

JHS

Revija za zdravstvene vede
Journal of Health Sciences

Vol. 12 • No. 2 • 2025

JHS Vol. 12, No. 2, 2025



REVIJA ZA ZDRAVSTVENE VEDE
Journal of Health Sciences

Izdajatelj *Publisher*

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede
University of Novo mesto Faculty of Health Sciences

Glavna in odgovorna urednica *Editor-in-Chief*

Bojana Filej

Uredniški odbor *Editorial Board*

Vesna Čuk (Slovenija), Karmen Erjavec (Slovenija), Vislava Globevnik Velikonja (Slovenija), Božena Gorzkowicz (Poljska), Helena Kristina Halbwachs (Avstrija), Vojko Kavčič (ZDA), Goran Kozina (Hrvaška), Nevenka Kregar Velikonja (Slovenija), Camilla Laaksonen (Finska), Ljiljana Leskovic (Slovenija), Blaž Mlačak (Slovenija), Paola Obbia (Italija), Piret Paal (Avstrija), Gordana Panova (Republika Severna Makedonija), Olga Riklikiene (Litva), Jasmina Starc (Slovenija), Kadri Suija (Estonia), Milica Vasiljević Blagojević (Srbija), Vedrana Vežović (Švedska), Maria Flores Vizcaya – Moreno (Španija), Monika Zadnikar (Slovenija), Boštjan Žvanut (Slovenija)

Tehnični urednik *Technical Editor*

Bojan Nose

Tajniška dela *Secretary*

Brigita Jugovič

Jezikovni pregled slovenskih besedil *Slovene-Language Editor*

Ensitra, Brigita Vogrinec Škraba s. p.

Jezikovni pregled angleških besedil *English-Language Editor*

Ensitra, Brigita Vogrinec Škraba s. p.

Naslov uredništva *Address of the Editorial Office*

JHS - Revija za zdravstvene vede, Na Loko 2, SI-8000 Novo mesto, Slovenija

Spletna stran revije *Website of the Journal*

<http://www.jhs.si>

Elektronski naslov *E-mail*

urednistvo@jhs.si, editorial.office@jhs.si

Naklada *Circulation*

150

Tisk *Printed by*

Tiskarna Cicero Begunje, d.o.o.

DOI

<https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2>

Revija za zdravstvene vede je vključena in indeksirana v sledečih bazah/*The Journal of Health Sciences is indexed and referred to by:* DOAJ, Biomedicina Slovenica, EBSCO, Open Policy Finder (Sherpa Romeo), Crossref, dLib, Cobiss+.

Revija za zdravstvene vede - Journal of Health Sciences je sofinancirana s strani Javne agencije za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije.

Journal of Health Sciences - Revija za zdravstvene vede is published with the support of the Slovenian Research and Innovation Agency.

ISSN 2350-3610

VSEBINA CONTENTS

<i>Andreja Ljubič, Tamara Štemberger Kolnik, PhD, Andreja Hrovat Bukovšek, PhD</i>	3
Mapping the Heart Failure Patient Journey to Enhance Navigational Health Literacy: A Qualitative Study in Slovenia Model poti pacienta s srčnim popuščanjem za dvig navigacijske zdravstvene pismenosti: kvalitativna študija v Sloveniji	
<i>Alenka Groboljšek, dr. Maja Frangež</i>	20
Počitek pri kronični bolečini v spodnjem delu hrbta – razkorak med prakso in smernicami Rest in Chronic Low Back Pain – The Gap Between Practice and Guidelines	
<i>Snježana Gačina, dr. Blaž Mlačak, dr. Bojana Filej</i>	40
Sposobnost samooskrbe oseb s sladkorno boleznijo Self-Care Ability in People with Diabetes	
<i>Ivona Botić</i>	61
Medpoklicno sodelovanje v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo Interprofessional Collaboration in the Palliative Care Process of a Patient with Intestinal Stoma	
<i>Dr. Saša Terseglav, dr. Boštjan Kušar, dr. Brigita Skela-Savič</i>	76
Menedžerske kompetence pri vodilnih v zdravstvu – eksplorativna raziskava v izbranih zdravstvenih organizacijah Managerial Competences Among Healthcare Leaders – An Exploratory Study in Selected Healthcare Organizations	
<i>Urša Bartol, dr. Bojana Pinter, dr. Suzana Mlinar</i>	94
Vpliv kronične pelvične bolečine na kakovost življenja žensk The Impact of Chronic Pelvic Pain on Women's Quality of Life	
<i>Helena Grmek</i>	111
Spodbujanje pozitivnega vedenja pri otrocih in mladostnikih z vedenjskimi motnjami: Pristop negovanega srca Promoting Positive Behaviour in Children and Adolescents with Behavioural Disorders: The Nurtured Heart Approach	

*Jan Strajnar, Žak Kreča, Filip Pretnar, Sara Drevenšek, Eva Logar,
Dolores Sodja, Katarina Hekič*

129

Ocenjevanje varnosti domačega okolja starejših odraslih z ocenjevalnim
orodjem HOME FAST
Assessing the Safety of Older Adults' Home Environments with the HOME
FAST Assessment Tool

Mapping the Heart Failure Patient Journey to Enhance Navigational Health Literacy: A Qualitative Study in Slovenia

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.189>

Original scientific article

UDC 616.12-008.46:614.253.83

KEYWORDS: journey map, heart failure, continuity of care, stakeholders' involvement, integrated care model

ABSTRACT – Heart failure is an escalating challenge that requires coordinated care and patient engagement, yet is often impeded by fragmented communication, inconsistent guidelines, and limited support services. The study mapped the care journey of heart failure patients in Slovenia and, through co-creation with diverse stakeholders, developed an integrated care model. A qualitative study was conducted using: (1) a review of official governmental and healthcare websites; (2) in-depth interviews with service users and professionals; (3) interviews with specialized heart failure teams; (4) the patient journey model design; and (5) validation of the proposed pathway. Data was analysed using the reflexive thematic analysis. The participants emphasized the need for standardized pathways, national guidelines, and systematic monitoring. The key priorities included interdisciplinary collaboration, equitable access to rehabilitation, involvement of patient associations, ProBNP testing in primary care, and preventive empowerment programs supporting early diagnosis and self-efficacy. The co-created, stakeholder-validated care pathway can enhance coordination, transparency, and patient-centredness, while reducing informational gaps and strengthening navigational health literacy and patient empowerment.

Izvirni znanstveni članek

UDK 616.12-008.46:614.253.83

KLJUČNE BESEDE: pot, srčno popuščanje, kontinuiteta oskrbe, vključenost deležnikov, model integrirane oskrbe

POVZETEK – Srčno popuščanje je vse večji izziv, ki zahteva usklajeno obravnavo, vključevanje pacientov in sistemsko integracijo, kar pogosto ovirajo razdrobljena komunikacija, nedosledne smernice in pomanjkanje podpornih storitev. Raziskava opisuje pot pacientov s srčnim popuščanjem v Sloveniji ter s sodelovanjem deležnikov oblikuje integrirani model oskrbe. Izvedena je bila kvalitativna raziskava, ki je vključevala: (1) pregled uradnih spletnih virov, (2) poglobljene intervjuje z uporabniki in strokovnjaki, (3) intervjuje s specializiranimi timi, (4) oblikovanje modela poti in (5) validacijo predlagane poti. Analiza je temeljila na reflektivni tematski analizi. Poudarjena je bila potreba po standardiziranih poteh, nacionalnih smernicah in sistematičnem spremljanju. Ključni so interdisciplinarno sodelovanje, enakopraven dostop do rehabilitacije, vključevanje nevladnih organizacij ter ProBNP testiranje na primarni ravni in preventivni program za zgodnjo diagnostiko in samoučinkovitost. Soustvarjena in validirana pot oskrbe lahko izboljša koordinacijo, preglednost in usmerjenost k pacientu ter zmanjša informacijske vrzeli, hkrati pa krepi navigacijsko zdravstveno pismenost in opolnomočenje pacientov.

1 Introduction

Heart failure (HF) is a complex and chronic condition that significantly impacts the patient's quality of life and poses a substantial burden on healthcare systems

Prejeto/Received: 28. 8. 2025
Sprejeto/Accepted: 7. 12. 2025

Besedilo/Text © 2025 Avtor(ji)/The Author(s)
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

worldwide (Kwok et al., 2022). Despite advancements in medical therapies and care strategies, HF remains a leading cause of hospitalization, readmissions, and mortality, particularly among the aging populations (Di Salvo et al., 2025). The management of HF requires a multidisciplinary approach that spans the entire patient journey, from early diagnosis and acute care to long-term follow-up and rehabilitation. However, gaps in care coordination, accessibility, and patient education often hinder the optimal outcomes (Rao et al., 2022; Liljeroos et al., 2023).

The patient journey for individuals with HF is marked by numerous challenges, including delayed diagnosis, fragmented care pathways, and insufficient integration of services across primary, secondary, and tertiary care levels (Kwok et al., 2022). Giusti et al. (2024) have shown that patients frequently experience lack of continuity in care, limited access to specialized services, and inadequate support for self-management, all of which contribute to poorer health outcomes and reduced quality of life. Addressing these issues requires a systemic approach that not only enhances clinical care, but also considers the social determinants of health and the broader context of patients' lives (White-Williams et al., 2020).

Recent research highlights the importance of patient-centred and integrated care models in improving the HF care continuum. For example, multidisciplinary teams that include cardiologists, nurses, pharmacists, and social workers have been shown to enhance care coordination, optimize guideline-directed medical therapy, and reduce hospital readmissions (Di Salvo et al., 2025; Rao et al., 2022). Additionally, innovative approaches, such as cardiac rehabilitation, telehealth interventions, and community-based support services, have demonstrated potential in empowering patients and improving long-term outcomes (Epelde, 2024; Richardson et al., 2019).

This article presents the findings from a study that mapped the journey of heart failure patients in the Slovenian healthcare system. With the co-creation with patients, caregivers, healthcare professionals, policymakers, and community services, we propose an integrated model that ensures continuity of care, timely access, and coordinated support across all levels. By addressing the gaps in early diagnosis, care transitions, and patient involvement, the model aims to improve the outcomes, enhance patient experience, and support a more sustainable healthcare system.

2 Methods

In this study, we applied a combined qualitative research approach drawing on multiple data sources to provide an in-depth understanding of the heart failure patient journey within the Slovenian healthcare system. A central element was the co-creation of the pathway through the active involvement of key stakeholders, enabling holistic insights into access to care, clinical pathways, and support mechanisms.

A systematic overview of the sequential research phases is presented below:

- *Review of online resources* – We examined the official websites of national authorities and healthcare providers at the primary, secondary, and tertiary levels in

- Slovenia, focusing on the type and quality of heart failure-related information accessible to patients through official communication channels.
- *Qualitative study with patients and healthcare professionals* – Semi-structured, in-depth interviews with patients and healthcare providers involved in heart failure management explored their experiences, challenges, and perceptions of the adequacy of current services.
 - *Qualitative study with specialized heart failure teams*– Additional semi-structured interviews were conducted with specialist physicians and nurses in hospital-based heart failure teams in all Slovenian hospitals, following early indication of regional differences and gaps in the organization of care and navigation.
 - *Design of the patient journey model* – Based on the collected evidence, we developed a comprehensive model of the heart failure patient journey in the Slovenian healthcare system, mapping access routes, key touchpoints, diagnostic and therapeutic interventions, and lifelong rehabilitation.
 - *Model validation through the additional qualitative study* – To ensure accuracy and clarity, a second round of semi-structured interviews with patients and healthcare professionals was conducted to validate and refine the patient journey map.

2.1 Instrument Description

To capture the comprehensive understanding of the heart failure patient journey, we employed qualitative research instruments tailored to each phase of the study: (1) systematic review of online sources, (2) semi-structured in-depth interviews, (3) interviews with hospital and hospital heart failure teams, and (4) validation interviews with professionals and healthcare users.

2.1.1 Systematic Review of Online Sources

We used a structured review protocol to analyse official online sources, including websites of governmental bodies and healthcare institutions at all levels of care. The protocol specified search strategies, inclusion criteria, and a standardized extraction template, with an emphasis on patient-facing information. Guided by the principles of environmental scanning and organizational health literacy (Farmanova et al., 2018), the review assessed the accessibility, relevance, and contextual adequacy of heart failure information, as well as the presence of key terms, patient education materials, and descriptions of relevant programs.

2.1.2 Semi-Structured In-Depth Interviews for Mapping the Patient Journey

Semi-structured in-depth interviews were used to capture subjective perceptions and experiences of patients and professionals (Shaban et al., 2024). Patient interviews addressed (1) diagnosis and initial navigation, (2) treatment and rehabilitation, and (3) living with the disease. Interviews with the professionals focused on (1) patient empowerment across levels of care and (2) strategies used to guide and support patients within the system. Open-ended questions allowed the participants to freely express views, highlighting emotions, lived experience, and the complexity of living with heart failure, thereby informing patient-centred care strategies.

2.1.3 Interviews with Specialized Heart Failure Teams

Building on the initial findings of unequal access, limited patient information, and navigation difficulties, we conducted semi-structured interviews with specialized heart failure teams to examine the patient pathway after the diagnosis and during hospital treatment, with an emphasis on the integration between the secondary and primary care. The instrument comprised twelve guiding questions on diagnostics, communication of diagnosis, multidisciplinary treatment, rehabilitation, and coordination of care, including collaboration with non-governmental organizations. This enabled the analysis of system-level processes and barriers affecting the patients' navigational health literacy.

2.1.4 Validation Interviews for the Patient Journey Map

To evaluate the clarity, relevance, and applicability of the patient journey map, we carried out additional semi-structured interviews with healthcare professionals and selected users. Informed by user-centred design principles (Walden et al., 2020) and reflective qualitative practice, this phase assessed content validity, comprehensibility, and the perceived utility of the graphical model. The core question concerned the usefulness and structure of the model, with interview questions grouped into seven domains: (1) completeness of the journey, (2) quality and safety of care, (3) access to services, (4) coordination across levels of care, (5) responsiveness to patient needs, (6) treatment effectiveness and outcomes, and (7) the role of digital and technological support.

2.2 Sample Description

The sample followed a phased, purposive design, aligned with the objectives of each stage. In the second phase, in-depth interviews were conducted with seven patients diagnosed with heart failure and two healthcare professionals. The primary inclusion criterion was personal experience with heart failure care across multiple levels of the Slovenian healthcare system; additional criteria (age, sex, geographic region) ensured heterogeneity. The experts were included based on their clinical experience in the management of heart failure and their involvement in the national care strategies.

In the third phase, interviews were conducted with specialized heart failure teams in 12 Slovenian hospitals, comprising physicians and nurses involved in inpatient and outpatient care, providing insight into diagnostics, coordination, and interprofessional collaboration.

The fifth phase focused on validating the patient journey map. The final validation sample consisted of four patients, four healthcare professionals (general practitioner, internist, cardiologist, registered nurse), and two representatives of non-governmental organizations (NGO), enabling integration of patient, professional, and civil society perspectives.

2.3 Data Collection and Data Analysis

The participants were purposively sampled to maximise heterogeneity in roles, institutions, and lived experience across the heart failure care continuum. The experts were recruited via the clinical partners, associations, and direct contacts; the patients were approached during routine outpatient visits through physician referrals; and additional representatives of associations and NGOs were invited.

Data collection took place in three sequential phases (February 2023 - January 2024): (1) individual semi-structured interviews with patients and experts, (2) semi-structured interviews with hospital heart failure teams, and (3) validation meetings with a dedicated sub-sample to critically review and refine the draft pathway. All interviews were conducted in person or via secure video conferencing, lasted 30-90 minutes, were audio-recorded, transcribed verbatim, and anonymized. Ethical approval was obtained from the Commission for Medical Ethics of the Republic of Slovenia (No. 0120-62/2022/3).

Data analysis followed an iterative, multi-phase process. The reflexive thematic analysis of Phase 1 and 2 transcripts, combined with the existing clinical guidelines for heart failure management, informed the development of a provisional journey map. This draft was then validated and refined through stakeholder feedback in Phase 3, resulting in a comprehensive, guideline-informed, and co-created representation of the care pathway.

3 Results

3.1 Systematic Review of Online Sources

The review included websites of 68 primary care centres and 27 hospitals (secondary and tertiary levels). A total of 46 relevant hits were identified using the keyword heart failure, with a higher number found on hospital websites. The content most frequently focused on the general descriptions of the disease, its symptoms, incidence, and risk factors. Some entries also addressed treatment options, advice on recognizing heart failure, and guidance on where to seek help. Two posts were more extensive and patient-oriented (“presentation of patients with heart failure”), while additional resources included a video with advice and an informational leaflet. Overall, the content was largely oriented toward patients, with an emphasis on the navigation through the healthcare system, understanding the disease, and self-management. Comparatively, fewer resources were directed at healthcare professionals, where available materials focused mainly on disease understanding and treatment guidance.

3.2 In-Depth Interviews for Identifying Key Stages in the Patient Journey

Table 1 presents the thematic categories derived from the interviews with the patients and healthcare professionals. Three overarching themes were identified. First, Barriers in the Healthcare System highlight a restricted access to professionals, fragmented communication, and patient-related challenges that hinder engagement in

care. Second, Key Elements for Disease Management emphasize the importance of professional and family support, consistent information, and patient empowerment through education and self-care. Finally, Proposals for Improvement point to the need for systematic follow-up, integrated services, targeted health literacy initiatives, and specialized rehabilitation programs to strengthen the continuity and quality of care.

Table 1

Thematic Coding from In-Depth Interviews: Identification of Key Stages in the Heart Failure Patient Journey/Tematsko kodiranje iz poglobljenih intervjujev: opredelitev ključnih faz v poteku bolezni pri bolnikih s srčnim popuščanjem

<i>Code (Thematic Category)</i>	<i>Subcode</i>	<i>Subcode Description</i>	<i>Illustrative Quote</i>
Barriers in the Healthcare System	Access to healthcare professionals	Patients report extended waiting times, difficulties reaching physicians, and overburdened staff, although some emphasize positive experiences of daily monitoring.	"I had to wait months just to see a specialist, the whole treatment process felt like it was dragging on forever. "
	Technical Barriers	Fragmented communication, insufficient provision of information, and poor coordination between levels of care hinder effective treatment.	"The nurses did give me some information, but honestly, it often wasn't enough or clear enough. "
	Patient Attitudes	Fear of asking questions, distrust in physicians, and attention-seeking behaviour can limit effective engagement in treatment.	"Some patients were constantly calling for the staff's attention, and it kind of messed up the flow of care for the rest of us. "
Key Elements for Disease Management	Support from Professionals and Family	Healthcare professionals and family members play a central role in providing both emotional and practical support.	"Having my family there and doctors who spoke to me kindly made such a difference, it really helped me feel safe and recover faster. "
	Information Inconsistencies	Patients face inconsistent, incomplete, and sometimes contradictory information, complicating their ability to navigate the healthcare system.	"Going back and forth between different institutions was really confusing, especially since I'd never dealt with that before. "
	Self-Care and Empowerment	Education, empowerment, and health literacy are critical for strengthening self-care, reducing hospital readmissions, and improving quality of life.	"Once I learned how to take care of myself, I felt like I had more control over my condition. "

Proposals for Improvement	System Improvements	Suggestions included systematic follow-up, integration of healthcare services, enhanced health literacy initiatives, and specialized rehabilitation programs.	"I wish there were proper rehab facilities where you could just focus on getting better without all the distractions."
---------------------------	---------------------	---	--

3.3 Interviews with Specialized Heart Failure Teams

Based on the data analysis, the research team concluded that the dataset enables not only the examination of navigational health literacy but also broader dimensions of general health literacy, such as health promotion, chronic disease management, and healthcare utilization, as well as other related domains, including digital and communicative health literacy (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen et al., 2015). Through the identification of codes, we developed thematic areas that were subsequently grouped into the following categories: (1) general health literacy, (2) navigation within the healthcare system, (3) digital literacy, (4) communicative health literacy, and (5) interprofessional collaboration (Table 2).

Table 2

Thematic Coding of Interviews with Specialized Heart Failure Teams/Tematsko kodiranje intervjujev s specializiranimi timi za obravnavo pacientov s srčnim popuščanjem

Category	Theme	Examples of Codes
General Health Literacy	Health Promotion	Healthy lifestyle; well-being; vaccination recommendations
	Disease Prevention	Self-care (weight management, regular weighing); balanced nutrition; self-monitoring; adapted physical activity
	Healthcare	Education about disease; living with heart failure; home management; medication adherence; patient diary; six-minute walk test; recognition of deterioration
Navigation in the Healthcare System	Regular Monitoring	Heart failure clinic follow-up; cardiology check-up; family medicine monitoring
	Patient Guidance	Navigation in case of problems; referral to reference clinics; healthy lifestyle workshops; non-governmental organizations
Digital Literacy	Patient Monitoring	24-hour blood pressure monitoring; telemedicine
Communication Health Literacy	Communication with patient	Individual and group conversations; written instructions; educational materials
	Checking Understanding	Assessing comprehension during follow-ups; review of patient diaries; telephone consultations; targeted education and re-education
	Involvement of Family	Contact and involvement of relatives; education of family members
Interprofessional Collaboration	Multidisciplinary Team	Physician; nurse; clinical pharmacist; physiotherapist; dietitian; occupational therapist; social worker; psychologist; laboratory specialist; radiology technician; community nurse visits

Based on the collected data, we developed a patient journey map for individuals with heart failure within the healthcare system, which was then validated in the next phase of the research. In preparing the map, we conducted a comprehensive review of the relevant clinical pathways, existing guidelines and official websites of institutions. Particular attention was paid to identifying healthcare touchpoints at all levels of care, as well as available services for patients in the local community, including support, psychosocial and rehabilitation programs. This holistic approach ensured that the patient journey map reflected not only the formal structure of care for patients with heart failure, but also the wider resources and services available to patients in their everyday environment.

3.4 Semi-Structured Interviews for the Validation of the Patient Journey

The final phase of the study centred on the collaborative development, validation, and refinement of the journey map, with a particular emphasis on stakeholder-driven improvements to enhance patient navigation and health literacy. This phase underscored that the main challenges in heart failure care are not primarily financial but structural, relating to coordination, education, and integration across the system. Both patients and professionals emphasized the need for the standardized and unified patient pathways and clinical guidelines at the national level, supported by a systematic monitoring of heart failure patients. Strengthening interdisciplinary collaboration and ensuring stronger connections between the primary, secondary, and tertiary care, as well as with the local stakeholders, were identified as essential. The participants highlighted the importance of expanding rehabilitation services with equitable regional access, and integrating patient associations and preventive workshops as key contributors to health literacy. Finally, introducing proBNP testing at the primary care level and reinforcing patient empowerment preventive programs were recognized as crucial steps to improve early diagnosis, continuity of care, and self-efficacy in disease management. The identified themes are presented below.

Theme 1: Accessibility of Specialist Services, Fragmentation and Systemic Barriers

Both patients and experts identified significant systemic barriers to effective heart failure care, primarily linked to limited accessibility of specialist outpatient services, workforce overload, and fragmented coordination across the levels of care. Long waiting times, difficulties reaching physicians, and insufficient consultation time were reported by the patients: "Doctors are often unreachable by phone ... they don't have time for conversation." (P3) The experts, on the other hand, emphasized staff shortages and inadequate infrastructure, particularly in certain regions. The lack of unified national guidelines and reliance on individual initiatives further contribute to inconsistencies in professional knowledge and patient instructions: "... information differs even among professionals, ... we are overloaded ..." (SPE2). The fragmented communication between the primary, secondary, and tertiary care often results in unclear responsibilities, lost data, and delays, leaving patients uncertain about where to turn for test results or follow-up. Overall, these structural deficiencies reinforce inequality

of access, undermine continuity of care, and increase reliance on emergency hospital admissions.

Theme 2: Multidisciplinary Care

Validation confirmed that multidisciplinary care is central to improved outcomes. The involvement of different healthcare professionals was described as crucial. The experts stressed that multidisciplinary monitoring during hospitalization significantly improves patient self-care and quality of life, while reducing rehospitalizations. Also, nurses were repeatedly described as the “first point of contact” (SPE4) and continuous companions along the patient journey. Beyond providing clinical care, they play a central role in education, motivation, and follow-up after hospital discharge. They act as a bridge between the hospital and community care, directing patients to reference clinics, community nursing, lifestyle workshops, and patient associations.

Theme 3: Rehabilitation, Diagnostics, Continuity, and Digital Support

Both patients and professionals emphasized the importance of rehabilitation, with many expressing that programs should take place in the rehabilitation centres or health resorts rather than hospitals. As one participant suggested: “If you dedicate the whole day just to therapies ... in a health resort, that would be positive” (P1) The experts further stressed equity of access, highlighting: “Therapeutic programs must be accessible to all patients with heart failure, and health resorts should play an active role in continuing rehabilitation.” (SPE2)

The experts further proposed: “ProBNP testing should be introduced at the primary care level and in emergency departments as a standard part of the diagnostic process for suspected heart failure.” (SPE1) This would allow for faster and more reliable diagnosis and reduce unnecessary delays in treatment.

After hospital discharge, the continuity of care is ensured in specialized heart failure clinics, where patients receive clinical monitoring, medication titration, additional diagnostics, and lifelong rehabilitation. Digital tools, such as telemonitoring and 24-hour blood pressure monitoring, were highlighted as promising innovations for improving care quality and detecting complications early.

Theme 4: Health Literacy and Patient Empowerment

The interviews highlighted the critical gaps in patient information and health literacy, which limited self-management and confidence in care. The patients frequently described receiving only verbal instructions about the prevention and lifestyle adaptation, which were easily forgotten. As one explained: “If I got it in writing, it would be easier to understand, but otherwise you just forget.” (P4) Another suggested: “... better information about prevention and life with the disease, ... through oral counselling or leaflets ...” (P2) The patients also noted inconsistent advice across providers, creating confusion regarding treatment and daily management. The experts agreed that the issue lies not only in the access to information but also in the comprehension and use.

As one specialist stressed: “At follow-ups, we check understanding and knowledge, provide individual health education, review the diary of vital signs ...” (SPE3)

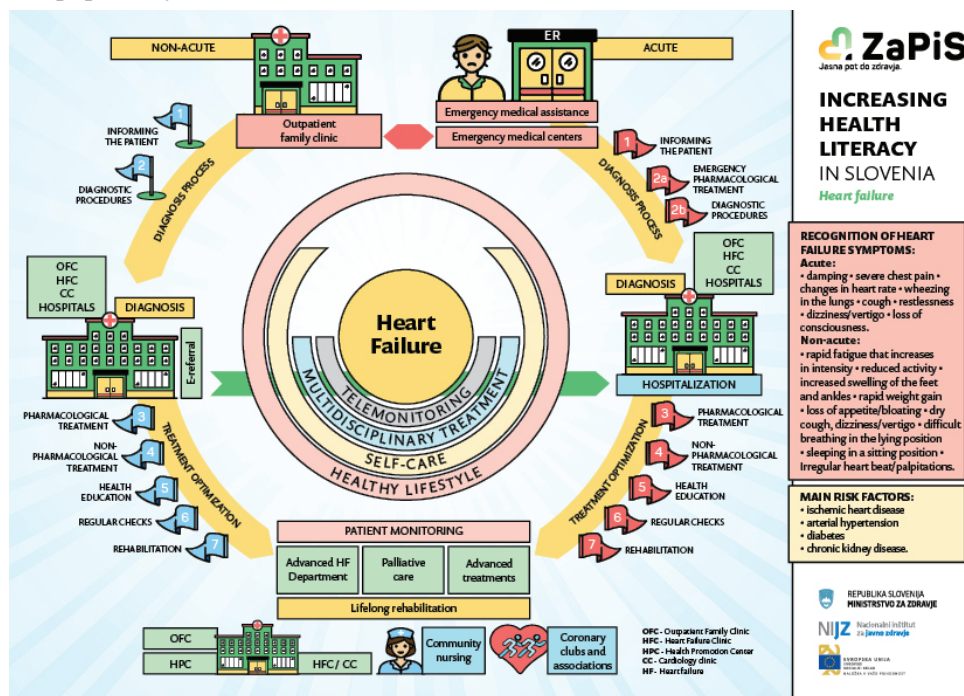
A key element of empowerment was support from family members, who often compensate for the absence of formal psychosocial services. Relatives assist with diet, physical activity, and emotional well-being, as one patient reflected: “My wife helped me understand what I can eat and what I cannot ...” (P3) The experts emphasized that families should be systematically included in the education and rehabilitation programs, as this strengthens the patients’ self-efficacy. At the same time, the patients’ attitudes, such as reluctance to ask questions, distrust of physicians, or attention-seeking, were identified as barriers to constructive collaboration with healthcare professionals.

A comparison of perspectives across the participant groups and research phases revealed notable differences in how the heart failure care pathway is experienced and understood. The patients emphasized the challenges related to access, long waiting times, inconsistent or insufficient information, and uncertainty during the transitions between the levels of care. The healthcare professionals, in contrast, predominantly highlighted the systemic constraints – staff shortages, workload pressures, and the absence of unified national guidelines – which they believed contribute to informational inconsistency and hinder the continuity of care. The specialized heart failure teams further underscored the importance of early diagnostics, strengthened multidisciplinary collaboration, and expanded rehabilitation services. The validation phase confirmed these distinctions: while the patients stressed the need for clear, coherent information and structured navigation support, the professionals emphasized system-level standardization and improved interprofessional communication as critical to addressing the current gaps.

The model’s visual and stepwise approach, including decision points, responsibilities, and timelines, was identified as decisive for promoting health literacy and effective system navigation. Figure 1 illustrates the mapped journey of heart failure patients within the Slovenian healthcare system.

Figure 1

Heart Failure Patient Journey in the Slovenian Healthcare System/Pot pacienta s srčnim popuščanjem v slovenskem zdravstvenem sistemu



4 Discussion

The patient journey for individuals with heart failure is complex and multifaceted, requiring a strong emphasis on navigational health literacy, patient empowerment, self-efficacy, multidisciplinary collaboration, and co-creation within the healthcare system. Navigational health literacy plays a central role, enabling patients to understand their condition, engage in self-management, and effectively navigate healthcare services. Evidence suggests that patients with higher levels of health literacy achieve better self-care and experience fewer hospitalizations (Chen et al., 2020). However, fragmented communication and inconsistent information continue to hinder effective navigation (Štemberger Kolnik et al., 2024). These challenges were also reflected in our research, where both patients and professionals emphasized the need for standardized and unified national guidelines, supported by a systematic monitoring of heart failure patients.

Patient empowerment, supported through education and ongoing guidance, is equally critical. Empowered patients are more likely to adhere to treatment and engage actively in care (Hickmann et al., 2022). Closely linked is self-efficacy, the belief in a person’s ability to manage health, which has been shown to improve self-care be-

haviours in chronic conditions, such as heart failure (Nesbitt et al., 2021). Validation findings underscored this need by highlighting the importance of reinforcing patient empowerment programs at the primary care level and within the local community, ensuring accessible preventive support initiatives that help patients strengthen their self-management skills and cope more effectively with their condition.

Multidisciplinary collaboration further strengthens self-efficacy by providing consistent, tailored support across different professional roles, including physicians, nurses, pharmacists, and dietitians (Rao et al., 2022). Validation results confirmed this by pointing to the need to strengthen the interdisciplinary connections and ensure a closer integration between the primary, secondary, and tertiary care, as well as with the local stakeholders. Introducing diagnostic tools, such as proBNP testing, which may facilitate earlier diagnosis and support patients' confidence in managing their disease, was further emphasized as a crucial step to improve accessibility to rapid diagnostics at the entry point into the healthcare system. The importance of digital tools, such as telemonitoring, 24-hour blood pressure monitoring, and digital diaries, was emphasized, which can enhance early detection of deterioration and increase the effectiveness of treatment (Dibek et al., 2025). Expanding rehabilitation services with equitable regional access was also recognized as essential for ensuring the continuity of care and supporting patients' long-term management.

Co-creation in healthcare involves patients actively participating in their care, which can significantly enhance their health literacy and self-management capabilities. The development of patient journey maps, as highlighted in recent studies, facilitates a better understanding of the patient experience and identifies key touchpoints for intervention (Wu et al., 2025). This collaborative approach not only empowers patients, but also fosters a sense of ownership over their health, leading to improved adherence to treatment and better health outcomes (Fomo et al., 2025). In this respect, integrating patient associations and preventive workshops into the patient pathway, as emphasized by the participants in the validation phase, is a meaningful step toward co-creation and health literacy promotion.

Although the patient journey model was developed within the Slovenian healthcare system, its core components – navigational health literacy, early diagnostics, multidisciplinary coordination, patient empowerment, and clearly defined transitions of care – align with the internationally recognized principles of heart failure management. As such, the model holds potential for transferability to other clinical or geographical settings, particularly those facing similar challenges of fragmentation, unequal access, or limited coordination between care levels. While local adaptation would be necessary in systems with different organizational structures or resource constraints, the model's foundational elements – standardized patient pathways, transparent responsibilities, and active involvement of patients and families – remain broadly applicable and relevant.

5 Conclusion

Enhancing navigational health literacy, fostering empowerment and self-efficacy, and promoting multidisciplinary and co-creative approaches are vital to improving the patient journey for individuals with heart failure. Overcoming systemic barriers through standardized, integrated care and targeted support can significantly improve the outcomes and quality of life. Future research should continue to explore innovative strategies, including technological solutions and collaborative practices, to further empower patients in managing their condition.

Funding

The research was conducted as part of the project Increasing Health Literacy in Slovenia, whose investment is co-financed by the Ministry of Health and the European Union from the European Social Fund.

Andreja Ljubič, dr. Tamara Štemberger Kolnik, dr. Andreja Hrovat Bukovšek

Model poti pacienta s srčnim popuščanjem za dvig navigacijske zdravstvene pismenosti: kvalitativna študija v Sloveniji

Srčno popuščanje predstavlja globalno naraščajoč izziv za zdravstvene sisteme, saj zahteva kontinuirano, usklajeno in pacientu prilagojeno obravnavo. Kljub napredku v zdravljenju ostaja srčno popuščanje eden vodilnih vzrokov za hospitalizacije, ponovne sprejeme in smrtnost, kar je zlasti povezano z nepopolno integracijo različnih ravni zdravstvene oskrbe, omejenim dostopom do strokovnjakov ter pomanjkanjem kontinuirane podpore pacientom (Kwok idr., 2022; Liljeroos idr., 2023). Kot poudarjajo Rao idr. (2022) ter Di Salvo idr. (2025), učinkovita obravnava pacienta s srčnim popuščanjem temelji na multidisciplinarnosti, zgodnji diagnostiki in strukturirani vseživljenjski rehabilitaciji, medtem ko White-Williams idr. (2020) izpostavljajo tudi vpliv širših socialnih determinant zdravja na izide zdravljenja. Zaradi teh razhajanj postaja navigacijska zdravstvena pismenost ključni element pri razumevanju bolezni, sprejemanju odločitev in samostojnemu upravljanju kroničnega stanja (Chen idr., 2020; Nesbitt idr., 2021). Pričujoča študija je s kombinirano kvalitativno metodologijo celostno preučila pot pacientov s srčnim popuščanjem v slovenskem zdravstvenem sistemu ter z uporabo načel soustvarjanja vključila paciente, svojce, zdravstvene delavce, specializirane time za obravnavo pacientov s srčnim popuščanjem, zdravstvene odločevalce in predstavnike nevladnih organizacij. Raziskovalni pristop je združeval pet komplementarnih faz: sistematični pregled spletnih strani državnih institucij in zdravstvenih ustanov, polstrukturirane intervjuje s pacienti in zdravstvenimi delavci, dodatne intervjuje s specializiranimi timi za obravnavo pacientov s srčnim popuščanjem v vseh slovenskih bolnišnicah, oblikovanje modela poti pacienta ter

končno validacijo z uporabniki in strokovnjaki. Podatki so bili analizirani s pomočjo reflektivne tematske analize, kar je omogočilo identifikacijo ovir, potreb in priložnosti za izboljšanje obravnave. Sistematični pregled spletnih virov je pokazal, da so informacije o srčnem popuščanju na spletnih straneh zdravstvenih domov in bolnišnic večinoma splošne, redkeje podrobno klinično ali uporabniško usmerjene. Med 68 zdravstvenimi domovi in 27 bolnišnicami je bilo identificirano le 46 vsebinsko relevantnih objav, predvsem na bolnišničnih straneh. Vsebine so se v večini osredotočale na opis bolezni, simptome, dejavnike tveganja in osnovne možnosti zdravljenja, redkeje pa na rehabilitacijo, vlogo svojcev ali dolgoročno samooskrbo. Dostopnost in preglednost podatkov se med ustanovami močno razlikujeta, kar kaže na neenotno raven organizacijske zdravstvene pismenosti v zdravstvenem sistemu (Farmanova idr., 2018). Poglobljeni intervjuji s pacienti in strokovnjaki so razkrili tri večje tematske sklope. V prvem sklopu so bile izpostavljene ovire v sistemu: dolge čakalne dobe, omejena dostopnost zdravnikov, preobremenjenost kadra, pomanjkanje časa za pogovor, razdrobljena komunikacija med ravnmi oskrbe in strah pacientov pred spraševanjem. Drugi sklop predstavlja ključne elemente za uspešno obvladovanje bolezni: strokovna in čustvena podpora zdravstvenega osebja in družine, dosledne in med seboj usklajene informacije, postopno opolnomočenje in spodbujanje samooskrbe. Tretji sklop so predlogi za izboljšave, ki vključujejo sistematično spremljanje pacientov, integracijo storitev, razširitev rehabilitacijskih programov ter razvoj ciljno usmerjenih izobraževalnih in preventivnih delavnic. Intervjuji s specializiranimi timi za obravnavo pacientov s srčnim popuščanjem so dodatno poudarili pomen zdravstvene pismenosti kot večdimenzionalnega koncepta. Komunikacijska dimenzija zdravstvene pismenosti se kaže v prilagojenem svetovanju, pisnih navodilih, preverjanju razumevanja in vključevanju svojcev. Strokovnjaki so poudarili potrebe po zgodnji diagnostiki, med katero pomembno vlogo zavzema določanje proteina NT-proBNP v krvi (presejalni test za srčno popuščanje) na primarni ravni, kar bi omogočilo hitrejše prepoznavanje bolezni in zmanjšalo nepotrebne napotitve ter hospitalizacije. Prav tako so poudarili pomen digitalnih orodij, kot so telemonitoring, 24-urno spremljanje krvnega tlaka in digitalni dnevniki, ki lahko izboljšajo zgodnje zaznavanje poslabšanja in povečajo učinkovitost obravnave (Dibek idr., 2025). Za učinkovito obvladovanje srčnega popuščanja je nujna dobro organizirana multidisciplinarna obravnava, ki vključuje zdravnike, medicinske sestre, farmacevte, fizioterapevte, dietetike, psihologe in druge strokovnjake. Medicinske sestre so bile opisane kot ključni akterji v komunikaciji, edukaciji in spremljanju pacientov skozi celotno pot, tudi po odpustu iz bolnišnice. Validacija razvitega modela poti pacienta je potrdila, da glavni izzivi pri obravnavi SP v Sloveniji niso le finančni, temveč predvsem strukturni. Potrjene so bile uporabnost, preglednost in praktična vrednost modela. Uporabniki so ocenili, da vizualna predstavitev pomembno prispeva k razumevanju prehodov med ravnmi oskrbe, omogoča boljšo orientacijo v sistemu ter povečuje občutek nadzora nad lastnim zdravljenjem. Med ključnimi izboljšavami, ki jih je treba sistemsko uvesti, so izpostavili: uvedbo proBNP testiranja v primarnem zdravstvu in urgentnih službah, kar bi pospešilo diagnostiko, razvoj nacionalno usklajenega protokola za obravnavo srčnega popuščanja, krepitev interdisciplinarnega sodelovanja, večjo vključenost lokalnih skupnosti in nevladnih organiza-

cij, regionalno enakomernejšo dostopnost rehabilitacijskih programov ter krepitev preventivnih programov za opolnomočenje pacientov v primarnem zdravstvu. Skladno s sodobnimi raziskavami (Rao idr., 2022; Epelde, 2024) validacija potrjuje, da integrirana in pacientu prilagojena oskrba zmanjšuje fragmentacijo in izboljšuje izide zdravljenja. Raziskava poudarja, da sta navigacijska zdravstvena pismenost in opolnomočenje pacientov ključna dejavnika za uspešno obvladovanje srčnega popuščanja. Pacienti z višjo stopnjo zdravstvene pismenosti izkazujejo boljšo samooskrbo, večjo adherenco ter manj hospitalizacij (Chen idr., 2020; Nesbitt idr., 2021). Soustvarjanje modela poti pacienta dodatno spodbuja občutek vključevanja in razumevanja lastnega zdravljenja, kar potrjujejo tudi druge raziskave o uporabniško usmerjenih pristopih v kliničnem okolju (Walden idr., 2020; Wu idr., 2025). Študija hkrati opozarja na strukturne ovire sistema, med katerimi so najpomembnejše pomanjkanje usklajenih smernic, neenakomerna regionalna dostopnost storitev, zamude pri diagnostiki ter nekontinuirana obravnava med ravnmi oskrbe. Raziskava potrjuje, da celostno zasnovana, soustvarjena pot pacienta s srčnim popuščanjem predstavlja ključen korak k izboljšanju kontinuitete oskrbe, preglednosti sistema ter večji vključitvi pacientov v lastno zdravljenje. Takšen model presega tradicionalne linearne klinične poti, saj upošteva dejanske izkušnje pacientov, njihove potrebe ter sistemske okoliščine, s katerimi se srečujejo na prehodih med ravnmi zdravstvene obravnave. Rezultati jasno kažejo, da bolj usklajeni in standardizirani procesi – od zgodnje diagnostike, kamor sodi tudi uvedba proBNP testiranja na primarni ravni, do razširitve dostopnih rehabilitacijskih programov – pomembno prispevajo k hitrejšemu prepoznavanju bolezni, učinkovitejšemu zdravljenju in manjšemu številu nepotrebnih hospitalizacij. Poleg strukturnih izboljšav raziskava izpostavlja tudi nujnost krepitev preventivnih, edukativnih in psihosocialnih aktivnosti, ki so temelj opolnomočenja pacientov in njihovega dolgoročnega obvladovanja bolezni. Navigacijska zdravstvena pismenost se kaže kot osrednji mehanizem, preko katerega pacienti dobijo znanje in spretnosti za učinkovito uporabo zdravstvenih storitev, razumevanje navodil ter ustrezno samooskrbo. V tem kontekstu model poti ne predstavlja zgolj tehničnega opisa postopkov, temveč uporabno in večplastno orodje, ki pacientom, svojcem in strokovnjakom omogoča jasnejšo orientacijo, lažje razumevanje odgovornosti ter boljšo povezanost med različnimi ravnmi sistema. Soustvarjanje, ki je temeljni princip raziskave, se je izkazalo kot izjemno pomembno, saj vključevanje pacientov, zdravstvenih delavcev, nevladnih organizacij in odločevalcev omogoča bolj realistično, izvedljivo in trajnostno zasnovano integriranih modelov oskrbe. Validacija poti dodatno krepi legitimnost predlaganih rešitev in odpira možnosti za njihovo implementacijo v širši zdravstveni kontekst. Celovito gledano rezultati raziskave nudijo dragocena izhodišča za nadaljnji razvoj zdravstvenih politik in implementacijo integriranih modelov oskrbe, ki temeljijo na enakosti, multidisciplinarnosti in pacientu prilagojenih pristopih. Okrepljena navigacijska zdravstvena pismenost, visoka stopnja pacientovega opolnomočenja ter učinkovito medpoklicno sodelovanje predstavljajo ključne vzvode za bolj kakovostno, pravično in trajnostno obravnavo pacienta s srčnim popuščanjem v Sloveniji. Vse to kaže, da usklajen, soustvarjen in jasno strukturiran model oskrbe ni le priložnost, temveč nujen korak k sodobnemu in pacientu prijaznemu zdravstvenemu sistemu.

