov; ρ = Spearmanov korelacijski test; p = statistična značilnost ($p > 0,05$).

3.4.9 Povezanost primernosti komunikacije in uresničevanja pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi

V sklopu hipoteze H5 nas je zanimalo, ali zdravstveni delavci, ki boljše ocenjujejo primernost svoje komunikacije s pacientom, bolj uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi. Za analizo povezanosti izvedemo neparametrični Spearmanov korelacijski test ter uporabimo faktorja »Primernost komunikacije« ter »Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe«.

Iz tabele 20 je razvidno, da je samoocena primernosti komunikacije statistično značilno šibko povezana ($\rho = 0,327$; $p < 0,001$) z uresničevanjem pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Povezava je šibka in pozitivna, kar pomeni, da so tisti anketiranci, ki se bolj strinjajo, da v večini primerov uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, svojo komunikacijo ocenili kot bolj primerno (tabela 20). Hipotezo 5 potrdimo.

Tabela 20: Povezanost pozitivnosti primernosti komunikacije in uresničevanja pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi (Spearmanov korelacijski test)

Faktor	Statistika	Primernost komunikacije s pacienti
Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	ρ	0,327
	p	$p < 0,001$
	n	178

Legenda: n = število odgovorov; ρ = Spearmanov korelacijski test; p = statistična značilnost (p-vrednost).

3.4.10 Zaznava delovnega okolja glede na delovno dobo

V nadaljevanju nas je v sklopu hipoteze H6 zanimalo, ali so zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo v večji meri zaznali svoje delovno okolje kot podporno za izvajanje v

pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe kot zdravstveni delavci s krajšo delovno dobo. Pred analizo združimo anketirance v dve skupini, in sicer s krajšo (do 10 let – $n = 71$; 39,9 %) in daljšo delovno dobo (11 let ali več – $n = 107$; 60,1 %) (tabela 21).

Tabela 21: Delovna doba (združeno)

Spremenljivka	Odgovor	n	%
Delovna doba (združeno)	krajša (do 10 let)	71	39,9
	daljša (11 let ali več)	107	60,1
	Skupaj	178	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Ker ne moremo potrditi normalnosti odgovorov, za preverjanje razlik v zaznavi delovnega okolja glede na delovno dobo uporabimo Mann-Whitneyjev test (neparametrična alternativa t-testa za neodvisne vzorce) (tabela 22). Ugotovimo, da ne moremo potrditi statistično značilnih razlik v mnenjih o delovnem okolju glede na delovno dobo zaposlenih ($p > 0,05$). V povprečju se anketiranci ne glede na delovno dobo, niti strinjajo, niti ne strinjajo s tem, da je delovno okolje pozitivno z vidika zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe (tabela 22). Hipoteze 6 ne moremo potrditi.

Tabela 22: Zaznava delovnega okolja glede na delovno dobo (Mann-Whitneyjev test)

Faktor	Starost (združeno)	n	M	SD	MR	MW	p
Pozitivno delovno okolje z vidika zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	krajša (do 10 let)	71	3,17	0,999	94,11	3471,500	0,330
	daljša (11 let ali več)	107	3,00	1,009	86,44		

Legenda: M = povprečje; SD = standardni odklon; MR = povprečni rangi; MW = Mann-Whitneyjev test; p = statistična značilnost.

3.4.11 Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi glede na delovno dobo zdravstvenih delavcev

V nadaljevanju nas je v sklopu hipoteze H7 zanimalo, ali se zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo bolj strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi, kot zdravstveni delavci s krajšo delovno dobo. Iz tabele 23 je razvidno, da ne moremo potrditi statistično značilnih razlik v strinjanju z uresničevanjem pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe glede na delovno

dobo zaposlenih ($p > 0,05$). V povprečju se anketiranci ne glede na delovno dobo mejno strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe (tabela 23). Hipoteze 7 ne moremo potrditi.

Tabela 23: Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe glede na delovno dobo (Mann-Whitneyjev test)

Faktor	Starost (združeno)	n	M	SD	MR	MW	p
Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	krajša (do 10 let)	71	3,69	0,945	96,81	3279,500	0,122
	daljša (11 let ali več)	107	3,55	0,867	84,65		

Legenda: M = povprečje; SD = standardni odklon; MR = povprečni rangi; MW = Mann-Whitneyjev test; p = statistična značilnost.

3.4.12 Primernost komunikacije s pacienti glede na delovno dobo

Preverimo hipotezo H8: Zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo boljše ocenjujejo svojo primernost komunikacije s pacientom kot zdravstveni delavci s krajšo delovno dobo. V ta namen uporabimo konstrukt primernost komunikacije s pacienti in Mann-Whitneyjev test. Iz tabele 24 je razvidno, da ne moremo potrditi statistično značilnih razlik v strinjanju s primernostjo komunikacije glede na delovno dobo anketirancev ($p > 0,05$). V povprečju se anketiranci ne glede na delovno dobo močno strinjajo s tem, da je njihova komunikacija s pacienti primerna (tabela 24). Hipoteze 8 ne moremo potrditi.

Tabela 24: Primernost komunikacije s pacienti glede na delovno dobo (Mann-Whitneyjev test)

Faktor	Starost (združeno)	n	M	SD	MR	MW	p
Primernost komunikacije s pacienti	krajša (do 10 let)	71	4,46	0,445	87,50	3656,500	0,669
	daljša (11 let ali več)	107	4,47	0,495	90,83		

Legenda: M = povprečje; SD = standardni odklon; MR = povprečni rangi; MW = Mann-Whitneyjev test; p = statistična značilnost.

3.4.13 Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe glede na izobrazbo

V nadaljevanju nas je v sklopu hipoteze H9 zanimalo, ali se zdravstveni delavci z višjo stopnjo izobrazbe bolj strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi, kot zdravstveni delavci z nižjo stopnjo izobrazbe. Pred

analizo združimo anketirance v dve skupini, in sicer z nižjo (srednješolska – $n = 33$; 18,5 %) in višjo stopnjo izobrazbe (višješolska ali več – $n = 145$; 81,5 %) (tabela 25).

Tabela 25: Izobrazba (združeno)

Spremenljivka	Odgovor	n	%
Izobrazba (združeno)	Nižja (srednješolska)	33	18,5
	Višja (višješolska ali več)	145	81,5
	Skupaj	178	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Iz tabele 26 je razvidno, da ne moremo potrditi statistično značilnih razlik v mnenjih o uresničevanju pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe glede na izobrazbo zaposlenih ($p > 0,05$). V povprečju se anketiranci ne glede na izobrazbo mejno strinjajo s tem, da je uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe (tabela 26). Hipoteze 9 ne moremo potrditi.

Tabela 26: Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe glede na izobrazbo (Mann-Whitneyjev test)

Faktor	Izobrazba (združeno)	n	M	SD	MR	MW	p
Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	Nižja (srednješolska)	33	3,50	1,001	84,35	2222,500	0,524
	Višja (višješolska ali več)	145	3,63	0,877	90,67		

Legenda: M = povprečje; SD = standardni odklon; MR = povprečni rangi; MW = Mann-Whitneyjev test; p = statistična značilnost.

3.4.14 Rezultati kvalitativne raziskave

Tabela 27 vsebuje pregled kategorij in kod. Skupaj je zajetih 51 kod, razvrščenih v 6 glavnih kategorij: razumevanje pojma v pacienta usmerjena zdravstvena oskrba, zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, delovno okolje usmerjeno v pacienta, klinično okolje usmerjeno v pacienta, pristopi usmerjeni v pacienta in komunikacija usmerjena v pacienta.

Tabela 27: Pregled kategorij in kod kvalitativne raziskave

Kategorija (n = 6)	Kode (n = 51)
Razumevanje pojma v pacienta usmerjena zdravstvena oskrba	pacient kot središče obravnave - celostna obravnava - psihofizične, čustvene in socialne potrebe - individualizirana obravnava - posegi v dobro pacienta - medsebojno spoštovanje - partnerski odnos - odločanje glede na pacientova stališča - vključevanje družine
Zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	preverjanje počutja pacienta - upoštevanje zdravstvene pismenosti - zmožnosti pacientovega razumevanja - upoštevanje želja - spoznavanje pacientovih strahov - anamneza - pravica do soodločanja glede oskrbe - vključevanje socialne službe
Delovno okolje usmerjeno v pacienta	dobri medosebni odnosi - spoštovanje drug drugega - timsko delo - sestanki - edukacije - dobra komunikacija - upoštevanje protokolov - podhranjen kader - preobremenjeno osebje - pomanjkanje časa
Klinično okolje usmerjeno v pacienta	varno okolje - zagotavljanje zasebnosti - pacient se počuti spoštovanega - večje pacientove sobe - prodaja časopisov po oddelkih - okrnjeni dnevni prostori - prilagoditi čas obiskov - dostop do zunanjih teras - možnost sprehodov - avtomat z osebni pripomočki
Pristopi usmerjeni v pacienta	upoštevanje pacientovega počutja - upoštevanje življenjskega sloga pacienta - upoštevati želje in navade pacienta - prepoznavanje strahov in stisk pacientov - vključevanje družine - vzdrževanje dobre komunikacije s pacientom in njegovo družino - organizirati družinske sestanke
Komunikacija usmerjena v pacienta	refleksija - podajanje informacij na razumljiv način - razložiti postopke - občutek slišnosti - komunicirati na pravilen način s problematičnimi pacienti - izobraževanja - več časa za pogovor

V nadaljevanju so predstavljene zgornje kategorije. Izjave udeležencev so označene z oznakami MS, ZDR in OSTALI, poleg je navedena še zaporedna številka udeleženca.