LITERATURE

1. Chen, A. M. H., Yehle, K. S., Plake, K. S., Rathman, L. D., Heinle, J. W., Frase, R. T., Anderson, J. G., & Bentley, J. (2020). The role of health literacy, depression, disease knowledge, and self-efficacy in self-care among adults with heart failure: An updated model. *Heart & Lung, 49*(6), 702–708. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.08.004>
2. Di Salvo, F., Cusmano, I., Loguercio, M., Di Lauro, S., Grati, P., Gonnella, S., Toccafondi, A., Novembre, G., Ambrosetti, M., & Morici, N. (2025). Heart failure and early cardiac rehabilitation: Pilot experience and definition of the patient journey. *European Journal of Preventive Cardiology, 32*(1), zwaf236.044. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaf236.044>
3. Dibek, E. N., Eren, M. G., Sert, H., & Kocayigit, İ. (2025). Relationship of health behaviors and symptom status mediated by digital health literacy in persons with heart failure. *Nursing Research, 74*(5), 349–356. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000828>
4. Epelde, F. (2024). Current status, challenges, and future directions in cardiac rehabilitation. *Medicina, 60*(3), 388. <https://doi.org/10.3390/medicina60030388>
5. Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry, 55*, 46958018757848. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
6. Fomo, M., Borga, L. G., Abel, T., Santangelo, P. S., Riggare, S., Klucken, J., & Paccoud, I. (2025). Empowering capabilities of people with chronic conditions supported by digital health technologies: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research, 27*, e68458. <https://doi.org/10.2196/68458>
7. Giusti, A., Pukrittayakamee, P., Wannarit, K., Thongchot, L., Janwanishstaporn, S., Nkhoma, K., Venkatapuram, S., & Harding, R. (2024). How to deliver person-centred care for people living with heart failure: A multistakeholder interview study with patients, caregivers and healthcare professionals in Thailand. *BMC Health Services Research, 24*(1), 1570. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11922-z>
8. Hickmann, E., Richter, P., & Schlieter, H. (2022). All together now—Patient engagement, patient empowerment, and associated terms in personal healthcare. *BMC Health Services Research, 22*(1), 1116. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08501-5>
9. HLS-EU Consortium. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
10. Kwok, C. S., Satchithananda, D., Ahmed, F. Z., Chue, C. D., Barker, D., Patwala, A., Duckett, S., & Mallen, C. D. (2022). A critical evaluation of patient pathways and missed opportunities in treatment for heart failure. *Journal of Cardiovascular Development and Disease, 9*(12), 455. <https://doi.org/10.3390/jcdd9120455>
11. Liljeroos, M., Agvall, B., Eek, D., & Fu, M. (2023). Experiences of heart failure and the treatment journey: A mixed-methods study among patients with heart failure in Sweden. *Patient Preference and Adherence, 17*, 1935–1947. <https://doi.org/10.2147/PPA.S418760>
12. Nesbitt, K., Du, H., Nolan, P., Cartledge, S., Wonggom, P., & Clark, R. A. (2021). The relationship between health literacy and self-care in patients with heart failure. *British Journal of Cardiac Nursing, 16*(3), 1–10. <https://doi.org/10.12968/bjca.2020.0128>
13. Rao, V. U., Bhasin, A., Vargas, J., Jr., & Arun Kumar, V. (2022). A multidisciplinary approach to heart failure care in the hospital: Improving the patient journey. *Hospital Practice, 50*(3), 170–182. <https://doi.org/10.1080/21548331.2022.2082776>
14. Richardson, C. R., Franklin, B., Moy, M. L., & Jackson, E. A. (2019). Advances in rehabilitation for chronic diseases: Improving health outcomes and function. *BMJ, 365*, l2191. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2191>
15. Shaban, M., Mohammed, H. H., Gomaa Mohamed Amer, F., Shaban, M. M., Abdel-Aziz, H. R., & Ibrahim, A. M. (2024). Exploring the nurse-patient relationship in caring for the health priorities of older adults: Qualitative study. *BMC Nursing, 23*(1), 480. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02099-1>

16. Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
17. Štemberger Kolnik, T., Filej, B., Nemeš, S., & Ljubič, A. (2024). Navigating the patient with heart failure through the healthcare system – The perspective of hospital nurses. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 12(2), 227–233. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2024.11882>
18. Walden, A., Garvin, L., Smerek, M., & Johnson, C. (2020). User-centered design principles in the development of clinical research tools. *Clinical Trials*, 17(6), 703–711. <https://doi.org/10.1177/1740774520946314>
19. White-Williams, C., Rossi, L. P., Bittner, V. A., Driscoll, A., Durant, R. W., Granger, B. B., Graven, L. J., Kitko, L., Newlin, K., & Shirey, M.; American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; and Council on Epidemiology and Prevention. (2020). Addressing social determinants of health in the care of patients with heart failure: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 141(22), e841–e863. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000767>
20. Wu, J. R., Lin, C. Y., Kang, J., & Moser, D. K. (2025). Cognitive impairment and limited health literacy are associated with poor health outcomes among patients with heart failure residing in rural areas. *Journal of Rural Health*, 41(1), e12919. <https://doi.org/10.1111/jrh.12919>

Andreja Ljubič, MSc in Nursing, lecturer at the Faculty of Health Sciences in Celje

E-mail: andreja.ljubic@fvzce.si

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1310-8793>

Tamara Štemberger Kolnik, PhD, Associate Professor at the Faculty of Health Sciences in Celje

E-mail: tamara.stemberger-kolnik@fvzce.si

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8241-0550>

Andreja Hrovat Bukovšek, PhD, Associate Professor at the Faculty of Health Sciences in Celje and employed at the Celje General Hospital

E-mail: andreja.hrovat-bukovsek@fvzce.si

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1271-2737>

Počitek pri kronični bolečini v spodnjem delu hrbta – razkorak med prakso in smernicami

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.185>

Izvirni znanstveni članek

UDK 616.711-009.7-036.1:615.8

KLJUČNE BESEDE: kronična bolečina v spodnjem delu hrbta, počitek, klinične smernice, biopsihosocialni model obravnave, fizioterapija

POVZETEK – Kronična nespecifična bolečina v spodnjem delu hrbta je pogosta in predstavlja javnozdravstveni ter ekonomski izziv. Sodobne smernice priporočajo ohranjanje aktivnosti, omejevanje dolgotrajnega počitka in prilagojeno vključevanje dela. Napačna prepričanja o počitku lahko vplivajo na priporočila fizioterapevtov in okrevanje bolnikov. V presečni študiji je 104 fizioterapevtov iz primarnega zdravstva v Sloveniji preko spletnega vprašalnika izpolnilo HC-PAIRS, Back-PAQ in vprašanja o kliničnem primeru (aktivnost, delo, počitek). Največja skladnost s smernicami je bila pri telesni aktivnosti (54%), medtem ko so bila priporočila glede dela (neskladna pri 89%) in počitka (neskladna pri 64%) v veliki meri neskladna. Večina fizioterapevtov je še vedno svetovala omejitve počitka v postelji, kljub dokazom o škodljivosti dolgotrajnega počitka. Rezultati poudarjajo potrebo po izboljšanjem strokovnem izobraževanju za spodbujanje aktivnega pristopa in skladnost s smernicami, kar lahko izboljša izide bolnikov.

Original scientific article

UDC 616.711-009.7-036.1:615.8

KEYWORDS: chronic low back pain, rest, clinical guidelines, biopsychosocial model of care, physiotherapy

ABSTRACT – Chronic non-specific low back pain is common, and represents a public health and economic challenge. The current guidelines recommend maintaining activity, limiting prolonged bed rest, and appropriately adapting work participation. Misconceptions about rest can influence physiotherapists' recommendations and patient recovery. In a cross-sectional study, 104 physiotherapists from primary care in Slovenia completed the HC-PAIRS, Back-PAQ, and clinical case questions (activity, work, rest) via an online questionnaire. The highest adherence to guidelines was observed for physical activity (54%), while recommendations regarding work (non-adherent in 89%) and rest (non-adherent in 64%) were largely inconsistent with the current guidelines. Most physiotherapists still recommended restrictions on bed rest, despite evidence of the harmful effects of prolonged rest. The results highlight the need for improved professional education to promote an active approach and guideline adherence, which may enhance patient outcomes.

1 Uvod

Bolečina v spodnjem delu hrbta (BSH) je eden najpogostejših zdravstvenih problemov, ki prizadene ljudi vseh starostnih skupin in socialno-ekonomskih okolij po vsem svetu. Življenjska prevalenca BSH dosega do 84%, pri približno petini bolnikov pa se razvije kronična oblika (Zhou idr., 2024). Najpogosteje je prizadeta delovno aktivna populacija, zato stanje predstavlja pomemben javnozdravstveni in ekonomski izziv. Visoka razširjenost BSH je povezana z zmanjšano produktivnostjo, obsežnimi stroški zdravstvene oskrbe ter pomembnim vplivom na kakovost življenja posame-

znikov (Hartvigsen idr., 2018). Sistematična analiza študije o globalnem bremenu boleznih 2021 je pokazala, da so pomembni dejavniki tveganja povezani z življenjskim slogom, poklicno ergonomsko obremenitvijo, kajenjem in debelostjo (GBD 2021 Low Back Pain Collaborators (GBD), 2023).

Etiologija BSH je večfaktorska in kompleksna. Posamezni dejavniki tveganja le redko zadostujejo za razlago kompleksnih pojavov, saj kombinacija več dejavnikov pogosto deluje sinergijsko in vodi do večjega skupnega učinka (Marras, 2008). V približno 90 % primerov BSH ni mogoče opredeliti specifičnega patoanatomskega vzroka, zato govorimo o nespecifični bolečini (Sheeran idr., 2012). Če simptomi trajajo več kot 12 tednov, stanje opredelimo kot kronična nespecifična bolečina v spodnjem delu hrbta (KNBSH) (Burton idr., 2006). V tem kontekstu je poleg nociceptivne in nevropatske bolečine pomembno prepoznati tudi nociplastično bolečino, ki izhaja iz spremenjene nocicepcije brez jasne poškodbe tkiva ali živcev (Fitzcharles idr., 2021; Clauw, 2024). Ta vrsta bolečine pomaga razložiti, zakaj se bolečina pogosto pojavlja brez očitne patologije, zakaj lahko vztraja po tem, ko je tkivo že zaceljeno, ali zakaj je njena intenzivnost nesorazmerna z obsegom poškodbe (Arendt-Nielsen idr., 2018; As-Sanie idr., 2021; Brummett idr., 2015; Soni idr., 2019).

Kompleksnost KNBSH kaže na omejitve tradicionalnega biomedicinskega modela, ki bolečino razume predvsem kot posledico strukturne okvare ali poškodbe tkiva. Zato je biopsihosocialni model (BPSM) postal osrednji konceptualni okvir, ki bolečino razume kot rezultat prepletanja bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov (Smart, 2023). Pri obravnavi KNBSH omogoča celostno razumevanje bolečine kot subjektivne izkušnje, ki vključuje senzorične, čustvene, kognitivne in socialne dimenzije (Rankin, 2020). Empirični dokazi podpirajo uporabnost BPSM, kar se odraža tudi v številnih mednarodnih kliničnih smernicah, vključno s priporočili britanskega Nacionalnega inštituta za odličnost zdravja in oskrbe (NICE, 2016). Te smernice svetujejo, da zdravljenje prve izbire zajema vadbeno terapijo, izobraževanje, kognitivno-vedenjsko terapijo ter spodbujanje k aktivnemu življenjskemu slogu, zmanjševanju počitka v postelji in vzdrževanju ustreznih spalnih navad (Qaseem idr., 2017; Stochkendahl idr., 2018). Poudarek na zmanjševanju počitka ni nov. Že v 90. letih prejšnjega stoletja, po izdaji smernic leta 1994, je literatura navajala, da počitek pri akutni in kronični BSH ni primeren. To ugotovitev potrjuje tudi najnovejši pregled Cochranovih sistematičnih pregledov, ki povzema sodobne dokaze o nefarmakoloških in nekirurških pristopih k zdravljenju BSH (Rizzo idr., 2025). Nasvet, da bolniki ostanejo aktivni, je povezan s hitrejšim okrevanjem, manjšo stopnjo invalidnosti in zmanjšano pogostostjo ponovnih epizod bolečine.

Poleg tega priporočila za preprečevanje in obvladovanje BSH izpostavljajo pomen redne telesne dejavnosti in omejevanje dolgotrajnega sedenja. Telesna dejavnost (vsaj 150 minut na teden), sedeče vedenje (največ 8 ur na dan) in spanje (od 7 do 9 ur na dan) skupaj tvorijo dnevno porabo časa v 24 urah (Dumuid idr., 2020). Ker se ta vedenja med seboj izključujejo in so časovno omejena na skupno dolžino dneva, sprememba v enem vedno pomeni spremembo v drugem. Zaradi tega jih je smiselno obravnavati celostno. Kljub temu trenutne smernice še ne določajo, koliko časa je

priporočljivo nameniti posamezni obliki telesne dejavnosti in kakšna naj bi bila njena intenzivnost za učinkovito obvladovanje ter zmanjšanje ponavljanja epizod BSH (Cormachio idr., 2024).

Fizioterapevti imajo ključno vlogo pri obravnavi KNBSH, vendar se pogosto soočajo z izzivi pri implementaciji biopsihosocialnega pristopa v klinično prakso. Njihova osebna prepričanja in stališča o bolečini lahko pomembno vplivajo na izbiro terapevtskih ukrepov in skladnost s kliničnimi smernicami (Darlow idr., 2012). Zdravljenje, osredotočeno izključno na strukturne in biomehanske dejavnike, pogosto ne prinese želenih rezultatov, kar fizioterapevti včasih napačno pripišejo nesodelovanju bolnikov, pomanjkanju motivacije ali njihovi naklonjenosti pasivnim pristopom. V resnici pa lahko takšno vedenje bolnikov odraža prisotnost kognitivnih, psiholoških ali socialnih dejavnikov, ki ostanejo neprepoznani in neobravnani (Synnott idr., 2015).

Namen raziskave je bil preučiti stališča in poznavanje smernic fizioterapevtov na primarni ravni v Sloveniji ter njihova priporočila bolnikom s KNBSH glede dela, počitka in telesne dejavnosti.

2 Metode

2.1 Zasnova študije

V raziskavo so bili vključeni fizioterapevti, zaposleni na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji, tako v javnem kot v zasebnem sektorju. K izpolnitvi spletne ankete so bili povabljeni prek službenih elektronskih naslovov, osebnih stikov ter objav na družbenem omrežju Facebook v skupini Fizioterapija. Anketiranje je potekalo od 6. junija do 22. julija 2024. Raziskava je bila izvedena skladno z načeli Helsinške deklaracije. Ker zbiranje podatkov ni posegalo v udeležence in je bilo popolnoma anonimno, etično soglasje ni bilo potrebno. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno, udeleženci pa so lahko kadar koli prekinili izpolnjevanje ankete.

2.2 Opis instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, oblikovan na podlagi pregleda literature. Vprašalnik je bil razdeljen na tri vsebinske sklope, ki so omogočili zbiranje podatkov o demografiji, stališčih in prepričanjih ter priporočilih pri kliničnem primeru bolnice s KNBSH. Instrumenti so bili izbrani zaradi svoje veljavnosti in pogoste uporabe v raziskavah o stališčih fizioterapevtov do BSH.

2.2.1 Sociodemografski vprašalnik

Prvi del vprašalnika je obsegal sociodemografska in poklicna vprašanja, ki so zajemala spol, stopnjo izobrazbe, pridobljena specialna znanja, področje zaposlitve, delovno dobo, mesečno število obravnavanih bolnikov s KNBSH, poznavanje kliničnih smernic ter upoštevanje le-teh pri delu. Udeleženci so prav tako navedli tri najpogosteje uporabljene fizioterapevtske postopke pri obravnavi bolnika s KNBSH.

2.2.2 Vprašalnik Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale (HC-PAIRS)

HC-PAIRS (Houben idr., 2004; Rainville idr., 1995) ocenjuje stališča in prepričanja zdravstvenih delavcev o razmerju med KNBSH in funkcionalno okvaro. Vprašalnik obsega 15 trditvev, razporejenih v štiri dimenzije: funkcionalna pričakovanja, socialna pričakovanja, potreba po zdravljenju ter projicirane kognicije (Bishop idr., 2007). Postavke so ocenjene na 7-stopenjski Likertovi lestvici (1 = močno se ne strinjam, 7 = močno se strinjam), pri čemer imajo trditve 1, 6 in 12 obrnjeno točkovanje. Skupni rezultat se lahko giblje med 15 in 105 točkami, pri čemer višje vrednosti odražajo prepričanje, da bolečina pomembno omejuje vsakodnevne funkcije – stališče, ki ni skladno s kliničnimi smernicami in sodobnimi strokovnimi dognanji. Cronbachova alfa za merjenje notranje konsistentnosti znaša 0,668, kar kaže na zmerno zanesljivost vprašalnika ($\alpha = 0,668$).

2.2.3 Vprašalnik Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ)

Back-PAQ (Darlow, 2014), različica z 10 trditvami, ocenjuje stališča do bolečine v hrbtu na 5-stopenjski Likertovi lestvici (-2 = povsem drži, 2 = sploh ne drži). Trditve 6, 7 in 8 imajo obrnjeno oceno. Skupni rezultat se giblje med -20 in 20, pri čemer negativne vrednosti odražajo prepričanja, ki niso skladna s smernicami in niso koristna za obravnavo bolečine v hrbtu. Za interpretacijo vprašalnika Back-PAQ je pet tematskih sklopov povezanih s postavkami: »ranljivost hrbta« (trditvi 1 in 2), »povezava med bolečinami v hrbtu in poškodbami« (trditvi 3 in 4), »udeležba v dejavnostih ob bolečinah v hrbtu« (trditvi 5 in 6), »psihološki vplivi na okrevanje« (trditvi 7 in 8) in »prognoza bolečin v hrbtu« (trditvi 9 in 10). Vse postavke so bile napisane v drugi osebi, kar omogoča personalizacijo vprašalnika. Namen te personalizacije je spodbuditi anketirance, da izrazijo svoja lastna prepričanja, namesto da projicirajo svoja prepričanja na ljudi z BSH ali izražajo prepričanja o teh ljudeh. Cronbachova alfa za merjenje notranje konsistentnosti je pokazala zelo dobro zanesljivost testa ($\alpha = 0,818$).

2.2.4 Klinični primer

Na podlagi kliničnega primera, ki so ga razvili Rainville in sodelavci (Bombardier, 1995 v Evans idr., 2005), so anketiranci odgovarjali na tri vprašanja glede priporočil za telesno aktivnost, delo in počitek v postelji. Odgovori so bili podani na 5-stopenjski ordinalni lestvici, kjer nižje vrednosti (1–3) predstavljajo priporočila, neskladna s kliničnimi smernicami, višje vrednosti (4–5) pa priporočila, skladna s smernicami. Anketiranci so ob koncu ocenili tudi stopnjo prepričanja o ustreznosti svojih priporočil. Ta del vprašalnika omogoča neposredno oceno priporočil fizioterapevtov glede počitka, kar je ključno za raziskavo.

2.3 Prevajalski postopek

Vprašalnika HC-PAIRS in Back-PAQ ter klinični primer še niso bili prevedeni v slovenščino, zato sta prevod izvedli dve osebi, ki tekoče govorita angleško, pri čemer je njun materni jezik slovenščina; ena ima zdravstveno, druga jezikoslovno izobrazbo.

Slovenske različice je pregledala profesorica slovenskega jezika. Ustreznost prevoda je bila preverjena s povratnim prevodom v angleščino, ki sta ga izvedli profesorici angleškega jezika, in primerjavo z izvorniki, s ciljem zagotavljanja vsebinske in jezikovne ustreznosti. Čeprav so bile pri prevodu uporabljene standardne smernice prevajanja naprej–nazaj, vprašalnika HC-PAIRS in Back-PAQ ter klinični primer še niso bili formalno kulturno in psihometrično validirani za slovenski prostor. Zato obstaja možnost, da prevedene postavke niso popolnoma vsebinsko, semantično in psihometrično ustrezne, kar lahko vpliva na natančnost merjenja posameznih konceptov.

2.4 Statistična analiza

Podatke smo obdelali s pomočjo spletne platforme IKA, statističnega programa IBM SPSS 25.0 ter programa Microsoft Excel. Uporabljeni sta bili deskriptivna in kvantitativna analiza, vključno s frekvenčno in opisno statistiko, t-testom, Spearmanovo korelacijo in Pearsonovim koeficientom. Prag za statistično značilnost je bil $p < 0,05$.

3 Rezultati

3.1 Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 104 fizioterapevtov. Podatki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kažejo, da je bilo junija 2024 v primarnem zdravstvenem varstvu zaposlenih 726 fizioterapevtov, kar pomeni, da vzorec 104 udeležencev predstavlja približno 14 % celotne populacije fizioterapevtov.

Med anketiranimi fizioterapevti je bilo 88 % žensk in 12 % moških, kar odraža splošno porazdelitev po spolu znotraj poklica. Večina fizioterapevtov (75 %) je pridobila izobrazbo v okviru visokošolskih strokovnih programov. Dodatnih specialnih znanj ni izkazovalo 58 % anketirancev, medtem ko je 30 % poročalo o dodatnih usposabljanjih na področju manualne ali mišično-skeletne terapije. Večina fizioterapevtov je bila zaposlena v javnem zdravstvu (78 %), 38 % pa jih je imelo manj kot pet let delovnih izkušenj. Več kot polovica fizioterapevtov (52 %) je poročala, da mesečno obravnava deset ali več bolnikov s KNBSH. Poznavanje kliničnih smernic je izkazalo 81 % fizioterapevtov, pri čemer jih 69 % te smernice tudi upošteva v vsakodnevni klinični praksi. Demografski podatki in delovne izkušnje anketiranih fizioterapevtov so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1

Demografski podatki respondentov in njihove delovne izkušnje (N = 104)/Demographic characteristics of respondents and their work experience (N = 104)

Značilnost	Kategorija	f	n (%)
Spol	moški	12	12
	ženski	92	88
Dokončana izobrazba	VI/1 – višješolski program (do 1994), višješolski strokovni program	8	8
	VI/2 – po starem programu: specializacija po višješolskem programu, visokošolski strokovni programi ali po bolonjskem programu: visokošolski strokovni in univerzitetni program (1. bol. st.)	78	75
	VII – po starem programu: specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program ali po bolonjskem programu: magisterij stroke (2. bol. st.)	18	17
	VIII/2 – doktorat znanosti (3. bol. st.)	0	0
Dodatna znanja	ne	60	58
	da (Spec MT, Spec MSK)	31	30
	druga specialna znanja	13	13
Področje dela	fizioterapevt v javnem zdravstvu	81	78
	fizioterapevt v zasebnem zdravstvu s koncesijo	12	12
	fizioterapevt v zasebnem zdravstvu brez koncesije	11	11
Število let delovne dobe	< 5 let	40	38
	5–19 let	33	32
	20–35 let	25	24
	≥ 36 let	6	6
Število bolnikov s kronično BSH v mesečni obravnavi	< 5	16	15
	5–9	34	33
	≥ 10	54	52
Poznavanje kliničnih smernic oz. priporočil za obravnavo bolnikov s kronično BSH	da	84	81
	ne	20	19
Upoštevanje kliničnih smernic oz. priporočil za obravnavo bolnikov s kronično BSH pri svojem delu	da	72	69
	ne	32	31
Razlogi za neupoštevanje kliničnih smernic oz. priporočil pri delu	ne poznam/premalo poznam smernice	17	16
	pri delu imam premalo časa	3	3
	ustaljene navade in prakse na delovnem mestu	6	6
	sistemsko neurejeno področje dela	11	11
	drugo	26	25

Legenda/Legend: f = frekvenca odgovorov/frequency of responses; n = delež anketirancev/proportion of respondents.

3.2 Priporočila fizioterapevtov glede dela, počitka in aktivnosti

Vprašanja, ki so temeljila na kliničnem primeru opisa bolnice z nespecifično BSH, so se nanašala na priporočila glede telesne aktivnosti, dela in počitka v postelji.

Pri vprašanju, ki se nanaša na telesno aktivnost, je 54 % fizioterapevtov podalo priporočila, skladna s smernicami. Večina izmed teh (47 %) je bolnici svetovala, naj se izogiba zgolj bolečim aktivnostim, medtem ko jih je 7 % priporočilo, da aktivnosti ne omejuje. Preostalih 46 % fizioterapevtov je podalo priporočila, ki niso skladna s smernicami, saj so svetovali omejitev aktivnosti na različne stopnje. To kaže, da skoraj polovica fizioterapevtov še vedno podaja priporočila, ki niso skladna z veljavnimi smernicami.

Pri vprašanju, ki se nanaša na priporočila glede dela, je le 11 % fizioterapevtov podalo priporočila, skladna s smernicami. Od teh jih je 9 % priporočilo, da bolnica opravlja vse obveznosti s krajšim delovnim časom, 2 % pa sta svetovala opravljanje vseh obveznosti s polnim delovnim časom. Kar 89 % fizioterapevtov je podalo priporočila, ki niso skladna s smernicami, saj so bolnici svetovali bodisi popolno odsotnost z dela (21 %) bodisi opravljanje lažjih del z omejitvami v delovnem času (68 %). Ta rezultat nakazuje, da večina fizioterapevtov še vedno priporoča omejitve, ki niso v skladu s sodobnimi smernicami in odražajo biomedicinsko usmerjenost.

Pri vprašanju, ki se nanaša na priporočila glede počitka, je smernicam skladna priporočila podalo 36 % fizioterapevtov. Od teh jih je 30 % bolnici svetovalo, naj se izogiba počitku v postelji, kolikor je to mogoče, medtem ko jih je 6 % priporočilo, da se v celoti izogiba počitku v postelji. Preostalih 64 % fizioterapevtov je podalo priporočila, ki niso skladna s smernicami, saj so svetovali počitek v postelji bodisi le ob hudih bolečinah (56 %) bodisi dlje časa (8 %). Ti rezultati kažejo, da večina fizioterapevtov še vedno priporoča določeno stopnjo počitka, kar ni skladno z veljavnimi smernicami. Podrobni deleži vseh odgovorov so predstavljeni v tabeli 2.

Tabela 2

Priporočila fizioterapevtov glede telesne aktivnosti, dela in počitka pri bolnici z nespecifično BSH v skladu s kliničnimi smernicami/Physiotherapists' recommendations regarding physical activity, work, and rest for a patient with non-specific low back pain in accordance with clinical guidelines

Področje	Skladnost	Izjava	f	N (%)
Telesna aktivnost	neskladno	1. Omeji vse fizične aktivnosti.	1	1
	neskladno	2. Fizično aktivnost omeji na manjše obremenitve.	24	23
	neskladno	3. Fizično aktivnost omeji na zmerne obremenitve.	23	22
	skladno	4. Se izogiba bolečim aktivnostim.	49	47
	skladno	5. Ne omejuje aktivnosti.	7	7
Delo	neskladno	1. Ostane odsotna z dela.	22	21
	neskladno	2. Opravlja lažja dela s krajšim delovnim časom.	41	39
	neskladno	3. Opravlja lažja dela s polnim delovnim časom.	30	29
	skladno	4. Opravlja vse obveznosti s krajšim delovnim časom.	9	9

	skladno	5. Opravlja vse obveznosti s polnim delovnim časom.	2	2
Počitek	neskladno	1. Počiva v postelji, dokler bolečina popolnoma ne izgine.	1	1
	neskladno	2. Počiva v postelji, dokler se bolečina bistveno ne izboljša.	8	8
	neskladno	3. Počiva v postelji le ob hudih bolečinah.	58	56
	skladno	4. Se izogiba počitku v postelji, kolikor je le mogoče.	31	30
	skladno	5. Se v celoti izogiba počitku v postelji.	6	6

Legenda/Legend: f = frekvenca odgovorov/frequency of responses; n = delež anketirancev/proportion of respondents.

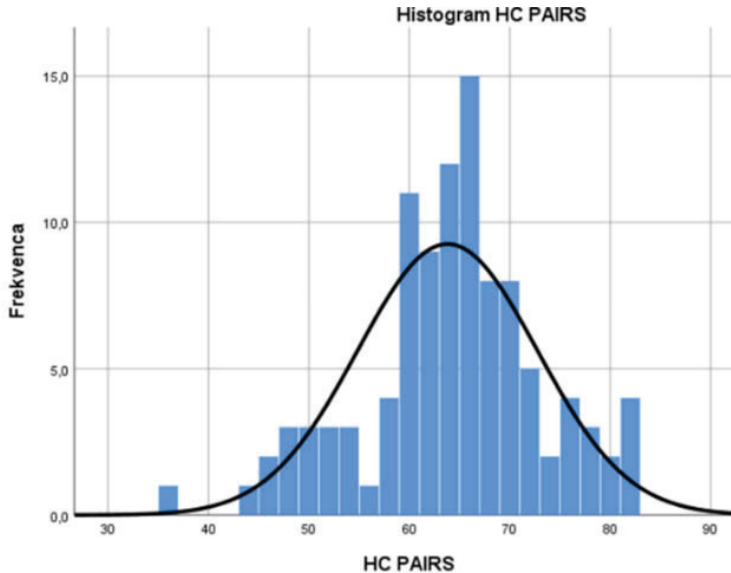
Večina anketiranih fizioterapevtov (54 %) je izrazila prepričanje v pravilnost podanih priporočil, pri čemer jih je 13 % navedlo, da so o svojih priporočilih popolnoma prepričani. Nasprotno se 28 % anketirancev glede pravilnosti svojih priporočil ni moglo opredeliti, 5 % pa jih je izrazilo dvom. Nihče izmed anketirancev ni navedel, da o svojih priporočilih sploh ni prepričan.

3.3 Stališča in prepričanja fizioterapevtov

Izračunana povprečna vrednost (M) za vprašalnik HC-PAIRS znaša $M = 63,80$, kar kaže na izrazito biomedicinsko naravnost anketiranih fizioterapevtov. Največji delež anketiranih fizioterapevtov (81 %) se delno ali močno ne strinja s trditvijo, da bi morali bolniki s kronično BSH sprejeti dejstvo, da so zaradi svoje kronične bolečine invalidi. Poleg tega se 71 % anketiranih fizioterapevtov ne strinja, da bi ti bolniki morali imeti zaradi svoje kronične bolečine enake koristi kot invalidne osebe. Anketirani fizioterapevti se prav tako delno ali močno ne strinjajo s trditvijo, da kronična BSH omejuje funkcionalno delovanje, saj 77 % meni, da takšni bolniki še vedno lahko opravljajo službene in družinske obveznosti. Ob tem se 78 % anketiranih delno ali močno strinja ali ostaja neopredeljenih glede trditve, da mora bolnik ob povečanju bolečine prenehati s tem, kar počne, dokler se bolečina ne zmanjša. Po drugi strani pa se 74 % anketiranih ne strinja ali ostaja neopredeljenih glede trditve, da bi morali takšni bolniki opravljati svoje običajne dejavnosti tudi ob povečanju bolečine. Kar 92 % anketiranih se delno ali povsem strinja s trditvijo, da bolniki s kronično BSH pogosto razmišljajo o svoji bolečini in njenem vplivu na njihovo življenje, 86 % jih meni, da bolniki s KBSH težko ohranijo pozornost pri drugih aktivnostih, ko se bolečina poveča. Rezultati vprašalnika HC-PAIRS so prikazani v histogramu v grafu 1.

Graf 1

Histogram rezultatov vprašalnika HC-PAIRS/Histogram of HC-PAIRS questionnaire scores



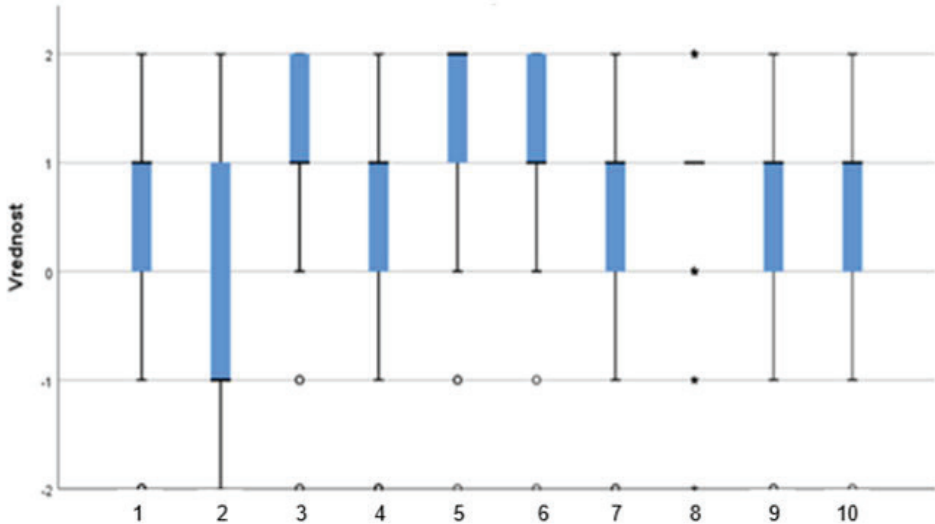
Razpon rezultatov, ki se giblje med 40 in 80 točkami, nakazuje raznolike stopnje strinjanja med anketiranci. Večina rezultatov je osredotočena med 60 in 70 točkami, pri čemer največ anketirancev doseže rezultat nekoliko pod 70. Krivulja normalne porazdelitve kaže, da so rezultati približno simetrično razporejeni okoli povprečja, kar pomeni, da so odgovori relativno enakomerni, brez večjih odstopanj v eno ali drugo smer. To pomeni, da večina verjame, da kronična bolečina v hrbtu bistveno omejuje funkcionalne sposobnosti bolnika in vpliva na njegovo vsakodnevno delovanje.

Pri vprašalniku Back-PAQ je bila povprečna vrednost $M = 7,60$. 95 % anketiranih fizioterapevtov se ne strinja, da se je pri bolečinah v hrbtu treba izogibati telovadbi (trditev 5) in 92 % jih meni, da je pri bolečinah v hrbtu pomembno ostati aktiven (trditev 6). Pri postavki »ranljivost hrbta« so vidna večja odstopanja glede na priporočila smernic. Kar 68 % anketirancev se strinja ali pa ni prepričanih v trditev, da si lahko zaradi nepredvidnosti zlahka poškodujejo hrbet (trditev B), medtem ko 31 % meni, da je hrbet mogoče enostavno poškodovati (trditev A).

Rezultati vprašalnika Back-PAQ so predstavljeni s pomočjo škatlastega diagrama (angl. boxplot, graf 2), ki omogoča pregled porazdelitve podatkov, vključno z mediano, kvartili in morebitnimi odstopanji.

Graf 2

Škatlasti diagram odgovorov na vprašalnik Back-PAQ/Boxplot of responses to the Back-PAQ questionnaire



Škatlasti diagram jasno ponazarja precejšnje razpršenost odgovorov med posameznimi trditvami, saj so pri vsaki trditvi zabeleženi vsi možni odgovori. To nakazuje, da fizioterapevti v splošnem izkazujejo skladnost s sodobnimi smernicami glede telesne aktivnosti. Kljub temu pa v odgovorih opazamo prisotnost nekaterih prepričanj, povezanih z ranljivostjo hrbta in vplivom psiholoških dejavnikov, ki niso popolnoma skladna s smernicami.

Povprečna vrednost (M) in standardni odklon (SD) obeh vprašalnikov so prikazani v tabeli 3.

Tabela 3

Opisna statistika za vprašalnika HC-PAIRS in Back-PAQ/ Descriptive statistics for the HC-PAIRS and Back-PAQ questionnaires

	N	Minimum	Maksimum	M	SD
HC-PAIRS	104	36	81	63,80	8,961
Back-PAQ	104	-20	20	7,60	5,865

Legenda/Legend: N – velikost skupine/group size, M – povprečje/mean, SD – standardna deviacija/standard deviation.

Rezultati vprašalnika HC-PAIRS in večine vprašalnika Back-PAQ, skupaj z izrazito razpršenostjo mnenj pri tem zadnjem vprašalniku, kažejo, da anketirani fizioterapevti v večji meri izkazujejo stališča in prepričanja, ki niso v skladu s kliničnimi smernicami.

Poleg tega je bila ugotovljena statistično značilna negativna korelacija med vprašalnikoma HC-PAIRS in Back-PAQ (Spearman $r = -0,437$; $p < 0,05$). To pomeni, da fizioterapevti, ki izražajo močnejši biomedicinski pogled na kronično bolečino, hkrati izkazujejo manj skladnosti s sodobnimi priporočili glede gibanja in psihosocialnih dejavnikov pri obravnavi bolnikov.

4 Razprava

Priporočila zdravstvenih delavcev, vključno s fizioterapevti, imajo pomembno vlogo pri oblikovanju odnosa bolnikov do bolečine in lahko pomembno vplivajo na njihov klinični potek. Klinične smernice za obravnavo BSH brez prisotnosti specifične patologije enotno poudarjajo potrebo po aktivnem pristopu. Smernice priporočajo, da bolniki kljub bolečini ostanejo aktivni, nadaljujejo običajne dejavnosti ter se čim prej vrnejo na delo. Poudarjajo, da telesna dejavnost ne poslabša kronične BSH, in odsvetujejo počitek ter pasivne pristope, saj spodbujajo ohranjanje visoke ravni aktivnosti in postopno vračanje k delu, tudi če bolečina ne izzveni takoj (Martin-Carbonell idr., 2024). Kljub jasnim priporočilom pa raziskave kažejo, da v klinični praksi še vedno prihaja do razlik med smernicami in dejanskim ravnanjem fizioterapevtov, zlasti pri priporočanju počitka in delovne aktivnosti.

Nekoristna prepričanja o BSH, kot je prepričanje, da je hrbet šibka in ranljiva struktura, ki jo je treba zaščititi, so povezana z višjo stopnjo strahu pred bolečino, izogibanjem gibanju, katastrofiziranjem in depresijo (Christe idr., 2021). Sistematični pregled kvalitativnih in kvantitativnih študij (Gardner idr., 2017) je pokazal, da prepričanja fizioterapevtov o izogibanju gibanju zaradi strahu pred bolečino pomembno vplivajo na njihovo klinično prakso in nasvete, ki jih dajejo bolnikom. Fizioterapevti z izrazito biomedicinsko usmerjenostjo so bolnikom pogosteje priporočali omejevanje aktivnosti, opozarjali na tveganja, povezana z delom ali telesno dejavnostjo, ter svetovali bolniško odsotnost. Takšen previden in pasiven pristop lahko dolgoročno vodi k manjši telesni aktivnosti bolnikov, krepitvi nekoristnih prepričanj in slabšemu razumevanju pomena aktivnega obvladovanja bolečine.

Analiza odgovorov na vprašanja, povezana s kliničnim primerom bolnice s KNB-SH, je pokazala, da so bila priporočila fizioterapevtov v največji meri skladna s smernicami na področju telesne aktivnosti. To se ujema tudi z ugotovitvami iz vprašalnika Back-PAQ, kjer so fizioterapevti večinoma izražali stališča, ki spodbujajo ohranjanje aktivnosti kljub prisotni bolečini. Nasprotno pa so bila priporočila glede dela in počitka pogosto neskladna s smernicami, pri čemer je bila neskladnost priporočil glede dela bolj izrazita kot v nekaterih drugih študijah, kjer je bila skladnost ocenjena med 50 in 76 % (Muller idr., 2024). Rezultati kažejo, da kljub splošnemu upoštevanju smernic pri telesni aktivnosti še vedno obstajajo področja, kjer praksa ne sledi sodobnim priporočilom.

Rezultati vprašalnika HC-PAIRS ($M = 63,80$) nakazujejo, da fizioterapevti v povprečju verjamejo, da bolečina v hrbtu pomembno omejuje vsakodnevne funkcije. To

kaže na biomedicinsko usmerjenost in na prepričanje, da je bolečina v veliki meri povezana z gibanjem in aktivnostjo, kar vodi v izogibanje telesni dejavnosti. Druge študije so zabeležile precej nižje rezultate. Pregled uporabe vprašalnika HC-PAIRS (Muller idr., 2024) v 51 raziskavah je pokazal, da znaša povprečni rezultat zdravstvenih delavcev, ki delajo z bolniki z BSH, 52,64. Povprečni rezultat 5055 fizioterapevtov, vključenih v študije, je bil nekoliko višji (53,42). Metaanaliza 12 študij (Macdonald idr., 2018) je pokazala, da so fizioterapevti dosegali povprečne vrednosti med 42,92 in 61,60, medtem ko so zdravniki dosegali vrednosti med 31,92 in 54,40, medicinske sestre pa povprečno 58,39. Rainville in sodelavci so ob razvoju vprašalnika ugotovili, da povprečna vrednost znaša 38 (Muller idr., 2024).

Analiza vprašalnika Back-PAQ, ki ocenjuje stališča o vplivu telesne aktivnosti na bolečino v hrbtu, je pokazala, da se velika večina fizioterapevtov strinja, da je pri bolečinah v hrbtu nujno vztrajati pri telesni aktivnosti in da je ohranjanje gibanja ključno za obvladovanje bolečine. Kljub temu več kot polovica fizioterapevtov izraža negativna ali nevtralna stališča glede ranljivosti hrbta, pri čemer tretjina meni, da je hrbet mogoče zlahka poškodovati. Naša raziskava je pokazala nekoliko višji delež takšnih stališč v primerjavi s študijo Fourré in sodelavci (2023), kjer jih je izrazilo 43 % fizioterapevtov. Podobno so Christe in sodelavci (2021) poročali, da je negativna stališča glede ranljivosti hrbta izrazilo 50 % fizioterapevtov, kar je prav tako manj kot v naši raziskavi.

Primerjava rezultatov je pokazala statistično značilno razliko v vprašalniku Back-PAQ glede na delovno dobo ($p = 0,028$), pri čemer so fizioterapevti z daljšo delovno dobo dosegli višje povprečje ($M = 8,13$) kot tisti s krajšo ($M = 6,83$). Nasprotno pa pri HC-PAIRS ($p = 0,378$) in kliničnem primeru ($p = 0,479$) razlik ni bilo. Rezultati tako nakazujejo, da bi delovna doba lahko vplivala na posamezne vidike prepričanj, ne pa na celostno poznavanje smernic in podajanje priporočil. Razlike niso bile statistično značilne niti med fizioterapevti, ki mesečno obravnavajo manj kot pet bolnikov s KNBSH, in tistimi, ki jih obravnavajo deset ali več (HC-PAIRS $p = 0,840$; Back-PAQ $p = 0,830$; klinični primer $p = 0,950$).

Rezultati ankete so pokazali, da večina fizioterapevtov pri obravnavi bolnikov s KNBSH uporablja terapevtske pristope, ki niso skladni s smernicami. Kar 64 % jih je med tri najpogosteje uporabljene postopke vključilo elektroterapijo, šest anketirancev pa je poročalo o uporabi trakcije, ki je v smernicah opredeljena kot nepriporočljiva. Le en anketiranec je kot glavno strategijo obravnave navedel stopnjevano vadbo – eno ključnih priporočil sodobnih smernic. Raziskava med švicarskimi fizioterapevti (Christe idr., 2021) je pokazala, da le manjši delež uporablja elektroterapijo, večina pa progresivne vaje. Podobno je raziskava do Prado in sodelavci (2022) v Kanadi pokazala visoko skladnost z načeli sodobnih smernic, zlasti pri izobraževanju bolnikov in vključevanju aktivnih pristopov. Večina fizioterapevtov (91 %) je dajala prednost aktivnim pristopom pred pasivnimi in spornimi metodami zdravljenja, prav tako pa je velika večina (96 %) vključevala izobraževalne vsebine z namenom preprečevanja dolgoročne invalidnosti.

Na podlagi teh ugotovitev lahko sklepamo, da imajo stališča in prepričanja o povezavi med bolečino in funkcionalno okvaro večji vpliv na oblikovanje priporočil, ki niso skladna s smernicami, kot pa prepričanja o vplivu gibanja na bolečino. Čeprav se večina fizioterapevtov strinja, da je kljub bolečini treba ohranjati aktivnost, mnogi še vedno verjamejo, da je hrbtenica občutljiva struktura, ki jo je mogoče zlahka poškodovati. Takšna prepričanja, ki poudarjajo potrebo po zaščiti hrbta, odražajo biomedicinsko naravnost in niso skladna z načeli sodobnih kliničnih smernic.

Raziskave kažejo, da je klinično odločanje fizioterapevtov pogosto bolj vodeno z njihovimi lastnimi prepričanji, stališči in pomanjkljivim poznavanjem biopsihosocialnih vidikov bolečine kot pa z usmeritvami iz smernic. Poleg tega k neskladnosti s smernicami prispevajo tudi pričakovanja bolnikov, ki pogosto pričakujejo hitro odpravo bolečine, natančno diagnozo ter pasivne terapije (Gardner idr., 2017). Zato je ključnega pomena, da se več pozornosti nameni izobraževanju fizioterapevtov o biopsihosocialnem modelu bolečine ter razvoju komunikacijskih veščin, ki omogočajo učinkovitejšo usmerjanje bolnikov. Ugotovitve do Prado in sodelavci (2022) potrjujejo, da je podiplomsko izobraževanje najmočnejši napovednik skladnosti prakse s smernicami, kar se ujema tudi z ugotovitvami Ladeira in sodelavci (2017), kjer so fizioterapevti z višjo specializacijo pogosteje sledili priporočilom.

Krepitev izobraževanja in komunikacijskih veščin bi lahko izboljšala skladnost prakse s smernicami ter prispevala k boljšim izidom zdravljenja. Poleg tega je pomembno ozaveščanje bolnikov o naravi kronične bolečine in njihovi aktivni vlogi pri obvladovanju, saj to zmanjšuje odvisnost od pasivnih terapij in krepi samoučinkovitost. Smiselno bi bilo tudi, da smernice natančneje opredelijo vrsto, intenzivnost in pogostost telesne dejavnosti ter stremijo k oblikovanju globalno usklajenih priporočil, ki temeljijo na visokokakovostnih dokazih, a so hkrati prilagodljiva različnim zdravstvenim sistemom. Za trajnostno uveljavitev sodobnih pristopov pa bodo potrebne tudi sistemske spremembe, ki vključujejo krepitev multidisciplinarnega sodelovanja, prilagoditev plačilnih politik ter uporabo digitalnih orodij in telemedicine.

Dodatno na klinične in izobraževalne dejavnike pomembno vplivajo tudi sistemske okoliščine, ki lahko omejujejo skladnost prakse s smernicami. Organizacija dela v številnih ustanovah pogosto vključuje visoke kadrovske obremenitve, časovne pritiske in omejene možnosti za interdisciplinarno sodelovanje. Smernice poudarjajo, da je bolnika treba opolnomočiti za spoprijemanje s kronično bolečino ter ga naučiti strategij samoobvladovanja. Fizioterapevti tako pogosto nimajo dovolj časa za celostno edukacijo bolnikov, spodbujanje aktivnega pristopa ali individualizirano načrtovanje telesne aktivnosti, kar lahko vodi v ohranjanje bolj pasivnih ali zastarelih praks. Poleg tega plačilni modeli še vedno pogosto favorizirajo število obravnav ali pasivne terapije namesto dolgoročnih funkcijskih izidov, kar zmanjšuje motivacijo za izvajanje priporočil, ki temeljijo na aktivni rehabilitaciji. Ključno je, da se na ravni zdravstvenega sistema okrepijo multidisciplinarno sodelovanje, ustrezne kadrovske zasedbe ter financiranje preventivnih in aktivnih pristopov, saj lahko le s takšnim sistemskim okvirjem zagotovimo trajnostno uveljavitev sodobnih smernic v vsakodnevni praksi. V tem kontekstu bi bilo smiselno razmisliti tudi o vključevanju bolnikov v programe, ki jih

izvajajo Centri za krepitev zdravja, saj bi to dodatno podprlo implementacijo priporočil in spodbujalo aktivno sodelovanje bolnikov pri obvladovanju kronične bolečine.

Glavna omejitev študije je velikost vzorca. Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je bilo v obdobju raziskave zaposlenih 726 fizioterapevtov. Pri 95-odstotni ravni zaupanja in 5-odstotni mejni napaki bi bil potreben vzorec približno 252 udeležencev, medtem ko je v raziskavi sodelovalo 104 fizioterapevtov. Manjši vzorec lahko zmanjša statistično moč in poveča tveganje za tip II napako, zato je rezultate treba interpretirati previdno, saj jih ni mogoče v celoti posploševati na populacijo vseh fizioterapevtov v Sloveniji. Dodatna omejitev se nanaša na uporabljene vprašalnike: čeprav so bili prevedeni po metodi naprej–nazaj, za preučevano populacijo ni bila izvedena kulturna prilagoditev ali psihometrična validacija, kar lahko vpliva na zanesljivost in primerljivost podatkov. V prihodnjih raziskavah bi bilo zato smiselno izvesti kulturno prilagoditev in validacijo vprašalnikov, da bi povečali natančnost in posplošljivost ugotovitev.

5 Zaključek

Kljub obstoju dokazano učinkovitih kliničnih smernic za obravnavo BSH številni strokovnjaki še vedno vztrajajo pri biomedicinskih prepričanjih, ki spodbujajo pretirano previdnost, zaščitno vedenje in počitek. Takšna prepričanja lahko vodijo v prekomerno uporabo pasivnih terapij ter zmanjšano telesno aktivnost bolnikov, kar dolgoročno prispeva k slabšim izidom zdravljenja. Napačna prepričanja o vlogi gibanja in počitka so prisotna tako med fizioterapevti kot med zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci, zato je ključnega pomena vzpostavitev strukturiranih izobraževalnih programov in interaktivnih delavnic s praktičnimi primeri, ki krepijo razumevanje biopsihosocialnih dejavnikov bolečine. Poleg tega bi morali fizioterapevti dosledno razvijati kompetence ter spodbujati aktivno vlogo bolnikov pri okrevanju. Uvajanje sodobnih pristopov, vključno s telerehabilitacijo in interdisciplinarnim sodelovanjem, bi lahko prispevalo k večji skladnosti s smernicami in učinkovitejši, na dokazih temelječi obravnavi BSH. Prihodnje raziskave pa bi morale preučiti vpliv posodobljenih izobraževalnih intervencij in sistemskih sprememb na dolgoročne izide bolnikov.

Alenka Groboljšek, Maja Frangež, PhD

Rest in Chronic Low Back Pain – The Gap Between Practice and Guidelines

Chronic non-specific low back pain (CNLBP) is among the most prevalent musculoskeletal conditions globally, affecting individuals across age groups, genders, and diverse socioeconomic backgrounds. It represents a leading cause of disability, work absenteeism, and healthcare expenditure, imposing a substantial burden on both

individuals and societies. Lifetime prevalence reaches up to 84%, and approximately one in five individuals develops a chronic form, highlighting the critical need for effective prevention and management strategies (Zhou et al., 2024). The aetiology of CNLBP is complex and multifactorial, with most cases lacking a clearly identifiable pathoanatomical cause. Around 90% of presentations are classified as non-specific, and when symptoms persist beyond twelve weeks, the condition is defined as chronic NSLBP (Butron et al., 2006; Sheeran et al., 2012). Emerging evidence highlights the role of nociplastic pain – a type of altered nociception without clear tissue or nerve damage – which helps explain symptom persistence, the mismatch between structural findings and pain intensity, and the limited predictive value of imaging (Clauw, 2024; Fitzcharles et al., 2021). Such complexities demonstrate that pain intensity and functional limitations cannot be fully explained by anatomical abnormalities alone, challenging conventional biomedical assumptions.

These complexities underscore the limitations of the traditional biomedical model and strongly support the adoption of the biopsychosocial model (BPSM). The BPSM conceptualizes pain as an interplay of biological, psychological, and social factors, recognising that cognitive, emotional, and environmental influences shape pain perception, coping strategies, and functional outcomes. This perspective is consistently reflected in international evidence-based clinical practice guidelines (EBCPGs), such as the NICE recommendations, which prioritise exercise therapy, education, cognitive-behavioural strategies, and encouragement of physical activity while actively discouraging prolonged rest and passive treatment modalities (Stochkendahl et al., 2018; Qaseem et al., 2017). Maintaining daily activities and returning to work as early as possible are consistently emphasised as key components of effective management, with clear evidence showing that inactivity or unnecessary rest can exacerbate deconditioning, fear-avoidance behaviour, and disability. Furthermore, contemporary research highlights the importance of integrating all daily movement behaviours – physical activity, sedentary time, and sleep – within a 24-hour cycle, as changes in one behaviour necessarily influence the others (Dumuid et al., 2020). Despite this emerging evidence, guidelines still lack detailed recommendations regarding the optimal distribution, duration, and intensity of these behaviours for CNLBP management, leaving room for individual clinical interpretation and variability in practice (Coma-chio et al., 2024).

Physiotherapists play a central role in the management of CNLBP, yet effectively integrating the biopsychosocial model into routine clinical practice remains challenging. Clinicians' personal beliefs about the spine, pain mechanisms, and vulnerability can shape treatment decisions and significantly influence adherence to clinical guidelines (Darlow et al., 2012). Strong biomedical beliefs may lead clinicians to attribute poor outcomes solely to patient-related factors, such as low motivation or a preference for passive care, while underestimating the influence of psychological, social, and environmental barriers (Synnott et al., 2015). Patient expectations – such as the desire for rapid pain relief, hands-on therapy, or precise structural diagnoses – further

complicate the application of evidence-based guidance, often pressuring clinicians to deliver interventions that do not align with the recommended best practices.

This study investigated the Slovenian physiotherapists' knowledge, attitudes, and beliefs regarding CNLBP and examined their adherence to clinical practice guidelines. A total of 104 physiotherapists participated by completing a sociodemographic questionnaire, the HC-PAIRS and Back-PAQ instruments, and a clinical case scenario assessing recommendations for physical activity, work, and rest. The sample represented approximately 14% of all physiotherapists working in Slovenian primary care, offering a meaningful snapshot of national practices and highlighting the areas for potential intervention.

HC-PAIRS scores in this study ($M = 63.80$) indicated a predominantly biomedical orientation, with physiotherapists perceiving CNLBP as significantly limiting daily functioning. Compared to the previous international studies reporting lower average scores ($M = 53.42$), these findings suggest that the Slovenian physiotherapists may hold more protective or impairment-focused beliefs (Muller et al., 2024; Macdonald et al., 2018). Back-PAQ results showed that while most physiotherapists emphasised the importance of staying active despite pain, more than half expressed neutral or negative attitudes concerning spinal vulnerability, and one-third believed that the spine is easily damaged. These proportions exceed those reported in comparable studies (Fourré et al., 2023; Christe et al., 2021), indicating persistent uncertainty regarding contemporary pain science concepts and highlighting a knowledge-practice gap.

The clinical case scenario highlighted a substantial gap between the guidelines and the practice. The recommendations for physical activity were generally aligned with the guidelines, with 54% of physiotherapists providing appropriate advice. However, only 11% offered guideline-consistent recommendations regarding work, and 36% regarding bed rest. The majority advised work restrictions or partial absence from employment, despite strong guideline consensus favouring early return to the usual duties. Comparable international studies report substantially higher adherence rates (50-76%), particularly regarding work recommendations (Muller et al., 2024). These findings suggest that misconceptions about the relationship between pain, tissue damage, and risk of reinjury may strongly influence clinical decision-making in Slovenia.

Statistical analyses revealed a significant difference in Back-PAQ scores according to years of experience ($p = 0.028$), with more experienced physiotherapists demonstrating higher scores, suggesting slightly more guideline-congruent attitudes. No significant associations were identified for HC-PAIRS ($p = 0.378$) or case-based recommendations ($p = 0.479$), nor were differences observed between physiotherapists treating fewer than five versus ten or more CNLBP patients monthly. Guideline adherence was, however, strongly associated with level of postgraduate education, consistent with the previous studies from Canada and the United States (do Prado et al., 2022; Ladeira et al., 2017). These results underscore the importance of targeted post-licensure training for improving evidence-based practice, including workshops, mentoring programs, and interdisciplinary discussions.

Given that physiotherapists often serve as the first-line providers for individuals with CNLBP and maintain repeated contact over time, their beliefs and recommendations play a decisive role in shaping patient behaviour. Encouraging active self-management, addressing fear-based misconceptions about spinal fragility, and clearly explaining the rationale behind continued activity are essential components of effective care. Novel approaches, including tele-rehabilitation, remote monitoring, patient education apps, and interdisciplinary collaboration, may further support consistent guideline implementation. System-level factors – such as reimbursement models that reward active, education-based interventions, and organisational support for evidence-based practice – are equally important for sustainable change and long-term improvement in patient outcomes.

This study has several limitations, including the modest sample size relative to the national population of physiotherapists, the use of self-reported measures, and the lack of formal cultural validation for the Slovenian translations of the questionnaires. Future research should explore the effectiveness of educational interventions designed to improve guideline implementation, evaluate long-term impacts on patient outcomes, and examine barriers within the organisational and healthcare system. Comparative studies with other European countries could further contextualise these findings and identify transferable strategies for bridging the gap between evidence and practice.

In conclusion, although Slovenian physiotherapists generally endorse physical activity for CNLBP, persistent beliefs about spinal vulnerability and the need for rest continue to lead to recommendations that diverge from EBCPGs – particularly in the domains of work advice and bed rest. Strengthening knowledge of the biopsychosocial model, enhancing clinical reasoning skills, and providing opportunities for advanced training are essential for bridging the gap between evidence and practice. Improving guideline adherence has the potential to reduce disability, enhance patient autonomy, and support more effective long-term management of CNLBP. Ultimately, fostering a culture of continuous professional development, combined with system-level incentives, may ensure that patients receive care that is consistent, up-to-date, and aligned with the best available evidence.

LITERATURA

1. Arendt-Nielsen, L., Morlion, B., Perrot, S., Dahan, A., Dickenson, A., Kress, H. G., Wells, C., Bouhassira, D. in Drewes, A. M. (2018). Assessment and manifestation of central sensitisation across different chronic pain conditions. *European Journal of Pain*, 22(2), 216–241. <https://doi.org/10.1002/ejp.1140>
2. As-Sanie, S., Till, S. R., Schrepf, A. D., Griffith, K. C., Tsodikov, A., Missmer, S. A., Clauw, D. J. in Brummett, C. M. (2021). Incidence and predictors of persistent pelvic pain following hysterectomy in women with chronic pelvic pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(5), 568.e1–568.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.038>
3. Bishop, A., Thomas, E. in Foster, N. E. (2007). Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: A systematic search and critical review of available measurement tools. *Pain*, 132(1–2), 91–101. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.028>

4. Bombardier, C. (1995). Primary care physicians' knowledge, confidence, and attitude in the management of acute low back pain (ALBP). *Arthritis & Rheumatism*, 38(9), S385.
5. Brummett, C. M., Urquhart, A. G., Hassett, A. L., Tsodikov, A., Hallstrom, B. R., Wood, N. I., Williams, D. A. in Clauw, D. J. (2015). Characteristics of fibromyalgia independently predict poorer long-term analgesic outcomes following total knee and hip arthroplasty. *Arthritis & Rheumatology*, 67(5), 1386–1394. <https://doi.org/10.1002/art.39051>
6. Burton, A. K., Balagué, F., Cardon, G., Eriksen, H. R., Henrotin, Y., Lahad, A., Leclerc, A., Müller, G., van der Beek, A. J. in COST B13 Working Group. (2006). Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. *European Spine Journal*, 15(2), 136–168. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1070-3>
7. Christe, G., Crombez, G., Edd, S., Opsommer, E., Jolles, B. M. in Favre, J. (2021). Relationship between psychological factors and spinal motor behaviour in low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 162(3), 672–686. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002065>
8. Christe, G., Nzamba, J., Desarzens, L., Leuba, A., Darlow, B. in Pichonnaz, C. (2021). Physiotherapists' attitudes and beliefs about low back pain influence their clinical decisions and advice. *Musculoskeletal Science & Practice*, 53, 102382. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102382>
9. Clauw, D. J. (2024). From fibrositis to fibromyalgia to nociplastic pain: How rheumatology helped get us here and where do we go from here? *Annals of the Rheumatic Diseases*, 83(11), 1421–1427. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-225327>
10. Comachio, J., Ferreira, M. L., Mork, P. J., Holtermann, A., Ho, E. K., Wang, D. X. M., Lan, Q., Stamatakis, E., Beckenkamp, P. R. in Ferreira, P. H. (2024). Clinical guidelines are silent on the recommendation of physical activity and exercise therapy for low back pain: A systematic review. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 27(4), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2024.01.003>
11. Darlow, B., Fullen, B. M., Dean, S., Hurley, D. A., Baxter, G. D. in Dowell, A. (2012). The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. *European Journal of Pain*, 16(1), 3–17. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.006>
12. Darlow, B., Perry, M., Mathieson, F., Stanley, J., Melloh, M., Marsh, R., Baxter, G. D. in Dowell, A. (2014). The development and exploratory analysis of the Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ). *BMJ Open*, 4(5), e005251. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005251>
13. do Prado, T., Parsons, J. in Ripat, J. (2022). Evidence-based practice for non-specific low back pain: Canadian physiotherapists' adherence, beliefs, and perspectives. *Physiotherapy Canada*, 74(1), 44–53. <https://doi.org/10.3138/ptc-2020-0038>
14. Dumuid, D., Pedišić, Ž., Palarea-Albaladejo, J., Martín-Fernández, J. A., Hron, K. in Olds, T. (2020). Compositional data analysis in time-use epidemiology: What, why, how. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2220. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072220>
15. Evans, D. W., Foster, N. E., Underwood, M., Vogel, S., Breen, A. C. in Pincus, T. (2005). Testing the effectiveness of an innovative information package on practitioner reported behaviour and beliefs: The COMPLEMENT trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 6, 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-6-41>
16. Fitzcharles, M. A., Cohen, S. P., Clauw, D. J., Littlejohn, G., Usui, C. in Häuser, W. (2021). Nociplastic pain: Towards an understanding of prevalent pain conditions. *The Lancet*, 397(10289), 2098–2110. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
17. Fourré, A., Vanderstraeten, R., Ris, L., Bastiaens, H., Michielsen, J., Demoulin, C., Darlow, B. in Roussel, N. (2023). Management of low back pain: Do physiotherapists know the evidence-based guidelines? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5611. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095611>
18. Gardner, T., Refshauge, K., Smith, L., McAuley, J., Hübscher, M. in Goodall, S. (2017). Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 63(3), 132–143. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.017>

19. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050. *The Lancet Rheumatology*, 5(6), e316–e329. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00098-X](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X)
20. Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karpainen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M. in Lancet Low Back Pain Series Working Group. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356–2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
21. Houben, R. M., Vlaeyen, J. W., Peters, M., Ostelo, R. W., Wolters, P. M. in Stomp-van den Berg, S. G. (2004). Health care providers' attitudes and beliefs towards common low back pain: Psychometric properties of the HC-PAIRS. *The Clinical Journal of Pain*, 20(1), 37–44. <https://doi.org/10.1097/00002508-200401000-00008>
22. Ladeira, C. E., Cheng, M. S. in da Silva, R. A. (2017). Clinical specialization and adherence to evidence-based practice guidelines for low back pain management. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 47(5), 347–358. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.6561>
23. Macdonald, M., Vaucher, P. in Esteves, J. E. (2018). The beliefs and attitudes of UK registered osteopaths towards chronic pain. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 30, 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2018.07.003>
24. Marras, W. S. (2008). *The working back: A systems view*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470258576>
25. Martin-Carbonell, M., Sequeira-Daza, D., Checa, I., Domenech, J., Espejo, B. in Castro-Melo, G. (2024). Evaluation of the psychometric properties of the HC-PAIRS in health professionals and students from Chile and Colombia. *Heliyon*, 10(14), e34652. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e34652>
26. Muller, R. D., Schielke, A., Gliedt, J. A., Cooper, J., Martinez, S., Eklund, A. in Pohlman, K. A. (2024). A scoping review to explore the use of the HC-PAIRS. *PM&R*, 16(11), 1248–1263. <https://doi.org/10.1002/pmrj.13186>
27. National Guideline Centre (NICE). (2016). *Low back pain and sciatica in over 16s: Assessment and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/chapter/Recommendations>
28. Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., Forciea, M. A. in Clinical Guidelines Committee of the ACP. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514–530. <https://doi.org/10.7326/M16-2367>
29. Rainville, J., Bagnall, D. in Phalen, L. (1995). Health care providers' attitudes and beliefs about functional impairments and chronic back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 11(4), 287–295. <https://doi.org/10.1097/00002508-199512000-00006>
30. Rankin, L. (2020). *Chronic pain: From the study of student attitudes and preferences to the in vitro investigation of a novel treatment strategy [Doktorska disertacija, Umeå universitet]*. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-173854>
31. Rizzo, R. R., Cashin, A. G., Wand, B. M., Ferraro, M. C., Sharma, S., Lee, H., O'Hagan, E., Maher, C. G., Furlan, A. D., van Tulder, M. W. in McAuley, J. H. (2025). Non-pharmacological and non-surgical treatments for low back pain: An overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD014691. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014691.pub2>
32. Sheeran, L., Sparkes, V., Caterson, B., Busse-Morris, M. in van Deursen, R. (2012). Spinal position sense and trunk muscle activity during sitting and standing in nonspecific chronic low back pain. *Spine*, 37(8), 486–495. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31823b00ce>
33. Smart, K. M. (2023). The biopsychosocial model of pain in physiotherapy: Past, present and future. *Physical Therapy Reviews*, 28(2), 61–70. <https://doi.org/10.1080/1083196.2023.2177792>
34. Soni, A., Wanigasekera, V., Mezue, M., Cooper, C., Javaid, M. K., Price, A. J. in Tracey, I. (2019). Central sensitization in knee osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 71(4), 550–560. <https://doi.org/10.1002/art.40749>

35. Stochkendahl, M. J., Kjaer, P., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Aaboe, J., Andersen, M., Andersen, M. Ø., Fournier, G., Højgaard, B., Jensen, M. B., Jensen, L. D., Karbo, T., Kirkeskov, L., Melbye, M., Morsel-Carlsen, L., Nordsteen, J., Palsson, T. S., Rasti, Z., Silbye, P. F., Steiness, M. Z. in Vaagholt, M. (2018). National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European Spine Journal*, 27(1), 60–75. <https://doi.org/10.1007/s00586-017-5099-2>
36. Synnott, A., O’Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O’Sullivan, P. in O’Sullivan, K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain. *Journal of Physiotherapy*, 61(2), 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016>
37. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2024). Podatki o izvedenih obravnavah po zdravstvenem delavcu: Fizioterapija. <https://partner.zzzs.si/zdravstvene-storitve/podatki-o-izvedenih-obravnavah-po-zdravstvenem-delavcu/fizioterapija>
38. Zhou, T., Salman, D. in McGregor, A. H. (2024). Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: A global comparison. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 25(1), 344. <https://doi.org/10.1186/s12891-024-07468-0>

Alenka Groboljšek, mag. fiziot., zaposlena v Zdravstvenem domu Sevnica

E-naslov: groboljsek.a@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4491-3416>

Dr. Maja Frangež, docentka, zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, Inštitutu za fizikalno in rehabilitacijsko medicino

E-naslov: maja.frangez@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9474-8607>

Sposobnost samooskrbe oseb s sladkorno boleznijo

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.188>

Izvorni znanstveni članek

UDK 616.379-008.64-052:613

KLJUČNE BESEDE: samooskrba, SDSCA, edukacija, individualizirana edukacija

POVZETEK – Samooskrba (self-care) je sposobnost osebe, da sama skrbi za svoje zdravje in bolezen. S to raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je samooskrba oseb s sladkorno boleznijo tipa 1 in tipa 2 na Hrvaškem pred individualizirano edukacijo in po njej. Za zbiranje podatkov smo uporabili standardiziran vprašalnik Pregled dejavnosti samooskrbe pri sladkorni bolezni (Summary of Diabetes Self-Care Activities, SDSCA), ki smo ga dopolnili z demografskimi podatki in podatki iz bolnišničnega informacijskega sistema. V raziskavi je sodelovalo 396 bolnikov, ki so hospitalizirani na Kliniki Vuk Vrhovac. Tridnevna individualizirana edukacija je bila zasnovana kot tematsko strukturirana edukacija. Po edukaciji je statistično ugotovljeno znatno izboljšanje pri vseh dejavnostih samooskrbe. V nekaterih dimenzijah samooskrbe obstajajo razlike med moškimi in ženskami. Edukacija znatno izboljšuje oceno zdrave prehrane v skupini pacientov z vrednostmi HbA1c > 7,5. S temi ugotovitvami raziskave smo dokazali, da individualizirana edukacija pomaga pri samostojnosti pri samooskrbi, ko je prilagojena osebnim potrebam pacientov.

Original scientific article

UDC 616.379-008.64-052:613

KEYWORDS: self-care, SDSCA, education, individualized education

ABSTRACT – Self-care is the ability of a person to take care of themselves in health and illness. With this research, we wanted to determine what self-care is like for people with type 1 and type 2 diabetes in Croatia, before and after individualized education. To collect data, we used the standardized questionnaire, Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA), which we supplemented with demographic data and data from the hospital information system. The study involved 396 patients hospitalized at the Vuk Vrhovac Clinic, who participated in the evaluation of chronic complications of diabetes and the therapeutic approach. Due to the need to improve the level of self-care, we prepared individualized education. The three-day individualized education was designed as a thematically structured education. We found that patients with type 1 diabetes had significantly higher self-care ability scores than patients with type 2 diabetes, that women were more successful than men in foot care and diabetic nutrition, and that men were more successful than women in physical activity. With these research findings, we have proven that individualized education helps in self-care when it is tailored to the patients' personal needs.

1 Uvod

Šećerna bolest (ŠB) kronična je bolest poremećaja metabolizma ugljikohidrata, posljedično i metabolizma masnoća i bjelančevina. ŠB je karakterizirana kao skupina metaboličkih bolesti s kroničnom hiperglikemijom koja je posljedica defekata u proizvodnji inzulina, u djelovanju inzulina ili oboje. Nedostatak inzulina i/ili inzulinska rezistencija odgovorni su za metabolička odstupanja. Na simptome utječu vrsta i tra-

janje ŠB; u rasponu od asimptomatskog tijeka bolesti, uglavnom tipa 2, do izražene hiperglikemije u djece i osoba s tipom 1 (Kharroubi & Darwish, 2015). Međunarodna dijabetička federacija (International Diabetes Federation, IDF) je 2025. godine procijenila da u svijetu 589 milijuna ljudi boluje od ŠB. To bi značilo da svaka jedanaesta osoba boluje od ŠB. Ta bi brojka, prema procjenama, do 2050. godine porasla na 853 milijuna (13 %). Procjenjuje se da je 3,4 milijuna osoba u svijetu umrlo od ŠB u 2024. godini, što je 9,3 % ukupnih troškova zdravstvenog sustava. Troškovi liječenja približavaju se jednom bilijunu američkih dolara (Magliano et al., 2021; Sun et al., 2022). Procjene govore da svaka druga osoba (44,7 %) u dobi od 20 do 79 godina koja ima ŠB ne zna za svoju dijagnozu (Ogurtsova et al., 2022).

Upravljanje životnim stilom temeljni je aspekt skrbi o ŠB. Ono obuhvaća edukaciju i podršku za samostalno zbrinjavanje ŠB, upravljanje prehranom, tjelesnu aktivnost, prestanak pušenja i psihosocijalnu skrb. Osoba oboljela od ŠB i pružatelji skrbi su od dijagnoze bolesti fokusirani na prilagodbu načina života pojedinca. Od početne sveobuhvatne procjene prati se i evaluira nastanak komplikacija i upravljanje kroničnim komplikacijama te ostalim komorbiditetnim stanjima kako bi se poboljšala briga za ŠB (Kornides et al., 2014; Chaplin, 2017; Sargeant et al., 2018; Łuczynski et al., 2019). Tijekom svog života osobe sa ŠB razvijaju svoje vještine samozbrinjavanja. Moglo bi se reći da svojim razvojem kroz životne situacije evaluiraju zajedno s vlastitom sposobnosti samozbrinjavanja ŠB, od njenog otkrića do kraja života, pri čemu je psihosocijalna podrška obitelji i edukatora presudna u kontroli glikemije (Mohebi et al., 2018). Samozbrinjavanje osoba sa ŠB zahtjevan je svakodnevni angažman. Aktivnosti koje osobe svakodnevno izvode sastavni su dio njihova života i rutine. One određuju životni stil. Samozbrinjavajuće aktivnosti u ŠB, kao u rijetko kojoj bolesti, određuju ishode i prognozu bolesti (Jiang et al., 2019). Samozbrinjavajuće ponašanje vrlo je kompleksno jer obuhvaća nekoliko aspekata ponašanja u jednom: uzimanje lijekova, zdravu prehranu, tjelesnu aktivnost, praćenje, redukciju rizika, rješavanje problema i zdravo suočavanje (Association of Diabetes Care and Education Specialists & Kolb, 2021).

Ideju samozbrinjavanja uspostavila je i definirala Dorothea Orem šezdesetih godina prošlog stoljeća, pri čemu je osobu pozicionirala kao subjekt i kao objekt sestričkog djelovanja. Istovremeno je samozbrinjavanje postavljeno kao temeljna znanost u profesiji medicinskih sestara. Elementi teorije samozbrinjavanja koje Orem opisuje, mogu se razumjeti kao višeslojno ponašanje osobe proizašlo iz vlastitog postojanja i njezine osobne snage. Takvo ponašanje proizlazi iz samog čovjeka, bez utjecaja iz okoline, i jedinstveno je za osobu; možemo ga zvati sposobnost samozbrinjavanja. Cijeli proces završava samozbrinjavanjem kao odgovorom na postavljene zahtjeve (Denyes et al., 2001). Od praktičnog značaja za sestričku praksu je teorija deficita samozbrinjavanja. Ova teorija objašnjava kontinuirane zahtjeve za samozbrinjavanjem, odnosno potrebe za samozbrinjavanjem u zdravlju i potrebe za samozbrinjavanjem u bolesti. Razlika među njima je u količini zahtjeva koje je pojedinac sposoban provoditi (Katherine Renpenning & Taylor, 2003). Kada samozbrinjavajući zahtjevi prerastu mogućnosti pojedinca i kada pojedinac vlastitim resursima više nije u stanju brinuti o

sebi, govorimo o deficitu samozbrinjavanja (Smith & Parker, 2015). Teorija deficita samozbrinjavanja dala je legitimnost medicinskim sestrama u razvoju istraživanja u kojem fokus medicinskih sestara nije samo skrb o pojedincu, obitelji i cijelom društvu, nego i proučavanje pozicije medicinske sestre u svijetu (Hartweg & Metcalfe, 2022). Osobito je samozbrinjavanje značajno u osoba koje boluju od kroničnih bolesti zbog aktivnog pristupa kontroli vlastite bolesti kao obliku ukupnog zbrinjavanja (Milavec Kapun et al., 2022).

Edukacija osoba sa ŠB integrativni je dio sveobuhvatnog pristupa liječenju. Osim farmakološkog liječenja, samokontrole i tjelovježbe, edukacija je osnova za samostalno upravljanje svojom bolesti. Njezin je cilj osposobiti pojedinca da bude aktivan sudionik u liječenju i koji je sposoban svojim samozbrinjavajućim aktivnostima pridonijeti uspjehu liječenja (American Diabetes Association, 2018). American Diabetes Association (ADA) preporučuje sadržaj i vrijeme izvođenja edukacije. Njezin sadržaj odnosi se na ŠB, prehranu, primjenu terapije, tjelovježbu i samokontrolu. Isto tako vježbaju se intervencije za donošenje odluka u određenim stanjima glikemije (Davis et al., 2022). Edukacija o samozbrinjavanju ŠB i o tome kako njome učinkovito upravljati traje cijeli život i nema vremenskog ograničenja. Direktni pokazatelj takve uspješne edukacije i dobre kontrole bolesti je glikirani hemoglobin (HbA1c). Kontrola glikemije najjači je prediktor prevencije mikrovaskularnih i makrovaskularnih komplikacija ŠB. Klinički pokazatelji uloge edukacije i smanjenja HbA1c, prema prospektivnoj studiji Ujedinjenog Kraljevstva (United Kingdom prospective diabetes study - UKPDS), ukazuju na to da svako poboljšanje pokazatelja dobre kontrole ŠB vodi boljim ishodima bolesti (Chrvala et al., 2016). Sveobuhvatan pristup liječenju koji uključuje strukturiranu edukaciju i osnaživanje pridonosi većoj odgovornosti i uključenosti u kontrolu vlastite bolesti, pri čemu se smanjuje rizik od razvoja komplikacija i broja hospitalizacija (Horvat Bukovšek & Filej, 2024).

Slijedom ovih spoznaja nametnuli su se ciljevi ovog istraživanja: utvrditi sposobnost samozbrinjavanja osoba sa šećernom bolesti, utvrditi postoji li razlika između samozbrinjavanja između dva mjerenja, prije i nakon individualizirane edukacije, te utvrditi postoji li povezanost rezultata samozbrinjavanja s demografskim karakteristikama i HbA1c među ispitanicima.

2 Metodologija

Istraživanje ima kvantitativni karakter u kojem su metodom anketiranja i korištenjem bolničko informacijskog sustava (BIS) podataka prikupljeni podaci za analizu. Za istraživanje je dobiveno odobrenje Etičkog povjerenstva ustanove. Za obradu podataka korišten je SPSS paket, verzija 26. U statističkim testovima za dokazivanje veza među pojedinim varijablama korištene su slijedeće statističke metode:

- numeričke varijable su opisane centralnom vrijednosti i mjerom raspršenosti
- za testiranje signifikantnosti razlika u odgovorima o samozbrinjavanju između dva mjerenja korišten je Wilcoxonov test

- za testiranje signifikantnosti razlika u odgovorima na pitanje o pušenju korišten je McNemarov test signifikantnosti
- za testiranje skupnih parametara – zdrava prehrana, specifična prehrana, tjelesna aktivnost, njega stopala u odnosu na tip ŠB i spol – korišten je Mann-Whitneyjev U test.

Upitnik koji se koristio u istraživanju sastavljen je od “općeg” dijela i iz upitnika “samozbrinjavanje”. Opći dio sadržava 11 pitanja o ispitaniku koja se odnose na generalne, demografske, socioekonomske i podatke o bolesti. Za drugi dio upitnika uporabili smo skalu samozbrinjavanja (Sažetak aktivnosti samozbrinjavanja kod šećerne bolesti - Summary of Diabetes Self-Care Activities, SDSCA). Ovaj je upitnik prošao dva seta provjere valjanosti: jedan s tri studije iz 1994. godine koje su proveli Toobert i Glasgow, te jedan sa sedam studija iz 2000. godine koje su proveli Toobert, Hampson i Glasgow. Zadnja, revidirana verzija, preporučuje korištenje ovog mjernog instrumenta u studijama o samozbrinjavanju šećerne bolesti (Toobert et al., 2000). Drugi dio upitnika o samozbrinjavanju ŠB sadržava 11 pitanja koja započinju pitanjem: Koliko ste dana u posljednjih sedam dana provodili neku samozbrinjavajuću aktivnost? Pitanja se odnose na zdravu prehranu, specifičnu prehranu, tjelesnu aktivnost, samokontrolu glukoze u krvi, pregled stopala i pušenje cigareta. Izjave o kojima su se ispitanici izjašnjavali odnose se na prisjećanje o ponašanju unatrag sedam dana. Mogući odgovor je od 0 do 7 dana u tjednu. Samo se jedno pitanje odnosi na pušenje, a ponudeni odgovor je da/ne.

Jedinstveni upitnik kodiran je matičnim brojem ispitanika, kako bi se mogao upariti s upitnikom nakon edukacije i kako bi se mogli pronaći podaci o HbA1c u arhivi nalaza. Upitnik o samozbrinjavanju korišten je u dva navrata, inicijalno prije edukacije i dva mjeseca nakon edukacije. Drugi upitnik je prikupljen poštom, s obzirom da je veliki broj ispitanika dolazio iz svih dijelova Hrvatske.

Prva faza istraživanja bila je upitnikom prikupiti podatke o samozbrinjavanju za sve ispitanike hospitalizirane u Sveučilišnoj klinici Vuk Vrhovac (Klinika), KB Merkur u Zagrebu. Na osnovu tih podataka procijenjeno je samozbrinjavanje pacijenata. Druga faza istraživanja uključila je trodnevnu individualiziranu edukaciju svih pacijenata prema standardnom postupku koji je osmišljen za potrebe hospitalnih pacijenata. Teme koje su uključene u edukacijski program odnose se na: tip šećerne bolesti, komplikacije šećerne bolesti, dijabetičku prehranu, primjenu lijekova, samokontrolu glikemije, tjelesnu aktivnost i njegu stopala. Metode poučavanja korištene u edukaciji uključile su metodu predavanja, upotrebu alata modela hrane u prirodnoj veličini i modela tanjura za poučavanje o prehrani. Izračun ugljikohidratnog omjera (UHO) i korektivnog faktora (KF) zahtijevao je korištenje matematičkih operacija i logičko povezivanje količine ugljikohidrata u obroku s količinom prandijalnog inzulina. Učenje na primjerima korišteno je tijekom serviranja obroka, kada se učila količina pojedinih namirnica i skupina namirnica u pojedinom obroku. Učenje vještina korišteno je za primjenu inzulina, upotrebu pomagala za samokontrolu glikemije, korištenje aplikacija i samopregled stopala. “Problem solving” kao metoda učenja korištena je

za rješavanje situacija hiperglikemije i hipoglikemije, kao i ostalih stanja donošenja odluka u vlastitom liječenju.

Na otpustu je pacijentima uručen isti upitnik, koji su potom pacijenti slali poštom istraživačima. Istraživanje je provedeno tijekom 2019. i 2020. godine.

U istraživanje smo uključili 396 pacijenata, koji su oboljeli od ŠB tipa 1 i tipa 2 i koji su dolazili na hospitalnu obradu u Kliniku. Većina uključenih u istraživanje (Tablica 1) se nalazilo u kategoriji od 61 do 75 godina (52,3 %), 326 ispitanika (82,3 %) živi u obitelji, a umirovljenih je bilo 250 (63,1 %) ispitanika. Najveći broj ispitanika, 224 (56,6 %) ima srednjoškolsko obrazovanje, a najveći broj ispitanika, 192 (48,5 %), svoja osobna primanja smatra osrednjima.

Tablica 1

Demografske karakteristike ispitanika/Demographic characteristics of respondents

		N	%
Dob	ispod 30 godina	14	3,5 %
	31–45 godina	31	7,8 %
	46–60 godina	110	27,8 %
	61–75 godina	207	52,3 %
	76 i više godina	34	8,6 %
	ukupno	396	100,0 %
Obiteljski status	sam/a	70	17,7 %
	s obitelji	326	82,3 %
	ukupno	396	100,0 %
Radni status	zaposlen/a	97	24,5 %
	nezaposlen/a	49	12,4 %
	umirovljenik/ca	250	63,1 %
	ukupno	396	100,0 %
Stručna sprema	bez školske spreme	7	1,8 %
	završena osnovna škola	70	17,7 %
	završena srednja škola	224	56,6 %
	visoka školska sprema	88	22,2 %
	magisterij	6	1,5 %
	doktorat	1	0,3 %
ukupno	396	100,0 %	
Osobna primanja	dobra	113	28,5 %
	osrednja	192	48,5 %
	loša	91	23,0 %
	ukupno	396	100,0 %

Iz tablice 2 može se vidjeti kako je najveći broj ispitanika, 182 (46 %), bio u kategoriji HbA1c većim od 7,5 %. ŠB tipa 2 ima 253 (63,9 %) ispitanika, veći broj ispitanika, 228 (57,6 %), liječi se oralnim lijekovima (Oral hypoglycemic agents – OHAs), a najveći udio ispitanika prema trajanju ŠB, 145 (36,6 %), čine ispitanici čija ŠB traje

11–20 godina. Problem s kretanjem ima 134 (33,8 %) ispitanika, problem s vidom 232 (58,6 %), a problem sa sluhom 108 (27,3 %) ispitanika.

Tablica 2

Medicinske karakteristike ispitanika/Medical characteristics of the respondents

		<i>N</i>	<i>%</i>		
HbA1c	< 6,5 %	80	20,2 %		
	6,5–7,5 %	134	33,8 %		
	> 7,5 %	182	46,0 %		
	<i>ukupno</i>	396	100,0 %		
Tip šećerne bolesti	1	143	36,1 %		
	2	253	63,9 %		
	<i>ukupno</i>	396	100,0 %		
Terapija za ŠB	inzulin	168	42,4		
	OHA's	228	57,6		
	<i>ukupno</i>	396	100 %		
Trajanje bolesti	do 5 godina	52	13,1 %		
	6–10 godina	67	16,9 %		
	11–20 godina	145	36,6 %		
	21 i više godina	132	33,3 %		
	<i>ukupno</i>	396	100,0 %		
Tip šećerne bolesti	1	143	36,1 %		
	2	253	63,9 %		
	<i>ukupno</i>	396	100,0 %		
Tip ŠB	<i>Spol</i>		<i>Prosječan HbA1c (%)</i>	<i>Prosječna starost (g)</i>	<i>Prosječno trajanje ŠB (g)</i>
	M	Ž			
ŠB tipa 1	53 %	47 %	7,6	54,9	21,9
ŠB tipa 2	58 %	42 %	7,7	65,5	16,2

3 Rezultati

Rezultati Tablice 3 pokazuju kako drugo mjerenje samozbrinjavanja nakon individualizirane edukacije pokazuje statistički značajno veću vrijednost samozbrinjavajućih aktivnosti ($p < 0,05$). Izuzetak je pitanje o pušenju, kod kojeg nije nađena statistički značajna razlika.

Tablica 3

Usporedba prvog i drugog mjerenja samozbrinjavanja/Comparison of the first and second assessments of self-care

<i>drugo mjerenje – prvo mjerenje</i>		<i>N</i>	\bar{x} <i>rangova</i>	Σ <i>rangova</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Koliko ste se dana u posljednjih <i>sedam dana</i> pridržavali zdravog načina prehrane?	negativni rangovi	42 ^a	100,14	4206,00	-11,623b	,001
	pozitivni rangovi	240 ^b	148,74	35697,00		
	jednako	114 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Tijekom proteklog mjeseca, koliko ste se prosječno <i>dana u tednu</i> pridržavali preporučene dijete?	negativni rangovi	54 ^a	112,18	6057,50	-10,229b	,001
	pozitivni rangovi	228 ^b	148,45	33845,50		
	jednako	114 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Koliko ste dana u posljednjih <i>sedam dana</i> jeli pet ili više obroka voća i povrća?	negativni rangovi	82 ^a	129,59	10626,00	-8,361b	,001
	pozitivni rangovi	224 ^b	162,25	36345,00		
	jednako	90 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Koliko ste dana u posljednjih <i>sedam dana</i> jeli hranu bogatu masnoćama, kao što su crveno meso i punomasni mliječni proizvodi?	negativni rangovi	103 ^a	134,75	13879,50	-4,714b	,001
	pozitivni rangovi	182 ^b	147,67	26875,50		
	jednako	111 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Koliko ste dana u posljednjih <i>sedam dana</i> provodili tjelesnu aktivnost koja je trajala najmanje 30 minuta (ukupno trajanje neprekidne tjelesne aktivnosti, uključujući hodanje)?	negativni rangovi	99 ^a	107,34	10626,50	-4,373b	,001
	pozitivni rangovi	150 ^b	136,66	20498,50		
	jednako	147 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Koliko ste dana u posljednjih <i>sedam dana</i> sudjelovali u nekoj posebnoj tjelesnoj aktivnosti (plivanje, vožnja biciklom itd.) koja nije dio vaših redovitih kućnih poslova ili aktivnosti na poslu?	negativni rangovi	79 ^a	107,79	8515,50	-6,925b	,001
	pozitivni rangovi	180 ^b	139,75	25154,50		
	jednako	137 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				

Koliko ste dana u posljednjih <i>sedam dana</i> mjerili šećer u krvi?	negativni rangovi	38 ^a	60,33	2292,50	-7,589b	,001
	pozitivni rangovi	129 ^b	90,97	11735,50		
	jednako	229 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Koliko ste dana u posljednjih <i>sedam dana</i> mjerili šećer u krvi onoliko puta dnevno koliko vam je preporučio liječnik?	negativni rangovi	42 ^a	67,23	2823,50	-9,198b	,001
	pozitivni rangovi	164 ^b	112,79	18497,50		
	jednako	190 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Koliko ste dana u posljednjih <i>sedam dana</i> sami pregledavali stopala?	negativni rangovi	59 ^a	102,82	6066,50	-7,652b	,001
	pozitivni rangovi	178 ^b	124,36	22136,50		
	jednako	159 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Koliko ste dana u posljednjih <i>sedam dana</i> pregledavali unutrašnji dio cipela?	negativni rangovi	51 ^a	93,66	4776,50	-8,640b	,001
	pozitivni rangovi	182 ^b	123,54	22484,50		
	jednako	163 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Jeste li u posljednjih <i>sedam dana</i> popušili cigaretu – makar jedan dim (drugo mjerenje)?						
			da	ne	ukupno	
Jeste li u posljednjih <i>sedam dana</i> popušili cigaretu – makar jedan dim (prvo mjerenje)?	da	N	79	5	84	
		%	95,2 %	1,6 %	21,2 %	
	ne	N	4	308	312	
		%	4,8 %	98,4 %	78,8 %	
<i>ukupno</i>	N	83	313	396		
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %		
McNemarov Test	N			p		
N	396			1,000a		

Legenda/Legend: drugo mjerenje – prvo mjerenje / second assessments – first assessments; a. pokazatelj finalno < pokazatelj inicijalno / indicator final < indicator initial; b. pokazatelj finalno > pokazatelj inicijalno / indicator final > indicator initial; c. pokazatelj finalno = pokazatelj inicijalno / indicator final = indicator initial; N – broj ispitanika / number of respondents; \bar{x} rangova – aritmetička sredina rangova / arithmetic mean of ranks; \sum rangova – suma rangova / sum of ranks; Z – vrijednost testa / test value; P – značajnost / significance.

Prije slijedeće analize učinjena je podjela pitanja upitnika prema tematskim cjelinama radi lakše statističke obrade podataka i donošenja zaključaka za praksu. Pitanje 1 i 2 nazvali smo zdrava prehrana, pitanja 3 i 4 smo zajedno nazvali specifična prehrana, pitanja 5 i 6 nazvana su tjelesna aktivnost, pitanja 7 i 8 samokontrola, a pitanja 9 i 10 nazvana su njega stopala. Pitanje o pušenju nije ulazilo u ovu podjelu zbog odgovora da/ne. Tablica 4 prikazuje kako su elementi zdrava prehrana, specifična prehrana, tjelesna aktivnost i njega stopala, kao samozbrinjavajuće aktivnosti, statistički značajno uspješniji ($p < 0,01$) u drugom mjerenju, nakon edukacije, nego u prvom mjerenju.

Tablica 4

Deskriptivna analiza razlike između dva mjerenja samozbrinjavanja – prikaz rangova/Descriptive analysis of the difference between two measurements of self-care – view of ranks

<i>Razlika između dva mjerenja (drugo mjerenje – prvo mjerenje)</i>		<i>N</i>	\bar{x} <i>rangov</i>	Σ <i>rangova</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Zdrava prehrana	negativni rangovi	51 ^a	102,43	5224,00	-12,737b	,001
	pozitivni rangovi	278 ^b	176,48	49061,00		
	jednako	67 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Specifična prehrana	negativni rangovi	102 ^a	128,80	13138,00	-9,043b	,001
	pozitivni rangovi	243 ^b	191,55	46547,00		
	jednako	51 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Tjelesna aktivnost	negativni rangovi	100 ^a	140,32	14032,50	-7,369b	,001
	pozitivni rangovi	225 ^b	173,08	38942,50		
	jednako	71 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Samokontrola glukoze	negativni rangovi	47 ^a	73,45	3452,00	-9,496b	,001
	pozitivni rangovi	178 ^b	123,44	21973,00		
	jednako	171 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				
Njeza stopala	negativni rangovi	71 ^a	115,34	8189,00	-9,432b	,001
	pozitivni rangovi	226 ^b	159,58	36064,00		
	jednako	99 ^c				
	<i>ukupno</i>	396				

Legenda/Legend: drugo mjerenje – prvo mjerenje / second assessments – first assessments; a. pokazatelj finalno < pokazatelj inicijalno / indicator final < indicator initial; b. pokazatelj finalno > pokazatelj inicijalno / indicator final > indicator initial; c. pokazatelj finalno = pokazatelj inicijalno / indicator final = indicator initial; N – broj ispitanika / number of respondents; \bar{x} rangova – aritmetička sredina rangova / arithmetic mean of ranks; Σ rangova – suma rangova / sum of ranks; Z – vrijednost testa / test value; P – značajnost / significance.