Razumevanje pojma v pacienta usmerjena zdravstvena oskrba

Udeleženci raziskave pojem v pacienta usmerjena zdravstvena oskrba razumejo kot oskrbo, kjer je pacient v središču obravnave in je obravnavan kot celota. To pomeni, da se upoštevajo njegove psihofizične, čustvene in socialne potrebe. Udeleženci ugotavljajo, da je ključna individualizacija obravnave, pri kateri je pomembno, da je zdravstvena oskrba v dobro pacienta, odločitve pa se sprejema glede na pacientova stališča. Pri v pacienta usmerjeni zdravstveni oskrbi kot pomembna navajajo še spoštovanje med pacientom in zdravstvenim delavcem ter tudi pacientovo družino, ki jo je treba na željo pacienta vključiti v obravnavo.

MS1: »Ko slišim pojem v pacienta usmerjena oskrba si predstavljam, da je pacient postavljen v središče obravnave, kar pomeni, da se upoštevajo njegove psihofizične potrebe.«

ZDR3: »To, da je pacient na prvem mestu, da je individualizirana obravnava in jo prilagajamo njegovim željam, okolju, socialnem stanju.«

MS2: »To, da je pacient v bistvu na prvem mestu, da so vsi posegi, vsi protokoli, usmerjeni v dobro pacienta.«

OSTALII: »V pacienta usmerjena oskrba zame pomeni, da je pacient v središču obravnave kot oseba, ne le kot diagnoza, da ga sprejmemo kot celoto s svojimi navadami, življenjsko zgodbo. Da vidimo tudi njegove psihološke, čustvene in socialne potrebe.«

ZDR1: »To je nekaj, kar bi moralo vključevati tudi vidik pacienta, mu dati več možnosti, da se odloči glede na svoja stališča. Absolutno tudi vključiti družino z družinskimi razgovori.«

MS3: To zame pomeni celostno obravnavo pacienta, upoštevamo njegove potrebe, vrednote, navade, kaj od nas pričakuje. Aktivno vključevanje pacienta, sodelovanje pri zdravljenju, ne samo njega, tudi njihovih svojcev. Ta partnerski odnos, ki je mogoče malo pozabljen, skupni cilji, medsebojno spoštovanje, pa da se pacienta gleda individualno, ne v sklopu okvira bolezni.«

Kode: pacient kot središče obravnave, celostna obravnava, upoštevanje psihofizičnih, čustvenih in socialnih potreb, individualizirana obravnava, oskrba v dobro pacientu, medsebojno spoštovanje, partnerski odnos, odločanje glede na pacientova stališča, vključevanje družine.

Zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe

Intervjuvanci navajajo, da v praksi zagotavljajo v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo s tem, da preverjajo počutje pacienta in upoštevajo zdravstveno pismenost pacienta. Pomembno je, da se obravnava prilagodi njegovim zmožnostim razumevanja. Kot pomembno navajajo upoštevanje pacientovih želja in spoznavanje njegovih strahov. Ključna je ustrezna anamneza, prek katere spoznajo pacientove zmožnosti in ga lahko vključijo v odločanje glede oskrbe. Nekateri udeleženci pri zagotavljanju v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe navajajo tudi vključevanje drugih podpornih služb, kot je na primer socialna služba.

ZDR1: Se pravi, kar se mene tiče, je pacient partner, ima pravico do soodločanja glede oskrbe. Potrebno je vključiti svojce, razmišljati širše, vključiti tudi socialno službo, vključiti tudi psihologa, če je treba, in tako naprej.

OSTALII: Se pravi najprej preverjam, kako se pacient počuti, kakšne ima težave, koliko zmore tisti dan, ali se je stanje kaj spremenilo od prejšnjega dneva.

MS3: Jaz s pacientom upoštevam njihovo zdravstveno pismenost, malo prej pogledam, koliko oni vejo o sami bolezni, kako obvladajo svojo bolezen, kako sploh razumejo izraze. Grem na njihov nivo, ali to pač višji ali nižji, ampak tako želim, da poenostavim stvari, da razumejo. Spodbujam tudi pacienta in svojce, da sodelujejo.

MS4: Ja, upoštevamo njegove želje glede na njegovo versko usmerjenost, recimo. Imamo tudi pri nas v kliniki kapelo, jih usmerimo tja. Take stvari mu gremo kar zelo nasproti.

MS1: Sama obravnava začne potekati že takoj ob ambulantnem sprejemu pacienta na operacijo, kjer poteka zbiranje celovite anamneze. Ob tem ne spoznamo le njegovih telesnih-fizičnih značilnosti, ampak tudi psihične in socialne potrebe. Ob pogovoru spoznavamo pacientove posebnosti, kot so kulturno ozadje, zmožnosti pacientovega razumevanja hospitalizacije, želje pri prehrani, njegove strahove in skrbi.

Kode: preverjanje počutja pacienta, upoštevanje zdravstvene pismenosti, zmožnosti pacientovega razumevanja, upoštevanje želja, spoznavanje pacientovih strahov, anamneza, pravica do soodločanja glede oskrbe, vključevanje socialne službe.

Delovno okolje usmerjeno v pacienta

Delovno okolje usmerjeno v pacienta udeleženci raziskave zaznavajo kot okolje, kjer vladajo dobri medosebni odnosi, med zaposlenimi vlada spoštovanje, v praksi se izvaja timsko delo, na določeni časovni bazi potekajo tudi sestanki. Kot pomembne navajajo tudi edukacije. Med zaposlenimi je prisotna dobra komunikacija, zaposleni pa upoštevajo predpisane protokole v ustanovi. Kot negativne stvari pri delovnem okolju zaznavajo podhranjenost kadra, preobremenjenost in pomanjkanje časa.

ZDR2: Da se med sabo pogovorimo, kaj si kdo misli, kaj bi še lahko popravili, naredili, da bi bilo boljše. Da imamo sestanke na to temo, predavanja, kakšne edukacije.

MS1: Zavedati se moramo, da tu ne gre za posameznike, vendar timsko delo na vseh področjih obravnave pacienta. Zelo pomembno je, da so med zaposlenimi dobri medosebni odnosi, spoštovanje drug drugega ter dobra komunikacija. Seveda je tak odnos težko zgraditi, če je osebje preobremenjeno. Kader je še vedno močno podhranjen, zato nam velikokrat zmanjka časa za pogovor in izobraževanje pacienta.

ZDR3: Zdi se mi, da je največji problem pomanjkanje časa. Velikokrat smo časovno omejeni, recimo tudi v ambulantni. Jaz pač vidim, da včasih na račun tega, da jim vse razložim, pač podaljšujem ali pa recimo naslednji čaka.

MS2: Pod delovno okolje spada upoštevanje protokolov in vse to. Definitivno pride v poštev kakšna delavnica za zaposlene, da se pogovarjamo o teh stvareh, da se jih malo usmeri v to, kaj pomeni sploh ta pojem.

Kode: dobri medosebni odnosi, spoštovanje drug drugega, timsko delo, sestanki, edukacije, dobra komunikacija, upoštevanje protokolov, podhranjen kader, preobremenjeno osebje, pomanjkanje časa.

Klinično okolje usmerjeno v pacienta

Klinično okolje usmerjeno v pacienta udeleženci raziskave zaznavajo kot okolje, ki je varno za pacienta, kjer je poskrbljeno za njegovo zasebnost in kjer se pacient počuti spoštovanega. Udeleženci raziskave so izpostavili, da bi bile potrebne večje pacientove sobe, po oddelkih pa bi lahko prodajali časopis. Prav tako bi bilo treba primerno urediti dnevne prostore za paciente in njihove svojce. Zaznavajo, da pacienti imajo možnost obiskov družine in svojcev, vendar bi lahko prilagodili čas obiskov glede na potrebe pacienta. Izpostavili so tudi, da pacienti nimajo najboljših možnosti dostopa do zunanjih teras, možnosti sprehodov, kot pozitivno pridobitev pa vidijo namestitve avtomatov z osebnimi pripomočki.

OSTALII: To se mi pa zdi, da je prostor, kjer se pacient počuti varnega, spoštovanega, ter da je vključen v proces zdravljenja. Za moje delo bi bilo lahko bolj udobno za pacienta, v kolikor bi bile pacientove sobe večje.

ZDR3: To mislim, da je zdaj pri nas ta avtomat za osebne pripomočke, se mi zdi super. Ker to je mogoče neka taka stvar, če ne pričakuješ, pa te potem zadržijo v bolnici, da nisi vezan na to, da nekaj svojci vozijo.

ZDR3: Glede obiskov je pa tako, na eni strani je super, da se pacientom zagotovi prisotnost nekih bližjih oseb, ker verjetno marsikomu to tudi olajša bivanje v bolnici. Na drugi strani je pa treba tudi tukaj v prvi vrsti razmišljati o pacientu, ali je njemu ok, da ima toliko časa obiske, torej prilagoditi čas obiskov pacientu.