Pregledom Tablice 5 može se primijetiti da su prosječni rezultati viši kod žena nego kod muškaraca, osim u kategoriji tjelesna aktivnost. Može se reći kako postoji statistički značajna razlika ($p < 0,05$) s obzirom na spol ispitanika u određenim dimenzijama: u prvom mjerenju u tjelesnoj aktivnosti uspješniji su muškarci od žena, a u njezi stopala uspješnije su žene od muškaraca. U drugom mjerenju su u specifičnoj prehrani i njezi stopala uspješnije žene od muškaraca.

Tablica 5*Odnos između spola i samozbrinjavanja/Relationship between gender and self care*

<i>prvo mjerenje – drugo mjerenje</i>										
	<i>spol</i>	<i>N</i>	\bar{x} <i>rangova</i>	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	\bar{x} <i>rangova</i>	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Zdrava prehrana	M	224	189,00	17136,000	-1,893	,058	191,99	17805,000	-1,303	,192
	Ž	172	210,87				206,98			
	Σ	396								
Specifična prehrana	M	224	194,14	18287,500	-,870	,384	183,54	15912,500	-2,987	,003
	Ž	172	204,18				217,99			
	Σ	396								
Tjelesna aktivnost	M	224	214,02	15788,000	-3,090	,002	205,47	17702,500	-1,303	,165
	Ž	172	178,29				189,42			
	Σ	396								
Samokontrola glukoze	M	224	195,11	18504,500	-,697	,486	194,13	18285,500	-,996	,319
	Ž	172	202,92				204,19			
	Σ	396								
Njega stopala	M	224	188,24	16965,000	-2,047	,041	186,10	16487,000	-2,485	,013
	Ž	172	211,87				214,65			
	Σ	396								

Legenda/Legend: prvo mjerenje / first assessments; drugo mjerenje / second assessments; spol M / Ž – spol muški / ženski / gender male / female; N – broj ispitanika / number of respondents; \bar{x} rangova – aritmetička sredina rangova / arithmetic mean of ranks; Mann-Whitney U – Mann-Whitney U test / Mann-Whitney U test; Z – vrijednost testa / test value; P – značajnost / significance; Σ – suma / sum.

Analizom Tablice 6, rezultata HbA1c za prvo i drugo promatrano mjerenje, može se primijetiti da su svi najviši prosječni rangovi prisutni u kategorijama HbA1c i ukazuju na dobru regulaciju ŠB. Može se reći kako postoji statistički značajna razlika ($p < 0,05$) s obzirom na HbA1c pokazatelj u dimenzijama samozbrinjavanja zdrava prehrana, specifična prehrana i tjelesna aktivnost. Nakon edukacije razlike u skoru zdrave i specifične prehrane u odnosu na HbA1c su manje i nesignifikantne.

Tablica 6*Odnos između HbA1c i samozbrinjavanja/Relationship between HbA1c and self-care*

	HbA1c	N	prvo mjerenje				drugo mjerenje			
			\bar{x} rangova	Kruskal- Wallis H	df	p	\bar{x} rangova	Kruskal- Wallis H	df	p
Zdrava prehrana	< 6,5 %	80	229,40	13,168	2	,001	218,83	4,285	2	,117
	6,5–7,5 %	134	208,67				201,04			
	> 7,5 %	182	177,43				187,69			
	ukupno	396								
Specifična prehrana	< 6,5 %	80	209,58	7,875	2	,019	208,36	,758	2	,685
	6,5–7,5 %	134	215,32				196,49			
	> 7,5 %	182	181,24				195,64			
	ukupno	396								
Tjelesna aktivnost	< 6,5 %	80	219,36	6,274	2	,043	213,15	6,248	2	,044
	6,5–7,5 %	134	206,00				210,81			
	> 7,5 %	182	183,81				183,00			
	ukupno	396								
Samokontrola glukoze	< 6,5 %	80	181,49	4,369	2	,113	190,17	1,212	2	,545
	6,5–7,5 %	134	213,03				205,27			
	> 7,5 %	182	195,28				197,18			
	ukupno	396								
Njega stopala	< 6,5 %	80	191,48	2,814	2	,245	195,91	1,276	2	,528
	6,5–7,5 %	134	211,92				207,37			
	> 7,5 %	182	191,71				193,11			
	ukupno	396								

Legenda / Legend: prvo mjerenje / first assessments; drugo mjerenje / second assessments; HbA1c – vrijednost HbA1c / HbA1c value; N – broj ispitanika / number of respondents; \bar{x} rangova – aritmetička sredina rangova / arithmetic mean of ranks; Kruskal-Wallis H – Kruskal-Wallis H test / Kruskal-Wallis H test; df – stupnjevi slobode / degrees of freedom; P – značajnost / significance.

4 Rasprava

Pogledaju li se prosječni pokazatelji regulacije ŠB – HbA1c –, može se reći kako su ispitanici ove studije većinom osobe s lošom regulacijom ŠB. Povećana razina HbA1c i produljena izloženost hiperglikemiji, kao posljedicu glukotoksičnosti ima razvoj mikrovaskularnih i makrovaskularnih komplikacija ŠB. Osim visine HbA1c, i glukovarijabilnost ima dodatni utjecaj na razvoj mikrovaskularnih i makrovaskularnih komplikacija ŠB tipa 1 i tipa 2, što pokazuju studije van Wijngaardena i suradnika (2017) te Maa i Zhonga (2024). Moglo se očekivati da ispitanici, s obzirom na duljinu trajanja ŠB, imaju dosta iskustva i znanja o samozbrinjavanju ali s druge strane i određenu količinu komplikacija ŠB koja bi ometala edukacijski proces i samozbrinjavanje, kao što je pokazala studija Sørensen i suradnika (2020).

Međutim, upravo je ovakav oblik edukacije individualnog tipa spreman prilagoditi se svakoj individualnoj različitosti osobe. Ova je studija našla nekoliko fizičkih komponenti zdravlja koje bi mogle ometati samozbrinjavanje i edukaciju: više od jedne trećine ispitanika navodi poteškoće s kretanjem, više od polovice navodi poteškoće s vidom, a gotovo trećina poteškoće sa sluhom. Upravo je takav način edukacije primjeren osobama s takvim potrebama samozbrinjavanja, koje je u svom istraživanju našao Williams (2002). Podaci koji su dobiveni inicijalnim upitnikom, na kojem su se ispitanici izjašnjavali o tome koliko se dana u tjednu pridržavaju određenih samozbrinjavajućih aktivnosti, pokazali su da su najuspješniji u mjerenju glikemije. Međutim, nije se ispitivalo jesu li ispitanici nakon mjerenja glikemije poduzimali neke aktivnosti u vezi s nalazom dobivenim mjerenjem. U većini istraživanja upravo je kontrola glikemije kao samozbrinjavajuća aktivnost pokazatelj i ostalih samozbrinjavajućih aktivnosti. Veras et al. (2014) i Popovicu et al. (2022) navode kako se na osnovu vrijednosti glikemije donose važne odluke u samozbrinjavanju. Svakako je redovita samokontrola glikemije preduvjet postizanja ciljnih vrijednosti glikemije.

Sljedeći najveći rezultat samozbrinjavajućih aktivnosti inicijalno je postignut u samopregledu stopala. To implicira kako su osobe u ispitivanoj populaciji povećale sposobnost samozbrinjavanja stopala. Mnogi autori (Rezende et al., 2015; Yokota et al., 2019; Goodall et al., 2020) su u svojim istraživanjima pokazali u kolikoj mjeri samozbrinjavajuće aktivnosti njege stopala pridonose prevenciji nastanka dijabetičkog stopala i amputacije kao najteže komplikacije ŠB.

Pridržavanje zdrave prehrane i prehrane koja doprinosi dobroj metaboličkoj kontroli ispitanika može se procijeniti srednje dobrim rezultatom. Samozbrinjavajuća aktivnost pravljenja obroka može biti vrlo zamorna za osobu sa ŠB. Slično istraživanje Heermana et al. (2016) pokazalo je nisko prihvaćanje promjena u prehrani, što može biti i posljedica socijalnog statusa.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako su ispitanici na inicijalnom upitniku najmanje uspješni u tjelesnoj aktivnosti (dva dana u tjednu). S obzirom na to da je u ovom istraživanju riječ o ispitanicima nešto starije dobi, moguće je objasniti rezultate godinama života, komorbiditetom i dugim trajanjem ŠB. Jannoo i suradnici (2017) u svom istraživanju nalaze da redovita tjelesna aktivnost pridonosi dobroj regulaciji glikemije i prevenciji povećane tjelesne težine i debljine, smanjenju inzulinske rezistencije i dobrom psihičkom statusu. Međutim, i podaci njihova istraživanja pokazuju kako je upravo tjelesna aktivnost samozbrinjavajuća aktivnost s lošom adherencijom.

Rezultati samozbrinjavanja na ponovljenom upitniku, provedenom dva mjeseca nakon edukacije, pokazuju da su prosječno najviši rezultati postignuti u aktivnostima samokontrole glikemije i provođenju zdravog načina prehrane. Rezultati samokontrole glukoze u krvi su očekivani, jer su i prije edukacije rezultati bili dobri i nije bilo mjesta za veliki napredak. Međutim, rezultati prehrane pokazuju da su ispitanici promijenili aktivnosti samozbrinjavanja vezane uz prehranu. To znači da ispitanici razumiju važnost hrane u održavanju zdravlja, postizanju metaboličkih ciljeva kontrole i prevencije komplikacija ŠB. Može se reći da su ispitanici ovog istraživanja skloni promijeniti navike prehrane, osim uživanja masne hrane. Mostafavi-Darani et al. (2020)

utvrdili su da je kultura jedenja orijentirana na dijeljenje hrane i emocija te istovremeno na udovoljavanje gostima na druženju, zanemarujući potrebe osobe sa ŠB, a dajući prioritet ukusnoj hrani naspram zdrave prehrane. Nakon provedene individualizirane edukacije ispitanici ostvaruju značajno poboljšanje svih samozbrinjavajućih aktivnosti, osim pušenja. Iste rezultate pronašli su i Dietz et al. (2023). Tjelesna aktivnost pokazala se najteže promjenjivom navikom, jer na odluku o bavljenju tjelesnom aktivnosti utječe, osim fizičkog zdravlja, znanje o pozitivnim učincima na zdravlje, ali i unutarnja motivacija i osnaživanje. Isto tako, istraživanja Huerta-Urbe et al. (2023) o ŠB tipa 1 i istraživanje Najafipoura et al. (2017) kod ispitanika sa ŠB tipa 2 pokazuju snažnu pozitivnu povezanost tjelesne aktivnosti s HbA1c. Osobe koje su imale dobar HbA1c u ovom istraživanju imale su i dobre samozbrinjavajuće aktivnosti iz područja prehrane, tjelesne aktivnosti, samokontrole glukoze i njege stopala. Međutim, osobe koje imaju loš HbA1c pokazale su najveći napredak u poboljšanju samozbrinjavajućih aktivnosti, posebice u području zdrave prehrane.

Ovo je istraživanje pokazalo kako osobe koje imaju ŠB tipa 1 imaju bolje samozbrinjavajuće aktivnosti od osoba koje imaju ŠB tipa 2. Rezultati su razumljivi jer osobe koje su od rane mladosti usvajale određene postupke u samozbrinjavanju, uključujući intenziviranu inzulinsku terapiju ili terapiju inzulinskom pumpom, trebaju daleko više vještina u svim područjima samozbrinjavanja. Osim toga, osobe koje imaju ŠB tipa 1 mlade su osobe, koje su nešto spretnije u upravljanju tehnologijom, kako pokazuje i studija Adu et al. (2019). Bez obzira na te rezultate, osobe koje imaju ŠB tipa 2 pokazale su bolji napredak u svim samozbrinjavajućim aktivnostima od osoba koje imaju ŠB tipa 1. Osobe sa ŠB tipa 2, nakon edukacije, u ovom istraživanju pokazuju bolju adherenciju. Spol je u ovom istraživanju imao utjecaj na samozbrinjavanje. Muškarci su uspješniji u tjelesnoj aktivnosti od žena već na inicijalnom testiranju. Međutim, žene su uspješnije u samozbrinjavanju stopala od muškaraca, kako je pokazalo i istraživanje Karimy et al. (2016). Zanimljivo je da su žene uspješnije i u prehrani ali tek na drugom testiranju nakon edukacije.

U ovom je istraživanju provedena individualizirana edukacija kroz trodnevnu hospitalnu skrb. Poseban cilj bio je pružiti edukaciju prema potrebama pojedinog ispitanika, koje su utvrđene upitnikom. Fan et al. (2016) u svom istraživanju prikazuju kako je važno u edukaciju uključiti potrebe osobe, kroz koju osoba može postići više osobnih ciljeva povezanih sa ŠB. Shvaćajući samozbrinjavanje kao podizanje autonomije, edukacijskim se programom može osnažiti osobu da, prolazeći promjenu ponašanja i stavova, preuzme kontrolu i odgovornost nad samozbrinjavanjem ŠB. Istraživanja samozbrinjavanja pokazuju koliko je osobama sa ŠB važno održavanje zdravlja i postizanje metaboličkih ciljeva bolesti, kao i životnih ciljeva (Shabibi et al., 2017; Grønnegaard et al., 2020).

Ograničenja istraživanja

Istraživanje je provedeno u kontroliranim bolničkim uvjetima, kojima se može prigovoriti, s jedne strane, povećanim troškovima liječenja u bolničkim uvjetima i povećanim brojem medicinskih sestara koje skrbe za pacijente. S druge strane, isko-

rištena je prilika ovakvog modela skrbi radi evaluacije komplikacija i terapije, kako bi se provela edukacija većeg broja osoba izvan grada Zagreba i osoba koje su fizički limitirane većim brojem komplikacija, zbog čega su i hospitalizirane, kako bi prisustvovala individualiziranoj edukaciji.

Drugi problem koji je uočen je kako je vrlo teško ovim upitnikom obuhvatiti i osobe sa ŠB tipa 1 i tipa 2, Fenotipovi ispitanika vrlo su različiti i bila su potrebna dodatna testiranja kako bi zaključci ove studije bili relevantni za praksu.

5 Zaključak

Ovo je istraživanje pokazalo kako osobe sa dobrim HbA1c imaju dobro razvijene aktivnosti samozbrinjavanja. Edukacijski proces, primjeren individualnim potrebama pojedinca, povećava samozbrinjavanje nakon individualizirane edukacije. Ispitanici sa ŠB tipa 1 postižu bolje rezultate u samozbrinjavanju od osoba sa ŠB tipa 2. Žene su uspješnije u samozbrinjavajućim aktivnostima prehrane i njege stopala, a muškarci u tjelesnoj aktivnosti. Ovim se istraživanjem nastojalo razumjeti samozbrinjavanje kao konstrukt velike sestriinske teorije samozbrinjavanja D. Orem. Zadovoljavanje osobnih potreba pojedinca, osobito potreba za samozbrinjavanjem, jedno je od osnovnih načela zdravstvene njege. Kod osoba sa šećernom bolesti iznimno je važno razumjeti situacije nedostatka samozbrinjavanja u kojima je potpora pružatelja skrbi i okoline presudna, kada osobe sa ŠB dožive nesrazmjernost između potreba za samozbrinjavanjem i osobnih mogućnosti. Potrebe za edukacijom najvažnije su u samozbrinjavanju osoba sa ŠB kako bi bile samostalne. Jedan od osnovnih ciljeva edukacije jest osposobiti osobu da samostalnim sudjelovanjem u samozbrinjavanju bude glavni sudionik upravljanja vlastitom bolesti. Ovo je istraživanje pružilo dokaze o uspješnosti individualizirane edukacije prema potrebama osobe. Isto tako, ovo istraživanje potiče na inovativnost u osmišljavanju edukacijskih načina primjerenih potrebama pacijenata i sustava u kojima sestra edukator ima ključnu ulogu. Slijedom ovih nalaza istraživanja, bilo bi zanimljivo provjeriti iste ispitanike nakon šest mjeseci ili godinu dana i takvim longitudinalnim studijama istražiti ovakva znanja nakon individualne edukacije. Isto tako, bilo bi korisno napraviti cost-benefit procjenu ovakvih intervencija u liječenju osoba sa ŠB.

Snježana Gačina, Blaž Mlačak, PhD, Bojana Filej, PhD

Self-Care Ability in People with Diabetes

Self-care is the ability of a person to take care of themselves in all life cycles. The concept of self-care in nursing care was created and defined by Dorothea Orem in the 1960s as the fundamental science in the nursing profession. The elements of the self-care theory can be understood as a multi-layered behaviour of a person arising from their existence and their personal strength, without any influence from the environment, which we can call the ability of self-care (Denyes et al., 2001). Self-care can be considered as a response to the demands placed on a person. The self-care deficit theory is also of a practical importance for the nursing practice, which refers to cases when an individual can no longer take care of themselves using their own resources (Smith & Parker, 2015). The difference between those two theories is in the number of demands that an individual can fulfil (Katherine Renpenning & Taylor, 2003). The self-care deficit theory has given legitimacy to nurses in developing research, in which the focus of nurses is not only on caring for the individual, family, and society as a whole, but also on studying the position of nurses in the world (Hartweg & Metcalfe, 2022).

Diabetes mellitus (DM) is characterized as a group of metabolic diseases with chronic hyperglycemia resulting from defects in insulin production, insulin action, or both. In 2021, the International Diabetes Federation (IDF) estimated that 537 million people worldwide suffered from DM. This would mean that almost one in ten people have DM. This figure is estimated to increase to 783 million by 2045. It is estimated that 6.7 million people worldwide died from DM-related diseases in 2021. The cost of treatment is approaching one trillion US dollars (Magliano et al., 2021; Sun et al., 2022).

Estimates also show that one in two people (44.7%) aged 20–79 years do not know that they have DM (Ogurtsova et al., 2022).

Throughout their lives, people with DM develop their self-care skills through various life circumstances and evolve together with their ability of DM self-care, from the diagnosis until the end of life. At the same time, the psychosocial support for families and educators is crucial in controlling glycemia (Mohebi et al., 2018). Self-care activities in DM have a direct impact on the outcome and prognosis of the disease (Jiang et al., 2023). Self-care behaviour is very complex, because it includes several aspects: taking medication, healthy diet, physical activity, monitoring, risk reduction, problem-solving and healthy coping (Association of Diabetes Care and Education Specialists and Kolb, 2021).

The education of people with DM is an integral part of a comprehensive approach to treatment. Its goal is to train the individual to be an active participant in the treatment, capable of contributing to the success of the treatment with their self-care activities (American Diabetes Association, 2025). Clinical indicators of the role of

education and reduction of HbA1c, according to the United Kingdom prospective diabetes study – UKPDS, indicate that any improvement in indicators of good diabetes control leads to better disease outcomes (Chrvala et al., 2016).

This research aimed to determine the self-care ability of people with diabetes before and after individualized education.

A quantitative cross-sectional research was conducted, in which data for analysis were collected using the survey method and the use of the hospital information system (HIS). The research was approved by the Institution's Ethics Committee. The SPSS package, version 26, was used for data processing.

The questionnaire used in the research was composed of "general" and "self-care" questions. The general part contains 11 questions on the respondent's general, demographic, socioeconomic and disease information. For the second part of the questionnaire, the Summary of Diabetes Self-Care Activities scale (SDSCA) was used. The latest, revised version recommends the use of this instrument in diabetes self-care studies (Toobert et al., 2000), which contains 11 questions beginning with the question: On how many of the last SEVEN DAYS, did you ...? The possible answers are from 0 to 7 days a week. Only one question refers to smoking and the answers offered are Yes/No.

The self-care questionnaire was used on two occasions – before the education and two months after the individualized education. The second questionnaire was collected by mail, given that a large number of the respondents came from different parts of Croatia. The first phase of the research was to use the questionnaire to collect data on self-care from all the respondents hospitalized at the Vuk Vrhovac University Clinic, Clinical Hospital Merkur in Zagreb. Based on these data, the patients' self-care was assessed. The second phase of the research included a three-day individualized education of all the patients according to a standard procedure designed for the needs of hospital patients, and the collection of the results of the second questionnaire received by mail.

The study included 396 patients with type 1 and type 2 diabetes, who were admitted to the Clinic for treatment. The majority of the respondents included in the study (Table 1) were in the 61–75 age category (52.3%), 326 respondents (82.3%) lived with their families, and 250 (63.1%) were retired. The largest number of the respondents, 224 (56.6%), completed secondary education, and the largest number of respondents, 192 (48.5%), considered their income to be average.

Table 2 shows that the largest number of respondents, 182 (46%), were in the category of HbA1c greater than 7.5%. 253 respondents had type 2 diabetes (63.9%), a larger number of respondents, 228 (57.6%), were treated with oral drugs (Oral hypoglycemic agents – OHAs), and the largest group of respondents, 145 (36.6%), suffered from diabetes between 11–20 years. 134 (33.8%) respondents have problems with movement, 232 (58.6%) have vision problems, and 108 (27.3%) have hearing problems. The results in Table 3 show that the second measurement of self-care activities, after individualized education, shows a statistically significantly higher value

of self-care activities ($p < 0.05$). The exception is the question on smoking, where no statistically significant difference was found. If self-care is viewed as a set of parameters, such as healthy diet, specific diet, physical activity, self-monitoring of glucose and foot care (Table 4), it can be seen that there is a statistically significant difference concerning the type of diabetes ($p < 0.05$). The respondents with type 1 diabetes have a higher self-care score than the respondents with type 2 diabetes both before and after education.

By reviewing Table 5, it can be seen that the average self-care scores are higher in women than men, except in the physical activity category. There is a statistically significant difference in self-care ($p < 0.05$), with men being more successful in physical activity in the first measurement and women being more successful in foot care. In the second measurement, women are more successful in diabetic diet and foot care. By analysing the HbA1c results for the first and second measurements in Table 6, it can be noted that all the highest average ranks are present in the HbA1c categories that indicate good regulation of diabetes.

The respondents in this study are mostly people with poor DM control. In addition to HbA1c levels, glucovariability has an additional impact on the development of microvascular and macrovascular complications in type 1 and type 2 diabetes mellitus, according to the studies by van Wijngaarden et al. (2017) and Mao and Zhong (2024). The individualized education conducted in this study attempted to reduce factors that hinder the educational process (difficulties with movement, vision, and hearing). Adaptation of education to personal needs was found in the research by Williams (2002) and Sørensen et al. (2020).

The results show that the respondents are most successful in measuring glycemia, and most studies indicate that glycemia control is an indicator of other self-care activities (Popoviciu et al. (2022) and Veras et al. (2014)), because important decisions in self-care are made based on the glycemia results. The next highest result of self-care activities was initially achieved in self-examination of the feet. Many authors (Rezende et al., 2015; Yokota et al., 2019; Goodall et al., 2020) found in their research to what extent foot self-care activities contribute to the prevention of diabetic foot and lower limb amputation.

Adherence to a healthy diet can be evaluated as a medium result. Preparing meals can be very tiring for a person with diabetes. A similar study by Heerman et al. (2016) showed low acceptance of dietary changes, which may also be a consequence of social status.

The respondents were the least successful in physical activity in the initial questionnaire. Given that the respondents in this study were somewhat older, it is possible to explain the results by age, comorbidity and long duration of diabetes. Jannoo et al. (2017) found in their study that physical activity is a self-care activity with poor adherence.

Self-care results from a repeated questionnaire show that the respondents participating in this study are inclined to change their eating habits, except for eating fatty

foods. Mostafavi-Darani et al. (2020) found that a common behaviour is prioritizing tasty food over healthy eating. After individualized education, the respondents achieved significant improvement in all self-care activities, except smoking. Dietz et al. (2023) found the same results. Physical activity proved to be the most difficult habit to change. Research by Huerta-Urbe et al. (2023) on type 1 diabetes and research by Najafipour et al. (2017) in subjects with type 2 diabetes show a strong positive correlation between physical activity and HbA1c.

This research has shown that people with type 1 DM implement better self-care activities than people with type 2 DM, as shown in the study by Adu et al. (2019). People with type 2 diabetes in this study show better adherence after education. In this study, gender had an impact on self-care. Men are more successful in physical activity and women are more successful in foot self-care, as was shown in the research by Karimy et al. (2016). Interestingly, women are more successful in nutrition as well, but only in the second measurement after education.

In this research, individualized education was carried out during three days of hospital stay. The special goal was to provide education according to the needs of the individual respondents, which were determined by the questionnaire. Fan et al. (2016) show in their research how important it is to include personal educational needs in education. Maintaining health and achieving the metabolic goals of the disease, as well as life goals, are important for people with DM (Shabibi et al., 2017; Grønnegaard et al., 2020).

LITERATURA

1. Adu, M. D., Malabu, U. H., Malau-Aduli, A. E. O., & Malau-Aduli, B. S. (2019). Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. *PLOS ONE*, 14(6), e0217771. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217771>
2. Association of Diabetes Care and Education Specialists, & Kolb, L. (2021). An effective model of diabetes care and education: The ADCES7 self-care behaviors™. *The Science of Diabetes Self-Management and Care*, 47(1), 30–53. <https://doi.org/10.1177/0145721720978154>
3. Chaplin, S. (2017). The latest National Diabetes Audit report sheds light on complications and mortality rates. *Practical Diabetes*, 34(8), 290–293. <https://doi.org/10.1002/pdi.2138>
4. Chrvála, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 926–943. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003>
5. Davis, J., Fischl, A. H., Beck, J., Browning, L., Carter, A., Condon, J. E., Dennison, M., Francis, T., Hughes, P. J., Jaime, S., Lau, K. H. K., McArthur, T., McAvoy, K., Magee, M., Newby, O., Ponder, S. W., Quraishi, U., Rawlings, K., Socke, J., Stancil, M., Uelmen, S., & Villalobos, S. (2022). National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Spectrum*, 35(2), 137–149. <https://doi.org/10.2337/ds22-ps02>
6. Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel, G. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48–54. <https://doi.org/10.1177/089431840101400113>
6. Dietz, C. J., Sherrill, W. W., Ankomah, S., Rennert, L., Parisi, M., & Stancil, M. (2023). Impact of a community-based diabetes self-management support program on adult self-care behaviors. *Health Education Research*, 38(1), 1–12. <https://doi.org/10.1093/her/cyac034>

7. Fan, M. H., Huang, B. T., Tang, Y. C., Han, X. H., Dong, W. W., & Wang, L. X. (2016). Effect of individualized diabetes education for type 2 diabetes mellitus: A single-center randomized clinical trial. *African Health Sciences*, 16(4), 1157–1162. <https://doi.org/10.4314/ahs.v16i4.34>
8. Goodall, R. J., Ellauzi, J., Tan, M. K. H., Onida, S., Davies, A. H., & Shalhoub, J. (2020). A systematic review of the impact of foot care education on self-efficacy and self-care in patients with diabetes. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 60(2), 282–292. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.03.053>
9. Grønnegaard, C., Varming, A., Skinner, T., Olesen, K., & Willaing, I. (2020). Determinants of glycaemic control among patients with type 2 diabetes: Testing a process model based on self-determination theory. *Heliyon*, 6(10), e04993. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04993>
10. Hartweg, D. L., & Metcalfe, S. A. (2022). Orem's self-care deficit nursing theory: Relevance and need for refinement. *Nursing Science Quarterly*, 35(1), 70–76. <https://doi.org/10.1177/089431842111051369>
11. Heerman, W. J., Wallston, K. A., Osborn, C. Y., Bian, A., Schlundt, D. G., Barto, S. D., & Rothman, R. L. (2016). Food insecurity is associated with diabetes self-care behaviours and glycaemic control. *Diabetic Medicine*, 33(6), 844–850. <https://doi.org/10.1111/dme.12896>
12. Hrovat Bukovšek, A., & Filej, B. (2024). Opolnomočenje pacientov z antifosfolipidnim sindromom za samokontrolo in samovođenje antikoagulacijskega zdravljenja. *Revija za zdravstvene vede*, 11(1), 39–56. <https://doi.org/10.55707/jhs.v11i1.153>
13. Huerta-Uribe, N., Ramírez-Vélez, R., Izquierdo, M., & García-Hermoso, A. (2023). Association between physical activity, sedentary behavior, physical fitness, and glycated hemoglobin in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 53(1), 111–123. <https://doi.org/10.1007/s40279-022-01741-9>
14. International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas* (11th ed.).
15. Jannoo, Z., Wah, Y. B., Lazim, A. M., & Hassali, M. A. (2017). Examining diabetes distress, medication adherence, diabetes self-care activities, diabetes-specific quality of life, and health-related quality of life among type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 9, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2017.07.003>
16. Jiang, T., Liu, C., Jiang, P., Cheng, W., Sun, X., Yuan, J., Wang, Q., Wang, Y., Hong, S., Shen, H., Zhu, D., Zhang, Y., Dai, F., Hang, J., Li, J., Hu, H., & Zhang, Q. (2023). The effect of diabetes management shared care clinic on HbA1c compliance and self-management abilities in patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Clinical Practice*, 2023, Article 2493634. <https://doi.org/10.1155/2023/2493634>
17. Karimy, M., Araban, M., Zareban, I., Taher, M., & Abedi, A. (2016). Determinants of adherence to self-care behavior among women with type 2 diabetes: An explanation based on the health belief model. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 30, 368.
18. Katherine Renpenning, M., & Taylor, S. G. (2003). *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*. Springer Publishing.
19. Kharroubi, A. T., & Darwish, H. M. (2015). Diabetes mellitus: The epidemic of the century. *World Journal of Diabetes*, 6(6), 850–867. <https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i6.850>
20. Kornides, M. L., Nansel, T. R., Quick, V., Haynie, D. L., Lipsky, L. M., & Laffel, L. M. B. (2014). Associations of family meal frequency with family meal habits and meal preparation characteristics among families of youth with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 40(3), 405–411. <https://doi.org/10.1111/cch.12078>
21. Łuczynski, W., Łazarczyk, I., Szlachcikowska, I., Kiernożek, Ż., Kaczmarek, A., Szylaj, O., Szadkowska, A., Jarosz-Chobot, P., Głowińska-Olszewska, B., & Bossowski, A. (2019). The empowerment of adolescents with type 1 diabetes is associated with their executive functions. *BioMed Research International*, 2019, Article 5184682. <https://doi.org/10.1155/2019/5184682>
22. Magliano, D. J., Boyko, E. J., & IDF Diabetes Atlas. (2021). What is diabetes? In *IDF diabetes atlas* (10th ed.). International Diabetes Federation.
23. Mao, Y., & Zhong, W. (2024). HbA1c variability as an independent risk factor for microvascular complications in type 1 diabetes. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 18(2), 380–388. <https://doi.org/10.1177/19322968221100833>

24. Milavec Kapun, M., Rajkovič, V., Šušteršič, O., Drnovšek, R., & Rajkovič, U. (2022). Analiza pojma brige o sebi – slovenski kontekst. *Journal of Health Sciences*, 9(2), 51–65. <https://doi.org/10.55707/jhs.v9i2.129>
25. Mohebi, S., Parham, M., Sharifirad, G., Gharlipour, Z., Mohammadbeigi, A., & Rajati, F. (2018). Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 48. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_73_17
26. Mostafavi-Darani, F., Zamani-Alavijeh, F., Mahaki, B., & Salahshouri, A. (2020). Exploring the barriers of adherence to dietary recommendations among patients with type 2 diabetes: A qualitative study in Iran. *Nursing Open*, 7(6), 1735–1745. <https://doi.org/10.1002/nop2.558>
27. Najafipour, F., Mobasserri, M., Yavari, A., Nadrian, H., Aliasgarzadeh, A., Mashinchi Abbasi, N., Niafar, M., Houshyar Gharamaleki, J., & Sadra, V. (2017). Effect of regular exercise training on changes in HbA1c, BMI and VO2max among patients with type 2 diabetes mellitus: An 8-year trial. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 5(1), e000414. <https://doi.org/10.1136/bmjdc-2017-000414>
28. Ogurtsova, K., Guariguata, L., Barengo, N. C., Ruiz, P. L.-D., Sacre, J. W., Karuranga, S., Sun, H., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2022). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of undiagnosed diabetes in adults for 2021. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109118. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109118>
29. Popoviciu, M. S., Marin, V. N., Vesa, C. M., Stefan, S. D., Stoica, R. A., Serafinceanu, C., Merlo, E. M., Rizvi, A. A., Rizzo, M., Busnatu, S., & Stoian, A. P. (2022). Correlations between diabetes mellitus self-care activities and glycaemic control in the adult population: A cross-sectional study. *Healthcare*, 10(1), 174. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010174>
30. Rezende Neta, D. S., da Silva, A. R., & da Silva, G. R. (2015). Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 103–116. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680115p>
31. Sargeant, J. A., Yates, T., McCann, G. P., Lawson, C. A., Davies, M. J., & Gulsin, G. S. (2018). Physical activity and structured exercise in patients with type 2 diabetes mellitus and heart failure. *Practical Diabetes*, 35(4), 131–138. <https://doi.org/10.1002/pdi.2180>
32. Shabibi, P., Zavareh, M. S. A., Sayehmiri, K., Qorbani, M., Safari, O., Rastegarimehr, B., & Mansourian, M. (2017). Effect of educational intervention based on the health belief model on promoting self-care behaviors of type-2 diabetes patients. *Electronic Physician*, 9(12), 5960–5968. <https://doi.org/10.19082/5960>
33. Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice*. FA Davis.
34. Sørensen, M., Groven, K. S., Gjelsvik, B., Almendingen, K., & Garnweidner-Holme, L. (2020). Experiences of self-management support in patients with diabetes and multimorbidity: a qualitative study in Norwegian general practice. *Primary health care research & development*, 21, e44. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000432>
35. Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Stein, C., Basit, A., Chan, J. C. N., Mbanya, J. C., Pavkov, M. E., Ramachandran, A., Wild, S. H., James, S., Herman, W. H., Zhang, P., Bommer, C., Kuo, S., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2022). IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109119. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>
36. Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943–950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>
37. van Wijngaarden, R. P. T., Overbeek, J. A., Heintjes, E. M., Schubert, A., Diels, J., Straatman, H., Steyerberg, E. W., & Herings, R. M. C. (2017). Relation between different measures of glycemic exposure and microvascular and macrovascular complications in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Therapy*, 8(5), 1097–1109. <https://doi.org/10.1007/s13300-017-0301-4>
38. Veras, V. S., Santos, M. A. D., Rodrigues, F. F. L., Arrelias, C. C. A., Pedersoli, T. A. M., & Zanetti, M. L. (2014). Self-care among patients enrolled in a self-monitoring blood glucose program. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(4), 42–48. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.47820>

39. Williams, A. S. (2002). A focus group study of accessibility and related psychosocial issues in diabetes education for people with visual impairment. *The Diabetes Educator*, 28(6), 999–1008. <https://doi.org/10.1177/014572170202800614>
40. Yokota, K., Hayashi, Y., Kurata, J., & Fujita, A. (2019). Effectiveness of a self-foot-care educational program for prevention of diabetic foot disease. *Health*, 11(1), 9–19. <https://doi.org/10.4236/health.2019.111002>

Snježana Gaćina, mag. med. techn., zaposlena v Sveučilišni kliniki za dijabetes, endokrinologiju i metaboličke bolesti "Vuk Vrhovac", Sveučilišna bolnica Merkur, doktorska študentka na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede
E-mail: sgacina9@gmail.com

Dr. Blaž Mlačak, profesor na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede
E-mail: blaz.mlacak@siol.net

Dr. Bojana Filej, izredna profesorica na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede
E-mail: bojana.filej@guest.arnes.si
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7194-7259>

Medpoklicno sodelovanje v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.186>

Izvirni znanstveni članek

UDC 616-036.8-083-089.86:005.64

KLJUČNE BESEDE: paliativna oskrba, medpoklicno sodelovanje, črevesna stoma, edukacija o negi stome

POVZETEK – Rak debelega črevesa in danke spada po incidenci med najbolj pogoste rake v Sloveniji. Posledica kirurškega zdravljenja je velikokrat črevesna stoma. Skrb za pacienta z neozdravljivo boleznijo in črevesno stomo zahteva medpoklicno sodelovanje. Namen raziskave je predstaviti pomen medpoklicnega sodelovanja v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo. V raziskavi smo uporabili kvalitativni pristop, metodo analize besedila ter tehniko nestrukturiranega intervjuvanja. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v raziskavo so bili vključeni: kirurg, medicinska sestra, enterostomalna terapevtka, psihologinja, koordinatorica zdravstvene obravnave in medicinska sestra v patronažnem varstvu. Sodelujočim v raziskavi je v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo pomembna psihična in fizična priprava pacienta na operativni poseg. Poudarijo tudi edukacijo o negi črevesne stome, ki jo vodi enterostomalna terapevtka. Sodelujoči v raziskavi izpostavijo prednosti in ovire medpoklicnega sodelovanja. Najpomembnejša prednost medpoklicnega sodelovanja je kakovostna in varna obravnava pacienta, ovira pa pomanjkanje kadra.

Original scientific article

UDC 616-036.8-083-089.86:005.64

KEYWORDS: palliative care, interprofessional collaboration, intestinal stoma, stoma management education

ABSTRACT – Colorectal cancer is one of the most common cancers in Slovenia. Surgical treatment often results in an intestinal stoma. Caring for patients with incurable disease and an intestinal stoma requires interprofessional collaboration. The aim of the study is to present the importance of interprofessional collaboration in the palliative care process for patients with an intestinal stoma. The study adopted a qualitative approach, utilizing the text analysis method and the unstructured interview technique. We used a non-randomised purposive sampling and included a surgeon, a registered nurse, an enterostomal therapist, a psychologist, a healthcare coordinator, and a community nurse. The participants of the study emphasised the importance of mental and physical preparation of the patient for surgery in the context of palliative care for individuals with an intestinal stoma. They also emphasised the education on intestinal stoma management provided by the enterostomal therapist. The participants highlighted both the benefits and limitations of interprofessional collaboration. The most significant benefit is the provision of high-quality and safe patient care, while the primary limitation is the lack of staff.

1 Uvod

Paliativna oskrba priznava življenje in smrt kot popolnoma naraven proces (Ebert Moltara, 2014; Koštomaj, 2021). Predstavlja obliko obravnave pacienta z neozdravljivo boleznijo, usmerjeno v zagotavljanje kakovosti življenja pacienta in njegovih bližnjih, ki jih spremljamo tudi v času žalovanja (Furman in Lopuh, 2017). Paliativna oskrba je del priporočenega standarda oskrbe pacientov tudi pri napredovalem raku

Prejeto/Received: 8. 5. 2025
Sprejeto/Accepted: 25. 8. 2025

Besedilo/Text © 2025 Avtor(ji)/The Author(s)
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

(Earp idr., 2018). Kolorektalni rak je eden najpogostejših rakov na svetu (Kow, 2019; Kamberi in Jaho, 2020). Slovenija pa je po številu obolelih na petem mestu od 28 evropskih držav, letno jih umre okoli 800 (Brecelj idr., 2020). Ebert Moltara (2013) in Bahrami, Masoumy, Sadeghi in Mosavizadeh (2022) navajajo, da večina teh pacientov potrebuje paliativno oskrbo ter da se po 50. letu starosti obolevnost strmo viša, saj so kar pri 23 % pacientov odkrili bolezen v razsejani obliki.

Z razvojem paliativne oskrbe, ki celostno oskrbuje pacienta, pri katerem bolezen ne reagira več na kurativno zdravljenje, je v njej svoje mesto našla tudi kirurgija. Operacija ima osrednjo vlogo v zdravljenju tako raka debelega črevesa kot raka danke. Posledica kirurškega zdravljenja je velikokrat začasna ali stalna črevesna stoma (Štemberger Kolnik idr., 2023; Velenik idr., 2011). Slednje so lahko rezultat t. i. paliativnega zdravljenja, ko pri neoperabilnih tumorjih razrešijo hudo zaporo črevesa, s čimer se strinjajo tudi Davis, Sherif in Morrison (2020) ter navajajo, da je ustvarjanje črevesne stome pogosto reševalni postopek, vendar se moramo zavedati, da je vedno postopek, ki spremeni življenje, saj se morajo pacienti poučiti o ravnanju s črevesno stomo in soočati s socialnimi posledicami.

Iz literature (Bavčar in Škrabl, 2009; Paterson idr., 2016; Škufca Smrdel in Markovič, 2019) je razvidno, da ima črevesna stoma po navadi negativen vpliv na kakovost življenja pacientov in v več vidikih pomembno vpliva na spremembo življenjskega sloga. Pacienti, ki prejmejo usodno novico o neozdravljivi bolezni, doživljajo različne težave in preizkušnje. Stanje znatno poslabša še spremenjena samopodoba in način odvajanja po operativnem posegu (Sumarsono in Respati, 2020). Pomembno je, da kdor koli od zdravstvenega tima stopi v stik s pacientom, ki je pridobil črevesno stomo, da zna in zmore prisluhniti njegovim potrebam (Sharma in Subedi, 2019).

Prav zato je oblikovanje posebnega programa paliativne oskrbe za te paciente nujno potrebno zaradi različnih težav, ki jih povzročajo prebavne težave ali težave s črevesno stomo (Bahrami idr., 2022). Zgodnja rehabilitacija se začne že v predoperativnem obdobju in vključuje izobraževanje pacientov o negi črevesne stome. Glavni cilj tega postopka je pacientom s črevesno stomo omogočiti, da čim prej prevzamejo vsakodnevne dejavnosti. Rehabilitacija je lahko fizična (oskrba črevesne stome) in psihična (obravnavna čustvenih težav) (Repić in Ivanović, 2017).

Vse bolj kompleksne potrebe polimorbidnih pacientov s kroničnimi boleznimi, ki se bližajo koncu življenja, od zdravstvenega osebja zahtevajo nove sposobnosti. Poleg zdravljenja kompleksnih kroničnih bolezni v zadnjih stadijih sta tu še prepoznavna samega konca življenja in priprava na smrt. Vse bolj staro prebivalstvo narekuje oblikovanje veščin za učinkovito timsko delo, prepoznavanje in odzivanje na trpljenje ter sočutno oskrbo (Devery, 2020). Pacient v času paliativne oskrbe kroži med posameznimi strokovnjaki, izvajalci paliativnih storitev in med različnimi organizacijami in nivoji (Ebert Moltara in Bernot, 2023).

Za vse tiste, ki zagotavljajo celovito oskrbo pacientov z rakom, je pomembno, da so seznanjeni z načeli primarne paliativne oskrbe in interdisciplinarnimi timskimi pristopi. V idealnem primeru paliativno oskrbo izvaja skupina zdravnikov, medicinskih sester, socialnih delavcev, psihologov in duhovnikov oziroma ljudje, za katere

pacient meni, da zagotavljajo odziv na njegove potrebe. Skupine za paliativno oskrbo pogosto vključujejo ali tesno sodelujejo z drugimi strokovnjaki, kot so fizioterapevti, delovni terapevti, nutricionisti, akupunkturisti, glasbeni terapevti in masažni terapevti (Swami in Case, 2018).

Kompleksnost zdravstvene nege v obravnavo pacienta vključuje vse več različnih izvajalcev zdravstvenega varstva (Pullon idr., 2016). Sodelovanje dveh ali več strokovnjakov različnih poklicev z namenom reševanja problemov, vprašanj in doseganjem najboljših možnih izidov zdravljenja imenujemo medpoklicno sodelovanje (Green in Johnson, 2015; Serrano-Gemes in Rich-Ruiz, 2017). Z medpoklicnim sodelovanjem dosežemo najbolj učinkovito obravnavo pacienta (Ciemiens idr., 2016), vendar za to potrebujemo zdravstvene strokovnjake, ki bodo imeli skupne cilje, filozofijo sodelovanja, vrednote (Rose, 2011), si bodo medsebojno zaupali in spoštovali (Korenčan, 2020) ter se zavedali, da je vsak od njih pomemben in enakopraven člen v procesu obravnave pacienta, ne glede na izobrazbo. Na ta način bomo lahko zadovoljili in obvladali potrebe pacienta (Bandelj idr., 2018).

V procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo, kjer vstopa veliko različnih strokovnjakov, lahko pride do ovir v sodelovanju. Ovire se lahko nanašajo na komunikacijo, ki je glavna komponenta medpoklicnega delovanja (Wauben idr., 2011). Kot navajajo Suslow idr. (2023), je komunikacija zahtevnejša, večji kot je tim, zato mora potekati na pregleden in strukturiran način. Težave v medpoklicnem sodelovanju povzročata tudi neustrezna razdelitev vlog v timu, konflikti, povezani s slabimi odnosi med sodelujočimi, in preobremenjenost zdravstvenih strokovnjakov (Vestergaard in Nørgaard, 2018).

Namen raziskave je predstaviti pomen medpoklicnega sodelovanja v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo. Cilj raziskave je ugotoviti naloge posameznega zdravstvenega strokovnjaka, ki sodeluje v procesu obravnave pacienta s črevesno stomo v paliativni oskrbi, ter prednosti in ovire medpoklicnega sodelovanja.

2 Metodologija

Raziskava temelji na kvalitativni metodi raziskovanja, da bi poglobljeno razumeli izkušnje in ugotovitve različnih zdravstvenih strokovnjakov ter dobili vpogled v obravnavano tematiko (Doyle idr., 2020). Podatke smo zbrali z delno strukturiranimi intervjuji z različnimi zdravstvenimi strokovnjaki, ki so se odzvali na povabilo za sodelovanje v raziskavi. Na začetku intervjuja smo jim postavili dve izhodiščni vprašanji, ki sta tudi raziskovalni vprašanji: »Kakšne so naloge različnih zdravstvenih strokovnjakov v procesu obravnave pacienta s črevesno stomo v paliativni oskrbi? Kakšne so prednosti in ovire medpoklicnega sodelovanja v procesu obravnave pacienta s črevesno stomo v paliativni oskrbi?« V intervjujih smo dodatna vprašanja prilagajali dinamiki poteka intervjuja in posameznemu sodelujočemu zdravstvenemu strokovnjaku. Intervjuje smo z dovoljenjem sodelujočih snemali in jih nato prepisali v parafrazirano obliko. Po večkratnem prebiranju zapisov smo izvedli kodiranje, prepo-

znane kode smo nato smiselno razvrstili v podteme in nato v teme. Zapisanim kodam smo dodali dobesedne izjave sodelujočih. V raziskavi je sodelovalo šest zdravstvenih strokovnjakov, ki so predstavljali neslučajnostni namenski vzorec. Izjave intervjuvanecv smo anomizirali (Intervjuvanec 1 do Intervjuvanec 6) ter vse zapisali v moškem spolu, čeprav so v intervjujih sodelovale tudi ženske strokovnjakinje. Vključeni v raziskavo so bili povprečno stari 43,12 let in so imeli vsaj 10 let delovanja na področju zdravstvene nege, medicine in psihologije. Intervjuje smo izvedli med februarjem in majem leta 2024.

3 Rezultati in razprava

Rezultati so predstavljeni tabelarno in naracijsko. Iz intervjujev smo izločili 43 kod, 9 podtem in 3 teme – Priprava na operativni poseg, Edukacija o negovanju črevesne stome in Medpoklicno sodelovanje.

Tabela 1

Analiza teme »Priprava na operativni poseg« s podtemami in kodami/Thematic analysis »Preparation for surgery« with sub-themes and codes

Tema	Podteme	Kode
Priprava na operativni poseg	psihična priprava	zaupen odnos informiranost pogovor obisk stomista
	fizična priprava	označitev mesta stome čiščenje črevesja higienska ureditev pacienta
	administrativna priprava	pregled dokumentacije priprava obrazcev za operativni poseg

Intervjuvanci so bili soglasni, da je priprava na operativni poseg ključnega pomena. Ta zajema psihično, fizično in administrativno pripravo. Predoperativna priprava pacienta je zelo pomembna, saj prispeva k zmanjšanju pooperativnih zapletov. Izobraževanje pacientov in psihološka podpora imata pomembno vlogo pri izboljšanju dolgoročnih kirurških izidov, saj dokazano zmanjšujeta psihosocialne zaplete ter spodbujata k boljši kakovosti življenja in neodvisnosti pacientov s črevesno stomo (Mulita in Lotfollahzadeh, 2023). Namen priprave pacienta na operativni poseg je, da bo pacient po temeljiti diagnostiki boljše pripravljen na operacijo in jo bo lažje preстал. Priprave se med seboj prepletajo in niso samostojne (Štemberger Kolnik idr., 2023).

Intervjuvanci se strinjajo, da je za stabilno psihično stanje pacienta pomembno, da z njim »vzpostavimo zaupen odnos, spodbujamo ga k izražanju čustev, dilem in vprašanj« (Intervjuvanec 4). Pacient in svojci morajo biti podrobno seznanjeni z boleznijo, s pripravo, potekom operacije, z dogajanjem po operaciji in možnimi zapleti. »Po sprejemu na bolnišnični oddelek s pacientom opravimo obširen in natančen pogovor o operaciji. Ta zajema obrazložitev namena sprejema v bolnišnico, obrazložitev bolezni,

vrsto, potek in razlog za operacijo« (Intervjuvanec 1). Pogovor zajema načrtovanje rehabilitacije, možne zaplete in obrazložitev načina odvajanja po črevesni stomi.

Večina intervjuvancev predstavi možnost obiska drugega pacienta s črevesno stomo. Po dogovoru med sodelujočimi in na pacientovo željo se uredi obisk, ki koristi pacientovi psihični pripravi na operativni poseg. »Lahko se izpelje v času hospitalizacije in vpliva na potek sodelovanja in edukacije pacienta s črevesno stomo. Zviša se možnost pacientove samostojnosti« (Intervjuvanec 4). Dva intervjuvanca poudarita pomen psihične priprave tudi v smislu soočanja z neozdravljivo boleznijo, ne le v pridobivanju črevesne stome. »Pacient se sooča z neozdravljivo boleznijo, s spremenjeno telesno podobo in s spremenjenim načinom odvajanja« (Intervjuvanec 6).

Sodelujoči v raziskavi poudarijo pomembnost fizične priprave na operativni poseg, ki zajema označitev najprimernejšega mesta črevesne stome, pripravo prebavnega trakta in higiensko pripravo. Dobro označeno mesto črevesne stome pomeni manj zapletov po operaciji, dobro sodelovanje pacienta vodi v uspešno edukacijo o negi črevesne stome. Polovica intervjuvancev poudari pripravo prebavnega trakta, ki je lahko za pacienta neugoden postopek. Pacienta tudi ustrezno higiensko pripravimo, kar vključuje tuširanje, higieno popka in ureditev operativnega polja. »Psihično in fizično dobro pripravljen pacient na operativni poseg pomeni manj zapletov, hitrejše zdravljenje in okrevanje in boljše sodelovanje v edukaciji o negovanju črevesne stome« (Intervjuvanec 1).

Polovica intervjuvancev predstavi tudi pomembnost »administrativne priprave na operativni poseg, kar zajema pregled dokumentacije in pripravo obrazcev za poseg« (Intervjuvanec 2). Preverijo se predhodna dokumentacija, mnenja konzilijev, predhodne odpustnice, histološki izvidi, privolitve na poseg in anestezijo, anesteziološki list priprave pacienta na operativni poseg, premedikacija, alergije, ostale bolezni in posebnosti. »V kolikor se pacient odloči za operativni poseg, podpiše pisni pristanek« (Intervjuvanec 1).

Tabela 2

Analiza teme »Edukacija o negovanju črevesne stome« s podtemami in kodami/Thematic analysis »Education on stoma care« with sub-themes and codes

<i>Tema</i>	<i>Podteme</i>	<i>Kode</i>
Edukacija o negovanju črevesne stome	edukacija enterostomalne terapevtke	edukacija pacienta in svojcev o negi črevesne stome ustrezni pripomočki odnos med pacientom in enterostomalno terapevtko razreševanje manjših zapletov
	zapleti	neustrezen kirurški poseg neustrezno mesto prepozno odkrivanje zapletov
	kakovost življenja	zapleti in slabo sodelovanje pri edukaciji spremenjena telesna podoba zanemarjanje različnih aktivnosti

Intervjuvanci se strinjajo, da je za edukacijo o negi črevesne stome zadolžena enterostomalna terapevtka. Enterostomalna terapevtka vstopi v proces oskrbe pacienta že v predoperativnem obdobju. Pacienta psihično in fizično pripravi na operacijo, po posegu pa izvaja učenje rokovanja s črevesno stomo (Jelen, 2022). Nastali morebitni zapleti s črevesno stomo vplivajo na kakovost življenja. Čeprav izpeljava črevesne stome velja za enega najpogostejših posegov, ki rešujejo življenja, velikokrat privede do zapletov (Mulita in Lotfollahzadeh, 2023; Štemberger Kolnik idr., 2023). V preteklosti so bili kirurški izidi, zapleti, odziv tumorja, preživetje in ponovitev bolezni najpomembnejši kazalniki zdravljenja in obravnave. Kirurški rezultati so se sčasoma izboljšali v več vidikih. Ker več pacientov preživi z zmanjšanim tveganjem za ponovitev bolezni, postaja kakovost življenja vse pomembnejša (Näsvall idr., 2017).

Ena izmed intervjuvank izpostavi pomembnost odnosa med enterostomalno terapevtko in pacientom ter na kakšen način bo črevesna stoma predstavljena pacientu. »Pomembno je, da pacientu nudimo podporo pri telesni spremembi in dostojanstvu« (Intervjuvanec 6). »Naučiti pacienta in njegove svojce o pravilnem negovanju črevesne stome je zahtevno delo, ki je odvisno od psihičnega in fizičnega stanja pacienta« (Intervjuvanec 3). Cilj edukacije je pacient, ki samostojno skrbi za črevesno stomo.

Po operaciji se izvede edukacija o negovanju črevesne stome skupaj s pacientom in njegovimi svojci. Enterostomalna terapevtka skupaj s pacientom izbere ustrezne pripomočke. »Pri paliativnih pacientih je pomembno, da so pripomočki udobni in enostavni za uporabo. Prilagajamo jih glede na bolezen, izgubo telesne teže in mobilnost pacienta« (Intervjuvanec 3). Predlaga se uporaba bariernih krem in razpršil ter dodatkov, kot so posebni dezodoranti in aktivno oglje v vrečkah, kar pomaga pri nadzoru vonjav.

Po mnenju sodelujočih je več vzrokov za zaplete po formaciji črevesne stome: »neustrezna izvedba kirurškega posega« (Intervjuvanec 1) ter »neustrezno mesto črevesne stome, prepozno odkrivanje zapletov, neustrezni pripomočki in nega« (Intervjuvanec 2). Zaplete po formaciji stome razrešujeta kirurg in enterostomalna terapevtka. Zapleti vplivajo na prilagoditev edukacije in sodelovanje pacienta.

Intervjuvanec 4 poudari, da »zapleti in slabo sodelovanje pri edukaciji vodijo v pacientovo slabše psihološko stanje, podaljša se bivanje v bolnišnici, daljša je rehabilitacija, ki znatno vpliva na pacientovo kakovost življenja« (Intervjuvanec 4). Formacija črevesne stome je za pacienta velika sprememba v življenju. »Spremeni njihov odnos do samega sebe, do bližnjih in do družbe. Postanejo ranljivi, izgubijo samozavest, občutijo strah. Spremenjena telesna podoba vpliva na partnerski odnos, saj se zaradi črevesne stome počutijo neprivlačno« (Intervjuvanec 5).

»Osebe s stomo so velikokrat negotove in nesamostojne v negovanju črevesne stome, opustijo svoje dosedanje hobije in spremenijo potek svojega vsakdanjega življenja. Strah jih je različnih aktivnosti, najpogosteje so to plavanje, potovanje in spolnost« (Intervjuvanec 6). Velikokrat nekatere od teh aktivnosti popolnoma zanemarijo, se zapirajo pred družbo, svojci in partnerjem. Vsi sodelujoči v intervjujih poudarjajo pomen pacientove samostojnosti v ravnanju s črevesno stomo in čim boljšo kakovost življenja po odpustu iz bolnišnice.

Tabela 3

Analiza teme »Medpoklicno sodelovanje« s podtemami in kodami/Thematic analysis »Interprofessional cooperation« with sub-themes and codes

<i>Tema</i>	<i>Podteme</i>	<i>Kode</i>
Medpoklicno sodelovanje	specifičnost delovnih nalog	vodenje in spremljanje pacienta od sprejema do odpusta kontinuirani negovalni proces priprava na operativni poseg sprejemanje stome vodenje pacienta na domu
	prednosti	kakovostna obravnava pacienta vključevanje drugih zdravstvenih strokovnjakov znanje timsko reševanje težav boljša organizacija dela manj napak motiviranost trud poklicnih skupin za nadaljevanje kakovostnega življenja pacienta individualen načrt paliativne oskrbe
	ovire	otežena kontinuiteta oskrbe pomanjkanje kadra preobremenjenost zaposlenih slabi odnosi in konflikti prelaganje dela in odgovornosti komunikacija pomanjkljiv prenos ali izpad informacij izpostavljanje napak drugih individualnost tekmovalnost konkurenčnost neintegrirana paliativna oskrba pomanjkanje znanja

Iz izjav sodelujočih ugotovimo, da medpoklicno sodelovanje v procesu obravnave pacienta s črevesno stomo v paliativni oskrbi pomeni najbolj optimalno in kontinuirano obravnavo pacienta z možnostjo vključitve različnih zdravstvenih strokovnjakov glede na potrebe pacienta, kar potrjuje Pullon s sodelavci (2016) in dodaja, da kompleksnost zdravstvene obravnave zahteva vključevanje vse več različnih izvajalcev

zdravstvenega varstva. V procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo, kjer vstopa veliko različnih strokovnjakov, lahko pride do ovir v sodelovanju. Ovire se lahko nanašajo na komunikacijo, ki je glavna komponenta medpoklicnega sodelovanja (Wauben idr., 2011). Kot navajajo Suslow in sodelavci (2023), je komunikacija zahtevnejša, večji kot je tim, zato mora potekati na pregleden in strukturiran način. Težave v medpoklicnem sodelovanju povzročajo tudi neustrezna razdelitev vlog v timu, konflikti, povezani s slabimi odnosi med sodelujočimi, in preobremenjenost zdravstvenih strokovnjakov (Vestergaard in Nørgaard, 2018).

Naloge kirurga so »vodenje pacienta od sprejema do odpusta« (Intervjuvanec 1). Pacienta spremlja skozi kontrolne preglede po odpustu iz bolnišnice. Pacienta natančno seznanj z operacijo, sodeluje z ostalimi člani tima v psihični in fizični pripravi pacienta na operativni poseg ter ga izvede. Spremlja pacientovo stanje po operaciji in razrešuje morebitne zaplete bolezni, stome ali rane. Medicinska sestra je odgovorna za »kontinuiran negovalni proces« (Intervjuvanec 2). Po navodilu kirurga izvede čiščenje prebavnega trakta, pacienta pred operacijo higiensko pripravi, uredi operativno polje, pregleda zdravstveno dokumentacijo. Je prva, ki ima stik s pacientom po formaciji črevesne stome, tesno sodeluje s kirurgom in enterostomalno terapevtko. Vodi zdravstveno nego tudi po operaciji. Enterostomalna terapevtka sodeluje v pripravi pacienta na operativni poseg z določitvijo optimalnega mesta črevesne stome, izvede edukacijo o negi črevesne stome in skupaj s kirurgom razrešuje zaplete, povezane s črevesno stomo. »Koordinatorica zdravstvene obravnave skrbi za nemoten proces obravnave od sprejema do odpusta pacienta in je povezovalni člen celotnega tima« (Intervjuvanec 4). Tesno sodeluje z različnimi zdravstvenimi strokovnjaki. Skrbi, da proces obravnave pacienta poteka tekoče, od prvega pregleda do odpusta. Naloge psihologinje so pomagati pacientu in njegovim svojcem sprejeti črevesno stomo, neozdravljivo bolezen. »Naloga psihologinje je vodenje psihološke obravnave pacienta glede na njegove potrebe« (Intervjuvanec 5). Medicinska sestra v patronažnem varstvu skrbi za pacienta in njegovo družino na domu. Spremlja neozdravljivo bolnega in oskrbuje črevesno stomo. »Povezuje pacienta z zdravnikom in svojci. Vodi pacienta tudi v terminalni fazi« (Intervjuvanec 6).

Intervjuvanci se strinjajo, da je dobro medpoklicno sodelovanje v procesu obravnave pacienta v paliativni oskrbi nujno potrebno. »Nudi kakovostno in varno obravnavo pacienta« (Intervjuvanec 5), ki ima možnost vključitve različnih zdravstvenih strokovnjakov glede na potrebe. Medpoklicno sodelovanje vpliva na obravnavo pacienta in navsezadnje na izid zdravljenja. »Vsi zdravstveni strokovnjaki in njihovo znanje je dosegljivo na enem mestu, skupaj prepoznavajo in rešujejo težave in zaplete, povezane s črevesno stomo in neozdravljivo boleznijo. Stanje pacienta v paliativni oskrbi se hitro spreminja, medpoklicno sodelovanje pa nudi prilagoditve oskrbe glede na trenutno stanje« (Intervjuvanka 3). Prednost je tudi v boljši organizaciji dela in v prerazporeditvi nalog. S timskim pristopom se zgodi manj napak, zaposleni so bolj motivirani pri delu. »Prednost medpoklicnega sodelovanja je v trudu vseh poklicnih skupin za nadaljevanje kakovostnega življenja pacienta. Timsko delo omogoča individualen načrt paliativne oskrbe« (Intervjuvanec 3).

Sodelujoči v raziskavi izpostavijo tudi pomanjkljivosti v medpoklicnem sodelovanju v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo. Na prvo mesto postavijo »oteženo kontinuiteto oskrbe zaradi pomanjkanja zdravstvenega osebja, ki vodi v preobremenjenost zaposlenih in v slabe medsebojne odnose in konflikte« (Intervjuvanec 1). Posledično temu sledi prelaganje nalog in odgovornosti. Ti pa povzročajo neustrezno komunikacijo, pomanjkljiv prenos ali izpad informacij. Slabosti medpoklicnega sodelovanja so tudi »izpostavljanje napak drugih in izstopanje posameznika, tekmovalnost in konkurenčnost« (Intervjuvanec 5). »Neintegrirana paliativna oskrba in potrebno znanje o njej je velika težava, saj na oddelku ni oblikovane ustrezne mreže, kamor bi se po pomoč obrnili pacienti ali zaposleni« (Intervjuvanec 3). »Ni protokola za vodenje pacienta s črevesno stomo v paliativni oskrbi in vsak član tima lahko deluje po lastnih pristopih« (Intervjuvanec 3).

4 Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da je v procesu paliativne oskrbe pacienta s črevesno stomo pomembna psihična in fizična priprava pacienta na operativni poseg. Priprava pacienta na operativni poseg, po katerem bo pacient dobil črevesno stomo, je zahteven in zelo pomemben proces, ki se začne že ob samem vstopu pacienta v bolnišnico. Fizična priprava pacienta, ki zajema kar nekaj postopkov in posegov, vpliva na okrevanje po operaciji in posledično na vse aktivnosti, ki se bodo odvijale v nadaljevanju. Poleg fizične priprave je zelo pomembna tudi psihična priprava, kjer imamo čas spoznati drug drugega in oceniti pacientovo stanje. Bolje kot je pacient pripravljen, predvsem v psihičnem smislu, bolje bo sprejel črevesno stomo in sodeloval v procesu edukacije o negi črevesne stome. Kakovostna obravnava pacienta, ki zajema dobro pripravo na operativni poseg in edukacijo o negovanju črevesne stome, vodi v kakovostno nadaljevanje življenja tudi po formaciji črevesne stome.

Medpoklicno sodelovanje je ključnega pomena. Kompleksnost zdravstvene nege vse bolj zahteva vključenost različnih zdravstvenih strokovnjakov, ki zagotavljajo obvladovanje vseh pacientovih potreb. Med bivanjem pacienta v bolnišnici se vključuje veliko ljudi, od medicinskih sester, kirurgov, enterostomalnih terapevtk, psihologov, koordinatorjev zdravstvene obravnave, na domu ga vodi medicinska sestra v patronažnem varstvu. Vsi delujejo z istim ciljem, pripraviti pacienta na poseg in ga skozi celoten proces voditi, da se vrne k svojemu vsakdanjiku. Kljub specifičnosti delovnih nalog se sodelovanje vseh vpletenih prepleta in nadaljuje. Tam, kjer se bolnišnični proces konča, ga nadaljuje medicinska sestra v patronažnem varstvu. Kljub vsemu pa se medpoklicno sodelovanje sooča tudi z ovirami na področju pomanjkanja časa in zdravstvenega osebja, kar vodi v preobremenjenost zdravstvenih strokovnjakov. V stiskah prelagajo delo ali odgovornost na druge vpletene. Slabi odnosi med zaposlenimi pomenijo tudi skop pretok informacij. Veliko težavo predstavlja tudi pomanjkanje znanja o paliativni oskrbi na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

Opravljen raziskava ima naslednje omejitve:

- Omejitev raziskave z vidika izbrane metodologije: uporabili smo kvalitativno raziskovalno metodo, pri kateri je interpretacija rezultatov lahko bolj subjektivna.
- Omejitev raziskave z vidika izbranega vzorca: uporabili smo neslučajnostni vzorec, omejili smo se le na zaposlene, ki naj bi bili člani paliativnega tima v procesu oskrbe pacienta s črevesno stomo in do katerih smo dostopali preko zasebnega odnosa.

Ivona Botič

Interprofessional Collaboration in the Palliative Care Process of a Patient with Intestinal Stoma

Palliative care recognizes life and death as completely natural processes (Ebert Moltara, 2014; Koštomaj, 2021). It is part of the recommended standard of patient care even in advanced cancer (Earp et al., 2018). Colorectal cancer is one of the most common cancers in the world (Kow, 2019; Kamberi & Jaho, 2020). With the development of palliative care, which holistically cares for a patient whose disease no longer responds to curative treatment, surgery has found its place in it. Surgery plays a central role in the treatment of both colon and rectal cancer. The result of surgical treatment is often temporary or permanent intestinal stoma (Velenik et al., 2011; Štemberger Kolnik et al., 2023). The latter can be the result of the so-called palliative treatment, when severe intestinal obstruction is resolved in inoperable tumours, with which Davis et al. (2020) also agree, stating that the creation of intestinal stoma is often a life-saving procedure, but we must be aware that it is always a life-changing procedure, as patients must learn how to manage intestinal stoma and face the social consequences.

It is clear from the literature (Bavčar & Škrabl, 2009; Paterson et al., 2016; Škufca et al., 2019) that intestinal stoma usually has a negative impact on the patients' quality of life and, in several aspects, a significant impact on lifestyle changes. Patients who receive the fatal news of an incurable disease experience various problems and trials. The situation is significantly worsened by the changed self-image and the method of discharge after the operation (Sumarsono & Respati, 2020). It is important that anyone from the healthcare team who comes into contact with the patient having intestinal stoma knows how and is able to listen to their needs (Sharma & Subedi, 2019).

This is why the creation of a special palliative care program for these patients is absolutely necessary, taking into account also the various problems caused by digestive problems or problems with intestinal stoma (Bahrami et al., 2022). Early rehabilitation begins in the pre-operative period and includes patient education on the intestinal stoma care. The main goal of this procedure is to allow patients with intestinal stoma to resume daily activities as soon as possible. Rehabilitation can be

physical (intestinal stoma care) and psychological (treatment of emotional problems) (Repić & Ivanović, 2017). It is important for all those providing a comprehensive care for cancer patients to be familiar with the principles of primary palliative care and interdisciplinary team approaches. Ideally, palliative care is provided by a team of doctors, nurses, social workers, psychologists and clergy, or people whom the patient believes provide a response to their needs (Swami & Case, 2018).

The collaboration of two or more experts from different professions with the aim of solving problems and questions, as well as achieving the best possible treatment outcomes, is called interprofessional collaboration (Green & Johnson, 2015; Serrano-Gemes & Rich-Ruiz, 2017).

Through interprofessional cooperation, the most effective treatment of the patient is achieved (Ciemins et al., 2016); however, health professionals are also required who have common goals, cooperation mindset and values (Rose, 2011), who trust and respect each other (Korenčan, 2020), and who are aware that each of them is an important and equal member in the process of treating the patient, regardless of their education. In this way, we will be able to satisfy and control the patient's needs (Bandelj et al., 2018).

In the process of palliative care of a patient with an intestinal stoma, where many different specialists enter, there can be obstacles in cooperation. Obstacles can relate to communication, which is the main component of interprofessional functioning (Wauben et al., 2011), because according to Suslow et al. (2023), the larger the team, the more demanding the communication, which must take place in a transparent and structured manner. Problems in interprofessional cooperation are also caused by the inadequate division of roles in the team, conflicts related to poor relations between the participants and the overload of health professionals (Vestergaard & Nørgaard, 2018).

The purpose of the research is to present the importance of interprofessional cooperation in the process of palliative care of a patient with intestinal stoma with the aim of determining the tasks of an individual health professional participating in the process of treating such patient, as well as the advantages and obstacles of interprofessional cooperation. The research is based on the qualitative research method in order to gain an in-depth understanding of the experiences and findings of various health professionals and to gain insight into the topic under discussion (Doyle et al., 2020). Data were collected through semi-structured interviews with various health professionals who responded to the invitation to participate in the research.

The interviewees agreed that preparation for surgery is crucial. This includes mental, physical and administrative preparation. Preoperative preparation of the patient is very important, as it contributes to the reduction of postoperative complications. Patient education and psychological support play an important role in improving long-term surgical outcomes, as they have been proven to reduce psychosocial complications and promote better quality of life and independence in patients with intestinal stoma (Mulita & Lotfollahzadeh, 2023). The purpose of preparing the patient for surgery is that, after a thorough diagnosis, the patient will be better prepared for

surgery and will be able to endure it more easily. Preparations intertwine and are not independent (Štemberger Kolnik et al., 2023).

The interviewees agree that the enterostomal therapist conducts the education on intestinal stoma care. They enter the patient care process already in the preoperative period and prepare the patient mentally and physically for the operation. After the procedure, they give instructions on how to handle intestinal stoma (Jelen, 2022). Possible intestinal stoma complications affect the quality of life.

Although the creation of intestinal stoma is considered as one of the most common interventions saving lives, it often leads to complications (Mulita & Lotfollahzadeh, 2023; Štemberger Kolnik et al., 2023).

In the past, surgical outcomes, complications, tumour response, survival, and disease recurrence were the most important indicators of treatment and management. Surgical outcomes have improved over time in several aspects. As more patients survive, with a reduced risk of disease recurrence, the quality of life becomes increasingly important (Näsvalld et al., 2017).

Based on the participants' statements, we find that interprofessional cooperation in the process of treating a patient with an intestinal stoma in palliative care leads to the most optimal and continuous treatment of the patient with the possibility of involving different medical experts according to the patient's needs. This is confirmed by Pullon et al. (2016), stating that the complexity of medical treatment requires the involvement of more and more different healthcare providers. In the process of palliative care of a patient with an intestinal stoma, where many different specialists enter, there can be obstacles in cooperation.

Obstacles can be related to communication, which is the main component of interprofessional cooperation (Wauben et al., 2011), because according to Suslow et al. (2023), the larger the team, the more demanding the communication, which must take place in a transparent and structured way. Problems in interprofessional cooperation are also caused by the inadequate division of roles in the team, conflicts related to poor relations between participants and the overload of health professionals (Vestergaard & Nørgaard, 2018).

Preparing the patient for surgery, after which the patient will receive intestinal stoma, is a demanding and very important process that begins as soon as the patient enters the hospital. Quality treatment of the patient, which includes good preparation for surgery and education on the care of intestinal stoma, leads to a quality continuation of life even after the formation of intestinal stoma.

Interprofessional collaboration is crucial. The complexity of healthcare increasingly demands the involvement of various healthcare professionals to address all patient's needs. During the patient's hospital stay, numerous individuals are involved, including nurses, surgeons, enterostomal therapists, psychologists, and care coordinators. At home, the patient is cared for by a community nurse.

All of them work toward the same goal: to prepare the patient for the procedure and to guide them through the entire process so they can return to their everyday life.

Despite the specificity of their tasks, the collaboration among all involved professionals overlaps and continues. The community nurse takes over the care process where hospital-based treatment concludes. Nevertheless, interprofessional collaboration also faces obstacles, including time constraints and workforce shortages, which leads to the overburdening of healthcare professionals.

In times of stress, tasks or responsibilities are shifted onto other team members. Poor relationships among employees also result in limited information exchange. A lack of knowledge about palliative care is a significant issue at all levels of the health-care system.

LITERATURA

1. Bahrami, M., Masoumy, M., Sadeghi, A. in Mosavizadeh, R. (2022). Development, implementation and evaluation of a palliative care program for colorectal cancer patients: A mixed methods protocol study. *BMC Cancer*, 22(1), 441. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09538-9>
2. Bavčar, K. in Škrabl, N. (2009). Kakovost življenja pacientov s stomo. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), 243–251.
3. Brecej, E., Velenik, V., Reberšek, M., Boc, N., Oblak, I., Zadnik, V., Krajc, M., Frković Grazio, S., Gašljević, G., Novaković, S., Ebert Moltara, M., Anderluh, F., Šečerov Ermenc, A., Edhemović, I., Pilko, G., Petrič, R., Trotošek, B., Rotovnik Kozjek, N., Josimović, T. ... Benedik, J. (2020). Priporočila za obravnavo bolnikov z rakom debelega črevesa in danke. *Onkologija*, XXIV(2), 60–92. <https://doi.org/10.25670/oi2020-012on>
4. Ciemins, E. L., Brant, J., Kersten, D., Mulette, E. in Dickerson, D. (2016). Why the interdisciplinary team approach works: Insights from complexity science. *Journal of Palliative Medicine*, 19(7), 767–770. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0398>
5. Davis, R. W., Sherif, Y. A. in Morrison, C. A. (2020). External stoma diversion: A palliative measure for peristomal wound healing in resource-limited settings. *Journal of Surgical Case Reports*, 2020(12), 1–3. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa502>
6. Devery, K. (2020). End-of-life essentials: Increasing professionals' skills and confidence in end-of-life care. <https://eapcnet.wordpress.com/2020/05/27/end-of-life-essentials-increasing-professionals-skills-and-confidence-in-end-of-life-care/>
7. Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B. in Brady, A. in McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443–455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
8. Earp, M. A., Sinnarajah, A., Kerba, M., Tang, P. A., Rodriguez-Arguello, J., King, S., Watanabe, S. M. in Simon, J. E. (2018). Opportunity is the greatest barrier to providing palliative care to advanced colorectal cancer patients: A survey of oncology clinicians. *Current Oncology*, 25(5), 480–485. <https://doi.org/10.3747/co.25.4021>
9. Ebert Moltara, M. (2013). Paliativna oskrba bolnikov z rakom debelega črevesa in danke. *Onkologija*, XVII(1), 54–58.
10. Ebert Moltara, M. (2014). Paliativna oskrba. *Onkologija*, XVIII(1), 53–55.
11. Ebert Moltara, M. in Bernot, M. (2023). Paliativna oskrba odraslih bolnikov z rakom v Sloveniji: Temeljni pojmi in priporočila. *Onkološki inštitut*.
12. Furman, B. in Lopuh, M. (2017). Paliativna oskrba – kaj je to. V P. Strnad, Š. Baznikin G. Prosen (ur.), *Zbornik V. šole urgence* (str. 146–151). Slovensko združenje za urgentno medicino.
13. Green, B. N. in Johnson, C. D. (2015). Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: Working together for a better future. *Journal of Chiropractic Education*, 29(1), 1–10. <https://doi.org/10.7899/JCE-14-36>

14. Jelen, A. (2022). Ambulanta za obolenja parastomalne kože. V R. Batas (ur.), *Vloga enterostomalne terapije v zdravstvenem sistemu – oskrba ran, stom ter kontinenca* (str. 39–43). Zreče: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji.
15. Kamberi, F. in Jaho, J. (2020). A retrospective study for colorectal cancer in Vlore, Albania – suggestions for further implications. *Archives of Cancer Science and Therapy*, 4(1), 3–6.
16. Korenčan, A. (2020). Učinkovitost interdisciplinarnih timov v slovenskem zdravstvu [Magistrsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede]. DKUM. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=77742&lang=slv>
17. Koštomaj, S. (2021). Paliativna oskrba starejših v socialnovarstvenem zavodu: Pomen ambienta v paliativni oskrbi. V M. Kaučič, M. Poredošin in A. Presker Planko (ur.), *Čas za sistemsko ureditev paliativne oskrbe: Simpozij s področja paliativne oskrbe z mednarodno udeležbo: E-zbornik prispevkov z recenzijo: XI. stiki zdravstvene nege* (str. 99–102). Visoka zdravstvena šola Celje.
18. Kow, A. W. C. (2019). Hepatic metastasis from colorectal cancer. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 10(6), 1274–1298. <https://doi.org/10.21037/jgo.2019.08.06>
19. Mulita, F. in Lotfollahzadeh, S. (2023). *Intestinal stoma*. StatPearls Publishing.
20. Näsval, P., Dahlstrand, U., Löwenmark, T., Rutegård, J., Gunnarsson, U. in Strigård, K. (2017). Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery. *Quality of Life Research*, 26, 55–64. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1367-6>
21. Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E. in Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: A systematic review. *Cancer Nursing*, 39(1), 39–58. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>
22. Pullon, S., Morgan, S., Macdonald, L., McKinlay, E. in Gray, B. (2016). Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: A multiple case study. *Journal of Interprofessional Care*, 30(6), 787–794. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1220929>
23. Repić, G. in Ivanović, S. (2017). Impact of the level of education on the quality of life of colostomy patients. *Acta Medica Medianae*, 56(1), 75–81. <https://doi.org/10.5633/amm.2017.0112>
24. Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: How to define? *Nursing in Critical Care*, 16(1), 5–10. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x>
25. Serrano-Gemes, G. in Rich-Ruiz, M. (2017). Intensity of interprofessional collaboration among intensive care nurses at a tertiary hospital. *Enfermeria Intensiva* (English ed.), 28(2), 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.007>
26. Sharma, S. in Subedi, B. (2019). Enterostomal therapy service: Ten-year experience at BP Koirala Memorial Cancer Hospital. *Nepalese Journal of Cancer*, 3(1), 39–43. <https://doi.org/10.3126/njc.v3i1.25914>
27. Sumarsono, E. in Respati, H. (2020). Case managers as agent of change. V B. Ngarawula (ur.), *1st international conference in social science* (str. 72–76). University of Merdeka Malang.
28. Suslow, A., Giehl, C., Hergesell, J., Vollmar, H. C. in Otte, I. (2023). Impact of information and communication software on multiprofessional team collaboration in outpatient palliative care – A qualitative study on providers' perspectives. *BMC Palliative Care*, 22(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01141-4>
29. Swami, M. in Case, A. A. (2018). Effective palliative care: What is involved? *Oncology*, 32(4), 180–184.
30. Škufca Smrdel, A. C. in Markovič, J. (2019). Obravnava bolnikov z rakom v duševni stiski. V *Celostna obravnava kot odgovor na potrebe onkoloških bolnikov v sodobni družbi: Zbornik predavanj z recenzijo* (str. 31–38). Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
31. Štemberger Kolnik, T., Batas, R., Majcen Dvoršak, S., Klemenc, D., Oberstar, A., Vilar, V., Zima, M., Jelar, A., Bizjak, M., Hribar, B., Mrevlje, I., Strojín, M., Kalan, I., Franko-Hren, A., Tomc, D., Markelič, I., Prodan, I., Jelen, A. in Jošar, D. (2023). Stoma – nov začetek: Učimo se živeti s stomo: Priročnik za paciente s stomo in zdravstvene delavce. *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*.

32. Velenik, V., Oblak, I., Breclj, E., Ocvirk, J., Edhemović, I., Anderluh, F., Omejc, M., Potrč, S., Štabuc, B., MaroltMušič, M., Popović, P., Reberšek, M., Zadnik, V., ButHadžić, J., Trotošek, B., Krajc, M., Ebert Moltara, M., Benedik, J., Volk, N. ... RotovnikKozjek, N. (2011). Priporočila za obravnavo bolnikov z rakom debelega črevesa in danke. *Onkologija*, 21(2), 26–49.
33. Vestergaard, E. in Nørgaard, B. (2018). Interprofessional collaboration: An exploration of possible prerequisites for successful implementation. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 185–195. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1363725>
34. Wauben, L. S. G. L., Dekkervan Doorn, C. M., van Wijngaarden, J. D. H., Goossens, R. H. M., Huijsman, R., Klein, J. in Lange, J. F. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 159–166.

Menedžerske kompetence pri vodilnih v zdravstvu – eksplorativna raziskava v izbranih zdravstvenih organizacijah

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.181>

Izvirni znanstveni članek

UDK 005.336.2:614.2:303.42

KLJUČNE BESEDE: menedžment, vodenje, upravljanje, kompetence, veščine

POVZETEK – V raziskavi smo preučevali, kako vodilni kadri v zdravstvu ocenjujejo pomembnost menedžerskih kompetenc, lastne upravljaljske veščine ter njihovo usklajenost. Preučevali smo tudi vpliv predhodnega izobraževanja na tem področju in pripravljenost za nadaljnje usposabljanje. Identificirali smo šest ključnih področij kompetenc (komuniciranje, vodenje zaposlenih, načrtovanje, finančno upravljanje, reševanje problemov in upravljanje ustanove) ter razvili vprašalnik, prilagojen slovenskemu kontekstu. V raziskavi je sodelovalo 134 anketirancev iz 15 zdravstvenih ustanov, kar predstavlja 31,46-odstotno odzivnost. Povprečne ocene pomembnosti kompetenc so se na petstopenjski lestvici gibale med 4,6 in 4,7, kar kaže na njihovo visoko zaznano vrednost, medtem ko so bile samoocene lastnih veščin nižje, in sicer med 3,5 in 3,9. Največja usklajenost je bila ugotovljena pri vodenju zaposlenih, največji razkorak pa pri finančnem upravljanju. Statistična analiza je pokazala pomembne razlike med zaznano pomembnostjo in samooceno ($p < 0,001$) ter med skupinami z in brez izobraževalnih izkušenj. Ugotovitve kažejo na visoko ozavešenost o pomenu kompetenc ter na potrebo po ciljno usmerjenih izobraževanjih.

Original scientific article

UDC 005.336.2:614.2:303.42

KEYWORDS: management, leadership, governance, competences, skills

ABSTRACT – This study examined how senior healthcare managers assess the importance of managerial competences, their own skills, and the alignment between the two. We also explored the influence of prior training and the willingness to pursue further development. Six key competency areas were identified — communication, staff leadership, planning, financial management, problem-solving, and organisational management — and a questionnaire tailored to the Slovenian context was developed. The study included 134 respondents from 15 healthcare institutions, yielding a response rate of 31.46%. The average ratings of competency importance ranged from 4.6 to 4.7 on a five-point scale, indicating a high perceived value, while self-assessments of competences were lower, ranging from 3.5 to 3.9. The highest alignment was observed in staff leadership, and the greatest discrepancy in financial management. Statistical analysis revealed significant differences between the perceived importance and self-assessment ($p < 0.001$), as well as between the respondents with and without prior training experience. The findings indicate a high level of awareness of the importance of managerial competences and highlight the need for targeted training programmes.

1 Uvod

Zdravstvene sisteme držav sestavljajo organizacije, posamezniki in ukrepi, katerih glavni cilj je spodbujanje, obnavljanje ali ohranjanje optimalnega zdravja državljanov (SZO, 2019). Tak sistem predstavlja kompleksen mehanizem, ki doseže optimalno

delovanje le ob usklajenem sodelovanju vseh deležnikov (Belghiti Alaoui idr., 2020). Povezovanje različnih akterjev v tem okviru je zaupano zaposlenim na vodilnih pozicijah v zdravstvenih organizacijah – zdravstvenemu menedžmentu, zato je njihova usposobljenost za vodenje in delo z ljudmi ključna.

Vodilni strokovnjaki na področju zdravstvenega managementa, kot so Loureiro idr. (2021), izpostavljajo naraščajočo dinamičnost pri vodenju zdravstvenih organizacij. Menedžment zdravstvenih organizacij se danes sooča s številnimi izzivi, vključno z naraščajočimi potrebami po zdravstveni oskrbi zaradi staranja prebivalstva in poslabšanja splošnega zdravja, kar prinaša povečane stroške zdravljenja (Kramar Zupan in Erjavec, 2020). Sodobni zdravstveni sistemi se danes soočajo s širokim dostopom do inovativnih tehnologij in novih metod zdravljenja, hkrati pa se srečujejo tudi s pomanjkanjem zdravstvenega kadra, njihovo neustrezno razporejenostjo in posledično slabšo kakovostjo ter varnostjo storitev (Figuroa idr., 2019). Ta dinamičnost zahteva od menedžerjev v zdravstvu stalno prilagajanje, večjo kreativnost ter povečano produktivnost za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Ključno pri doseganju tega cilja so usposobljeni menedžerji z ustrezno kombinacijo menedžerskih znanj in vodstvenih kompetenc. Poleg osredotočenosti na doseganje merljivih rezultatov je torej pomembno, da so usmerjeni tudi v krepitve medosebnih odnosov ter spodbujanje sodelovanja med zaposlenimi. Vse bolj se uveljavlja koncept »interesnega področja voditelja«, kot ga opredeljuje Jankelová idr. (2021), ki se osredotoča na skrb za ljudi v organizaciji in je ključen za ustvarjanje učinkovitega in uspešnega delovnega okolja v zdravstvenem sektorju.

Raziskovalci poudarjajo nujnost razvoja novih menedžerskih kompetenc, ki so ključne za učinkovito vodenje (Kakemam idr., 2020). Tudi Svetovna zdravstvena organizacija (2020) poudarja pomen razvoja vodstvenih kompetenc v sistemu zdravstvenega varstva tako na strateški kot operativni ravni. Na strateški ravni menedžerji, ki delujejo kot kreatorji politike, prevzemajo nadzor nad strateškimi usmeritvami, organizirajo delo in spremljajo rezultate. Na operativni ravni pa načrtujejo, organizirajo, vodijo in nadzirajo (SZO, 2020). Predlagane so bile številne lestvice vodstvenih kompetenc, ki bi jih morali pridobiti vsi, ki se v zdravstvu ukvarjajo z vodenjem s ciljem doseganja boljših rezultatov (Daouk-Öyry idr., 2020; Kakemam idr., 2020).

Kompetence so kombinacija znanja, izkušenj, spretnosti in vedenja posameznikov, in predstavljajo vir trajne konkurenčne prednosti za organizacijo (Santrić Milicevic idr., 2010). Vodstvene kompetence lahko opredelimo tudi kot sintezo znanja, veščin, vedenja, sposobnosti in odnosa posameznika, ki so ključni za njegovo učinkovitost pri vodenju (Rahman idr., 2019). Fanelli idr. (2020) ugotavljajo, da menedžerji v zdravstvu izkazujejo posebno zanimanje za razvoj določenih kompetenc, med katerimi izstopajo: vrednotenje kakovosti na podlagi rezultatov, krepitev strokovnih kompetenc, načrtovanje na osnovi upravljanja poslovnih procesov, komuniciranje in participativno vodenje.

Jankelová idr. (2021) poudarjajo pomen formalnega izobraževanja menedžmenta v zdravstvu. Brez takšnega izobraževanja mnogim menedžerjem ne uspe razviti ključnih znanj in kompetenc, ki so nujne za učinkovito obvladovanje izzivov, povezanih s

produktivnostjo, izdatki, dostopnostjo in kakovostjo zdravstvene oskrbe, ter v skladu s pričakovanji pacientov. Številne raziskave, med drugim študije avtorjev White idr. (2020) in Stollerja (2020), poudarjajo nujnost stalnega izobraževanja in usposabljanja vodstvenega kadra v zdravstvu. Poseben poudarek namenjajo celovitemu, kompleksnemu izobraževalnemu pristopu, ki hkrati prispeva k profesionalnemu razvoju posameznika in krepitvi organizacijske zmogljivosti zdravstvenih institucij. Stoller (2020) posebej izpostavlja večplastne koristi tovrstnega izobraževanja, ki segajo od nadgradnje strokovnega znanja, osebnostne rasti in večjega kariernega zadovoljstva do vzpostavljanja strokovnih mrež med udeleženci izobraževalnih programov.

V Sloveniji profesionalizacija zdravstvenega menedžmenta še ni sistemsko razvita. Za vodstvene položaje v zdravstvenih organizacijah ne obstajajo formalne registracijske ali potrditvene zahteve, prav tako niso določeni minimalni standardi in kompetenčni profili, ki bi veljali za vse vodstvene ravni. Čeprav so na voljo podiplomski programi s področja zdravstvenega menedžmenta (npr. Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu na UL EF, Management v zdravstvu in socialnem varstvu na UM FOV, Vzgoja in menedžment v zdravstvu na Univerzi v Novem mestu, Management v zdravstvu in zdravstveni negi na FZAB) ter številna neformalna izobraževanja (npr. Šola vodenja v zdravstvu pri Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije, Vodenje v zdravstvu pri Zavodu za razvoj zdravstvenega menedžmenta, Šola vodenja v UKC Ljubljana), ti programi ne predstavljajo enotno urejenega ali obveznega nacionalnega sistema usposabljanja za vodstvene položaje v zdravstvu. Posledično izbor vodstvenega kadra pogosto ne temelji na preverjenih znanjih in veščinah. Podobne vrzeli v formalnih zahtevah in v sistematičnem razvoju vodstvenih kompetenc so evidentirane tudi v številnih drugih zdravstvenih sistemih (Hahn in Gil Lapetra, 2019; Kakemam, 2020). Potreba po razvoju vodstvenih kompetenc pa se v zdravstvenih organizacijah nenehno potrjuje.

Cilj raziskave je bil ugotoviti, kako vodilni kadri v izbranih zdravstvenih organizacijah v Sloveniji, ki so bili vključeni v raziskavo, ocenjujejo pomen menedžerskih kompetenc v zdravstvu, ter ugotoviti razkorak med oceno pomembnosti teh kompetenc in njihovo samooceno usposobljenosti. Zanimal nas je tudi odnos do izobraževanja na področju upravljanja in vodenja ter pripravljenost na izobraževanje s tega področja v prihodnosti.