MS3: To je pa varno okolje, urejeno okolje, zagotavljanje intimnosti, zasebnosti. Dnevni prostori so zelo okrnjeni. Premalo je knjig, časopisov. Včasih so hodili iz trafike prodati časopis po oddelkih. Ni več frizerja, ni več pedikerke.

MS1: Pacienti, ki imajo dolge hospitalizacije, velikokrat navajajo željo po svežem zraku, zato bi bilo potrebno zagotoviti dostope do zunanjih teras in možnosti sprehodov v okolici bolnišnice.

Kode: varno okolje, zagotavljanje zasebnosti, pacient se počuti spoštovanega, večje pacientove sobe, prodaja časopisov po oddelkih, okrnjeni dnevni prostori, prilagoditi čas obiskov, dostop do zunanjih teras, možnost sprehodov, avtomat z osebnimi pripomočki.

Pristopi usmerjeni v pacienta

Kot učinkovite pristope usmerjene v pacienta, udeleženci prepoznajo upoštevanje pacientovega počutja, njegovega življenjskega sloga, želja in navad ter prepoznavanje stisk in strahov pacienta. Da zdravstvena oskrba poteka kar najbolj tekoče, je bistvenega pomena vključitev pacientove družine. Z njo je treba vzdrževati dobro komunikacijo, kar pa se da zagotoviti tudi z družinskimi sestanki.

OSTALII: Pod ta pojem se mi zdi, da spada upoštevanje pacientovega počutja, da poleg zdravstvenega stanja upoštevamo še njegov življenjski slog, podporo družine, da bi mogoče v primeru nesodelovanja, da bi bilo zelo smiselno vključiti še družino, mogoče tudi kakšno željo in navado, pitje kave, da mu omogočimo piti kavo tako kot doma.

MS3: Zdi se mi, da premalo prepoznamo pri pacientu, kako on doživlja samo bolezen, strah, stisko, kako kaže stisko. Če on kaže na nek neprijeten način, da je siten, ga imamo že, da je malo agresiven, čuden.

ZDR2: To je pač vzdrževanje dobre komunikacije s pacientom in z njegovo družino.

ZDR1: Mislim, da bi lahko večkrat probali organizirati te družinske sestanke za družino, s socialno službo in tako naprej. Včasih smo, pa se mi zdi, da se kar to splača, da tudi svojci vidijo, kako je, pa kaj lahko pričakujejo doma s takim bolnikom.

Kode: upoštevanje pacientovega počutja, upoštevanje življenjskega sloga pacienta, upoštevati želje in navade pacienta, prepoznavanje strahov in stisk pacientov, vključevanje družine, vzdrževanje dobre komunikacije s pacientom in njegovo družino, organizirati družinske sestanke.

Komunikacija usmerjena v pacienta

Komunikacijo usmerjeno v pacienta si udeleženci raziskave razlagajo kot pojem, kjer so ključni refleksija, podajanje informacij na razumljiv način, razlaganje postopkov in pacientu dati občutek slišnosti. Sem spada tudi pravilna komunikacija s problematičnimi pacienti, za katere pa pravijo, da niso dovolj usposobljeni in bi bila potrebna dodatna izobraževanja. Večina intervjuvancev navaja tudi pomanjkanje časa za pogovor s pacienti.

OSTALI2: Da se več pogovarjaš z njim, ne samo to, kar je treba. Ampak da se še malo pogovarjaš z njim, da mu razložiš postopke, da ti ni problem večkrat isto povedati.

ZDR3: Res se trudimo pacientom razlagati, tudi prilagoditi način razlage, razumevanje posameznega pacienta. Seveda smo pa tudi mi ljudje in je včasih težko. Pri kakšnih problematičnih pacientih, agresivnih, komunicirati na pravilen način. Mogoče bi prvo, da bi imeli več izobraževanj, sploh na temo komunikacije.

MS4: V komunikaciji se vedno da stvari izboljšati, je pa tukaj velika stiska s časom in si ne moremo vzeti dovolj časa, da bi pacientu celostno prisluhnili, pač hitro naredimo tisto svoje in gremo naprej, bi bilo pa prav, da bi se vzeli več časa za pogovor.

MS3: Tako da, komunikacija je usmerjena, v jasen, spoštljiv odnos, empatija, veliko mora biti refleksije. Komunikacijo moramo prilagoditi pacientu in njegovim možnostim.

OSTALI1: Se pravi, da smo prijazni in spoštljivi, da mu se pravi v našem primeru jasno, umirjeno, razločno in razumljivo povemo, kaj želimo od njega, in da če gre pri nas v naših

primerih za starostnika, res prilagodimo jakost zaradi naglušnosti. Pomembno je, da se ga posluša, da tudi on začuti to, da je slišan.

Kode: refleksija, podajanje informacij na razumljiv način, razložiti postopke, občutek slišnosti, komunicirati na pravilen način s problematičnimi pacienti, izobraževanja, več časa za pogovor.

3.5 RAZPRAVA

Namen magistrskega dela je bil raziskati stališča zdravstvenih delavcev glede zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v terciarni ustanovi. Osredotočili smo se na oceno primernosti delovnega okolja s strani zdravstvenih delavcev in na njihova stališča glede primernosti kliničnega okolja za paciente, ter raziskali uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi in primernost komunikacije zdravstvenih delavcev s pacienti.

V sklopu hipotez 1 in 2 smo ugotavljali povezanost pozitivnosti tako delovnega kot kliničnega okolja in uresničevanja pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi. Analiza rezultatov je pokazala, da se tisti zdravstveni delavci, ki so svoje delovno in klinično okolje ocenili kot bolj pozitivno z vidika zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, tudi bolj strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi. Psihološka varnost zaposlenih namreč omogoča več odprte komunikacije s pacienti, manj stresa v delovnem okolju pa pomeni večjo sposobnost zdravstvenih delavcev, da v odločitve glede zdravstvene oskrbe vključijo pacientove vrednote. Carthon, et al. (2021) v raziskavi ugotavljajo, da delovna okolja z močno organizacijsko podporo in sodelovanjem interdisciplinarnih zdravstvenih timov omogočajo boljše upoštevanje pacientovih želja in stališč pri odločitvah. Prav tako ugotavljajo, da pomanjkanje časa ali podpore v delovnem okolju zmanjšuje sposobnost zdravstvenih delavcev, da v svoje delo in odločitve vključijo pacientova stališča in vrednote. Raziskava Janerka, et al. (2023) je pokazala, da implementiranje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v prakso izboljša kakovost in učinkovitost zdravstvene oskrbe ter nadgradi pacientovo izkušnjo v bolnišnici. Park, et al. (2018)

navajajo, da so učinkoviti komunikacijski in izobraževalni pristopi, pristopi, ki v zdravstveno oskrbo vključijo pacientovo družino, ter organizacijski in sistemski pristopi ključni za večje zadovoljstvo zdravstvenih delavcev v delovnem okolju ter uspešno zmanjšujejo izgorevanje pri delu. O pomembnosti delovnega okolja na dobro počutje zdravstvenih delavcev govori tudi raziskava Chiminelli-Tomas, et al. (2025), ki ugotavlja, da je boljše delovno okolje povezano z nižjimi simptomi izgorelosti, boljšim timskim sodelovanjem, večjo storilnostjo in zadovoljstvom pri delu. Vsi ti dejavniki, ki pozitivno vplivajo na počutje zdravstvenih delavcev, pripomorejo k boljšim rezultatom zdravljenja pacientov, njihove varnosti in splošnega počutja (Pryor, et al., 2025).

V sklopu hipotez 3 in 4 smo raziskovali povezanost zaznavanja tako delovnega kot kliničnega okolja s strani zdravstvenih delavcev ter primernosti njihove komunikacije s pacientom. Z analizo rezultatov ne ugotovimo statistično značilne povezanosti, kar pomeni, da so anketiranci ne glede na oceno tako delovnega kot kliničnega okolja komunikacijo ocenili kot zelo primerno. Raziskava Carthon, et al. (2021) ugotavlja, da v delovnih okoljih, kjer so prisotni dobri odnosi ter učinkovita komunikacija med zdravstvenimi delavci in vodstvom, zdravstveni delavci delujejo bolj avtonomno in izvajajo zdravstveno oskrbo tako, da vključujejo tako pacienta kot njegovo družino. Podobno ugotavljajo tudi Baek, et al. (2023), ki navajajo, da timsko delo in odnosi v timu vplivajo na komunikacijske procese, ki so ključni pri v pacienta usmerjeni zdravstveni oskrbi. Abekah-Nkrumah in Nkrumah (2021) analizirata vpliv delovnega okolja in komunikacije na vedenje, usmerjeno v pacienta. Ugotavljata, da delovno okolje, ki vključuje podporo sodelavcev in ustrezni delovni pogoji pomembno vplivajo na v pacienta usmerjeno vedenje. Tu je ključna tudi ustrezna komunikacija, ki mora biti spoštljiva in odprta tudi za mnenja drugih sodelavcev. Kwame in Petrucka (2021) v raziskavi ugotavljata, da sta delovno in klinično okolje ter komunikacija med pacientom in zdravstvenimi delavci medsebojno povezana. Pomanjkanje zdravstvenih delavcev, visoka delovna obremenitev in pomanjkanje časa za interakcijo s pacientom ključno vplivajo na kakovost komunikacije. Zaviranje komunikacije na delovni ravni pa pomeni, da pacientova oskrba ne izpolnjuje ključnih kriterijev za v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo.