2 Metode

2.1 Opis instrumenta

Na osnovi pregleda literature in izbora dveh uveljavljenih kompetenčnih modelov (Dikić idr., 2019; Santrić idr., 2010) smo opredelili šest ključnih področij kompetenc za vodilne kadre v zdravstvu: komuniciranje, vodenje zaposlenih, načrtovanje in postavljanje prioritet, finančno upravljanje, reševanje problemov ter upravljanje ustanove. Pripravljen instrument ni bil prevod obstoječih lestvic, temveč avtorsko oblikovan vprašalnik, zasnovan na konceptualnih izhodiščih iz literature, ter prilagojen sloven-

skemu zdravstvenemu sistemu. Slovenska verzija je bila pripravljena na osnovi identificiranih kompetenčnih modelov, pri čemer smo upoštevali terminologijo, vodstvene vloge ter organizacijske posebnosti slovenskih zdravstvenih ustanov. Vsebinsko so dodatno preverili strokovnjaki s področja zdravstvenega menedžmenta in javnega zdravlja, kar je zagotovilo njegovo strokovno ustreznost in kulturno relevantno. Vprašalnik smo pilotno testirali med potencialnimi anketiranci ($n = 5$), da smo preverili jasnost, razumljivost in dolžino vprašalnika. Vse prejete povratne informacije smo upoštevali pri oblikovanju dokončnega nabora vprašanj.

Prvi del vprašalnika je zajemal 10 sociodemografskih vprašanj (spol, starost, delovno mesto, stopnja izobrazbe, področje formalne izobrazbe, leta delovnih izkušenj, leta na vodilnem delovnem mestu, izkušnje z izobraževanjem na področju vodenja, število zaposlenih v ustanovi, raven zdravstvene dejavnosti ustanove). Drugi del je zajemal šest sklopov trditev o kompetencah. Anketiranci so za vsako področje ocenili (1) pomembnost kompetenc in (2) samooceno lastnih kompetenc na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 – sploh ni pomembno, 5 – zelo je pomembno) in za samooceno lastnih kompetenc (1 – nimam veščin/znanj, 5 – zelo visoka stopnja veščin/znanj). Vsak sklop predstavlja povprečje odgovorov na več trditev, ki opisujejo posamezne vidike posamezne kompetence.

Tretji del vprašalnika je vključeval trditve, ki izražajo odnos do izobraževanja, njihove dostopnosti in oceno možnosti dodatnega izobraževanja s področja upravljanja in vodenja v zdravstvu v Sloveniji, ter oceno pripravljenosti za vključitev v izobraževanja s področja upravljanja in vodenja v prihodnosti (1 – sploh se ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Zanesljivost uporabljenih lestvic v drugem delu vprašalnika, kjer so anketiranci ocenjevali pomembnost kompetenc in samoocenjevali svoje lastne kompetence, je bila ocenjena z izračunom Cronbachove alfa. Rezultati kažejo zelo dobro zanesljivost pri vseh šestih vsebinskih konstruktih. Za komuniciranje je bila zanesljivost 0,801 pri oceni pomembnosti kompetenc in 0,865 pri samooceni. Pri vodenju zaposlenih sta bili vrednosti 0,828 in 0,906, pri načrtovanju in postavljanju prioritet 0,840 in 0,851 ter pri finančnem upravljanju 0,883 in 0,942. Prav tako sta bili doseženi visoki vrednosti pri reševanju problemov (0,841 in 0,903) ter upravljanju ustanove (0,880 in 0,894). Te vrednosti potrjujejo ustreznost vprašalnika za merjenje ključnih kompetenc vodilnih kadrov v zdravstvu.

2.2 Opis vzorca

V raziskavi so sodelovali anketiranci iz 15 od skupno 93 javnih zdravstvenih ustanov, ki so člani Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije. Pri izboru ustanov smo uporabili namensko vzorčenje, pri čemer smo upoštevali regijsko porazdelitev (vključitev ustanov iz več statističnih regij), raven zdravstvene dejavnosti (primarna, sekundarna in terciarna) ter velikost zdravstvenih ustanov (glede na število zaposlenih). K izpolnjevanju spletnega vprašalnika smo povabili vodstvene in vodilne zaposlene v zdravstvu – direktorje, strokovne direktorje, pomočnike direktorjev, vodje organizacijskih enot, glavne medicinske sestre ($N = 426$). Odzvalo se je 134 anketiranih (31,46 %). V vzorcu so bili vključeni tudi štirje anketiranci, ki formalno niso vodstve-

ni delavci, vendar v praksi opravljajo upravljavske in koordinacijske naloge. Zaradi njihove pomembne vloge pri podpori vodenju smo jih ohranili v analizi. Predstavljajo 3,1 % vzorca, zato njihova izločitev ne bi bistveno vplivala na rezultate.

V tabeli 1 so prikazani demografski podatki in podatki o ustanovah, vključenih v raziskavo. Glede na zdravstvene ustanove je največji delež anketirancev deloval na primarni ravni (45,9 %), medtem ko ustanove z več kot 250 zaposlenimi predstavljajo 50,7 % celotnega vzorca. Oznake kategorij so prilagojene terminologiji slovenskega zdravstvenega sistema.

Tabela 1

Demografske značilnosti anketiranih vodstvenih delavcev in značilnosti zdravstvenih ustanov/Demographic characteristics of managerial respondents and characteristics of healthcare institutions

		<i>M (SD)</i>	<i>Min–Max</i>
Starost (n = 133)	Starost v letih	48,6 (8,1)	32–70
Leta delovnih izkušenj (n = 134)	Leta dela	23,8 (8,7)	6–42
Leta na vodilnem delovnem mestu (n = 134)	Leta na vodilnem delovnem mestu	9,5 (7,6)	0–30
		<i>f</i>	<i>f%</i>
Spol (n = 131)	Moški	34	26,0 %
	Ženski	97	74,0 %
Delovno mesto (n = 129)	Direktor	34	26,4 %
	Strokovni direktor	4	3,1 %
	Pomočnik direktorja (za zdravstveno nego, ekonomsko področje ...)	17	13,2 %
	Vodja organizacijske enote (klinike, oddelka ...)	70	54,3 %
	Drugo (ni vodstveni delavec: svetovalec, strokovni sodelavec, pravnik)	4	3,1 %
Stopnja izobrazbe (n = 133)	Višješolska izobrazba	1	0,8 %
	Visoka strokovna šola/1. bolonjska stopnja	20	15,0 %
	Univerzitetna izobrazba/2. bolonjska stopnja	49	36,8 %
	Specializacija po univerzitetnih programih	36	27,1 %
	Znanstveni magisterij	16	12,0 %
	Doktorat	11	8,3 %
Področje dodiplomske izobrazbe (n = 130)	Medicina	50	38,5 %
	Zdravstvena nega	30	23,1 %
	Ekonomija oz. poslovne vede	32	24,6 %
	Pravo	11	8,5 %
	Psihologija, sociologija, socialno delo	7	5,4 %
Raven zdravstvene dejavnosti zdravstvene ustanove	Primarna raven	61	45,9 %
	Sekundarna raven	43	32,3 %
	Terciarna raven	27	20,3 %
	Drugo	2	1,5 %

Velikost ustanove (n = 134)	Do 10 zaposlenih	3	2,2 %
	Od 11 do 50 zaposlenih	6	4,5 %
	Od 51 do 250 zaposlenih	57	42,5 %
	Od 251 do 450 zaposlenih	18	13,4 %
	451 zaposlenih ali več	50	37,3 %

Legenda/Legend: M = aritmetična sredina (mean); SD = standardni odklon (standard deviation).

2.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Spletno anketiranje z uporabo orodja Ika smo izvedli med 10. 5. 2023 in 22. 5. 2023. Soglasje za izvedbo raziskave smo pridobili od Upravnega odbora Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije in vodstev posameznih zdravstvenih ustanov. Anonimni anketni vprašalnik je bil posredovan vsem vodilnim in vodstvenim kadrom v izbranih ustanovah.

Rezultate smo prikazali v obliki frekvenc in odstotkov pri kategoričnih spremenljivkah ter izračunali osnovne opisne statistike za ordinalne in številske spremenljivke (srednja vrednost, standardni odklon, minimum in maksimum). Pri bivariatni analizi smo uporabili neparametrične teste (Mann-Whitney U-test, Kruskal-Wallis test, hi-kvadrat test, Spearmanov koeficient korelacije rangov). Za preverjanje zanesljivosti vprašalnika smo uporabili Cronbach alfa koeficient, normalnost porazdelitev spremenljivk smo preverjali s Kolmogorov-Smirnov testom. Za statistično analizo je bil uporabljen program SPSS Statistics 21.0.

3 Rezultati

Skupne ocene pomembnosti kompetenc po področjih kažejo na zelo dobro zavedanje anketiranih o njihovem pomenu, saj so vse povprečne ocene zelo visoke in so med ocenama 4,6 in 4,7 na 5-stopenjski lestvici pomembnosti. Najvišjo povprečno oceno smo zabeležili pri reševanju problemov ($4,72 \pm 0,37$), sledita vodenje zaposlenih ($4,69 \pm 0,35$) in upravljanje ustanove ($4,67 \pm 0,40$). Skupne ocene lastnih kompetenc so za vsa ocenjevana področja opazno nižje (tabela 2).

Analiza skladnosti med pomembnostjo kompetenc in samooceno lastnih kompetenc po področjih pokaže, da je pri vseh vidikih kompetenc vodenja, ki smo jih raziskovali, prisotna statistično značilna razlika med ocenami (tabela 2; $p < 0,001$). Največjo skladnost smo zaznali pri samem področju vodenja zaposlenih, po drugi strani pa je največji razkorak prisoten na področju finančnega upravljanja.

Tabela 2

Povprečne ocene pomembnosti in samoocene menedžerskih kompetenc po kompetenčnih sklopih/Mean ratings of importance and self-assessed managerial competencies by competency domains

	Pomembnost		Samoocena lastnih kompetenc		Wilcoxon preizkus predznačenih rangov
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	Z-statistika (p-vrednost)
Komuniciranje (n = 134)	4,64	0,36	3,64	0,64	-9,675 (< 0,001)
Vodenje zaposlenih (n = 134)	4,69	0,35	3,93	0,61	-9,358 (< 0,001)
Načrtovanje in postavljanje prioritet (n = 134)	4,60	0,43	3,69	0,71	-9,203 (< 0,001)
Finančno upravljanje (n = 132)	4,55	0,50	3,35	0,90	-9,065 (< 0,001)
Reševanje problemov (n = 132)	4,72	0,37	3,69	0,71	-9,429 (< 0,001)
Upravljanje ustanove (n = 132)	4,67	0,40	3,68	0,68	-9,404 (< 0,001)

Legenda/Legend: \bar{X} = aritmetična sredina (mean); SD = standardni odklon (standard deviation); Wilcoxonov preizkus predznačenih rangov (Z, p) / Wilcoxon signed-rank test (Z, p).

Opomba: Indeksi predstavljajo povprečne vrednosti odgovorov na več trditev znotraj posameznega sklopa kompetenc. Struktura indeksov je naslednja: komuniciranje (6 trditev), ki zajema posredovanje informacij, aktivno poslušanje, podajanje povratnih informacij in jasnost sporočanja; vodenje zaposlenih (5 trditev), ki vključuje motiviranje, delegiranje, podporo zaposlenim in reševanje konfliktov; načrtovanje in postavljanje prioritet (5 trditev), ki zajema organiziranje dela, določanje ciljev in upravljanje časa; finančno upravljanje (4 trditve), ki se nanaša na razumevanje finančnih kazalnikov, načrtovanje proračuna in poročanje; reševanje problemov (5 trditev), ki vključuje prepoznavanje problemov, odločanje in iskanje rešitev; ter upravljanje ustanove (5 trditev), ki zajema strateško vodenje, upravljanje sprememb in organizacijski razvoj. / The indices represent the average values of responses to multiple statements within each competency domain. The structure of the indices is as follows: communication (6 statements), covering information sharing, active listening, providing feedback, and clarity of messaging; staff leadership (5 statements), including motivating, delegating, supporting employees, and conflict resolution; planning and prioritisation (5 statements), encompassing work organisation, goal setting, and time management; financial management (4 statements), referring to understanding financial indicators, budget planning, and reporting; problem-solving (5 statements), covering problem identification, decision-making, and finding solutions; and organisational management (5 statements), which includes strategic leadership, change management, and organisational development.

Ocene lastnih upravljavskih kompetenc anketirancev in njihova povezanost s sociodemografskimi značilnostmi so prikazane v tabeli 3. Moški so statistično značilno višje ocenili kompetence načrtovanja in postavljanja prioritet, finančnega upravljanja ter reševanja problemov. Formalna izobrazba se izkaže statistično značilna pri načrtovanju in postavljanju prioritet ter pri finančnem upravljanju. Najvišje ocene lastnih kompetenc so v obeh omenjenih primerih podali anketirani z izobrazbo s področja

ekonomskih oz. drugih družbenih ved, ki nadpovprečno izstopajo pred vsemi ostalimi, razlika je najbolj opazna na področju finančnega upravljanja. Najnižje ocene kompetenc so v obeh primerih podali menedžerji z medicinsko izobrazbo. Med anketiranci vrhnjega in srednjega managementa so bile ugotovljene statistično značilne razlike pri večini ocenjenih kompetenc. Glede na starostne razrede anketiranih smo zaznali statistično značilne pozitivne korelacije z vsemi področji kompetenc.

V tabeli 3 je prikazan pozitiven vpliv delovnih izkušenj na samooceno lastnih kompetenc, pri čemer smo statistično značilno povezavo zaznali pri načrtovanju in postavljanju prioritet, finančnem upravljanju in komuniciranju.

Tabela 3

Samoocene menedžerskih kompetenc glede na sociodemografske značilnosti anketirancev / Self-assessed managerial competencies by socio-demographic characteristics of respondents

<i>(1 – Nimam večin/ znanja ... 5 – Zelo visoka stopnja večin/ znanja)</i>	<i>Komunici- ranje</i>	<i>Vodenje zaposlenih</i>	<i>Načrtovanje in postav- ljanje prio- ritet</i>	<i>Finančno upravljanje</i>	<i>Reševanje problemov</i>	<i>Upravljanje ustanove</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
<i>Spol:</i>			*	*	*	
Moški (n = 33–34)	3,78 (0,69)	3,96 (0,63)	3,83 (0,87)	3,58 (0,89)	3,90 (0,73)	3,81 (0,61)
Ženske (n = 96–97)	3,59 (0,62)	3,92 (0,61)	3,64 (0,64)	3,27 (0,91)	3,62 (0,70)	3,64 (0,71)
MWU (p)	1295,000 (0,062)	1570,500 (0,679)	1270,500 (0,046)	1236,000 (0,042)	1172,500 (0,025)	1352,500 (0,210)
<i>Področje formalne izobrazbe:</i>			*	*		
Medicina (n = 49–50)	3,52 (0,69)	3,84 (0,62)	3,45 (0,76)	2,95 (0,74)	3,60 (0,73)	3,62 (0,60)
Zdravstvena nega (n = 29–30)	3,56 (0,64)	4,02 (0,70)	3,66 (0,64)	3,26 (0,86)	3,63 (0,80)	3,67 (0,82)
Ekonomija, poslovne vede ali druge družbene vede (n = 50)	3,78 (0,58)	3,93 (0,57)	3,91 (0,64)	3,78 (0,91)	3,79 (0,67)	3,74 (0,69)
KW H (p)	4,080 (0,130)	2,508 (0,285)	9,381 (0,009)	22,154 (< 0,001)	1,579 (0,454)	1,414 (0,493)
<i>Raven zdravstvene dejavnosti:</i>						
Primarna (n = 59–61)	3,58 (0,59)	3,85 (0,59)	3,70 (0,62)	3,43 (0,89)	3,62 (0,74)	3,60 (0,69)
Sekundarna (n = 42–43)	3,63 (0,67)	3,98 (0,64)	3,65 (0,77)	3,29 (0,92)	3,70 (0,60)	3,69 (0,66)
Terciarna (n = 27)	3,83 (0,70)	4,06 (0,53)	3,83 (0,72)	3,36 (0,90)	3,93 (0,74)	3,91 (0,65)
KW H (p)	5,767 (0,056)	2,907 (0,234)	1,215 (0,545)	1,383 (0,501)	3,910 (0,142)	2,884 (0,236)

<i>Delovno mesto:</i>	*		*	*		*
Vrhnji management (n = 54–55)	3,79 (0,61)	3,95 (0,65)	3,89 (0,66)	3,66 (0,84)	3,73 (0,75)	3,87 (0,65)
Srednji management (n = 68–70)	3,56 (0,58)	3,94 (0,54)	3,57 (0,67)	3,17 (0,83)	3,68 (0,68)	3,57 (0,64)
MWU (p)	1474,500 (0,025)	1821,500 (0,606)	1423,500 (0,012)	1213,000 (0,001)	1797,500 (0,736)	1428,000 (0,026)
	ro (p)	ro (p)	ro (p)	ro (p)	ro (p)	ro (p)
<i>Starost (razredi do 45 let, 46–55 let in 56 let in več):</i>	**	**	**	**	**	**
(n = 131–133)	0,266 (0,002)	0,198 (0,022)	0,270 (0,002)	0,178 (0,041)	0,238 (0,006)	0,191 (0,029)
<i>Delovne izkušnje na vodilnem delovnem mestu v letih:</i>	**	**	**	**	**	**
(n = 132–134)	0,351 ($< 0,001$)	0,221 (0,010)	0,443 ($< 0,001$)	0,364 ($< 0,001$)	0,256 (0,003)	0,316 ($< 0,001$)

Legenda/Legend:* Razlika med skupinama/skupinami je statistično značilna ($p \leq 0,05$)/* A statistically significant difference between groups ($p \leq 0,05$). ** Povezanost med spremenljivkama je statistično značilna ($p \leq 0,05$)/** A statistically significant correlation between variables ($p \leq 0,05$); M = aritmetična sredina (mean); SD = standardni odklon (standard deviation); MWU = Mann-Whitney U-preizkus (Mann-Whitney U-test); KW H = Kruskal-Wallisov H-test (Kruskal-Wallis H-test); ro = Spearmanov koeficient korelacije rangov (Spearman's rank correlation coefficient)

Med anketiranci jih 85 (63,43 %) poleg rednega študijskega programa, v okviru katerega so pridobili formalno izobrazbo, ni imelo nobenega dodatnega izobraževanja na področju vodenja, 39 (29,10 %) anketirancev se je udeležilo Šole vodenja v zdravstvu v okviru Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije in 10 (7,46 %) jih je sodelovalo v drugih programih izobraževanja s področja vodenja.

Izkušnje z izobraževanjem na področju vodenja se izkazujejo kot statistično značilne. Največja razlika med skupinama je bila ugotovljena pri ocenah pomembnosti kompetenc na področju upravljanja ustanove. Pri ocenah lastnih kompetenc opazimo, da so v povprečju višje ocenjene med posamezniki s predhodnimi izkušnjami z izobraževanjem na področju vodenja. Statistično značilna razlika pri samooceni lastnih kompetenc je bila potrjena le na enem področju – načrtovanje in postavljanje prioritet (tabela 4).

Primerjava ocen trditev glede na predhodne izkušnje z dodatnim izobraževanjem je pokazala na več statistično značilnih razlik med posamezniki z ($n = 48$) in brez predhodnih izkušenj ($n = 85$) z izobraževanjem na področju vodenja.

Tabela 4

Ocene pomembnosti in samoocene menedžerskih kompetenc glede na predhodne izkušnje z izobraževanjem na področju vodenja/Ratings of importance and self-assessed managerial competencies by previous leadership training experience

	<i>Nima predhodnih izkušenj z izobraževanjem (n = 84–85)</i>		<i>Ima predhodne izkušnje z izobraževanjem (n = 47–49)</i>		<i>Razlika med skupinami</i>	
	<i>Pomembnost</i>					
	\bar{X}	<i>SD</i>	\bar{X}	<i>SD</i>	<i>MW statistika</i>	<i>p</i>
Komuniciranje*	4,60	0,34	4,71	0,38	1562,500	0,015
Vodenje zaposlenih*	4,63	0,36	4,79	0,29	1502,000	0,006
Načrtovanje in postavljanje prioritet*	4,56	0,43	4,71	0,43	1561,000	0,012
Finančno upravljanje*	4,49	0,51	4,66	0,47	1585,000	0,041
Reševanje problemov*	4,67	0,39	4,82	0,32	1552,500	0,016
Upravljanje ustanove*	4,60	0,43	4,81	0,30	1387,500	0,002
	<i>Ocena lastnih kompetenc</i>					
	\bar{X}	<i>SD</i>	\bar{X}	<i>SD</i>	<i>MW statistika</i>	<i>p</i>
	Komuniciranje	3,59	0,67	3,73	0,57	1890,000
Vodenje zaposlenih	3,89	0,60	4,00	0,63	1850,500	0,282
Načrtovanje in postavljanje prioritet*	3,58	0,73	3,89	0,63	1599,500	0,025
Finančno upravljanje	3,27	0,93	3,49	0,83	1758,500	0,253
Reševanje problemov	3,62	0,73	3,82	0,67	1723,000	0,161
Upravljanje ustanove	3,58	0,67	3,87	0,68	1630,500	0,080

Opomba:* Razlika med skupinama je statistično značilna ($p \leq 0,05$)* A statistically significant difference between groups ($p \leq 0,05$).

Legenda/Legend: M = aritmetična sredina (mean); SD = standardni odklon (standard deviation); MW = Mann-Whitney U-preizkus (Mann-Whitney U-test).

Izmed anketiranih brez predhodnih izkušenj z dodatnim izobraževanjem ($n = 85$) bi se 32,1 % udeležilo dvomesečnega programa, v skupini s predhodnimi izkušnjami ($n = 48$) pa 27,1 %. Krajše seminarje (1–3 dni) bi izbralo 36,9 % iz prve in 29,2 % iz druge skupine. Za programe v trajanju 2–6 mesecev bi se odločilo 17,9 % in 20,8 %, medtem ko bi se za daljše, 6–12-mesečne programe, odločilo le 10,7 % oz. 18,8 %. Le dva anketirana iz vsake skupine nista izrazila zanimanja za nadaljnje izobraževanje. Kljub visoki pripravljenosti v obeh skupinah ni bilo statistično značilnih razlik ($p = 0,617$). Analiza po drugih sociodemografskih značilnostih je pokazala, da so moški ($p = 0,023$) in starejši (46–55 let in 56+, $p < 0,001$) pogosteje izbrali krajše seminarje, medtem ko so se mlajši vodje (do 45 let, $p < 0,001$) pogosteje odločali za daljše programe. Ženske so pogosteje izbrale programe v trajanju do 2 oziroma 2–6 mesecev. Razlike glede na delovno mesto, stopnjo ali področje formalne izobrazbe niso bile statistično značilne ($p > 0,05$).

4 Razprava

Z raziskavo smo preučili, kako menedžerji izbranih slovenskih zdravstvenih ustanov vrednotijo pomen menedžerskih kompetenc ter vpliv izobraževanja oziroma pripravljenost za nadaljnje usposabljanje na tem področju.

Vzorec anketiranih celostno odraža strukturo vodilnih kadrov v slovenskem zdravstvu glede na izobrazbo, delovna mesta, strokovna področja, ravni vodenja in zdravstvenega varstva. V vzorcu prevladujejo ženske, kar ustreza splošnemu trendu v zdravstvu, kjer predstavljajo 79,52 % zaposlenih (NIJZ, 2025). Povprečna starost in delovna doba anketirancev pričata o njihovih bogatih izkušnjah in strokovnem znanju.

Vse ocene pomembnosti kompetenc so pokazale, da anketirani menedžerji pripisujejo visoko vrednost ocenjenim znanjem in veščinam, medtem ko so njihove samoocene kompetenc segale od srednje do visoke ravni. Pri vseh področjih je bil zaznan razkorak med zaznano pomembnostjo in samoocenjeno usposobljenostjo, ki je v povprečju znašal eno oceno na 5-stopenjski lestvici. Rezultati raziskave kažejo na visoko stopnjo ozaveščenosti menedžerjev o ključnih kompetencah, potrebnih za učinkovito opravljanje njihovih nalog, kar potrjujejo tudi ugotovitve drugih avtorjev (npr. Daouk-Öyry, 2020; Hahn, 2019; Kakemam, 2020). Med najpomembnejšimi kompetencami so anketiranci izpostavili reševanje problemov in vodenje, medtem ko so načrtovanje s postavljanjem prioritet ter finančno upravljanje ocenili kot manj ključna področja. Kljub temu so najvišje ocenili prav svoja znanja in veščine s področja vodenja in reševanja problemov, finančno upravljanje pa je prejelo najnižje ocene. Te ugotovitve je mogoče povezati s področji formalne izobrazbe – le četrtina sodelujočih ima izobrazbo s področja ekonomije ali poslovnih ved. Rezultati nakazujejo, da bo treba finančnemu upravljanju v prihodnje nameniti več pozornosti, kar potrjuje tudi raziskava o kompetencah direktorjev slovenskih bolnišnic (Kramar Zupan in Erjavec, 2020). Tudi naša raziskava potrjuje pomen poglobljenih izobraževanj s področja finančnega poslovanja, saj bi ti programi lahko bistveno prispevali k boljšemu razumevanju in uspešnejšemu upravljanju finančnih vidikov vodenja zdravstvenih organizacij.

Direktorji slovenskih bolnišnic so v raziskavi Kramar Zupan in Erjavec (2020) najvišje ocenili svojo usposobljenost na področju komunikacijskega upravljanja, medtem ko je bilo v naši raziskavi to področje na predzadnjem mestu, takoj za finančnim upravljanjem. Strateško komuniciranje in pomembnost komunikacijskih kompetenc menedžerjev v zdravstvu sta v zadnjem času tema mnogih razprav, saj se je izkazalo, da pridobljeno znanje na tem področju postavlja menedžerje v vlogo kompetentnih voditeljev zdravstvenih ustanov. Podrobna analiza komunikacijskih kompetenc med menedžerji v zdravstvu v naši raziskavi je razkrila, da je kljub njihovem prepoznavanju osnovnih elementov komuniciranja, kot sta posredovanje in pridobivanje informacij, manj pozornosti namenjajo strateškemu komuniciranju. Iz rezultatov je razvidno, da menedžerji, ki so se predhodno udeležili izobraževanja s področja vodenja, izkazujejo višje komunikacijske kompetence kot tisti brez tovrstnih izkušenj, kar potrjuje vpliv formalnega izobraževanja na krepitev strateškega komuniciranja. Ta ugotovitev je skladna tudi z nedavno raziskavo Jankelove idr. (2021) na Slovaškem in študijo

avtorjev Careau idr. (2014), ki menijo, da postaja medprofesionalno komuniciranje in znanje o timskem delu najpomembnejša kompetenca zdravstvenih menedžerjev.

Analiza rezultatov glede sociodemografskih značilnosti menedžerjev je pokazala, da obstajajo statistično pomembne razlike v samooceni kompetenc med različnimi skupinami. Moški menedžerji so na nekaterih področjih ocenjevali svoje kompetence višje kot ženske. Tisti z ekonomsko ali družboslovno izobrazbo so dosegli statistično višje samoocene, zlasti na področjih načrtovanja in finančnega upravljanja. Nasprotno so menedžerji z medicinsko izobrazbo ta področja ocenili najnižje, medtem ko so menedžerji z izobrazbo iz zdravstvene nege kompetence ocenili vmesno; njihove ocene so bile bližje ocenam menedžerjev z medicinsko izobrazbo. Podobne ugotovitve so pokazale že predhodne tuje raziskave (npr. Malik, Dhar in Handa, 2016; Rogers, 2012), ki so proučevale povezanost pristopov k vodenju s posameznimi zdravstvenimi poklici. Rogers (2012) na primer ugotavlja, da je prehod iz osnovnega poklica v vodenje pri zdravstveni negi pogosto bolj »naraven«, medtem ko Jankelová idr. (2021) opozarja, da je preobrazba zdravnika v učinkovitega vodjo zahtevnejša, saj zahteva izstop iz cone udobja – na kar mnogi niso pripravljeni. Pogosto zdravniki nimajo systemske perspektive, kar pa je ključno za uspešno vodenje. Raziskovalci s področja zdravstvenega managementa (Aggarwal in Swanwick, 2015; Sonnino, 2016; Stoller, 2013) zato poudarjajo pomen izobraževanja in podiplomskega usposabljanja kot ključnih dejavnikov razvoja vodstvenih kompetenc. Podobno tudi Skela-Savič s sod. (2023) izpostavljajo potrebo po obveznem usposabljanju za vodenje zaposlenih, zlasti na makro- in mezo-ravni zdravstvenega sistema. Po njihovem mnenju je izobraževanje bistveno za razvoj usposobljenih vodij, ki lahko uspešno odgovorijo na sodobne izzive v zdravstvu.

Ugotovitve naše raziskave potrjujejo, da menedžerji prepoznajo dolgoročne pozitivne učinke izobraževanja na uspešnost delovanja in poslovanja ustanov, vendar izražajo tudi pomisleke glede trenutne dostopnosti tovrstnih programov v Sloveniji. Ti se nanašajo predvsem na časovne omejitve zaradi visokih delovnih obremenitev, logistične izzive pri udeležbi (zlasti za ustanove zunaj večjih središč) ter na razdrobljenost in nesistemske obstoječe ponudbe izobraževanj. Med tistimi, ki so se izobraževanj že udeležili, prevladuje prepričanje, da lahko pridobljeno znanje uspešno prenesejo v prakso. Zato bi bilo smiselno razmisliti o prilagoditvi izvedbe izobraževanj različnim ravnam izvajanja zdravstvene dejavnosti (primarna, sekundarna, terciarna raven) ter njihovim specifičnim potrebam.

Zaposleni v upravljanju zdravstvenih organizacij in tisti, ki jih karierno razvijamo za to področje dela, bi tako morali biti vključeni v kontinuirano usposabljanje in redno ocenjevanje njihovega dela. Raziskave iz tujine (npr. Dikic idr., 2019; Jankeľová, 2021) poudarjajo, da je za izboljšanje menedžerskih kompetenc ter zmanjšanje razkoraka med zaznano pomembnostjo in dejansko ravnijo kompetenc nujna kombinacija izobraževanja, ustreznih predpisov in učinkovitih mehanizmov nadzora. Z vidika regulativnega okolja je pomembno, da je nedavna novela Zakona o zdravstveni dejavnosti (Republika Slovenija, 2025) uvedla obvezno usposabljanje za direktorje javnih zdravstvenih zavodov, kar predstavlja pomemben premik k systemski profesiji.

onalizaciji vodenja. Takšna ureditev neposredno naslavlja vrzeli, ugotovljene v naši raziskavi, zlasti na področju finančnega upravljanja in strateškega komuniciranja, ter odpira prostor za razvoj ciljno usmerjenih izobraževalnih programov.

Raziskava ima nekatere omejitve. Rezultati ne zajemajo celotne populacije zdravstvenih menedžerjev v Sloveniji, zato posploševanje ni mogoče. Poleg tega so podatki o lastnih kompetencah menedžerjev pridobljeni na osnovi samoocene, kar lahko pomeni tveganje pristranskosti (npr. pretirano ali prenizko ocenjevanje). Dodatno je treba upoštevati, da je raziskava zajela le delček vseh možnih vidikov izobraževanja s področja vodenja v zdravstvu. V prihodnje bi bilo koristno raziskati učinkovitost različnih izobraževalnih pristopov ter longitudinalno spremljati njihov vpliv na dejansko izboljšanje menedžerskih kompetenc.

5 Zaključek

Rezultati raziskave kažejo na visoko stopnjo ozaveščenosti menedžerjev o pomenu kompetenc za učinkovito opravljanje njihovega dela ter na pozitiven odnos do izobraževanja. Udeleženci prepoznajo potrebo po nadgradnji znanja, zlasti na področjih, kjer sami zaznavajo vrzeli – pri finančnem upravljanju, reševanju problemov, komuniciranju in upravljanju ustanove. Razlika med zaznano pomembnostjo posameznih kompetenc in njihovo samooceno usposobljenosti nakazuje na potrebo po ciljno usmerjenem razvoju znanj in veščin. Menedžerji so izrazili največjo naklonjenost krajšim, praktično zasnovanim izobraževalnim programom, ki omogočajo takojšen prenos v prakso. Pomembno je, da izobraževalne vsebine postajajo bolj dostopne, prilagojene delovnim obremenitvam ter usmerjene v specifične potrebe zdravstvenega sistema, zlasti na področjih, kjer se kaže največji razkorak med pomembnostjo kompetenc in samooceno njihovega obvladovanja. Ugotovitve raziskave tako predstavljajo dragoceno izhodišče za oblikovanje razvojnih in izobraževalnih politik, ki lahko pomembno prispevajo k profesionalizaciji vodenja v slovenskem zdravstvu. Nedavni sistemski premiki, med drugim uvedba obveznega usposabljanja za vodilne funkcije v javnih zdravstvenih zavodih, predstavljajo pomemben korak v smeri krepitve vodstvenih kompetenc, vendar bo ključno, da se ti začetni ukrepi nadgradijo v celovit, dolgoročno vzdržen sistem razvoja vodstvenih znanj. Uspešna profesionalizacija menedžmenta v zdravstvu zahteva premišljeno kombinacijo formalnega izobraževanja, praktičnega usposabljanja, podpore organizacijskih kultur in ustreznih kadrovske politik. Naša raziskava potrjuje, da v slovenskem zdravstvenem sistemu obstaja visoka motivacija za tak razvoj, hkrati pa izpostavlja področja, kjer so potrebne dodatne spodbude in izboljšave. Celostni pristop k usposabljanju in razvoju menedžerskih kompetenc lahko pomembno prispeva k bolj učinkovitemu, odzivnemu in kakovostnemu vodenju zdravstvenih ustanov.

Saša Terseglav, PhD, Boštjan Kušar, PhD, Brigita Skela-Savič, PhD

Managerial Competences Among Healthcare Leaders – An Exploratory Study in Selected Healthcare Organizations

The research highlights the complexity of healthcare systems, necessitating coordinated efforts from all stakeholders to promote optimal citizen health, as pointed out by Belghiti Alaoui and colleagues (2020). It is crucial to understand that healthcare management faces numerous challenges, including an aging population, escalating treatment costs, and a shortage of healthcare professionals, as observed by Loureiro et al. (2021), and Kramar Zupan and Erjavec (2020).

Given the dynamism of modern healthcare systems, it is essential for healthcare managers to continually adapt, demonstrate creativity, and enhance productivity to ensure quality healthcare delivery, as emphasized by Jankelová et al. (2021). Furthermore, managers must focus not only on achieving measurable outcomes but also on strengthening interpersonal relationships and fostering collaboration among the employees.

Researchers such as Kakemam et al. (2020) underscore the urgency of developing new managerial competences for effective leadership. Similarly, the World Health Organization (2020) highlights the significance of developing leadership competences in the healthcare system at both strategic and operational levels.

Competences, comprising a blend of knowledge, experience, skills, and behaviours of individuals, represent a source of sustainable competitive advantage for an organization, as cited by Santrić Milicevic et al. (2010). Rahman et al. (2019) also stress that leadership competences are pivotal for effective leadership, synthesizing various elements, such as knowledge, skills, behaviour, abilities, and attitude of an individual.

Jankelová et al. (2021) underscore the importance of formal management education in healthcare, as many managers may not develop key competences to address challenges in the healthcare sector without it. Similarly, authors such as White et al. (2020) and Stoller (2020) emphasize the significance of formal education and training for healthcare managers, benefiting both individuals and institutions.

In Slovenia, healthcare management professionalization is not yet developed, indicating the need to establish standards and requirements for leadership personnel.

The research aims to assess the significance of managerial competences in healthcare, and explore the gap between the perception of the importance of these competences and the self-assessment of competence among senior management in the selected healthcare organizations in Slovenia. Additionally, the research aims to investigate the attitudes towards education in management and leadership, as well as the readiness for further education in this direction in the future.

The study initially examined the key competences in healthcare management and developed a questionnaire for their assessment, tailored to the Slovenian context. The

healthcare management experts were involved in creating the questionnaire, which comprised three parts: socio-demographic questions, assessing the importance of competences, self-assessment of their own competences, and attitudes towards education. The reliability of the questionnaire was high.

A total of 134 senior and managerial staff from 15 healthcare institutions completed the survey, resulting in a response rate of 31.46%. The majority of the respondents were female (74.0%), mostly in roles as unit managers (54.3%), with a university education (63.9%), and predominantly from the field of medical sciences (38.5%). The average age of the respondents was 48.6 years, with an average of 23.8 years of work experience, including 9.5 years in managerial positions. Most respondents worked in primary healthcare institutions (45.9%), while larger institutions with more than 250 employees represented 50.7% of the sample.

Data analysis involved statistical methods such as the Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, chi-square test and Spearman's rank correlation coefficient. The reliability of the questionnaire was assessed using Cronbach's alpha, and the normality of variable distributions was checked using the Kolmogorov-Smirnov test. The analysis was conducted using the SPSS Statistics 21.0 program.

Overall ratings of the importance of competences in healthcare management were high, with the highest average ratings for problem-solving, employee management, and organizational management. However, the managers' self-assessments of their own competences were lower than the ratings of competence importance, with the highest self-rating in employee management and the lowest in financial management. The analysis revealed statistically significant differences between the ratings of competence importance and self-assessment of competences.

Statistically significant differences in competence ratings were observed when comparing by gender, education level, management level, and age groups. For example, males rated planning and financial management competences higher, while those with education in economics or social sciences achieved the highest ratings, especially in financial management. The managers at higher management levels also gave higher competence ratings compared to those at middle management levels. Age and work experience also emerged as significant factors in the self-assessments of competences.

Most managers (63.43%) did not have additional education in leadership, but the majority expressed willingness to participate in various educational programs. Male and older managers were more inclined towards shorter seminars, while younger managers showed greater preference for longer programs. Females more often opted for shorter programs. No statistically significant differences between groups were observed regarding job position, education level, and field of education in terms of readiness for education.

The research revealed how healthcare managers assess the importance of managerial competences and how they engage with education in this direction. Differences were found between the perception of competence importance and self-assessment, as

well as the readiness for further education. The surveyed sample encompassed various profiles of leadership personnel in the Slovenian healthcare, with the predominant group being females, consistent with the general trend in healthcare. On average, the respondents rated the importance of competences highly, but self-assessed their competences somewhat lower. Differences were particularly evident in the area of financial management, where the managers demonstrated less knowledge. The results also confirmed the findings of other studies emphasizing the importance of key competences in healthcare (Daouk-Öyry, 2020; Hahn, 2019; Kakemam, 2020).

Furthermore, differences were found in the ratings of communication competences between our study and previous research. Healthcare managers expressed greater proficiency in this area than in previous studies. However, additional education is still needed, especially in the realm of strategic communication.

The analysis of socio-demographic characteristics revealed differences in self-assessment of competences by gender, education level, management level, age, and work experience. Males and managers with economic or social science education rated their competences higher than females and managers with medical education. Age and experience had a positive influence on the self-assessment of competences.

International research emphasizes the importance of education for improving managerial competences in healthcare, a finding corroborated by our study. Despite the concerns about the current accessibility of education in Slovenia, the respondents recognize the long-term positive effects of education on the functioning of healthcare institutions.

Although the results showed an awareness of the importance of education, differences were observed between those who participated in education and those who did not. Education had a greater impact on the awareness of importance than on the actual self-assessment of competences. It would be sensible to tailor future educational programs to the specific needs of healthcare organizations and encourage active participation of employees.

Limitations of the study were related to the sample, the self-assessment of respondents, and the scope of the education areas considered. Nevertheless, the research contributed to a better understanding of managerial competences in the Slovenian healthcare and serves as a foundation for further research and the development of educational programs.

The results of the study indicate that the managers in the Slovenian healthcare are aware of the importance of the competences necessary for their work. A positive attitude towards education is evident among them, as they recognize the need for improving the competences, especially where knowledge gaps are identified. The analysis of the results reveals a gap between the importance of competences and the assessed level of proficiency, particularly in the areas of financial management, problem-solving, communication, and organizational management. The participants in the study show a willingness to engage in education in healthcare leadership, particularly in the form of shorter educational programs. Thus, the research identified the specific needs and

desires of healthcare managers, enabling the development of targeted educational programs for their further competence development.

LITERATURA

1. Aggarwal, R. in Swanwick, T. (2015). Clinical leadership development in postgraduate medical education and training: Policy, strategy, and delivery in the UK National Health Service. *Journal of Healthcare Leadership*, 7, 109–122. <https://doi.org/10.2147/JHL.S69330>
2. Belghiti Alaoui, A., De Brouwere, V., Meessen, B. in Bigdeli, M. (2020). Decision-making and health system strengthening: Bringing time frames into perspective. *Health Policy and Planning*, 35(9), 1254–1261. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa086>
3. Careau, E., Biba, G., Brander, R., Van Dijk, J. P., Verma, S., Paterson, M. in Tassone, M. (2014). Health leadership education programs, best practices, and impact on learners' knowledge, skills, attitudes, and behaviors and system change: A literature review. *Journal of Healthcare Leadership*, 6, 39–49. <https://doi.org/10.2147/JHL.S61127>
4. Daouk-Öyry, L., Sahakian, T. in Vijver, F. (2020). Evidence-based management competency model for managers in hospital settings. *British Journal of Management*, 32(4), 1384–1403. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12434>
5. Dikić, M., Nikolić, D., Todorović, J., TerzićSupić, Z., Kostadinović, M., Babić, U., Gačević, M. in SantrićMiličević, M. (2019). Alignment of perceived competencies and perceived job tasks among primary care managers. *Healthcare*, 8(1), članek 9. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010009>
6. Fanelli, S., Lanza, G., Enna, C. in Zangrandi, A. (2020). Managerial competences in public organisations: The healthcare professionals' perspective. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05179-5>
7. Figueroa, C. A., Harrison, R., Chauhan, A. in Meyer, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: A rapid review. *BMC Health Services Research*, 19(1), članek 239. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4080-7>
8. Hahn, C. A. in Gil Lapetra, M. (2019). Development and use of the leadership competencies for healthcare services managers assessment. *Frontiers in Public Health*, 7, članek 34. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00034>
9. Jankelová, N., Joniaková, Z. in Romanová, A. (2021). The need for management education of healthcare management employees. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(1). <https://doi.org/10.1002/hpm.3325>
10. Kakemam, E., Liang, Z., Janati, A., Arab-Zozani, M., Mohaghegh, B. in Gholizadeh, M. (2020). Leadership and management competencies for hospital managers: A systematic review and best-fit framework synthesis. *Journal of Healthcare Leadership*, 12(2), 59–68. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7383104/>
11. Kramar Zupan, M. in Erjavec, K. (2020). Competence in potrebe po izobraževanju direktorjev slovenskih bolnišnic. *Pedagoška obzorja*, 35(1), 114–131. <https://www.dspo.si/index.php/dspo/article/view/16>
12. Loureiro, R., Ferreira, J. J. in Simões, J. (2021). Understanding healthcare sector organizations from a dynamic capabilities perspective. *European Journal of Innovation Management*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1108/EJIM-02-2021-0085>
13. Malik, N., Dhar, R. L. in Handa, S. C. (2016). Authentic leadership and its impact on creativity of nursing staff: A cross-sectional questionnaire survey of Indian nurses and their supervisors. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.004>
14. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2025). RIZDDZ – Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu. <https://nijz.si/informatika-v-zdravstvu/rizddz-register-izvajalcev-zdravstvene-dejavnosti-in-delavcev-v-zdravstvu/>

15. Rahman, M. H., Dey, T. in Al-Amin, M. (2019). Relationship between organizational strategy and leadership style in performance efficiency. *Asian Business Review*, 9(1), 17–22. <https://doi.org/10.18034/abr.v9i1.221>
16. Republika Slovenija. (2025). Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-N). Uradni list RS, št. 23/05. <https://pisrs.si/prehledPredpisa?id=ZAKO214>
17. Rogers, R. (2012). Leadership communication styles: A descriptive analysis of health care professionals. *Journal of Healthcare Leadership*, 4, 47–57. <https://doi.org/10.2147/JHL.S30795>
18. Santrić Milicevic, M. M., Bjegovic-Mikanovic, V. M., Terzic-Supić, Z. J. in Vasic, V. (2010). Competencies gap of management teams in primary health care. *European Journal of Public Health*, 21(2), 247–253. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq010>
19. Skela-Savič, B., Albreht, T., Sermeus, W., Lobe, B., Bahun, M. in Dello, S. (2023). Patient outcomes and hospital nurses' workload: A cross-sectional observational study in Slovenian hospitals using the RN4CAST survey. *Zdravstveno varstvo*, 62(2), 59–66. <https://doi.org/10.2478/sjph-2023-0009>
20. Sonnino, R. (2016). Health care leadership development and training: Progress and pitfalls. *Journal of Healthcare Leadership*, 8, 19–29. <https://doi.org/10.2147/JHL.S68068>
21. Stoller, J. K. (2013). Commentary: Recommendations and remaining questions for health care leadership training programs. *Academic Medicine*, 88(1), 12–15. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318276bff1>
22. Stoller, J. K. (2020). A perspective on the educational “SWOT” of the coronavirus pandemic. *Chest*, 159(2). <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.09.087>
23. Svetovna zdravstvena organizacija. (2019). Health systems governance. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage/health-systems-governance#tab=tab_1
24. Svetovna zdravstvena organizacija. (2020). WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>
25. White, B. A. A., White, H. D., Bledsoe, C., Hendricks, R. in Arroliga, A. C. (2020). Conflict management education in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 29(6), e135–e138. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020886>

Dr. Saša Terseglav, asistentka, asistentka raziskovalka v Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije

E-naslov: saska.terseglav@zdrzz.si

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3930-2252>

Dr. Boštjan Kušar, zaposlen v Slovenija-transplant

E-naslov: bostjan.kusar@slovenija-transplant.si

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-9931>

Dr. Brigita Skela-Savič, profesorica, znanstvena svetnica, zaposlena na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice

E-naslov: bskelasavic@fzab.si

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1028-5383>

Vpliv kronične pelvične bolečine na kakovost življenja žensk

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.187>

Pregledni znanstveni članek

UDK 616.718.19-009.7-036.1-055.2

KLJUČNE BESEDE: kronična medenična bolečina, celostni pristop, telesno zdravje, duševno zdravje, medosebni odnosi

POVZETEK – Kronična pelvična bolečina prizadevne med 5,7 % in 26,6 % žensk ter vpliva na različne vidike njihovega življenja. Namen sistematičnega pregleda literature je opredeliti dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s kronično pelvično bolečino, ter izpostaviti ključna področja, na katera bolečina vpliva. Literaturo smo iskali v mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL ultimate, ScienceDirect in MEDLINE, z uporabo ključnih besed: chronic pelvic pain AND women, women chronic pelvic pain AND quality of life, chronic pelvic pain AND gynecology, chronic pelvic pain AND holistic care. V pregled je bilo vključenih 11 znanstvenih člankov, objavljenih po letu 2018. Na podlagi tematske analize smo oblikovali štiri vsebinske sklope: dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s kronično pelvično bolečino; vpliv kronične pelvične bolečine na telesno zdravje in kakovost življenja; vpliv kronične pelvične bolečine na duševno zdravje in kakovost življenja; vpliv kronične pelvične bolečine na medosebne odnose. Naše ugotovitve kažejo, da kronična pelvična bolečina pomembno zmanjšuje kakovost življenja žensk ter vpliva na njihovo telesno in duševno zdravje ter socialno delovanje. Zdravstveni delavci moramo kronično pelvično bolečino obravnavati kot večdimenzionalni pojav in pri tem slediti biopsihosocialnemu modelu zdravlja.

Review article

UDC 616.718.19-009.7-036.1-055.2

KEYWORDS: chronic pelvic pain, holistic approach, physical health, mental health, interpersonal relationships

ABSTRACT - Chronic pelvic pain affects between 5.7% and 26.6% of women and interferes with various aspects of women's lives. The aim of the systematic literature review is to identify factors that affect the quality of life of women with chronic pelvic pain and to highlight the key areas affected by the pain. We searched the literature in the international databases CINAHL ultimate, ScienceDirect and MEDLINE using the following keywords: chronic pelvic pain AND women, women chronic pelvic pain AND quality of life, chronic pelvic pain AND gynaecology, chronic pelvic pain AND holistic care. The review included 11 scientific articles published after 2018. Based on the thematic analysis, we formed four content groups: factors affecting the quality of life of women with chronic pelvic pain; the impact of chronic pelvic pain on physical health and quality of life; the impact of chronic pelvic pain on mental health and quality of life; the impact of chronic pelvic pain on interpersonal relationships. Our results show that chronic pelvic pain has an impact on women's quality of life, affecting their physical and mental health as well as their social functioning. Healthcare professionals need to treat chronic pelvic pain as a multidimensional phenomenon and be guided by the biopsychosocial model of health.

1 Uvod

Kronična pelvična bolečina (KPB) je opredeljena kot kronična ali vztrajna bolečina, ki jo oseba zaznava v strukturah, povezanih z medenico, in se lahko pojavlja pri moških ali ženskah (Engeler idr., 2025). Po novi Mednarodni klasifikaciji bole-

Prejeto/Received: 27. 5. 2025
Sprejeto/Accepted: 21. 10. 2025

Besedilo/Text © 2025 Avtor(ji)/The Author(s)
To delo je objavljeno pod licenco CC BY Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.
/ This work is published under a CC BY Attribution 4.0 International license.
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

ni (MKB-11) je KPB definirana kot bolečina, ki vztraja 3 mesece ali dlje (po stari definiciji več kot 6 mesecev) (World Health Organization, 2022). Sindrom primarne kronične pelvične bolečine (angl. Chronic Primary Pelvic Pain Syndrome – CPPPS) je podvrsta KPB, pri kateri ni dokazljive okužbe ali druge očitne lokalne patologije, ki bi pojasnila bolečino. Sekundarna pelvična bolečina pa je simptom že znane bolezni (Engeler idr., 2025).

KPB je pogosto povezana z negativnimi kognitivnimi, vedenjskimi, spolnimi in čustvenimi posledicami ter simptomi, ki nakazujejo disfunkcijo spodnjih sečil, spolnih organov, črevesja, medeničnega dna ali reproduktivnega sistema. Bolečine, povezane z ginekološkim zdravjem žensk, delimo na bolečine, povezane z zunanjimi in notranjimi spolovili. Bolečina, povezana z zunanjimi spolovili, je vulvodinija, ki se deli na generalizirano in lokalizirano vulvodinijo. Med slednjo spadata vestibulodinija in klitoridinija. Bolečine, povezane z notranjimi spolovili, so sindrom bolečine, povezane z endometriozo, sindrom kronične primarne pelvične bolečine s cikličnimi poslabšanji in primarna dismenoreja (Engeler idr., 2025).

Diagnosticiranje vzrokov KPB pri ženskah se začne z anamnezo in pregledom. Če obstaja sum na ginekološki izvor bolečine, je žensko treba napotiti h ginekologu (Engeler idr., 2025). Za odkrivanje organskih vzrokov KPB pri ženskah se uporablja laparoskopija, ki se je izkazala za najučinkovitejšo metodo, saj so z njo v Sloveniji odkrili organske vzroke bolečin pri 70,7 % žensk. Najpogosteje odkriti vzroki so zarastline (35,7 %), endometrioza (25,0 %) in pelvične varice (10 %). Med manj pogostimi vzroki so miomi, adenomioza, ciste in hiperretroverzija maternice (Domazet-Fink in Kobal, 2003).

KPB pri ženskah je težko natančno določiti, saj številne ženske ne poiščejo zdravstvene pomoči, poleg tega pa ni enotnih diagnostičnih kriterijev (Reavey in Vincent, 2022). V mnogih državah tudi ni ustreznih podatkovnih zbirk za beleženje tega stanja. Kljub tem omejitvam se ocenjuje, da KPB prizadene med 5,7 % in 26,6 % žensk (Ahangari, 2014).

KPB predstavlja znatno ekonomsko breme tako za posameznice kot za zdravstvene sisteme po svetu. Letni stroški zdravstvene oskrbe za ženske s KPB so ocenjeni med 1.367 eur in 7.043 eur na leto, pri čemer stroški zdravil na recept znašajo od 193 eur do 2.457 eur na leto. Posredni stroški, kot je izguba produktivnosti, se gibljejo med 4.216 eur in 12.789 eur na leto. Skupni letni stroški tako segajo od 1.820 eur do 20.898 eur na žensko (Huang idr., 2022).

KPB zaradi svoje narave vpliva na različna področja življenja žensk, zahteva celostno zdravstveno obravnavo ter znanje in kompetence različnih zdravstvenih strokovnjakov (Engeler idr., 2025). Pristopi k obvladovanju KPB vključujejo analgezijo, hormonsko zdravljenje, fizioterapijo, psihološke pristope ter nasvete o življenjskem slogu (Vincent in Evans, 2021). Za zdravstvene delavce, ki se srečujejo z ženskami s KPB, je pomembno, da se zavedajo večfaktorskega vpliva KPB na življenje žensk in da znajo težave ustrezno naslavljati (Engeler idr., 2025).

Namen sistematičnega pregleda literature je opredeliti dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s KPB, in izpostaviti ključna področja, na katera bolečina vpliva. Naš cilj je odgovoriti na štiri raziskovalna vprašanja:

1. Kateri dejavniki vplivajo na kakovost življenja žensk s KPB?
2. Kako KPB vpliva na telesno zdravje in kakovost življenja žensk?
3. Kako KPB vpliva na duševno zdravje in kakovost življenja žensk?
4. Kako KPB vpliva na medosebne odnose?

2 Metode

V raziskavi je bil uporabljen kvalitativni raziskovalni pristop s sistematičnim pregledom znanstvene literature na temo, ki opisuje kakovost življenja žensk s KPB.

2.1 Metode pregleda

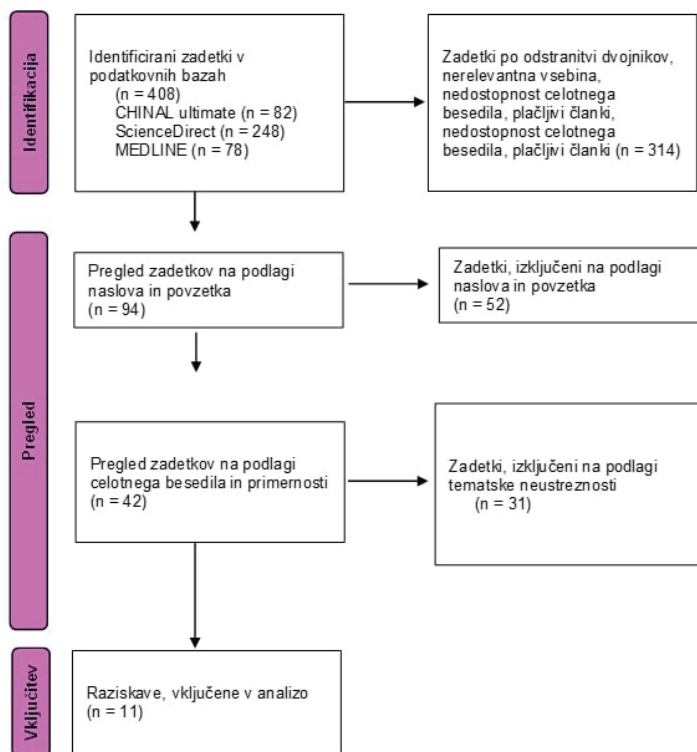
Za iskanje literature smo uporabili mednarodne baze podatkov CINAHL ultimate, ScienceDirect in MEDLINE, do katerih smo dostopali prek oddaljenega dostopa Digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani (DiKUL). Pri iskanju smo uporabili angleške ključne besede: chronic pelvic pain AND women, women chronic pelvic pain AND quality of life, chronic pelvic pain AND gynecology, chronic pelvic pain AND holistic care. Vključitveni kriteriji za izbor ustrezne literature so bili znanstvena literatura, objavljena v obdobju 2018–2025, vsebinska ustreznost, prosta dostopnost do celotnega besedila in angleški jezik. V pregled smo vključili članke, ki so se vsebinsko navezovali na naša raziskovalna vprašanja. Izključitveni kriteriji so bili vsebinsko neskladje literature z obravnavano temo, objave, ki niso bile v angleškem jeziku, plačljivi članki in dvojniki.

2.2 Rezultati pregleda

Iz skupnega nabora relevantnih zadetkov ($n = 408$) smo izločili dvojnike in prispevke, ki niso bili v celoti dostopni ($n = 52$). Glede na pregled naslovov in povzetkov je vključitvenim kriterijem ustrezalo 18 enot literature. Po pregledu celotnega besedila člankov smo v končni pregled uvrstili 11 enot literature. Podrobnejši potek in število zajetih člankov smo prikazali z diagramom poteka pregleda literature PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Page idr., 2021), ki je prikazan na sliki 1.

Slika 1

PRISMA Diagram/PRISMA Flow Diagram



2.3 Metoda analize zajetih zadetkov

Izvedli smo kvalitativno analizo, ki temelji na izboru dostopne in vsebinsko ustrezne znanstvene literature (Kordeš in Smrdu, 2015), saj nas je zanimalo globlje razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s KPB. Vsebinsko 11 znanstvenih člankov smo podrobno tematsko analizirali in se osredotočili na dele, povezane s svojimi raziskovalnimi vprašanji. Iz člankov smo izluščili ključne informacije: dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s KPB, in ključna področja življenja, na katera ima KPB vpliv.

3 Rezultati

V končno analizo smo vključili 11 znanstvenih člankov, povezanih s svojimi raziskovalnimi vprašanji. Od tega je 9 izvirnih znanstvenih člankov in 1 članek s sistematičnim pregledom literature z metaanalizo. Med izvirnimi znanstvenimi članki prevladujejo kvantitativne raziskave, 1 raziskava uporablja mešane metode, 1 pa temelji na

kvalitativnem raziskovalnem pristopu. Najstarejša raziskava je iz leta 2018. Vključene raziskave so predstavljene v tabeli 1.

Tabela 1

Opis raziskav, vključenih v končno analizo/Literature review results

<i>Referenca</i>	<i>Vrsta raziskave in glavne metode</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Namen</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
Bhide idr., 2021	Kvantitativna primerjalna raziskava.	198 žensk	Ugotoviti dolgoročni vpliv KPB na HRQoL pri ženskah z in brez endometriozе.	Ženske s KPB, povezano z endometriozo, in ženske z drugimi vzroki KPB so imele podobno kakovost življenja 8–10 let po operaciji. Prav tako med skupinama ni bilo bistvene razlike v intenzivnosti bolečine.
de Souza idr., 2023	Kvantitativna presečna raziskava.	140 žensk	Analizirati vpliv KPB in sindroma bolečega mehurja na kakovost spanja pri ženskah z globoko endometriozo.	Intenzivnost bolečine je glavni dejavnik poslabšanja kakovosti spanja, učinek pa je še izrazitejši, če je bolečina povezana s sindromom bolečega mehurja.
Mellado idr., 2020	Kvalitativna raziskava.	58 žensk	Raziskati pristope žensk s KPB pri vsakodnevnom soočanju z bolečino.	Ženske s KPB svojo vsakodnevno rutino prilagajajo bolečini in zmanjšanim možnostim delovanja, kar lahko privede do občutka apatije, izgube nadzora nad življenjem in depresije.
Muharam idr., 2022	Kvantitativna presečna raziskava.	160 žensk	Ugotoviti povezavo med značilnostmi bolečine, prisotnostjo duševnih motenj in kakovostjo življenja pri ženskah z endometriozo.	Hude bolečine zaradi endometriozе in prisotnost duševnih motenj so bile povezane z nižjo kakovostjo življenja.
Neto idr., 2025	Sistematični pregled z metaanalizo.	8 enot literature	Ugotoviti prevalenco depresije in anksioznosti pri ženskah s KPB ter identificirati povezane dejavnike.	Ženske s KPB imajo dvakrat večjo verjetnost za anksiozne motnje, medtem ko pri depresiji ni bilo statistično značilne razlike.
Panisch idr., 2025	Kvantitativna in kvalitativna presečna raziskava.	48 žensk	Raziskati vpliv KPB na psihosocialno blaginjo žensk.	KPB vpliva na medosebne odnose in duševno zdravje žensk, ki doživljajo anksioznost, depresijo in posttraumatsko stresno motnjo.

Piontek idr., 2019	Kvantitativna presečna raziskava.	234 oseb s KPB (131 žensk, 103 moški)	Raziskati vpliv telesnih in psihosocialnih dejavnikov na resnost simptomov ter kakovost življenja na področju telesnega in duševnega zdravja pri moških in ženskah s sindromom kronične pelvične bolečine.	Kakovost življenja na področju duševnega zdravja je slabša pri bolnikih z depresijo, anksioznostjo in katastrofičnimi mislimi o bolečini. Telesna kakovost življenja je slabša pri bolnikih z depresijo, z več miofascialnih prožilnih točk in tistih, ki jemljejo več protibolečinskih zdravil.
Piontek idr., 2022	Kvantitativna longitudinalna raziskava.	234 oseb s KPB (56 % žensk); 125 oseb po 12 mesecih (59,2 % žensk)	Ugotoviti dolgoročne spremembe simptomov in psiholoških dejavnikov ter njihov vpliv na z zdravjem povezano kakovost življenja (HRQoL) pri ženskah s KPB	KPB je povezana z zmanjšano telesno in duševno komponento HRQoL. Somatski simptomi so povezani s telesno komponento (fizični HRQoL), ravni depresivnih simptomov, anksioznosti in katastrofiziranje bolečine pa so povezani z duševno komponento HRQoL in so ostali stabilni skozi obdobje 12 mesecev.
Rush idr., 2019	Kvantitativna presečna raziskava.	2061 žensk	Raziskati povezavo med pelvično bolečino, povezano z endometriozo, pogostostjo simptomov endometrioze in subjektivnim blagostanjem pri ženskah z endometriozo.	Endometrioza močno vpliva na kakovost življenja žensk, pri čemer sta pelvična bolečina in pogostost simptomov ključna dejavnika nižjega subjektivnega blagostanja.
Siqueira-Campos idr., 2019	Kvantitativna presečna raziskava.	100 žensk s KPB, 100 žensk brez KPB	Raziskati prevalenco anksioznosti, depresije in mešane anksiozno-depresivne motnje (MADD) pri ženskah s KPB.	Anksioznost, depresija in MADD so pri ženskah s KPB bistveno bolj razširjene kot pri ženskah brez KPB. Posebej ranljive so ženske s preteklo izkušnjo fizičnega nasilja, spolne zlorabe ali kadiške.
Sewell idr., 2018	Kvantitativna presečna raziskava.	115 žensk	Ugotoviti, ali je višja stopnja katastrofiziranja bolečine povezana z višjimi ravnmi bolečine in slabšo kakovostjo življenja žensk s KPB.	Več kot polovica žensk s KPB je dosegla klinično pomembno stopnjo katastrofiziranja bolečine, kar je povezano z večjo bolečino in slabšo kakovostjo življenja.

Rezultate smo v nadaljevanju razdelili na štiri podglavja, ki predstavljajo odgovore na raziskovalna vprašanja.

3.1 Dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja žensk s kronično pelvično bolečino

Bolečina je večdimenzionalna izkušnja, ki vključuje kognicijo, čustva, vedenje in motivacijo, zato se pri posamezniku izraža različno. Do dve tretjini žensk v splošni populaciji naj bi doživeli KPB, ki pomembno negativno vpliva na ženske in njihovo vsakdanje življenje. KPB je pri ženskah povezana z zmanjšano kakovostjo življenja na področju telesnega in duševnega zdravja v primerjavi s splošno populacijo (Sewell idr., 2018). Kakovost življenja ni odvisna samo od prisotnosti bolečine, ampak nanjo vplivajo različni dejavniki: spol, trajanje bolečine, operativni poseg, endometrioza, starost, katastrofiziranje bolečine, spoprijemanje z bolečino, socialna podpora in upanje. Katastrofiziranje bolečine je opredeljeno kot pretiran negativen kognitivni in čustveni odziv na dejansko ali pričakovano izkušnjo z bolečino, ki vključuje nagnjenost k preišljevanju o bolečini, povečevanju nevarnosti bolečine ter zaznavanju občutkov nemoči, kar večinoma poslabša in poveča občutek bolečine (Sewell idr., 2018). Nevrološki vzroki pelvične bolečine s trajanjem simptomov ≥ 2 leti so pri moških privedli do pogostejše depresije v primerjavi z moškimi, pri katerih simptomi trajajo manj kot 2 leti. Ženske s trajanjem simptomov ≥ 2 leti pa so poročale o nižji stopnji bolečine, manj zaznanem stresu in negativnih učinkih ter o boljšem obvladovanju bolečine v primerjavi z ženskami, pri katerih simptomi trajajo manj kot 2 leti (Piontek idr., 2022). V primeru KPB 74 % žensk poroča o hudih bolečinah, ocenjenih z VAS ≥ 7 . Večjo verjetnost za hude bolečine imajo ženske, ki so bile zaradi zdravljenja bolezn operirane (Muharam idr., 2022). Kakovost življenja je lahko zmanjšana daljše časovno obdobje, čeprav se resnost simptomov KPB in intenzivnost bolečine v obdobju 12 mesecev zmanjšata (Piontek idr., 2022). Ženske s KPB, povezano z endometriozo, in ženske z drugimi vzroki KPB so imele podobno kakovost življenja 8–10 let po operaciji. Prav tako med skupinama ni bilo bistvene razlike v intenzivnosti bolečine. Na nižjo kakovost življenja vplivata pogostost izraženih simptomov bolezn in višja intenzivnost bolečine (Muharam idr., 2022). Ženske s KPB imajo bistveno nižje rezultate subjektivnega počutja, povezanega z zdravjem, kot ženske v splošni populaciji, najbolj pa so prizadete ženske z endometriozo zaradi simptomov, povezanih z endometriozo in pelvične bolečine (Rush idr., 2019). Boljše telesno zdravje in višjo kakovost življenja imajo mlajše ženske s KPB, brez protibolečinske terapije in z nižjo ravno simptomov depresije. Z boljšim duševnim zdravjem in višjo kakovostjo življenja sta povezani naraščajoča starost žensk in nižje ravni depresivnih simptomov, anksioznosti in katastrofiziranja bolečine. Nižja kakovost življenja je povezana z višjo stopnjo katastrofiziranja bolečine (Piontek idr., 2019). Sewell idr. (2018) so s presečno raziskavo ugotovili, da je več kot polovica udeleženk (53 %) dosegla klinično pomembno stopnjo katastrofiziranja bolečine (≥ 30), kar je bilo statistično značilno povezano z višjo intenzivnostjo bolečine pri vseh oblikah pelvične bolečine – dismenoreji, neciklični medenični bolečini, disparevniji, disuriji in disheziji. Poleg tega vsako dodatno povečanje stopnje katastrofiziranja bolečine za eno točko pomeni 6,3 % manjšo verjetnost, da bo posameznica svojo kakovost življenja ocenila kot dobro. Ti

izsledki poudarjajo pomembnost psiholoških dejavnikov pri razumevanju in obravnavi KPB (Sewell idr., 2018).

Boljša kakovost življenja je povezana s strategijami spoprijemanja z bolečino (Panisch idr., 2025). Ženske s KPB so razvile širok spekter pristopov spopadanja z bolečino, ki segajo od popolne predaje bolečini do pozitivnega soočanja z bolečino. Identificiranih je pet glavnih kategorij soočanja z bolečino: 1) oblikovanje življenja z bolečino (apatija in občutek izgube nadzora nad življenjem, ki je povezan z lahkim jokom, razdražljivostjo in včasih depresijo, znižuje kakovost življenja žensk); 2) izolacija od socialnih stikov (zaradi vsakodnevne bolečine so ženske prostovoljno zmanjšale socialne interakcije, kar vodi v izolacijo in izgubo avtonomije ter prav tako znižuje kakovost življenja); 3) izogibanje spolnim odnosom; 4) iskanje načinov lajšanja bolečin; 5) iskanje pozitivnih strategij soočanja z bolečino. Nekatere ženske ne dovolijo, da bi jim bolečina uničila življenje, in uporabljajo učinkovite pozitivne strategije lajšanja bolečine ter ohranjanja funkcionalnega življenja. Starejše ženske pogosto sprejemajo pozitivne strategije obvladovanja bolečine, kot so telesna dejavnost, socializacija, delo, upanje v zdravljenje in verska podpora (Mellado idr., 2020). Pomemben in koristen učinek pri soočanju z izzivi, ki jih prinaša KPB, imata upanje in sprejemanje KPB, saj krepi psihosocialno prilagajanje. Občutek upanja pri ženskah s KPB povečuje pozitiven odnos do možnosti zdravljenja, saj so tiste, ki so ohranjale upanje, pogosto izrazile pripravljenost za preizkušanje novih zdravljenj in bile optimistične glede njihove učinkovitosti. Nasprotno pa ima prevladujoč občutek brezupa negativen vpliv na psihosocialno počutje, vsakdanje življenje in duševno zdravje žensk. Ugotovitve raziskave kažejo, da so ženske črpale moč iz upanja – bodisi v popolno ozdravitev, kar jih je motiviralo k preizkušanju novih terapevtskih možnosti, bodisi v postopno izboljšanje simptomov, kakovosti življenja in medosebnih odnosov (Panisch idr., 2025).

3.2 Vpliv kronične pelvične bolečine na telesno zdravje in kakovost življenja

Bolečina vpliva na telesno zdravje in kakovost življenja žensk, pri čemer ima največji negativni vpliv na spanje in spolnost. De Souza idr. (2023) so ugotavljali vpliv KPB in sindroma bolečega mehurja na kakovost spanja pri ženskah z endometriozo. Ugotovili so, da KPB statistično značilno vpliva na spanje žensk, pri čemer je intenzivnost bolečine glavni dejavnik poslabšanja kakovosti spanja. Ženske z zmerno ali visoko intenzivnostjo bolečine so 3,3-krat pogosteje poročale o slabi kakovosti spanja, skoraj 6-krat pogosteje o motnjah spanja in so imele 7-krat večjo verjetnost, da bodo spale manj kot priporočenih 7–8 ur, v primerjavi z ženskami brez bolečine ali z blago bolečino. Ženske z dolgotrajno KPB so pogosteje uporabljale uspavalna zdravila, saj so jih bolečine ovirale pri uspanju in ohranjanju spanja. Slaba kakovost spanja je bila izrazitejša, če je bila bolečina povezana s sindromom bolečega mehurja.

Ženske s KPB poročajo tudi o trajnih težavah na področju spolnega življenja. V longitudinalni raziskavi so pri večini žensk, ne glede na etiologijo bolečine (endometriozo ali drugi vzroki), ugotovili visoke ravni spolne disfunkcije, ki pogosto niso bile odpravljene niti s kirurškim zdravljenjem, kar lahko kaže na večfaktorsko naravo

težav na področju spolnosti (Bhide idr., 2021). Zaradi strahu pred bolečino med spolnim odnosom in zmanjšanege libida so nekatere ženske zavračale spolne odnose, kar je negativno vplivalo na njihovo intimnost in partnerske odnose (Mellado idr., 2020; Panisch idr., 2025). Ženske s KPB lahko privolijo v spolni odnos samo zato, da zadovoljijo potrebe partnerja. Partnerji se pogosto pritožujejo zaradi spolne abstinence. Ženske s KPB so partnerje, ki so razumeli njihovo stisko, doživljale zelo pozitivno ter poudarile, da sta prijateljstvo in razumevanje v zakonu bistvena dejavnika za vzdrževanje partnerskega odnosa (Mellado idr., 2020). Bhide idr. (2021) ugotavljajo potrebo po celostni obravnavi žensk s KPB, ki vključuje tudi obravnavo spolne disfunkcije kot pomemben del terapevtskega pristopa.

3.3 Vpliv kronične pelvične bolečine na duševno zdravje in kakovost življenja

Najpogosteje je opisan vpliv KPB na duševno zdravje kot dimenzijo kakovosti življenja žensk, saj je močno povezan z anksioznostjo in depresijo. Bolečini moramo nameniti dovolj pozornosti, ker vpliva na duševne motnje, te pa vplivajo na telesne simptome in obratno. Ženske s KPB imajo pogosto duševne motnje, kot so anksioznost, depresija in posttravmatska stresna motnja (Panisch idr., 2025). Muharam idr. (2022) so ugotovili, da poleg depresije in anksioznih motenj niso bile ugotovljene druge duševne motnje, kot so posttravmatska stresna motnja, bulimija, anoreksija ter odvisnosti od alkohola ali prepovedanih substanc. Siqueira-Campos idr. (2019) so ugotovili, da ima med ženskami s KPB 66 % anksioznost (v primerjavi z 49 % v kontrolni skupini), 63 % depresijo (v primerjavi z 38 % v kontrolni skupini) in 54 % mešano anksiozno-depresivno motnjo (v primerjavi z 28 % v kontrolni skupini). Največje tveganje za duševne motnje so imele mlajše ženske (< 25 let). Neto idr. (2025) v sistematičnem pregledu in metaanalizi ugotavljajo, da se delež žensk s KPB, pri katerih se pojavi anksioznost, giblje med 22,8 % in 79,0 %, delež depresije pa med 14,0 % in 56,9 %. Razlike v deležu so velike, ker so anksiozne motnje pomembno povezane s fizično in spolno zlorabo, zgodnjo čustveno travmo, endometriozo in kirurško travmo zaradi ginekološkega operativnega posega. Metaanaliza je pokazala, da imajo ženske s KPB 2-krat večjo verjetnost za anksiozne motnje, ne pa tudi depresije, v primerjavi z ženskami brez KPB.

KPB lahko povzroči razvoj duševnih motenj, duševne motnje pa dodatno poslabšajo telesno in duševno zdravje ter kakovost življenja žensk. Več depresivnih simptomov je bilo povezanih z večjo intenzivnostjo bolečine in slabšo sposobnostjo soočanja s KPB (Piontek idr., 2019). Siqueira-Campos idr. (2019) domnevajo, da lahko stabilnost v življenju (npr. dokončana izobrazba, zaposlitev, družina) zmanjša tveganje za duševne motnje.

Panisch idr. (2025) ugotavljajo povezanost KPB z visokimi stopnjami komorbidnih duševnih bolezni, vključno z depresijo, anksioznostjo in posttravmatsko stresno motnjo. Ženske s KPB so bile pogosto izpostavljene spolnemu nasilju. Prisotnost duševnih motenj pri ženskah s KPB je lahko povezana s preteklo spolno zlorabo ali travmo. Spolna zloraba je travmatična izkušnja, ki posameznika zaznamuje za vse življenje z mnogimi posledicami. Tem ženskam se lahko aktivirata spomin in občutek

travmatizacije, kar sproži ponovno doživljanje travme med zdravljenjem (npr. med ginekološkim pregledom). Takšna izkušnja lahko povzroči občutek nemoči in nezaupanje v zdravstveni sistem. Zato mora zdravstvena obravnava teh žensk temeljiti na razumevanju travme, utemeljenem in prijaznem pristopu in celostni obravnavi bolečine.

3.4 Vpliv kronične pelvične bolečine na medosebne odnose

Ženske s KPB poročajo o težavah na več področjih življenja, vključno z medosebnimi odnosi, vsakodnevnim delovanjem in kakovostjo življenja. Mnoge doživljajo izolacijo, stigmo in občutek krivde, ker njihova bolečina vpliva na medosebne odnose z njim pomembnimi osebami. Zaradi bolečine se socialno izolirajo in zmanjšajo interakcijo z drugimi osebami, tudi bližnjimi sorodniki (Mellado idr., 2020). Izrazile so obžalovanje zaradi čustvene stiske družinskih članov, ki izhaja iz napetih interakcij, na katere vplivajo simptomi KPB. KPB lahko vpliva tudi na sposobnost opravljanja starševske vloge. Ženske s KPB doživljajo oslabilen občutek starševske učinkovitosti. Tiste, ki so se naučile izražati, da občutijo bolečino, so bile še posebej ganjene, ko so se njim drage osebe aktivno trudile, da bi jih razumele in jim pomagale (Panisch idr., 2025). Ženske s KPB zelo cenijo pripravljenost svojcev in drugih bližnjih, da jih s svojo prisotnostjo in vključenostjo v procese okrevanja podpirajo, spodbujajo in jim izkazujejo razumevanje (Panisch idr., 2025). Socialna izolacija je pri ženskah z endometriozo povezana s pomanjkanjem razumevanja simptomov endometrioze in sprjaznjenjem s ponavljajočimi se epizodami bolečine. Vključevala je izogibanje intimnosti s partnerjem ter oddaljevanje od družine in prijateljev. Socialna izolacija lahko vodi do občutkov osamljenosti, oboje pa vpliva na imunski odziv in vnetne spremembe, ki imata ključno vlogo pri endometriozii (Mellado idr., 2016).

4 Razprava

Ženske s KPB imajo v primerjavi s splošno populacijo nižjo kakovost življenja (Sewell idr., 2018). Pregled literature je pokazal, da KPB vpliva na različne vidike njihovega življenja, vključno s telesnim in duševnim zdravjem, vsakodnevnim opravljanjem opravil ter odnosi z drugimi ljudmi.

Najnovejše smernice za zdravstveno obravnavo žensk s KPB poudarjajo pomembnost čimprejšnje ocene funkcionalnih, vedenjskih, čustvenih, spolnih in drugih vidikov kakovosti življenja po postavitvi diagnoze. Zdravstvena obravnava naj temelji na biopsihosocialnem modelu, ki omogoča celostno obravnavo ženske s KPB ter njeno aktivno vključenost v odločanje o poteku zdravljenja. Biopsihosocialni model vključuje izobraževanje o bolečini, fizioterapevtsko, psihološko in medicinsko obravnavo žensk s KPB (Engeler idr., 2025). Multidisciplinarna in interdisciplinarna obravnava KPB, ki vključuje fizioterapijo, psihološko obravnavo in medikamentozno obravnavo, zagotavlja bolj celovito in učinkovito zdravljenje KPB kot posamezne intervencije (Allaire idr., 2024). Zdravstvena vzgoja, empatična komunikacija in razumevanje dodatno izboljšajo adherenco ter duševno blaginjo žensk s KPB (Engeler idr., 2025).

Starejše ženske pogosteje uporabljajo konstruktivne strategije spoprijemanja z bolečino, kar pozitivno vpliva na njihovo duševno zdravje in kakovost življenja (Mel-lado idr., 2020; Piontek idr., 2019). Nasprotno pa kakovost življenja žensk s KPB zmanjšujejo pogostejši simptomi endometriozе in pelvična bolečina (Rush idr., 2019), višja intenzivnost bolečine (Muharam idr., 2022) ter katastrofiziranje bolečine (Sewell idr., 2018).

Medicinske sestre so pomemben del multidisciplinarnega tima in sodelujejo pri obravnavi žensk s KPB. Njihove naloge lahko razdelimo v štiri ključne kategorije: zbiranje osnovnih informacij o pacientki, napotitev k ustreznim zdravstvenim strokovnjakom, izvajanje na dokazih temelječih intervencij zdravstvene nege ter dosledno dokumentiranje dela (Terzoni idr., 2023). Holistična obravnava žensk s KPB zahteva poglobljeno razumevanje vpliva bolezni na različne vidike življenja žensk ter ustrezno naslavljanje teh izzivov (Engeler idr., 2025). Med pomembnimi intervencijami je lajšanje bolečine z analgetiki, ki jih je treba kombinirati z nefarmakološkimi pristopi (Vincent in Evans, 2021). Med nefarmakološkimi metodami se je kot najučinkovitejša izkazala multimodalna fizioterapija, medtem ko so dokazi za druge pristope manj prepričljivi. Posamezne terapije, kot so elektroterapija, manualne tehnike in akupunktura, nudijo omejene dokaze, ki ne omogočajo trdnih zaključkov. Prav tako psihološki pristopi, kot je kognitivno-vedenjska terapija, niso imeli bistvenega učinka na zmanjšanje KPB (Starzec-Proserpio idr., 2025). Kljub razpoložljivim možnostim zdravljenja le malo žensk s KPB uporabi ponujene terapije (Bhide idr., 2021).

KPB vpliva na dve ključni področji telesnega zdravja: spolnost (Bhide idr., 2021) in spanje (de Souza idr., 2023). Davari Tanha idr. (2025) so ugotovili, da injekcija botulin toksina, aplicirana transvaginalno v mišice medeničnega dna, statistično značilno izboljša spolno zadovoljstvo žensk z endometriozo, predvsem zaradi zmanjšanja pelvične bolečine med spolnim odnosom. Kognitivno-vedenjska terapija se uporablja tudi pri težavah s spolnostjo, vendar so dokazi o njeni učinkovitosti omejeni (Engeler idr., 2025). Čeprav ne vpliva statistično značilno na zmanjšanje pelvične bolečine (Starzec-Proserpio idr., 2025), se lahko uporablja pri obravnavi nespečnosti, ki pogosto spremlja KPB, saj se je izkazala za varnejšo in dolgoročno učinkovitejšo od uspavalnih zdravil (Allaire idr., 2024).

Pomembno je tudi naslavljanje duševnih težav pri ženskah s KPB, saj imajo te povečano tveganje za slabše duševno zdravje kot ženske brez podobnih težav ter pogosteje diagnosticirano anksiozno in depresivno motnjo (Neto idr., 2025; Panisch idr., 2025). Za izboljšanje duševnega zdravja in kakovosti življenja je ključnega pomena zagotavljanje psihosocialne podpore, saj medikamentozna terapija in fizioterapija pri duševnih težavah ne zadostujeta (Siqueira-Campos idr., 2019).

Omejitev raziskave je majhno število raziskav (11 enot literature), vključenih v sistematični pregled. Predstavljeni so rezultati tujih raziskav. Na podlagi natančne vsebinske analize je ugotovljena zmanjšana kakovost življenja žensk s KPB. Kljub temu podatki kažejo na potrebo po nadaljnjem raziskovanju tega pojava tudi v slovenski populaciji žensk, zlasti mlajših, ker se težje soočajo s KPB.

5 Zaključek

KPB vpliva na številna področja življenja žensk, zato je pomembno čim prej odkriti ženske s pelvično bolečino, nadaljnja zdravstvena obravnava pa ne sme biti omejena le na lajšanje bolečine in simptomov osnovne bolezni. Ključnega pomena je celostni pristop, ki upošteva tako telesno kot duševno zdravje ter širši socialni kontekst. Intervencije morajo biti usmerjene v izboljšanje telesnega počutja, vključno z optimizacijo kakovosti spanja in podporo pri spolnem življenju, hkrati pa tudi v krepitev duševnega zdravja ter spodbujanje pozitivnih strategij spoprijemanja s KPB. Raziskave kažejo, da zgolj medikamentozna terapija pogosto ne zadostuje za izboljšanje kakovosti življenja, zato je pomembna kombinacija farmakoloških in nefarmakoloških pristopov. Poleg individualne obravnave je smiselno v proces zdravljenja vključiti tudi družinske člane, ki ženske podpirajo pri soočanju s KPB. Prav tako bi bilo koristno oblikovati vrstniške skupine za ženske s KPB, kjer bi lahko delile izkušnje, se medsebojno podpirale in pridobile pozitivne strategije za obvladovanje bolezni. Takšen celostni pristop ne izboljšuje le kakovosti življenja, temveč tudi spodbuja večjo vključenost žensk v proces zdravljenja in obvladovanja KPB.

Urša Bartol, Bojana Pinter, PhD, Suzana Mlinar, PhD

The Impact of Chronic Pelvic Pain on Women's Quality of Life

This systematic review examines the factors affecting the quality of life of women with chronic pelvic pain and highlights the key areas affected by the pain.

Chronic pelvic pain (CPP) is a persistent pain lasting more than three months, perceived in the pelvic region and affecting both men and women. It is divided into primary CPP, which has no identifiable cause, and secondary CPP, which results from a previously diagnosed condition. In women, it is often associated with a dysfunction of the urinary tract, reproductive organs, bowel or pelvic floor, and is associated with cognitive, emotional, sexual and behavioural consequences. The diagnosis begins with a medical history and a physical examination. If a gynaecological origin of the pain is found, the woman should be referred to a gynaecologist. Gynaecological pelvic pain is divided into pain associated with the external genitalia (e.g. vulvodynia) and the internal reproductive organs (e.g. endometriosis, dysmenorrhea) (Engeler et al., 2025). CPP is often underdiagnosed, because many women do not see a doctor, and standardized diagnostic criteria and epidemiological data are often lacking (Reavey & Vincent, 2022). The estimated prevalence of CPP in women ranges from 5.7 % to 26.6 % (Ahangari, 2014). Due to its far-reaching impact on women's lives, CPP requires a holistic approach to health that includes medication, hormone therapy, physiotherapy, psychological support and lifestyle counselling (Vincent & Evans, 2021). It is crucial that healthcare professionals recognize the multifactorial nature of CPP and

adapt treatment accordingly (Engeler et al., 2025). The aim of this systematic literature review is to identify the factors influencing the quality of life of women with CPP and to highlight the main areas affected by the pain.

The study used a qualitative research approach with a systematic review of the scientific literature on the topic describing the quality of life of women with CPP. For the literature search, we used the international databases CINAHL ultimate, ScienceDirect and MEDLINE, which we accessed remotely via the Digital Library of the University of Ljubljana (DiKUL). The following English keywords were used in the search: chronic pelvic pain AND women, women chronic pelvic pain AND quality of life, chronic pelvic pain AND gynaecology, chronic pelvic pain AND holistic care. The inclusion criteria for the selection of the relevant literature were scientific literature published between 2018 and 2025, relevance of content, free access to the full text, paid articles and English language. We included articles in the review that related to the content of our research questions. Exclusion criteria were content inconsistency of the literature with the topic under review, publications that were not written in English and duplicates. After reviewing the full texts of the articles, 11 references were included in the final review.

Pain is a multidimensional experience that encompasses cognition, emotion, behaviour and motivation, and is therefore expressed differently by each person. It is estimated that up to two-thirds of women in the general population suffer from CPP, which has a significant negative impact on women and their daily lives. CPP is associated with a lower quality of life in terms of physical and mental health, compared to the general population (Sewell et al., 2018). The quality of life depends not only on the presence of pain, but is also influenced by various factors: gender, duration of pain, surgery, endometriosis, age, pain catastrophising, pain management, social support and hope. Pain catastrophising is defined as an exaggerated negative cognitive and emotional response to an actual or anticipated pain experience that includes a tendency to dwell on the pain, increase the threat of the pain and perceive feelings of helplessness, often exacerbating and amplifying the sensation of pain (Sewell et al., 2018). The neurological causes of pelvic pain with a symptom duration ≥ 2 years led to depression more frequently in men than in men with a symptom duration < 2 years. Women with symptom duration ≥ 2 years reported lower pain scores, less perceived stress and negative affect, and better pain management compared to women with symptom duration < 2 years (Piontek et al., 2022). With CPP, 74% of women report severe pain rated with a VAS ≥ 7 (Muharam et al., 2022).

Women with an endometriosis-related CPP and women with CPP brought about by other causes had a similar quality of life 8–10 years after surgery. There was also no significant difference in pain intensity between the two groups. Lower quality of life is influenced by the frequency of pronounced disease symptoms and a higher pain intensity (Muharam et al., 2022). Women with CPP have significantly lower subjective health-related well-being scores than women of the general population, and women with endometriosis are the most affected due to endometriosis-related symptoms and pelvic pain (Rush et al., 2019). Sewell et al (2018) found in a cross-sectional study

that more than half of the participants (53%) achieved a clinically significant pain catastrophising score (≥ 30), which was statistically significantly associated with higher pain intensity for all forms of pelvic pain – dysmenorrhoea, non-cyclical pelvic pain, dyspareunia, dysuria and dyschezia. These results emphasise the importance of psychological factors in understanding and treating CPP (Sewell et al., 2018).

Better quality of life is associated with pain management strategies (Panisch et al., 2025). Women with CPP have developed a wide range of pain management strategies, ranging from complete surrender to pain to positive pain management. Five main categories of coping with pain were identified: 1) coping with living with pain (apathy and feeling no control over life, combined with easy crying, irritability and sometimes depression reduce women's quality of life); 2) isolation from social contact (due to daily pain, women voluntarily reduce their social contact, which leads to isolation and loss of autonomy, also reducing the quality of life); 3) avoidance of sexual intercourse; 4) seeking ways to relieve pain; 5) seeking positive coping strategies for pain. Older women do not allow pain to destroy their lives and often use positive pain management strategies, such as physical activity, socialising, work, hope for healing and religious support (Mellado et al., 2020).

Pain affects women's physical health and quality of life, with the greatest impact on sleep and sexuality. Women with moderate or severe pain were 3.3 times more likely to report poor sleep quality, almost 6 times more likely to report sleep disturbance and 7 times more likely to report less than the recommended 7–8 hours of sleep than women with no or mild pain (de Souza et al., 2023).

In a longitudinal study, regardless of the aetiology of the pain (endometriosis or other causes), the majority of women had high levels of sexual dysfunction, which often could not be resolved even with surgical treatment, which may indicate the multifactorial nature of sexual problems (Bhide et al., 2021). Fear of pain during sexual intercourse and a decreased libido caused some women to refuse sexual intercourse, which had a negative impact on their intimacy and partner relationships (Mellado et al., 2020; Panisch et al., 2025). Women with CPP may only consent to sexual intercourse to fulfil their partner's needs (Mellado et al., 2020).

The most commonly described impact of CPP on mental health is a dimension of women's quality of life, as it is strongly associated with anxiety and depression. We need to pay sufficient attention to pain, as it affects mental disorders, which in turn affect physical symptoms and vice versa. Younger women (< 25 years) have the highest risk of mental disorders. In a systematic review and meta-analysis, Neto et al. (2025) found that women with CPP have twice the risk of developing anxiety disorders, but not depression, compared to women without CPP.

CPP can lead to the development of mental disorders, and mental disorders further affect women's physical and mental health and quality of life. Siqueira-Campos et al. (2019) hypothesise that stability in life (e.g. completed education, employment, family) can reduce the risk of mental disorders. Panisch et al. (2025) find that CPP is associated with high rates of comorbid mental disorders, including depression, anxiety and post-traumatic stress disorder. Women with CPP were frequently exposed to

sexual violence. The presence of mental disorders in women with CPP could be related to previous sexual abuse or trauma.

Many experiences isolation, stigmatisation and guilt, because their pain interferes with relationships with important people. The pain causes them to isolate themselves socially and reduce interaction with others, including close relatives (Mellado et al., 2020). They have expressed regret about the emotional strain on family members resulting from interactions strained by CPP symptoms.

The latest guidelines for the medical management of women with CPP emphasise the importance of assessing functional, behavioural, emotional, sexual and other aspects of quality of life as soon as possible after the diagnosis. Medical treatment should be based on a biopsychosocial model that allows for comprehensive treatment of women with CPP and their active participation in decision-making about the course of treatment. The biopsychosocial model includes pain education, physiotherapy, psychological and medical treatment for women with CPP (Engeler et al., 2025).