V sklopu hipoteze 5 smo raziskali, ali zdravstveni delavci, ki boljše ocenjujejo primernost svoje komunikacije s pacientom, bolj uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi. Povezava je bila šibka in pozitivna, kar pomeni, da so tisti anketiranci, ki se bolj strinjajo, da v večini primerov uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, svojo komunikacijo ocenili kot bolj primerno. Samoocena komunikacije je subjektivna in nagnjena k socialno zaželenim odgovorom, kar lahko pomeni, da so zdravstveni delavci svojo komunikacijo ocenili kot ustrezno, čeprav ta morda ni vključevala vseh elementov v pacienta usmerjene oskrbe. Dobra komunikacija je nujna, a ne zadostna za celostno izvajanje v pacienta usmerjenih pristopov. Poleg komunikacije so potrebni še ustrezni organizacijski pogoji, podpora vodstva in dovolj zagotovljenega časa. V raziskavi Janerka, et al. (2023) prav tako ugotavljajo povezanost komunikacije in pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Pristopi v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, ki se jih implementira v prakso, vključujejo učinkovito komunikacijo, zagotavljanje zadostnih informacij pacientu in vključenost pacienta v odločanje. Ugotovili so, da so ti pristopi pozitivno vplivali na zdravstveno oskrbo. Tudi Park, et al. (2018) ugotavljajo, da so pristopi, ki vključujejo komunikacijo s pacienti in njihovo družino, povezani z izboljšavami pri znanju pacientov, upravljanju samooskrbe, zadovoljstvu z oskrbo in zmanjšanju ponovnih sprejemov v bolnišnico. Pri družinskih članih izobraževalni in komunikacijski pristopi ter pristopi za podporo samooskrbi zmanjšujejo stres in povečujejo zadovoljstvo s procesom zdravstvene oskrbe. Mielke, et al. (2024) navajajo, da največ težav predstavlja komunikacija z zahtevnimi ali agresivnimi pacienti in svojci, poseben izziv predstavlja tudi komunikacija o težkih temah, kot so smrt, resne diagnoze in skrbi pacientov.

V sklopu hipotez 6, 7 in 8 smo preverjali, kako svoje delovno okolje, uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe in primernost komunikacije, ocenjujejo zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo in kako tisti s krajšo delovno dobo. Ugotovili smo, da se v povprečju anketiranci ne glede na delovno dobo, niti strinjajo, niti ne strinjajo s tem, da je delovno okolje pozitivno z vidika zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, mejno strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, in močno strinjajo s tem, da je njihova komunikacija s pacienti primerna. Mlajše generacije zdravstvenih delavcev s krajšo delovno dobo so

pogosto bolj izpostavljeni sodobnim pristopom, a jim primanjkuje izkušenj, medtem ko imajo starejši zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo več praktičnega znanja, a delujejo v okoljih, kjer sistemske omejitve zavirajo njihovo prakso (Patten, 2025). Kim in Kim (2023) v raziskavi ugotavljata, da je daljša delovna doba zdravstvenih delavcev povezana z boljšim in pogostejšim izvajanjem pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Poudarjata tudi, da se z daljšo delovno dobo izboljša komunikacija zdravstvenih delavcev s pacienti, prav tako daljša delovna doba pozitivno vpliva na zagotavljanje primernega kliničnega okolja za pacienta. Raziskava Mielke, et al. (2024) izpostavlja močan vpliv delovnih izkušenj na zaznavanje komunikacije s pacienti. Poudarjajo tudi pomen izobraževanj s področja komunikacije, saj s tem pridobijo dodatne izkušnje s področja komunikacije, usmerjene v pacienta. Izpostavljajo še, da delovne izkušnje niso le pridobljene veščine, ampak so tudi pogoj za empatično in učinkovito izvajanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene nege. Tako zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo in posledično več delovnimi izkušnjami lažje in učinkoviteje izvajajo v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo. V raziskavi Stephens, et al. (2021) poudarjajo pomemben vpliv koordinacije in medsebojnega sodelovanja med člani zdravstvenega tima ter v pacienta usmerjene komunikacije. Zdravstveni delavci z več izkušnjami bolje razumejo pristope druge poklicne skupine, lažje izkazujejo spoštovanje do druge poklicne skupine in z njimi tudi bolje komunicirajo. Takšno delovno okolje je prijazno in podpirajoče, kar pozitivno vpliva na izvajanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe.

V sklopu hipoteze 9 nas je zanimalo, ali se zdravstveni delavci z višjo stopnjo izobrazbe bolj strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi, kot zdravstveni delavci z nižjo stopnjo izobrazbe. V povprečju se anketiranci ne glede na izobrazbo mejno strinjajo s tem, da uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Višja izobrazba torej sama po sebi ne zagotavlja prenosa znanja v prakso, če delovno okolje tega ne podpira. Sklepamo lahko, da zdravstveni delavci z višjo stopnjo izobrazbe niso nujno imeli razvitih boljših komunikacijskih in empatičnih kompetenc, ki pa so potrebne za uspešno izvajanje pristopov, usmerjenih v pacienta. Te se pogosto razvijajo skozi čas, izkušnje in dodatna usposabljanja. Yang (2022) v svoji raziskavi ugotavlja, da so zdravstveni delavci z višjimi kompetencami zdravstvene pismenosti uspešneje zagotavljali zdravstveno oskrbo, osredotočeno na pacienta.

Zdravstveni delavci z univerzitetno izobrazbo ali magisterijem so imeli višjo oceno izvajanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Do podobnih ugotovitev sta prišli tudi Kim in Cha (2021), ki ugotavljata, da višja stopnja izobrazbe pomembno pozitivno vpliva na boljše izvajanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. O'Sullivan, et al. (2021) poudarjajo, da samo izobraževanje v pacienta usmerjeni zdravstveni oskrbi znatno vpliva na višjo raven izvajanja pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe.

V kvalitativnem delu raziskave smo analizirali, kaj zdravstvenim delavcem v praksi predstavlja v pacienta usmerjena zdravstvena oskrba in kako jo zagotavljajo. Želeli smo izvedeti še, kako primerna se zdravstvenim delavcem zdita delovno in klinično okolje za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, na kakšen način oni uresničujejo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe ter kakšno komunikacijo uporabljajo pri zagotavljanju v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Udeleženci raziskave si pojem v pacienta usmerjena zdravstvena oskrba predstavljajo kot oskrbo, kjer je pacient v središču obravnave, upoštevajo pa se njegove psihofizične, čustvene in socialne potrebe. Zdravstveni delavci ugotavljajo, da je ključna individualizacija obravnave, pri kateri je pomembno, da je zdravstvena oskrba usmerjena v dobro pacienta, odločitve pa se sprejema glede na pacientova stališča. Navajajo še, da se jim zdi pomembno spoštovanje med pacientom in zdravstvenim delavcem ter tudi pacientovo družino, ki jo je treba na željo pacienta vključiti v obravnavo. Pri zagotavljanju v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe je ključna ustrezna anamneza, prek katere spoznajo pacientove zmožnosti in ga lahko vključijo v odločanje glede oskrbe. Menijo, da je pomembno obravnavo prilagoditi pacientovim zmožnostim razumevanja, upoštevati zdravstveno pismenost pacienta in njegove želje ter prepoznati njegove strahove in splošno počutje. Da pa lahko zdravstveni delavci ugodijo vsem potrebam pacienta, je potrebno, da imajo zagotovljeno podporno delovno okolje, kjer vladajo dobri medosebni odnosi in spoštovanje, v praksi se izvaja timsko delo, na določeni časovni bazi potekajo sestanki, izvajajo se edukacije. Med zaposlenimi mora biti prisotna dobra komunikacija, zaposleni pa upoštevajo predpisane protokole v ustanovi. Kot negativne stvari pri delovnem okolju udeleženci raziskave zaznavajo podhranjenost kadra, preobremenjenost in pomanjkanje časa. Poleg delovnega okolja je za paciente pomembno klinično okolje, ki predstavlja varen prostor, kjer je poskrbljeno za zasebnost in kjer se pacient počuti spoštovanega.

Udeleženci raziskave so izpostavili, da bi bile potrebne večje sobe za pacienta, po oddelkih pa bi lahko prodajali časopis. Prav tako bi bilo treba primerno urediti dnevne prostore za paciente in njihove svojce. Zaznavajo, da pacienti imajo možnost obiskov družine in svojcev, vendar bi lahko prilagodili čas obiskov glede na potrebe pacienta. Izpostavili so tudi, da pacienti nimajo najboljših možnosti dostopa do zunanjih teras, možnosti sprehodov, kot pozitivno pridobitev pa vidijo namestitve avtomatov z osebnimi pripomočki. Kot učinkovite pristope, usmerjene v pacienta, udeleženci prepoznavajo upoštevanje pacientovega počutja, njegovega življenjskega sloga, želja in navad ter prepoznavanje stisk in strahov pacienta. Da zdravstvena oskrba poteka kar najbolj tekoče, je bistvenega pomena vključitev pacientove družine. Z njo je treba vzdrževati dobro komunikacijo, kar pa se da zagotoviti tudi z družinskimi sestanki. Komunikacijo usmerjeno v pacienta si udeleženci raziskave razlagajo kot pojem, kjer so ključni refleksija, podajanje informacij na razumljiv način, razlaganje postopkov in pacientu dati občutek slišanosti. Sem spada tudi pravilna komunikacija s problematičnimi pacienti, za katere pa pravijo, da niso dovolj usposobljeni in bi bila potrebna dodatna izobraževanja. Večina intervjuvancev navaja tudi pomanjkanje časa za pogovor s pacienti. V raziskavi Adugbire, et al. (2025) zdravstveni delavci opredelijo v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo kot proces, kjer gre za celostno vključevanje pacienta in njegove družine v načrtovanje in izvajanje oskrbe. Družina tako ni zgolj opazovalec, ampak je aktivno vključena v podporo pri pacientovem okrevanju, kar omogoča tudi boljšo informiranost glede nadaljnje oskrbe. Tudi Correia, et al. (2025) v svoji raziskavi ugotovijo, da je vključitev družine pri neposrednih aktivnostih in interakcijah s pacientom pozitivna pridobitev za boljši izid zdravljenja. Zdravstveni delavci morajo družinskim članom podati jasna pravila glede obiskov, ure obiskov se lahko razširijo in prilagodijo potrebam pacienta. Obenem je treba zagotoviti ustrezne prostore za druženje za obiskovalce zunaj bolniških sob, kjer naj se nahaja informacijsko in učno gradivo za družine. V raziskavi Vareta, et al. (2023) ugotavljajo, da zdravstveni delavci pozitivno zaznavajo pristope v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Kot ključne komunikacijske pristope za uspešno izvajanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe navajajo empatijo, sposobnost poslušanja in spoštovanje pacienta, pomembna pa je tudi medosebna komunikacija s sodelavci. Na drugi strani navajajo, da organizacijska kultura in vodstvo ne nudita vedno zadostne podpore (kadrovski normativi, časovni pogoji), kar se negativno izraža pri

izvajanju v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. V sklopu delovnega okolja poudarjajo pomen timskega dela, kjer znotraj večdisciplinarnih timov prihaja do skupnega razvoja kompetenc in usklajevanja različnih pogledov. Kim, et al. (2024) v raziskavi poudarjajo sistemske izzive, s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci v svojem delovnem okolju. Navajajo preobremenjenost, kompleksnost administracije, zaradi česar jim posledično primanjkuje časa za komunikacijo s pacienti, omejitve virov in prostorske omejitve. Klinično okolje je prevečkrat hrupno, prostori so neustrezno razporejeni, večposteljne sobe pa ne zagotavljajo ustrezne zasebnosti, tako za izvajanje različnih postopkov in posegov kot za ustrezno komunikacijo. Zdravstveni delavci si želijo več usposabljanj s področja komunikacijskih veščin, saj se zavedajo, da je kakovostna komunikacija eden ključnih dejavnikov pacientove izkušnje. Vendar pa tudi dobro usposobljen posameznik ne more zagotoviti kakovostne komunikacije, če organizacija ne omogoča dovolj časa za pogovor, ustrezne zasebnosti in kontinuitete obravnave. Yang (2022) v svoji raziskavi ugotavlja, da kompetence zdravstvene pismenosti predstavljajo temeljno spretnost, ki vpliva na izvajanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Če zdravstveni delavci ne zaznavajo pacientovega razumevanja informacij ali pogovora ne prilagodijo pacientovi ravni razumevanja, potem je komunikacija lahko manj učinkovita, zdravstvena oskrba pa manj individualizirana. Ugotavlja tudi, da se zdravstveno osebje premalo osredotoča na osebne življenjske izkušnje pacientov ter njihove socialne in osebne navade iz vsakdanjega življenja.

Priporočila za klinično prakso

Rezultati raziskave omogočajo celovit vpogled v stopnjo izvajanja v pacienta usmerjenih pristopov v zdravstveni oskrbi, v zaznavanje delovnega in kliničnega okolja ter v ustreznost komunikacije med zdravstvenimi delavci in pacienti. Predstavljajo izhodišče za uvajanje izboljšav na klinični, organizacijski in izobraževalni ravni.

V klinični praksi se rezultati lahko odražajo predvsem v doslednejšem uveljavljanju v pacienta usmerjene komunikacije. To pomeni, da zdravstveni delavci pacientu namenijo dovolj časa za aktivno poslušanje, ga vključujejo v proces odločanja in preverjajo njegovo razumevanje podanih informacij. Pomembno je tudi sistematično vključevanje pacienta

in njegove družine v načrtovanje zdravstvene obravnave ter krepitev večdisciplinarnega sodelovanja, pri katerem je pacient obravnavan celostno. Takšen pristop prispeva k boljši usklajenosti zdravstvene oskrbe, večji varnosti in večjemu zadovoljstvu vseh vključenih.

Na organizacijski ravni rezultati raziskave poudarjajo pomen sistemske podpore v pacienta usmerjeni zdravstveni oskrbi. To vključuje oblikovanje jasnih protokolov in standardov, zagotavljanje ustreznih kadrovskih pogojev ter redno spremljanje kakovosti komunikacije in zadovoljstva pacientov. Ključno vlogo pri tem ima vodstvo zdravstvenih ustanov, ki s spodbujanjem odprte in spoštljive komunikacije ter organizacijo strokovnih izobraževanj ustvarja podporno delovno okolje. Le v takšnih pogojih je mogoče zagotoviti kakovostno, varno in etično utemeljeno zdravstveno oskrbo.

Rezultati raziskave imajo pomembne implikacije tudi za izobraževalno prakso. Nakazujejo potrebo po sistematičnem in kontinuiranem usposabljanju zdravstvenih delavcev na področju komunikacijskih veščin ter v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Vključevanje teh vsebin v formalne študijske programe, dopolnjeno z delavnicami in simulacijskimi metodami učenja, lahko pomembno prispeva k dolgoročni krepitvi strokovnih in komunikacijskih kompetenc. Takšen pristop ne vpliva le na kakovost obravnave pacientov, temveč tudi na večjo strokovno samozavest zdravstvenih delavcev pri vsakodnevem delu.

Omejitve raziskave

V raziskavo so bili vključeni zgolj zdravstveni delavci ene terciarne ustanove. Zaradi tega ugotovitev ni mogoče neposredno posploševati na celotno populacijo zdravstvenih delavcev, temveč se nanašajo izključno na proučevano skupino. Pri kvalitativnem delu raziskave dodatno omejitev predstavlja razmeroma majhen vzorec udeležencev. Čeprav je bila upoštevana strategija nasičenosti podatkov, majhno število sodelujočih lahko vpliva na širino zajetih perspektiv in omejuje prenosljivost ugotovitev v druga okolja.

Anketni vprašalnik je vseboval trditve o samooceni izvajanja v pacienta usmerjenih pristopov in v pacienta usmerjene komunikacije. Takšen način zbiranja podatkov prinaša

tveganje za socialno zaželeno odgovarjanje, saj lahko udeleženci lastno prakso vrednotijo bolj pozitivno, kot je dejansko stanje. Pri kvalitativnem delu raziskave omejitev predstavlja subjektivnost izjav udeležencev, kar lahko vpliva na interpretacijo podatkov in vnaša določeno stopnjo pristranskosti.

Raziskava je bila izvedena v določenem časovnem obdobju, kar pomeni, da rezultati odražajo stanje v času zbiranja podatkov. Ker se klinična praksa, organizacijski pogoji in komunikacijski pristopi zdravstvenih delavcev skozi čas spreminjajo, obstaja možnost, da bi se ob ponovitvi raziskave v drugem časovnem obdobju pokazali drugačni rezultati.

Ugotovljene omejitve kažejo na potrebo po nadaljnjih raziskavah, ki bi vključevale večji in bolj raznolik vzorec zdravstvenih delavcev iz različnih zdravstvenih ustanov ter omogočile večjo posplošljivost rezultatov. Smiselno bi bilo tudi poglobljeno raziskati posamezne vidike, ki so se v tej raziskavi izkazali za problematične, ter uporabiti kombinacijo različnih metod zbiranja podatkov za zmanjšanje pristranskosti in povečanje zanesljivosti ugotovitev.

4 ZAKLJUČEK

V pacienta usmerjena zdravstvena oskrba predstavlja temelj sodobnega zdravstvenega sistema, saj postavlja posameznika, njegove potrebe, vrednote in pričakovanja v središče zdravstvene obravnave. Ugotovitve kažejo, da v pacienta usmerjeni pristopi prispevajo k večji kakovosti zdravstvenih storitev, izboljšanim kliničnim izidom ter večjemu zadovoljstvu pacientov in zdravstvenih delavcev. Takšen način obravnave spodbuja aktivno sodelovanje pacientov pri odločanju o zdravljenju, krepi njihovo zaupanje v zdravstveni sistem ter povečuje občutek varnosti in spoštovanja. Hkrati pozitivno vpliva na delovno okolje, saj spodbuja timsko delo, profesionalno odgovornost in večjo motivacijo zaposlenih.

Pomembno vlogo ima učinkovita in empatična komunikacija, ki omogoča vzpostavitev partnerskega odnosa med pacientom in zdravstvenim delavcem. Jasna, odprta in spoštljiva komunikacija zmanjšuje tveganje za nesporazume, izboljšuje razumevanje zdravstvenih informacij ter prispeva k boljšim izidom zdravljenja. V kliničnem okolju komunikacija ne predstavlja zgolj prenosa informacij, temveč tudi sredstvo za prepoznavanje pacientovih potreb, skrbi in čustev.

Kljub številnim prednostim pa uvajanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe ostaja izziv, saj zahteva sistemske spremembe, ustrezno organizacijsko podporo in stalno izobraževanje zdravstvenih delavcev. Pomembno je, da vodstva zdravstvenih ustanov prepoznajo pomen takšnih pristopov in ustvarijo pogoje, ki bodo omogočali njihovo izvajanje v praksi.

V pacienta usmerjena zdravstvena oskrba je nepogrešljiv element kakovostnega, varnega in etičnega zdravstvenega varstva. Nadaljnje raziskave in razvoj na tem področju so ključni za oblikovanje učinkovitih strategij, ki bodo dolgoročno prispevale k izboljšanju zdravstvene oskrbe ter krepitvi odnosa med pacienti in zdravstvenimi delavci.

5 LITERATURA

Abekah-Nkrumah, G. & Nkrumah, J., 2021. Perceived work environment and patient-centered behavior: A study of selected district hospitals in the central region of Ghana. *PLoS ONE*, 16(1), pp. 1-15.

Adugbire, B.A., Jordan, P.J., Young, C. & Iwu-Jaja, C., 2025. Strategies for implementation of patient and family-centered care in the perioperative context: A scoping review. *Health Sciences Review*, 14, pp. 1-8.

Ahmed, A., Van den Muijsenbergh, M.E.T.C. & Vrijhoef, H.J.M., 2022. Person-centered care in primary care: What works for whom, how and in what circumstances? *Health and Social Care in the Community*, 30(6), pp. 3328-3341.

Al-Surimi, K., Alhayek, Z., Edvardsson, D., Al-Khateeb, B. & Shaheen, N., 2021. Person-Centered-Care Climate in a Tertiary Hospital: Staff Perspective. *Risk management and healthcare policy*, 14, pp. 4269-4279.

Amoah, V.M.K., Anokye, R., Boakye, D.S., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Okyere, E., Kumi-Boateng, G., Yeboah, C. & Afriyie, J.O., 2019. A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nursing*, 18(4), pp. 1-8.

Baek, H., Han, K., Cho, H. & Ju, J., 2023. Nursing teamwork is essential in promoting patient-centered care: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22, pp. 1-8.

Banyai, G., Dombradi, V., Katona, C., Boruzs, K., Dezso, G., Nagy, A. & Biro, K., 2021. Preference for patient-centered communication among the citizens of the Visegrad countries. *Patient education and counseling*, 104(12), pp. 3086-3092.

Barrett, M., Boyne, J., Brandts, J., Brunner-La Rocca, H.P., De Maesschalck, L., De Wit, K., Dixon, L., Eurlings, J., Fitzsimons, D., Golubnitschaja, O., Hageman, A., Heemskerk,

F., Hintzen, A., Helms, T.M., Hill, L., Hoedemakers, T., Marx, N., McDonald, K., Mertens, M., Müller-Wielanc, D., Palant, A., Piesk, J., Pomazanskyi, A., Ramaekes, J., Ruff, P., Schütt, K., Shekhawat, Y., Ski, C.F., Thompson, D.R., Tsirkin, A., van der Mierden, K., Watson, C. & Zip pel-Schultz, B., 2019. Artificial intelligence supported patient self-care in chronic heart failure: a paradigm shift from reactive to predictive, preventive and personalised care. *EPMA Journal*, 10, pp. 445-464.

Burgers, J.S., van der Weijden, T. & Bischoff, E.W.M.A., 2021. Challenges of Research on Person-Centered Care in General Practice: A scoping Review. *Frontiers in medicine*, 8, pp. 1-9.

Burns, K.E.A., Misak, C., Herridge, M., Meade, M.O. & Oczkowski, S., 2018. Patient and Family Engagement in the ICU. Untapped Opportunities and Underrecognized Challenges. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 198(3), pp. 310-319.

Carini, E., Villani, L., Pezzullo, A.M., Gentili, A., Barbara, A., Ricciardi, W. & Boccia, S., 2021. The Impact of Digital Patient Portals on Health Outcomes, System Efficiency, and Patient Attitudes: Updated Systematic Literature Review. *Journal of medical Internet research*, 23(9), pp. 1-20.

Carthon, J.M.B., Brom, H., Poghosyan, L., Daus, M., Todd, B. & Aiken, L., 2021. Supportive Clinical Practice Environments Associated With Patient-Centered Care. *The Journal of Nurse Practitioners*, 16(4), pp. 294-298.

Castro, E.M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W. & Van Hecke, A., 2016. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), pp. 1923-1939.

Chiminelli-Tomas, V., Tutte-Vallarino, V., Ferreira-Umpierrez, A., Hernandez-Morante, J.J. & Reche-Garcia, C., 2025. Impact of Nursing Practice Environments in Work Engagement and Burnout: A Systematic Review. *Healthcare*, 13(7), pp. 1-12.

Coats, H., Bourget, E., Starks, H., Lindhorst, T., Saiki-Craighill, S., Curtis, J.R., Hays, R. & Doorenbos, A., 2018. Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 27(1), pp. 52-58.

Correia, T., Martins, M.M., Barroso, F., Pinho, L., Longo, J. & Valentim, O., 2025. Patient and Family-Centered Care to Promote Inpatient Safety: An Exploration of Nursing Care and Management Processes. *Nursing reports*, 15(7), pp. 1-19.

Edgman-Levitan, S. & Schoenbaum, S.C., 2021. Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *Israel Journal of Health Policy Research*, 10(1), pp. 1-5.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R. & Gibson, S., 2010a. Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22(1), pp. 101-108.

Edvardsson, D., Koch, S. & Nay, R., 2010b. Psychometric evaluation of the English language Person-centred Climate Questionnaire-staff version. *Journal of nursing management*, 18(1), pp. 54-60.

Farley, H., 2019. Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nursing Open*, 7(1), pp. 30-41.

Field, A., ed. 2009. *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE.

Fisher, K.A., Tan, A.S.L., Matlock, D.D., Saver, B., Mazor, K.M. & Pieterse, A.H., 2018. Keeping the patient in the center: Common challenges in the practice of shared decision making. *Patient education and counseling*, 101(12), pp. 2195-2201.

Fleisje, A., 2024. Four shades of paternalism in doctor-patient communication and their ethical implications. *Bioethics*, 38(6), pp. 539-548.

Gremigni, P., Sommaruga, M. & Peltenburg, M., 2008. Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. *Patient Education and Counseling*, 71(1), pp. 57-64.

Gwaza, E. & Msiska, G., 2022. Family Involvement in Caring for Inpatients in Acute Care Hospital Settings: A Systematic Review of Literature. *SAGE Open Nursing*, 8, pp. 1-15.

Håkansson Eklund, J., Holmström, I.K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A.J., Conden, E. & Summer Meranius, M., 2019. »Same same or different?« A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient education and counseling*, 102(1), pp. 3-11.

Hashim, M.J., 2017. Patient-Centered Communication: Basic Skills. *American family physician*, 95(1), pp. 29-34.

Hee Sohn, K., Nam, S., Joo, J., Jin Kwon, Y. & Joon Yim, J., 2019. Patient-Centeredness during In-Depth Consultation in the Outpatient Clinic of a Tertiary Hospital in Korea: Paradigm Shift from Disease to Patient. *Journal of Korean medical science*, 34(15), pp. 1-9.

Houchens, N., Engle, J.M., Palanjian, R., Saint, S., Townsend, W.A., Nasrallah, M. & Gupta, A., 2024. Effect of Clinician Posture on Patient Perceptions of Communication in the Inpatient Setting: A Systematic Review. *Journal of general internal medicine*, 39(16), pp. 3290-3298.

Janerka, C., Leslie, G.D. & Gill, F.J., 2023. Development of patient-centred care in acute hospital settings: A meta-narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 140, pp. 1-13.

Khatri, R., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A. & Assefa, Y., 2023. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(750), pp. 1-13.

Kim, M. & Cha, J., 2021. The influence of health literacy competencies on patient-centered care among clinical nurses. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 27(2), pp. 132-143.

Kim, D.E. & Kim, M.J., 2023. Factors influencing shared decision-making in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 23, pp. 1-10.

Kim, E., Koo, Y. & Nam, I., 2024. Patients and Healthcare Providers' Perspectives on Patient Experience Factors and a Model of Patient-Centered Care Communication: A Systematic Review. *Healthcare*, 12(11), pp. 1-20.

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

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

Kumar, R., 2019. *Research methodology: a step-by-step guide for beginners*. 5th ed. Los Angeles: Sage.

Kwame, A. & Petrucka, P.M., 2021. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(158), pp. 1-10.

Lerch, S.P., Hänggi, R., Bussmann, Y. & Lörwald, A., 2024. A model of contributors to a trusting patient-physician relationship: a critical review using a systematic search strategy. *BMC Primary Care*, 25(194), pp. 1-21.

Li, Y., Zhang, H., Shen, X., Sun, B. & Qu, K., 2024. Evaluating building performance and patient well-being in healthcare facilities: A literature review of environmental quality and design strategies. *Journal of Building Engineering*, 98, pp. 1-8.

McCormack, B. & McCance, T., 2017. *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. 2nd ed. Chichester, West Sussex, Ames, Iowa: John Wiley & Sons Inc.

Mesec, B. & Rape, T., 2023. *Kvalitativno raziskovanje v teoriji in praksi*. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize.

Mielke, K., Frerichs, W., Cöllen, K., Lindig, A., Härter, M. & Scholl, I., 2024. Perspective on patient-centered communication: a focus group study investigating the experiences and needs of nursing professionals. *BMC Nursing*, 23(822), pp. 1-10.

Miola, L., Boldrini, A. & Pazzaglia, F., 2025. The healing power of nature. Biophilic design applied to healthcare facilities. *Current Opinion in Psychology*, 64, pp. 1-6.

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M. & Wolf, A., 2017. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), pp. 662-673.

Moscelli, G., Siciliani, L., Gutacker, N. & Cookson, R., 2018. Socioeconomic inequality of access to healthcare: Does choice explain the gradient? *Journal of health economics*, 57, pp. 290-314.

Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A. & Koukouli, S., 2020. The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 1-9.

Ocloo, J., Goodrich, J., Tanaka, H., Birchall-Searle, J., Dawson, D. & Farr, M., 2020. The importance of power, context and agency in improving patient experience through a patient and family centred care approach. *Health research policy and systems*, 18(1), pp. 1-16.

O'Sullivan, A., Winterling, J., Malmberg Kisch, A., Bergkvist, K., Edvardsson, D., Wengström, Y. & Lundh Hagelin, C., 2024. Healthcare Professionals' Ratings and Views of Person-Centred Care in the Context of Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Health Services Insights*, 18, pp. 1-11.

Park, M., Giap, T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M. & Go, Y., 2018. Patient-and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International journal of nursing studies*, 87, pp. 69-83.

Patten, Y.A., 2025. Critical factors influencing Generation Z registered nurses' professional socialization process: A grounded theory study. *Nurse Education Today*, 146, pp. 1-12.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2021. *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Pryor, S., Hanson, A., Chan, J., Brunner, H., Letourneau, R. & Menon, U., 2025. Nurse Well-Being and Patient-Specific Outcomes: A Scoping Review. *Journal of nursing care quality*, 40(1), pp. 46-55.

Rahman, R., Matthews, E.B., Ahmad, A., Mahnoor Rizvi, S., Salama, U., Samad, L. & Khan, M., 2019. Perceptions of patient-centred care among providers and patients in the orthopaedic department of a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Journal of evaluation in clinical practice*, 25(6), pp. 1160-1168.

Santana, M.J., Manalili, K., Jolley, R.J., Zelinsky, S., Quan, H. & Lu, M., 2018. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health expectations: an*

international journal of public participation in health care and health policy, 21(2), pp. 429-440.

Sharkiya, S.H., 2023. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Services Research*, 23(886), pp. 1-11.

Souza, M.C., Garcia Jaramillo, R. & da Silva Borges, M., 2021. Comfort of patients in palliative care: an integrative review. *Enfermeria Global*, 61, pp. 449-463.

Stephens, E., William, L., Lim, L.L., Allen, J., Zappa, B., Newnham, E. & Vivekananda, K., 2021. Complex conversations in a healthcare setting: experiences from an interprofessional workshop on clinician-patient communication skills. *BMC Medical Education*, 21(343), pp. 1-8.

Suhonen, R., Gustafsson, M., Katajisto, J., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H., 2010. Individualized Care Scale – nurse version: a Finnish validation study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16(1), pp. 145-154.

Sui, T.Y., McDermott, S., Harris, B. & Hsin, H., 2023. The impact of physical environments on outpatient mental health recovery: A design-oriented qualitative study of patient perspectives. *PLoS One*, 18(4), pp. 1-13.

Šimec, M., 2024. Zdravstvena obravnava usmerjena na pacienta. In: M. Grivec, ed. *Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU. Novo mesto, 18. maj 2023*. Novo mesto: Založba Univerze v Novem mestu, pp. 501-507.

Taber, K.S., 2017. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48, pp. 1273-1296.

Vareta, D.A., Oliveira, C., Familia, C. & Ventura, F., 2023. Perspectives on the Person-Centered Practice of Healthcare Professionals at an Inpatient Hospital Department: A Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), pp. 1-24.

World Medical Association, 2013. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), pp. 2191-2194.

Yang, Y., 2022. Effects of health literacy competencies on patient-centered care among nurses. *BMC Health Services Research*, 22(1172), pp. 1-9.

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Spoštovani!

Na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin v okviru podiplomskega študija, smer Zdravstvena nega, pod mentorstvom doc. dr. Saše Kadivec pripravljam magistrsko delo z naslovom Stališča zdravstvenih delavcev glede zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v terciarni ustanovi – mešane metode raziskovanja. Pri v pacienta usmerjeni zdravstveni oskrbi se vzpostavlja sodelovanje med zdravstvenimi delavci in pacienti; spoštuje se želje, vrednote in navade pacientov ter zagotavlja pacientu prijazno okolje z uporabo učinkovite in empatične komunikacije. Ključni so tudi usklajevanje in povezovanje zdravstvene oskrbe ter dostopnost zdravstvene oskrbe. Zagotavlja se, da so pacientove vrednote vodilne pri kliničnih odločitvah, v praksi pa je to treba spoštovati in upoštevati pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene prakse (Santana et al., 2018; Edgman-Levitan & Schoenbaum, 2021).

Vprašalnik je namenjen zaposlenim v organizaciji na različnih delovnih področjih in na različnih delovnih mestih. Sodelovanje je prostovoljno, anonimnost zagotovljena, pridobljeni podatki pa bodo uporabljeni izključno za namen magistrskega dela.

Vprašalnik je razdeljen na 5 sklopov, pri čemer boste za celotno izpolnjevanje porabili približno 5 minut.

Že vnaprej se zahvaljujem za sodelovanje.

Katarina Zupanc, dipl. m. s.

VPRAŠALNIK – Stališča zdravstvenih delavcev glede zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe

SKLOP 1 – DEMOGRAFSKI PODATKI

1.1 Spol:

- moški
- ženski

1.2 Starost (v letih): _____

1.3 Delovna doba v zdravstvu(v letih): _____

1.4 Poklicna skupina, ki ji pripadate:

- zdravnik specialist
- zdravnik specializant
- diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
- srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege
- radiološki inženir
- fizioterapevt

1.5 Dosežena stopnja izobrazbe:

- srednja
- višja ali visoka
- univerzitetna
- magisterij znanosti
- doktorat

SKLOP 2 –DELOVNO OKOLJE USMERJENO V PACIENTA

Naslednja vprašanja se nanašajo na zaznavanje vašega delovnega okolja kot usmerjenega v pacienta. Prosimo, označite, v kolikšni meri se strinjate z navedenimi trditvami.

Svoje delovno okolje zaznavam kot:

	1 (sploh se ne strinjam)	2 (se ne strinjam)	3 (niti se ne strinjam, niti se strinjam)	4 (se strinjam)	5 (popolnoma se strinjam)
okolje, kjer se pogosto pogovarjamo o tem, kako izvajati v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo.					
okolje, kjer imamo formalne timske sestanke za razpravo o oskrbi pacientov.					
okolje, kjer vrstni red delovnih opravil lahko prilagajamo glede na želje pacientov.					
okolje, kjer je kakovost interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti pomembnejša od izvedbe nalog.					
okolje, kjer imam dovolj časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe.					

SKLOP 3 – KLINIČNO OKOLJE IN PACIENT

Naslednja vprašanja se nanašajo na zaznavanje vašega kliničnega okolja v povezavi s pacientom. Prosimo, označite, v kolikšni meri se strinjate z navedenimi trditvami. Svoje klinično okolje v povezavi s pacientom zaznavam kot:

	1 (sploh se ne strinjam)	2 (se ne strinjam)	3 (niti se ne strinjam, niti se strinjam)	4 (se strinjam)	5 (popolnoma se strinjam)
okolje, kjer se pacienti lahko pogovorijo z zdravstvenimi delavci.					
okolje, kjer zdravstveni delavci uporabljajo jezik, ki ga pacient razume.					
okolje, kjer imajo lahko pacienti obiskovalce prek celega dneva.					
okolje, kjer pacienti lahko dostopajo do zunanjih površin po lastni želji.					
okolje, kjer se pri načrtu oskrbe pacienta upoštevajo njegove življenjske izkušnje in želje.					

SKLOP 4 – URESNIČEVANJE PRISTOPOV V PACIENTA USMERJENE ZDRAVSTVENE OSKRBE V PRAKSI

Naslednja vprašanja se nanašajo na vaše mnenje o tem, ali v praksi uresničujete pristope za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe. Prosimo, označite, v kolikšni meri se strinjate z navedenimi trditvami. V večini primerov pomeni 9 izmed 10 pacientov.

Pri nudenju oskrbe pacientom sem:

	1 (sploh se ne strinjam)	2 (se ne strinjam)	3 (niti se ne strinjam, niti se strinjam)	4 (se strinjam)	5 (popolnoma se strinjam)
v večini primerov upošteval/a občutke pacientov glede njihovega zdravstvenega stanja.					
v večini primerov upošteval/a njihove strahove in tesnobe.					

	1 (sploh se ne strinjam)	2 (se ne strinjam)	3 (niti se ne strinjam, niti se strinjam)	4 (se strinjam)	5 (popolnoma se strinjam)
v večini primerov omogočil/a, da so pacienti poskrbeli za svojo oskrbo v okviru svojih zmožnosti.					
v večini primerov upošteval/a njihove vsakdanje dejavnosti zunaj bolnišnice (npr. delo, prostočasne dejavnosti).					
v večini primerov upošteval/a njihove pretekle izkušnje s prebivanjem v bolnišnici.					
v večini primerov upošteval/a vsakodnevne navade pacientov med bivanjem v bolnišnici.					
v večini primerov omogočil/a, da so družine pacientov sodelovale pri njihovi oskrbi, če so to želeli.					
v večini primerov upošteval/a želje pacientov glede njihove oskrbe.					

SKLOP 5 – KOMUNIKACIJA S PACIENTI

Naslednja vprašanja se nanašajo na vašo oceno primernosti komunikacije s pacientom v kliničnem okolju. Prosimo, označite, v kolikšni meri se strinjate z navedenimi trditvami.

V večini primerov pomeni 9 izmed 10 pacientov.

	1 (sploh se ne strinjam)	2 (se ne strinjam)	3 (niti se ne strinjam, niti se strinjam)	4 (se strinjam)	5 (popolnoma se strinjam)
V večini primerov pacienta gledam v oči, ko govori.					
V večini primerov pacienta ogovorim z nasmehom.					
V večini primerov pacienta obravnavam prijazno.					
V večini primerov pacientu podam jasne in natančne informacije.					
V večini primerov preverim, ali so pacienti razumeli prejete informacije.					

6.2 MATRIKA PODATKOV

Priloga I: Faktorska analiza sklopa »Zaznava delovnega okolja« (5 trditev)

KMO - mera in Bartlettov test

Kaiser-Meyer-Olkinova mera o primernosti vzorca		0,767
Bartlettov test sferičnosti	F	451,488
	število prostostnih stopenj	10
	p-vrednost	p < 0,001

Lastne vrednosti in delež pojasnjene variance

Faktor	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcija vsote kvadratov uteži		
	Skupno	% variance	Kumulativni % variance	Skupno	% variance	Kumulativni % variance
1	3,172	63,431	63,431	2,724	54,478	54,478
2	0,891	17,819	81,250			
3	0,388	7,751	89,001			
4	0,358	7,163	96,164			
5	0,192	3,836	100,000			

Komunalitete

Trditev	Začetne	Končne
okolje, kjer se pogosto pogovarjamo o tem, kako izvajati v pacienta usmerjeno zdravstveno oskrbo.	0,687	0,630
okolje, kjer imamo formalne timske sestanke za razpravo o oskrbi pacientov.	0,635	0,481
okolje, kjer vrstni red delovnih opravil lahko prilagajamo glede na želje pacientov.	0,524	0,607
okolje, kjer je kakovost interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti pomembnejša od izvedbe nalog.	0,458	0,446
okolje, kjer imam dovolj časa za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe.	0,534	0,560

Priloga II: Faktorska analiza sklopa »Zaznava kliničnega okolja« (5 trditev)

KMO - mera in Bartlettov test

Kaiser-Meyer-Olkinova mera o primernosti vzorca		0,599
Bartlettov test sferičnosti	F	224,696
	število prostostnih stopenj	10
	p-vrednost	p < 0,001

Lastne vrednosti in delež pojasnjene variance

Faktor	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcija vsote kvadratov uteži		
	Skupno	% variance	Kumulativni % variance	Skupno	% variance	Kumulativni % variance
1	2,142	42,847	42,847	2,142	42,847	42,847
2	1,457	29,137	71,984	1,457	29,137	71,984
3	0,614	12,285	84,270			
4	0,497	9,938	94,207			
5	0,290	5,793	100,000			

Komunalitete

Trditev	Začetne	Končne
okolje, kjer se pacienti lahko pogovorijo z zdravstvenimi delavci.	1,000	0,726
okolje, kjer zdravstveni delavci uporabljajo jezik, ki ga pacient razume.	1,000	0,736
okolje, kjer imajo lahko pacienti obiskovalce prek celega dneva.	1,000	0,771
okolje, kjer pacienti lahko dostopajo do zunanjih površin po lastni želji.	1,000	0,816
okolje, kjer se pri načrtu oskrbe pacienta upoštevajo njegove življenjske izkušnje in želje.	1,000	0,550

Priloga III: Faktorska analiza za sklop »Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe v praksi« (8 trditev)

KMO - mera in Bartlettov test

Kaiser-Meyer-Olkinova mera o primernosti vzorca		0,908
Bartlettov test sferičnosti	F	925,289
	število prostostnih stopenj	28
	p-vrednost	p < 0,001

Lastne vrednosti in delež pojasnjene variance

Faktor	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcija vsote kvadratov uteži		
	Skupno	% variance	Kumulativni % variance	Skupno	% variance	Kumulativni %
1	5,225	65,317	65,317	5,225	65,317	65,317
2	0,670	8,378	73,695			
3	0,533	6,661	80,355			
4	0,452	5,654	86,009			
5	0,377	4,708	90,717			
6	0,313	3,908	94,625			
7	0,239	2,985	97,610			
8	0,191	2,390	100,000			

Komunalitete

Trditev	Začetne	Končne
v večini primerov upošteval/a občutke pacientov glede njihovega zdravstvenega stanja.	1,000	0,590
v večini primerov upošteval/a njihove strahove in tesnobe.	1,000	0,661
v večini primerov omogočil/a, da so pacienti poskrbeli za svojo oskrbo v okviru svojih zmožnosti.	1,000	0,558
v večini primerov upošteval/a njihove vsakdanje dejavnosti zunaj bolnišnice (npr. delo, prostočasne dejavnosti).	1,000	0,665
v večini primerov upošteval/a njihove pretekle izkušnje s prebivanjem v bolnišnici.	1,000	0,736
v večini primerov upošteval/a vsakodnevne navade pacientov med bivanjem v bolnišnici.	1,000	0,714
v večini primerov omogočil/a, da so družine pacientov sodelovale pri njihovi oskrbi, če so to želeli.	1,000	0,668
v večini primerov upošteval/a želje pacientov glede njihove oskrbe.	1,000	0,634

Priloga IV: Faktorska analiza sklopa »Komunikacija s pacienti« (5 trditev)

KMO - mera in Bartlettov test

Kaiser-Meyer-Olkinova mera o primernosti vzorca		0,806
Bartlettov test sferičnosti	F	320,673
	število prostostnih stopenj	10
	p-vrednost	p < 0,001

Lastne vrednosti in % pojasnjene variance

Faktor	Začetne lastne vrednosti			Ekstrakcija vsote kvadratov uteži		
	Skupno	% variance	Kumulativni % variance	Skupno	% variance	Kumulativni %
1	2,910	58,206	58,206	2,910	58,206	58,206
2	0,865	17,307	75,513			
3	0,496	9,925	85,437			
4	0,436	8,719	94,156			
5	0,292	5,844	100,000			

Komunalitete

Trditvev	Začetne	Končne
V večini primerov pacienta gledam v oči, ko govori.	1,000	0,567
V večini primerov pacienta oговорim z nasmehom.	1,000	0,562
V večini primerov pacienta obravnavam prijazno.	1,000	0,772
V večini primerov pacientu podam jasne in natančne informacije.	1,000	0,693
V večini primerov preverim, ali so pacienti razumeli prejete informacije.	1,000	0,317

Priloga V: Preverjanje normalnosti porazdelitve odgovorov

Delovno okolje	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	KS	df	p	SW	df	p
Pozitivno delovno okolje za vidika zagotavljanja v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	0,100	178	p<0,001	0,963	178	p<0,001
Klinično okolje	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	KS	df	p	SW	df	p
Faktor 1: Pozitivno klinično okolje za vidika dostopnih celodnevnih obiskov, dostopa do zunanjih površin in upoštevanja želja pri načrtu oskrbe pacientov	0,119	178	p<0,001	0,967	178	p<0,001
Faktor 2: Pozitivno klinično okolje z vidika razumljivega jezika pacientom	0,288	178	p<0,001	0,780	178	p<0,001

Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	KS	df	p	SW	df	p
Uresničevanje pristopov v pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe	0,141	178	p<0,001	0,958	178	p<0,001
Komunikacija	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	KS	df	p	SW	df	p
Primernost komunikacije s pacienti	0,196	178	p<0,001	0,893	178	p<0,001

Legenda: KS = Kolmogorov-Smirnov test; SW = Shapiro-Wilkov test; df = število prostostnih stopenj; p = statistična značilnost (p-vrednost).