Older women are more likely to use constructive coping strategies for pain, which has a positive impact on their mental health and quality of life (Mellado et al., 2020; Piontek et al., 2019). In contrast, the quality of life of women with CPP is affected by more frequent endometriosis symptoms and pelvic pain (Rush et al., 2019), higher pain intensity (Muharam et al., 2022) and pain catastrophising (Sewell et al., 2018).

CPP affects two key areas of physical health: sexuality (Bhide et al., 2021) and sleep (de Souza et al., 2023). Davari Tanha et al (2025) found that botulinum toxin injections administered into the pelvic floor muscles statistically significantly improved sexual satisfaction in women with endometriosis, primarily due to a reduction in pelvic pain during intercourse. Cognitive behavioural therapy is also used for sexual problems, but there is limited evidence of its effectiveness (Engeler et al., 2025).

In summary, CPP affects many areas of women's lives. It is therefore important to recognise women with pelvic pain as early as possible and further medical treatment should not be limited to relieving the pain and symptoms of the underlying disease. A holistic approach that considers both physical and mental health and the wider social context is crucial. Such a holistic approach not only improves the quality of life but also encourages greater involvement of women in the process of treatment and management of CPP.

LITERATURA

1. Ahangari, A. (2014). Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain physician*, 17(2), E141–E147. <https://doi.org/10.36076/ppj.2014/17/E141>
2. Allaire, C., Yong, P. J., Bajzak, K., Jarrell, J., Lemos, N., Miller, C., Morin, M., Nasr-Esfahani, M., Singh, S. S. in Chen, I. (2024). Guideline No. 445: Management of Chronic Pelvic Pain. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 46(1), 102283. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2023.102283>
3. Bhide, S., Flyckt, R., Yao, M. in Falcone, T. (2021). Long-term impact of chronic pelvic pain on quality of life in women with and without endometriosis. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 48(4), 851–859. <https://doi.org/10.31083/j.ceog4804135>

4. Davari Tanha, F., Asadi, M., Mirbagheri, F., Feizabad, E., Kaveh, Z. in Mousavizadeh, K. (2025). The Effect of Botulinum on Chronic Pelvic Pain and Sexual Satisfaction in Women with Endometriosis. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research*, 10(3), 201–207. <https://doi.org/10.30699/jogcr.10.3.201>
5. de Souza, R. J., Villela, N. R., Brollo, L. C. S. in Oliveira, M. A. P. (2023). Impact of chronic pelvic pain and painful bladder syndrome on the Pittsburgh Sleep Quality Index on women with deep endometriosis: a cross-sectional study. *International urogynecology journal*, 34(10), 2487–2493. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05560-y>
6. Domazet-Fink, J. in Kobal, B. (2003). Vloga laparoskopije pri odkrivanju vzrokov kronične pelvične bolečine. *Zdravniški vestnik*, 72(2), 139–142. <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:doc-LEGQ9GEU>
7. Engeler, D., Baranowski, A. P., Berghmans, B., Birch, J., Cottrell, A. M., Dinis-Oliveira, P., Dütschler, J., Flink, I., Hughes, J., Messelink, E. J., Parsons, B., Pinto, R. A., van Poelgeest, M. L., Tidman, V., Vyawahare, B. in de C. Williams, A. C. (2025). EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain – Limited Update March 2025. *European Association of Urology*.
8. Huang, G., Le, A. L., Goddard, Y., James, D., Thavorn, K., Payne, M. in Chen, I. (2022). A Systematic Review of the Cost of Chronic Pelvic Pain in Women. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 44(3), 286–293. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.08.011>
9. Kordeš, U. in Smrdu, M., 2015. Osnove kvalitativnega raziskovanja. Založba Univerze na Primorskem, pp. 51–60.
10. Mellado, B. H., Falcone, A. C. M., Poli-Neto, O. B., Rosa e Silva, J. C., Nogueira, A. A. in Candido-dos-Reis, F. J. (2016). Social isolation in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 133(2) 199-201. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.08.024>
11. Mellado, B. H., Pilger, T. L., Poli Neto, O. B., Rosa E Silva, J. C., Nogueira, A. A., do Vale Brandão, C. in Candido Dos Reis, F. J. (2020). Daily life attitudes of women with moderate or severe chronic pelvic pain. A qualitative study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 254, 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.09.001>
12. Muharam, R., Amalia, T., Pratama, G., Harzif, A. K., Agiananda, F., Maidarti, M., Azyati, M., Sumapraja, K., Winarto, H., Wiweko, B., Hestiantoro, A., Suarthana, E. in Tulandi, T. (2022). Chronic Pelvic Pain in Women with Endometriosis is Associated with Psychiatric Disorder and Quality of Life Deterioration. *International journal of women's health*, 14, 131–138. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S345186>
13. Neto, J. N., da Costa Brito, A. I., Nogueira, M. B., Freire Lira, L. L., Rodrigues de Sousa Gomes, L. M., da Cunha Leal, P. in Rey Moura, E. C. (2025). Prevalence of depression and anxiety in women with chronic pelvic Pain: A systematic review and Meta-Analysis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 305, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.12.042>
14. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
15. Panisch, L. S., Jansen, S. M., Abudushalamu, F., Petersen, T. R. in Meriwether, K. V. (2025). Patient Perspectives on the Psychosocial Impact of Chronic Pelvic Pain and Implications for Integrated Behavioral Care Approaches. *The journal of behavioral health services & research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11414-024-09926-y>
16. Piontek, K., Ketels, G., Albrecht, R., Schnurr, U., Dybowski, C., Brünahl, C. A., Riegel, B. in Löwe, B. (2019). Somatic and psychosocial determinants of symptom severity and quality of life in male and female patients with chronic pelvic pain syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 120, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.02.010>
17. Piontek, K., Ketels, G., Klotz, S. G. R., Dybowski, C., Brünahl, C. in Löwe, B. (2022). The longitudinal association of symptom-related and psychological factors with health-related quality of life in patients with chronic pelvic pain syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 153, 110707. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110707>

18. Reavey, J. in Vincent, K. (2022). Chronic pelvic pain. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 32(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2021.11.002>
19. Rush, G., Misajon, R., Hunter, J. A., Gardner, J. in O'Brien, K. S. (2019). The relationship between endometriosis-related pelvic pain and symptom frequency, and subjective wellbeing. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1185-y>
20. Sewell, M., Churilov, L., Mooney, S., Ma, T., Maher, P. in Grover, S. R. (2018). Chronic pelvic pain - pain catastrophizing, pelvic pain and quality of life. *Scandinavian journal of pain*, 18(3), 441–448. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2017-0181>
21. Siqueira-Campos, V. M. E., Da Luz, R. A., de Deus, J. M., Martinez, E. Z. in Conde, D. M. (2019). Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. *Journal of pain research*, 12, 1223–1233. <https://doi.org/10.2147/JPR.S195317>
22. Starzec-Proserpio, M., Frawley, H., Bø, K. in Morin, M. (2025). Effectiveness of nonpharmacological conservative therapies for chronic pelvic pain in women: a systematic review and meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 232(1), 42–71. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.08.006>
23. Terzoni, S., Ferrara, P., Parozzi, M., Colombani, F., Mora, C., Cilluffo, S., Jeannette, V. G., Destrebecq, A., Pinna, B., Lusignani, M., Chiara, S., Giorgia, G. in Rocco, B. (2023). Nurses' role in the management of persons with chronic urogenital pelvic pain syndromes: A scoping review. *Neurourology and urodynamics*, 42(1), 13–22. <https://doi.org/10.1002/nau.25053>
24. Vincent, K. in Evans, E. (2021). An update on the management of chronic pelvic pain in women. *Anaesthesia*, 76(4), 96–107. <https://doi.org/10.1111/anae.15421>
25. World Health Organization. (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/en>

Urša Bartol, diplomirana medicinska sestra, študentka magistrskega študija Zdravstvena nega na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani

E-naslov: ursa.bartol39@gmail.com

Dr. Bojana Pinter, redna profesorica na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana

E-naslov: bojana.pinter@guest.arnes.si

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6521-4593>

Dr. Suzana Mlinar, docentka na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani

E-naslov: suzana.mlinar@zf.uni-lj.si

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1038-9932>

Spodbujanje pozitivnega vedenja pri otrocih in mladostnikih z vedenjskimi motnjami: Pristop negovanega srca

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.190>

Strokovni članek

UDK 616.89-008.47-053:615.851

KLJUČNE BESEDE: vedenjske motnje, opozicionalno kljubovalno vedenje, motnja pomanjkanja pozornosti s hiperaktivnostjo, obravnava

POVZETEK – Namen prispevka je predstaviti Pristop negovanega srca, ki se uveljavlja kot na dokazih temelječ in v praksi preverjen pristop pri obravnavi otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami, motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo ter opozicionalno kljubovalnim vedenjem. V središču pristopa je koncept sistematičnega usmerjanja pozornosti na pozitivne vedenjske vzorce in dosežke posameznika, s čimer se krepi občutek kompetentnosti, razvija pozitivna samopodoba ter zmanjšuje pojavnost nezaželenega vedenja. Uporaba pristopa presega okvir starševskih intervencij, saj se uspešno implementira tudi v izobraževanju, bolnišničnem okolju, pravosodju, rejniški skrbi ter različnih službah za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Prispevek podrobneje obravnava temeljna načela pristopa, analizira njegove teoretične premise in izpostavlja empirične dokaze o učinkovitosti, ki kažejo na pozitivne učinke v smislu izboljšanja socialno-čustvenih kompetenc, krepitve odnosov ter zmanjšanja vedenjskih težav. Namen prispevka je predstaviti Pristop negovanega srca kot prepoznano, dokazano in učinkovito metodo ter opozoriti na možnosti njegove uporabe v pedagoški, klinični, terapevtski in širši strokovni praksi.

Professional article

UDC 616.89-008.47-053:615.851

KEYWORDS: behavioural disorders, oppositional defiant behaviour, attention-deficit/hyperactivity disorder, treatment

ABSTRACT – The purpose of this paper is to present the Nurtured Heart Approach (NHA), an evidence-based method designed to support children and adolescents with behavioural disorders, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant behaviour. At the core of the approach is the principle of systematically directing attention toward positive behavioural patterns and achievements, thereby reinforcing a sense of competence, fostering a stable self-image, and reducing undesirable behaviour. The scope of the NHA extends beyond parental interventions, as it has been successfully implemented in schools, hospital care, judicial contexts, foster care, and mental health services for children and adolescents. The paper outlines the central principles of the approach, examines its theoretical foundations, and emphasizes empirical evidence of effectiveness, demonstrating improvements in social-emotional competencies, the quality of interpersonal relationships, and reductions in behavioural difficulties. The overall aim is to present the NHA as a comprehensive and empirically validated intervention and to highlight its potential applications within pedagogical, clinical, and professional practice.

1 Uvod

Zdravstveni delavci, ki sodelujejo z otroki in mladostniki z zahtevnejšimi, pogosto izrazito opozicionalnimi vedenji, se pogosto soočajo z občutkom nemoči. Uveljavlje ni pristopi se pogosto izkažejo za neučinkovite. Konvencionalni pristopi, ki temelji-

jo na pričakovanju »ustreznega« vedenja in se osredotočajo na postavljanje meja ter posledic, pogosto ne prinašajo želenih rezultatov. Takšni pristopi preusmerjajo pozornost na »neprimerno« vedenje, kar lahko vodi v njegovo stopnjevanje (Gershoff idr., 2002; Patterson, 1982). Otrok ali mladostnik se v skupinski dinamiki pogosto odziva z večjo opozicionalnostjo, neustrezna interakcija med zdravstvenimi delavci, otroki in mladostniki pa zavira terapevtski napredek ter otežuje komunikacijo. Zato zdravstveni delavci in starši otrok z vedenjskimi motnjami nujno potrebujejo podporo ter strategije, ki temeljijo na učinkovitejših pristopih (Ahmad idr., 2025; Hollenstein idr., 2004).

V slovenskem prostoru se kot pomemben komplementaren okvir uveljavljajo programi starševstva, kot je Neverjetna leta, namenjeni zmanjševanju problematičnega vedenja otrok ter krejitvi kompetenc staršev (Grmek in Lipič, 2023). Članki in raziskave poudarjajo dokaze učinkovitosti takih programov in vprašanje njihove prenosljivosti v različna okolja, kar je skladno s poudarki Pristopa negovanega srca (angl. Nurtured Heart Approach, v nadaljevanju NHA) na strukturirani podpori staršem in strokovnjakom. Slovenske raziskave opozarjajo tudi na posebnosti otrok z motnjo pomanjkanja pozornosti s hiperaktivnostjo (angl. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, v nadaljevanju ADHD), med drugim na področju senzornega procesiranja (Turel idr., 2023).

To dodatno krepi potrebo po pristopih, ki zagotavljajo jasne meje ter visoko odnosno občutljivost – kar predstavlja jedro pristopa NHA. Uporaba strukturiranih vedenjskih pristopov pri otrocih z ADHD ima močno empirično podporo, kar se odraža tudi v načelih pristopa NHA.

V prispevku je predstavljen pristop NHA, ki velja za obetaven in empirično podprt pristop pri obravnavi otrok z vedenjskimi motnjami, ADHD in opozicionalnim kljubovalnim vedenjem. Razsežnosti programa segajo onkraj bolnišnic, saj je pristop NHA uspešno uveden tudi v šolski sistem, pravosodne ustanove, rejniško oskrbo ter službe za duševno zdravje. Namen prispevka je predstaviti pristop NHA, prikazati dokaze o njegovi učinkovitosti ter preučiti teoretične in empirične osnove, na katerih temelji.

2 Pristop negovanega srca

Interakcije med starši in otroki potekajo v družinskem sistemu, ki ga zaznamujejo ponavljajoči se vzorci izmenjave informacij, čustev in vedenj. Edinstven temperament izzivalnega otroka lahko spodbudi interakcije, ki se hitro razvijejo v negativno smer. Pristop NHA temelji na predpostavki, da tipične starševske in vzgojne prakse, čeprav dobronamerne, pogosto ohranjajo krog neustreznega vedenja. Glasser in Easley (1998) opisujeta scenarij, v katerem odrasli opozarjajo na neželjeno vedenje in mu namenja-jo intenzivno, čustveno nabito pozornost – skozi grajanje, pridiganje, opozarjanje ali kaznovanje. Nasprotno pa ustrezno vedenje pogosto ostane spregledano ali nagrajeno le z generično, neosebno pohvalo (npr. »Dobro si to naredil.«). Avtorja poudarjata, da

negativna energija takšnih interakcij krepi neustrezno vedenje, medtem ko splošne, šibke pohvale ne zgradijo temeljev za trajno pozitivno vedenje.

Predpostavka, da negativna pozornost in kaznovanje stopnjujeta neprimerno vedenje, ima močno teoretično in empirično podlago. Patterson (1982) je pokazal, da averzivni odzivi staršev – kričanje, grožnje ali kazni – pogosto okrepijo agresivno in opozicionalno vedenje, saj ustvarjajo prisilni cikel, v katerem se negativne interakcije stopnjujejo in dolgoročno utrjujejo. Novejše longitudinalne in eksperimentalne študije dosledno potrjujejo, da kaznovalne prakse napovedujejo več agresije, opozicionalnosti in socialnih težav (Ahmad idr., 2025; Eddy idr., 2001; Lansford idr., 2005; Smith idr., 2014). MacKenzie idr. (2013) so ugotovili, da telesno kaznovanje v predšolskem obdobju napoveduje slabšo samoregulacijo in več agresije v kasnejšem otroštvu. Metaanalizi Gershoff (2002) ter Gershoff in Grogan-Kaylor (2016) dosledno potrjujeta, da telesne in druge averzivne discipline ne izboljšajo otrokovega vedenja, temveč povečujejo tveganje za agresijo, opozicionalnost, težave v odnosih ter slabšo čustveno regulacijo.

Dodatne raziskave kažejo, da so kaznovalni pristopi lahko škodljivi: fizično in verbalno kaznovanje povečuje tveganje za vedenjske težave (Ferguson, 2013), stopnjevanje konfliktov napoveduje zgodnji razvoj vedenjskih motenj (Trentacosta in Shaw, 2009), negativni odzivi staršev pa so še posebej tvegani pri otrocih z genetsko dovzetnostjo za impulzivnost (Fields idr., 2025). Skupen zaključek raziskav je, da negativna pozornost pogosto nehote okrepi neželjeno vedenje, medtem ko ustrezno vedenje ostane premalo opaženo ali premalo nagrajeno. Zato se učinkovite sodobne prakse, med njimi tudi NHA, osredotočajo na zmanjševanje negativne pozornosti ter dosledno prepoznavanje in krepitev ustreznega vedenja. V širšem edukacijskem kontekstu se to potrjuje tudi v literaturi, ki NHA obravnava kot pristop, uporaben za vzgojitelje in učitelje, kjer prav strukturirano preusmerjanje pozornosti k pozitivnemu vedenju izboljšuje odnosno dinamiko in spodbuja samoregulacijo otrok (Glasser in Block, 2007).

2.1 Osnovna stališča pristopa NHA

Pristop NHA temelji na empirično podprtih spoznanjih o prisilnih interakcijah v družinah, ki kažejo, da negativna pozornost pogosto krepi neprimerno vedenje (Patterson, 1982; Smith idr., 2014). Osnovna filozofija pristopa NHA izhaja iz treh ključnih stebrov, ki jih opisujeta Glasser in Block (2011):

- *Nevtralizacija neustreznega vedenja* – odzivanje brez drame, kazni ali negativnih čustev.
- *Energiziranje pozitivnega vedenja* – izražanje iskrene, konkretne in čustveno angažirane pohvale.
- *Jasne in trdne meje* – postavljanje strukturiranih omejitev brez kaznovanja.

2.1.1 Prvi steber: Nevtralizacija neustreznega vedenja

Namesto da bi okrepiли neželjeno vedenje z negativno pozornostjo, ga obravnavamo mirno, nevtrarno in brez dodatne čustvene energije. Konvencionalni vzgojni

pristopi običajno temeljijo na poučevanju pravil in vrednot prek navodil, lekcij in popravljanja neustreznega vedenja.

Glasser in Easley (1998) opozarjata na pojav »poudarjanja negativnosti«, pri katerem se pozornost, energija in intenzivnost odraslega usmerjajo predvsem v problematično vedenje otroka, kar lahko vodi v občutek lastne neustreznosti ter zmanjšano samozavest.

2.1.2 Drugi steber: Energiziranje pozitivnega vedenja

Otrok dobi največjo pozornost in energijo takrat, ko ravna skladno s pričakovanimi vrednotami in vedenji. Namesto osredotočanja na negativna vedenja pristop NHA poudarja pomen poudarjanja in krepitve pozitivnih vedenjskih vzorcev (Glasser in Block, 2011). Poudarek pristopa NHA na krepitvi pozitivnega vedenja je skladen s teorijo socialnega učenja, ki predpostavlja, da se vedenje utrjuje predvsem preko posledic in modeliranja (Bandura in Walters, 1977).

Običajne pohvale, kot so »Super opravljeno«, »Hvala ti« ali »Odlično delo«, so pogosto premalo specifične in nimajo zadostnih učinkov na otrokovo samozavedanje. Glasser in Block (2011) zato priporočata natančno in konkretno prepoznavanje pozitivnega vedenja kot strategijo za krepitev otrokove samozavesti in občutka vrednosti. Usmerjanje pozornosti na otrokove močne lastnosti in notranje vrednote podpira razvoj notranje motivacije, kar je v skladu s teorijo samodoločanja (Deci in Ryan, 1985).

Prepoznavanje pozitivnega vedenja

Pristop NHA omogoča staršem in strokovnim delavcem, da se osredotočajo na pozitivno vedenje, kar vodi v bolj učinkovite in konstruktivne interakcije ter prispeva k razvoju socialnih veščin otrok. Glasser in Block (2011) opisujeta tri temeljne strategije prepoznavanja pozitivnega vedenja:

- Aktivno prepoznavanje pomeni opazovanje in podrobno opisovanje otrokovega vedenja brez obsojanja ali vrednotenja. Ta nevtralni pristop otrokom sporoča, da so opaženi, in omogoča sprejemanje pohvale brez občutka nelagodja.
- Izkustveno prepoznavanje omogoča prenos pozitivnih vrednot in krepitev otrokovega doživetja lastne vrednosti. Strategija vključuje konkretne primere, ki se osredotočajo na izkustvene izkušnje in specifične pohvale.
- Proaktivno prepoznavanje vključuje oblikovanje situacij za uspeh in postavljanje jasnih meja, kar otroku omogoča izražanje skozi pozitivno vedenje in povečuje verjetnost konstruktivnih odzivov (Glasser in Easley, 1998; Glasser in Block, 2011).

2.1.3 Postavljanje jasnih meja

Novejše raziskave potrjujejo, da nekaznovalno in spoštljivo postavljanje meja zmanjšuje vedenjske težave ter podpira razvoj samoregulacije (Leijten idr., 2021; Huston in Ripke, 2006). Učinkovitost pristopa NHA dodatno potrjujejo novejše študije, ki kažejo, da kombinacija jasnih meja in prepoznavanja pozitivnega vedenja izboljšuje vedenjske izide pri otrocih z izzivi (Rashidi idr., 2023). Pozitivna, spoštljiva in

predvidljiva interakcija med otrokom in odraslimi je skladna tudi z ugotovitvami teorije navezanosti, ki poudarja pomen odnosa za razvoj samoregulacije (Bowlby, 1982).

Namesto kaznovanja NHA poudarja zavestno usmerjanje pozornosti v otrokovo moč, kompetence in pozitivne izbire (Glasser in Block, 2011).

Uporaba jasnih pravil in doslednost brez kaznovanja

Ena ključnih značilnosti pristopa NHA je postavljanje jasnih, trdnih in doslednih meja brez uporabe kaznovanja. Meje niso vzpostavljene z odvzemom ugodnosti, z ustrahovanjem ali z uporabo groženj, temveč z mirnim in spoštljivim preusmerjanjem otrokove pozornosti na ustrezno vedenje. V tem okviru meje predstavljajo priložnost za razvoj, ne pa sredstvo za nadzor. Za večjo preglednost in boljše razumevanje razlik med tradicionalnimi odzivi in odzivi, skladnimi s pristopom NHA, v tabeli 1 predstavljamo primere postavljanja meja brez kaznovanja.

Tabela 1

Primeri postavljanja jasnih meja brez kaznovanja v pristopu NHA/Examples of Setting Clear Boundaries Without Punishment in the NHA Approach

<i>Situacija/namen</i>	<i>Tradicionalni odziv</i>	<i>Odziv po NHA</i>	<i>Pojasnilo (kaj krepi NHA)</i>
Postavljanje meja (npr. otrok kriči)	»Ne kriči!«	»Vidiš, kako močno in jasno lahko izraziš svoje občutke na spoštljiv način.«	Meja je postavljena pozitivno; otrok dobi informacijo o sprejemljivem vedenju.
Prepoznavanje pozitivnega vedenja	»Super si.« – pogosto sploh brez odziva	»Opazil sem, da si potrpežljivo čakal, da prideš na vrsto. To kaže tvojo samokontrolo.«	Specifična, izkustvena pohvala krepi notranjo motivacijo in samopodobo.
Otrok prestopi mejo	Ukor, kazen, moraliziranje	Odrasli ostanejo mirni in nevtralni: »Vem, da lahko izbereš boljši način.«	Ne daje dodatne čustvene energije neželenemu vedenju; hitra možnost »ponastavitve«.
Vztrajanje pri pravilih	Pogajanje ali kaznovanje	»Pri nas veljajo dogovori.« – nato takojšnje priznanje, ko otrok izbere ustrezno vedenje: »Vidim, da si se odločil za spoštovanje dogovora. To kaže tvojo odgovornost in moč.«	Meje so jasne in konsistentne, a uveljavljene mirno in spoštljivo.
Dolgoročni razvoj odgovornosti	Fokus na posledice, odvzem ugodnosti	Preusmerjanje na notranjo moč: »To, da si se umiril in nadaljeval, kaže tvojo sposobnost samoregulacije.«	Otrok razvija občutek osebne vrednosti, ne pa strahu pred kaznijo.

Prيرهeno po Glasser in Easley (1998), Glasser idr. (2008) ter Glasser in Block (2011).

V pristopu NHA se meje razumejo kot pozitivne usmeritve, ki otroku pomagajo razumeti sebe, svojo moč in sposobnost samoregulacije. Ne pomeni ukazovalnega ustavljanja vedenja, temveč spodbujanje, da otrok na novo usmeri svojo energijo. Tako na primer namesto sporočila »Ne kriči« odrasli raje rečejo: »Vidiš, kako močno in jasno lahko izraziš svoje občutke na spoštljiv način.« Takšna komunikacija otroku ne postavi le meje, temveč mu obenem omogoči, da razvija občutek kompetentnosti in nadzora nad lastnimi odzivi (Glasser in Block, 2011).

Positivno vedenje se energizira z iskrenim in specifičnim priznavanjem. V trenutkih, ko otrok ravna v skladu s pričakovanji, odrasli to vedenje jasno poimenujejo in poudarijo njegov pomen. Takšna priznanja krepijo otrokovo notranjo motivacijo in občutek lastne vrednosti. Primer takšne pohvale je: »Opazil sem, da si danes potrpežljivo čakal, da prideš na vrsto. To kaže tvojo močno samokontrolo.« Tovrstna sporočila ne okrepijo le vedenja, temveč gradijo otrokovo samozavest in notranjo stabilnost (Glasser in Block, 2011).

Kadar otrok prestopi mejo, pristop NHA ne vključuje opozarjanja, kaznovanja ali moraliziranja. Odrasli ostanejo mirni in nevtralni ter pozornost preusmerijo k iskanju priložnosti za priznanje pozitivnega vedenja takoj, ko se to pojavi. S tem se prepreči, da bi otrok zaradi neprimerne vedenja dobil dodatno pozornost, kar bi to vedenje lahko nehote okrepilo. Namesto tega dobi priložnost, da s spremembo vedenja ponovno vstopi v odnos, ki temelji na spoštovanju in priznanju (Glasser in Block, 2011).

Doslednost in jasnost pri postavljanju meja sta v tem pristopu ključni, vendar nista utemeljeni na kaznovanju. Meje niso predmet pogajanj, so jasne in nespremenljive, vendar odrasli ob njihovem uveljavljanju ne uporabljajo moči ali prisile. Ko otrok ravna v skladu z dogovorom, mu odrasli to takoj priznajo: »Vidiš, kako si se zdaj odločil, da spoštuješ dogovor? To kaže tvojo odgovornost in moč.« Takšna odzivnost spodbuja otrokovo samozavedanje in zaupanje vase (Glasser in Block, 2011).

Skozi tak način postavljanja meja otrok razvija občutek odgovornosti in nadzora nad lastnimi dejanji. Namesto da bi ga vodil strah pred posledicami, se uči, da so pozitivne izbire plod njegovega zavedanja in osebne vrednosti. Meje tako niso sredstvo podrejanja, temveč podpora razvoju notranje moči in osebne integritete. Novejše raziskave potrjujejo, da pristopi, ki temeljijo na doslednosti, spoštovanju in pozitivni okrepitvi, pomembno prispevajo k večji avtonomiji otrok, boljši samoregulaciji in zmanjšanju tveganja za vedenjske ter čustvene težave (Čepukienė in Janulevičė, 2025; Huston in Ripke, 2006; Leijten idr., 2021).

Pristop NHA omogoča vzpostavitev meja, ki niso sredstvo kaznovanja, temveč orodje za krepitev otrokove samopodobe in odgovornosti. Otroci na ta način razvijajo močno notranjo identiteto, občutek lastne vrednosti in sposobnost ustreznih izbir v vsakodnevnem življenju (Glasser in Block, 2011).

2.2 Primerjalni prikaz odzivov v vsakdanjih vzgojnih situacijah

Uvajanje pristopa NHA v prakso od staršev in strokovnjakov pogosto zahteva spremembo ustaljenih vzgojnih odzivov. Da bi lažje razumeli, kako se odzivi po pristopu NHA razlikujejo od tradicionalnih metod, v nadaljevanju predstavljamo primerjalni prikaz odzivov na pogoste vzgojne situacije. Ta pregled lahko staršem, učiteljem, vzgojiteljem in drugim strokovnim delavcem služi kot izhodišče za refleksijo ter kot praktično vodilo za zavestno izbiro odzivov, ki krepijo otrokovo notranjo moč, spoštovanje in odgovornost.

Tabela 2

Primerjava odzivov v tipičnih vzgojnih situacijah – tradicionalni pristop in pristop NHA/Comparison of Responses in Typical Parenting Situations: Traditional Approach vs. the NHA Approach

<i>Situacija</i>	<i>Tradicionalni odziv</i>	<i>Odziv po NHA</i>
Otrok kriči ali prekinja pogovor	»Če še enkrat zakričiš, greš v svojo sobo!«	»Slišim te. Ko boš pripravljen, lahko poveš na spoštljiv način.«
Otrok sam pospravi igrače	»Priden si.«	»Vidim, da si sam pospravil igrače. To pokaže tvojo skrb in odgovornost.«
Otrok udari brata	Kazen, pridiga ali odvzem ugodnosti	»Zdajle potrebuješ trenutek za umiritev. Vem, da zmoreš izbrati mirnejši način.«
Otrok potrpežljivo čaka v vrsti	Tiha ali samoumevna pohvala (npr. »Super.«)	»Opazil sem, kako mirno čakaš. To kaže tvojo notranjo moč in samonadzor.«
Otrok prestopi dogovorjeno mejo	Ukor, moraliziranje, kazen	»Pri nas veljajo dogovori. Vem, da lahko izbereš boljše odločitve.«

Povzeto po Glasser in Easley (1998), Glasser idr. (2008) ter Glasser in Block (2011).

Ta tabela združuje temeljne principe pristopa NHA s konkretnimi vzgojnimi odzivi, ki temeljijo na nevtralizaciji neustreznega vedenja, energiziranju pozitivnega vedenja ter doslednem in mirnem postavljanju meja brez kaznovanja. Vključitev takšnih odzivov v vsakdanjo prakso lahko pomembno pripomore k večji učinkovitosti vzgojnega procesa in boljšemu odnosu med otrokom in odraslim.

2.3 Predstavitev vaj za strokovne delavce in starše: od teorije k praksi

Teoretične osnove in empirični dokazi, ki podpirajo pristop NHA, so lahko za uporabnike, starše in strokovne delavce še učinkovitejši, kadar jih spremljajo konkretna orodja za vsakdanjo uporabo. V nadaljevanju predstavljamo sklop praktičnih vaj (Glasser idr., 2008; Glasser in Block, 2011), zasnovanih za razvijanje ključnih kompetenc, potrebnih za uspešno izvajanje pristopa. Vaje podpirajo zavestno usmerjanje pozornosti, nevtralizacijo čustveno intenzivnih situacij, strukturirano postavljanje meja in energiziranje pozitivnega vedenja.

Tabela 3*Struktura praktičnih vaj za razvijanje odzivov po pristopu NHA/Structure of Practical Exercises for Developing NHA-Based Responses**Vaja A: Raziskovanje naše vloge in pristopa k otroku*

Korak 1: Čez dan imejte pri sebi list papirja ali majhno beležko. Vsakič, ko opazite neustrezno vedenje (besedo ali interakcijo), označite »X«. Ko priznate ustrezno vedenje, narišite »O«. Ob koncu dneva seštejite X-je in O-je.

Primer: X = otrok zavpije na brata; O = otrok počaka, da končate pogovor po telefonu; O = otrok brez spodbude pospravi čevlje; X = otrok se upira pri odhodu v kopalnico.

Korak 2: Nato se vprašajte: »Na kaj se pri otroku predvsem osredotočam? Dajem največji poudarek neustreznemu vedenju otroka? Ali sploh opazim trenutke, ko se otrok ustrezno vede, ko je prijazen, vodljiv, spoštljiv itd.?»

Korak 3: Če se večinoma osredotočate na pozitivna vedenja, si čestitajte! Če ne, je morda čas, da ponovno premislite svoj pristop.

Primer refleksije: »Opazila sem, da sem danes videla 12 X-jev in samo 3 O-je. Veliko več časa namenim odzivanju na prepire kot prepoznavanju trenutkov, ko se igra mirno.«

Vaja B: Aktivno prepoznavanje otrokovih ustreznih – pozitivnih vedenj

Korak 1: Danes se enkrat ali dvakrat ustavite in opazujte, kaj otrok počne. Lahko je kar koli.

Korak 2: Preprosto otroku povejte, kaj točno opazite, da počne. Uporabite več stavkov, da podate celoten opis, vendar ne dodajajte nobene sodbe ali ocene. Izigibajte se nadaljnjemu pogovoru. Samo ponudite svoje opažanje.

Primeri izjav, ki jih lahko uporabimo, so na primer: »Vidim, da gradiš stolp iz kock in menjaš barve«, »Zdajle mirno sediš na kavču in bereš knjigo« ter »Opazim, da si sam pripravil prigrizek«.

Korak 3: Za trenutek se ustavite. Kako se počutite, kaj ste opazili pri otroku? Kako se je otrok odzval? Kako je to vplivalo na vaju odnos?

Primer refleksije: »Bil je presenečen, samo nasmehnil se je in nadaljeval. Zdelo se mi je, da sva bolj povezana.«

Vaja C: Izkustveno prepoznavanje

Korak 1: Danes zavestno opazujte vedenja otroka, ki na kakršen koli način kažejo na vedenje ali vrednoto, ki jo cenite (npr. trud, vztrajnost, prijaznost, spoštovanje ...).

Korak 2: Ko opazite takšno vedenje, otroku povejte točno, kaj opazujete, da počne. Na kratko komentirajte vedenje ali vrednoto, ki se kaže. Ne vključujte se v noben nadaljnji pogovor, samo posadite seme. Primeri izjav vključujejo: »Ko si bratu ponudil igračo, sem videla tvoj občutek za sodelovanje«, »Opazim, da vztrajaš pri nalogi, tudi ko je težka – vidim, da si vztrajen« ter »Ko si globoko vdihnil in mirno odgovoril, je bilo videti, da ti je uspelo obvladati svoje čustvo«.

Korak 3: Kako ste se počutili? Kaj ste opazili? Kako se je otrok odzval?

Primer refleksije: »Ko sem poudarila njegovo vztrajnost, je postal bolj samozavesten in kar nadaljeval z nalogo.«

Vaja D: Proaktivno prepoznavanje

Korak 1: Premislite, katero vedenje ali vrednoto želite spodbujati (npr. sodelovanje, samostojnost, mirna komunikacija ... itd.).

Korak 2: Poiščite ali ustvarite situacije, kjer boste otroka lahko »ujeli« pri majhnem koraku v zeleno smer. Primeri situacij vključujejo trenutke, ko otroku podate vrečko, da vam pomaga pri nakupih, ko mu med pripravo kosila ponudite majhno nalogo (na primer, da prinese krožnike) ter ko ga med pripravljanjem na šolo opazujete in ujamate trenutek njegove samostojnosti.

Korak 3: Pripravite si izjave izkustvenega priznavanja.

Primer izjave: »Ko si se odločil pomagati pri pospravljanju, sem opazila tvojo odgovornost.«

Korak 4: »Ujemite« ali omogočite trenutek in podajte izkustveno priznanje.

Primer: »Opazim, da si sam odložil svojo jakno na obešalnik. To kaže na tvojo samostojnost.

Vaja E: Postavljanje mej

Korak 1: Ustvarjanje jasnih in doslednih meja. Meje so strukturirane kot pozitivni okvir, ki pomaga otroku razumeti, kaj pričakujete. Namesto osredotočanja na neželjeno vedenje poudarite, kaj želite videti: »V naši družini se pogovarjamo spoštljivo.«

Korak 2: Energiziranje pozitivnega vedenja. Aktivno opazujte in priznavajte trenutke, ko otrok spoštuje meje. Namesto opozarjanja na kršitve okrepite vedenje, ki ga želite videti: »Vidiš, kako si se odločil, da mirno rešiš spor? To je znak tvoje moči!« Če na tak način meja ni upoštevana, uporabite pristop, v katerem nevtralizirane neustrezno vedenje.

Korak 3: Nevtralizacija neustrezno vedenje. Ko otrok prestopi mejo, ostanite mirni in se izogibajte dodatni čustveni energiji. Ne zapletajte se v pogajanja ali dolge razlage. Preprosto ponovite pravilo in usmerite pozornost drugam: »Vem, da se lahko odločiš za boljši način izražanja.«

Korak 4: Ustvarjanje strukturiranih posledic brez čustvene drame. Ko je meja prestopljena, mirno izvedite posledico, ne da bi jo spremljala jeza ali razočaranje. Povejte preprosto in jasno: »Ker si izbral, da ne upoštevaš dogovora, zdaj potrebuješ trenutek za umiritev, preden nadaljuješ igro.«

Korak 5: Spodbujanje občutka nadzora in odgovornosti. Otroku ponudite možnost, da sam izbere način, kako se bo vrnil v pozitivno delovanje: »Ko se počutiš pripravljen, mi povej, kako lahko stvari izboljšaš. Vem, da imaš v sebi moč za dobre odločitve.«

Korak 6: Neprestano potrjevanje otrokovih močnih lastnosti. Vsakič, ko otrok ravna ustrezno, mu to odražajte s konkretnimi pohvalami: »Vau, vidim, da si danes resnično obvladal svoja čustva in sodeloval! To je dokaz tvoje notranje moči!«

Povzeto po Glasser in Easley (1998), Glasser idr. (2008) ter Glasser in Block (2011).

2.4 Teoretične in empirične osnove temeljnih stališč pristopa NHA

Premik od teorije k praksi se v pristopu NHA kaže v tem, da ne ponuja le razumevanja vedenja, temveč nabor konkretnih postopkov, s katerimi odrasli v vsakodnevni situacijah zavestno preusmerjajo svojo pozornost in čustveno energijo. Tako ustvarjajo okolje, v katerem pozitivno vedenje pridobi večjo vrednost, meje postanejo jasne in interakcije bolj predvidljive ter varne.

Ob dosledni uporabi se temeljna teoretična izhodišča o pomenu pozornosti, odnosne varnosti in pozitivne okrepitve neposredno odražajo v izboljšani vedenjski in čustveni regulaciji otrok, pri čemer NHA deluje kot pristop, v katerem teorija in praksa komplementarno podpirata učinkovite odzive odraslih v realnih, vsakdanjih situacijah. Integracija pristopa NHA s sodobnimi motivacijskimi teorijami, kot je teorija samodoločanja, poudarja potencial pristopa za podporo avtonomije otroka (Kausik in Hussain, 2020).

2.5 Dokazi o učinkovitosti pristopa NHA

Pristop NHA je bil v zadnjih dveh desetletjih predmet več raziskav, ki so preučevale njegov vpliv na otrokovo vedenje, starševske odzive in družinsko dinamiko, pri čemer je njegova uporaba najpogosteje preučevana pri otrocih z ADHD. Prvi korak k metodološko bolj strogi evalvaciji je predstavljal protokol randomizirane kontrolirane študije, v katerem so avtorji podrobno opisali načrtovane postopke, merske in-

strumente in izide pri preizkušanju učinkovitosti spletnega programa NHA za starše (Nuño idr., 2019). Ena ključnih empiričnih raziskav, zasnovana na tem protokolu, je nato spletna randomizirana kontrolirana študija Nuño idr. (2020), v kateri so starši otrok, starih od 6 do 8 let, po udeležbi v programu NHA Foundations Course poročali o statistično pomembnem zmanjšanju simptomov ADHD, nižjem starševskem stresu ter večji zmožnosti uporabe pozitivnih vzgojnih strategij.

Positivne učinke pristopa NHA potrjuje tudi kvaziekperimentalna študija Brennan idr. (2016), ki je pokazala izboljšanje starševske samozavesti, večjo uporabo konstruktivnih vzgojnih strategij ter povečanje zaznanih medosebnih moči pri otrocih. Tudi kvaziekperimentalna doktorska raziskava je pokazala izboljšanje starševske samozavesti ter zmanjšanje uporabe verbalne discipline po treningu pristopa NHA (Roth, 2018).

Temeljit pregled teoretičnih in empiričnih podlag pristopa podajajo Hektner idr. (2013), ki ugotavljajo, da je NHA skladen z načeli preusmerjanja pozornosti, pozitivne okrepite in doslednega postavljanja meja. Kljub metodološki raznolikosti raziskav avtorji izpostavljajo večinoma pozitivne trende učinkov pristopa. Pristop NHA je v ZDA prepoznan tudi kot obetaven pristop v kliničnem in pediatričnem kontekstu, kjer so poročali o izboljšanju vedenjskih izidov ter večji angažiranosti staršev (Ahmann, 2014). V izobraževalnem okolju se je pristop NHA izkazal za koristen pri krepitvi odnosov in zmanjševanju disciplinarnih težav (Glasser in Grove, 2007).

Najnovejši sistematični pregled, Rashidi idr. (2023), ki vključuje 13 recenziranih študij na področju dela z otroki s posebnimi potrebami, potrjuje, da pristop NHA prispeva k izboljšani čustveni regulaciji, zmanjšani impulzivnosti ter krepitvi odnosa med otroki in njihovimi skrbniki. Avtorji poudarjajo, da trendi dosledno kažejo koristne učinke, čeprav so potrebne dodatne robustne raziskave.

Pomemben vpogled na sistemski ravni ponuja tudi program Promising Path to Success, ki ga je državna služba za otroško zaščito v New Jerseyju uvedla z integracijo načel NHA. Po podatkih organizacije, ki program izvaja, so administrativni kazalniki po uvedbi pristopa pokazali 40 % manj predpisovanja antipsihotikov ter 16 % manj psihiatričnih hospitalizacij med otroki v institucionalni oskrbi (Children's Success Foundation, b. d.). Ker ti podatki niso del recenzirane znanstvene literature in metodologija ni javno dostopna, jih je treba razumeti kot indic, ne kot empirično dokazano učinkovitost pristopa. Kljub temu ponazarjajo možen sistemski vpliv uvedbe načel pristopa NHA v institucionalnih okoljih. Pristop NHA je postal tudi predmet psihometričnih raziskav, pri čemer je bil razvit validiran vprašalnik za merjenje uporabe pristopa (McGrellis idr., 2022).

Kot je prikazano v prispevku, je več elementov pristopa NHA skladnih z ugotovitvami razvojne psihologije, klinične prakse in empirično potrjenih programov usposabljanja staršev. Med najprepoznavnejše sodijo program Neverjetna leta (Webster-Stratton in Reid, 2018) ter Trening starševskega vodenja (angl. Parent Management Training, v nadaljevanju PMT) (Grmek in Lipič, 2023; Kazdin, 2005). Temeljna načela doslednosti, pozitivne okrepite in strukturirane vzgojne podpore so skupna več uveljavljenim programom, kot je Triple P (Sanders, 1999), pa tudi pristopu NHA. Ti

programi temeljijo na podobnih načelih, kot so doslednost, pozitivna okrepitev, jasno postavljena pričakovanja in modeliranje zelenega vedenja. Čeprav se številne strategije pristopa NHA prekrivajo z omenjenimi empirično podprtimi pristopi; zlasti pri uporabi pozitivnega ojačevanja, strukturiranega odzivanja in natančnega oblikovanja vedenja, ima pristop NHA nekatere posebnosti, zaradi katerih je pogosto dojet kot bolj dostopen in zato širše sprejet.

Ena značilnih posebnosti priročnikov in izobraževalnih gradiv pristopa NHA je izrazita uporaba narativnega pristopa, analogij in metafor za ponazoritev ključnih konceptov. Avtorji pristopa NHA pogosto uporabljajo bogat narativni slog ter metafore za ponazoritev ključnih konceptov (Glasser in Block, 2009), kar povečuje dostopnost pristopa za starše in strokovnjake. Primer je zgodba o treningu kita Shamuja, ki ponazarja postopnost pri krepitvi otrokovih veščin: od uspešno opravljenih najpreprostejših korakov do razvoja kompleksnejšega vedenja. Podobno je koncept jasnih pravil in mej razložen z metaforo videoigre, v kateri avatar po napaki »umre«, a se nemudoma vrne na začetek ravni in dobi novo priložnost. Sodobne raziskave potrjujejo, da uporaba metafor v psiholoških intervencijah olajša razumevanje abstraktnih konceptov ter izboljšuje angažiranost in procesno delo (Angus in Greenberg, 2011; Stott idr., 2010). Metafore lahko podprejo čustveno regulacijo in pripomorejo k reorganizaciji osebnega pomena, kar se odraža tudi v večjem občutku nadzora in samozmožnosti (Salih, 2025; Tay, 2016).

Namen takšnega pripovednega sloga je spodbuditi zavesten premik v starševskem razumevanju in odzivanju ter ustvariti bolj »optimalno skladnost« med otrokovimi izzivi in odzivnim, podporno naravnanim okoljem. Pristop NHA temelji na dinamičnem, recipročnem modelu interakcije med staršem in otrokom, v katerem starševe interpretacije in čustva posredujejo povezavo med otrokovimi vedenji in starševskimi odzivi. Preoblikovanje teh poti naj bi staršem omogočilo, da ob izzivalnem vedenju otroka doživljajo manj negativnih čustev, ob pozitivnem vedenju pa več zadovoljstva ter občutka kompetentnosti. Pri tem se učijo tudi razvojno realističnih atribucij za otrokova vedenja ter nevtralnega izražanja posledic, pogosto z uporabo samoregulacijskih izjav, kot je: »Tako sem jezen, da se moram ponastaviti. Daj mi trenutek«.

Pristop NHA predpostavlja, da veliko neprimernega vedenja izhaja iz otrokove želje po pridobivanju pozornosti, kar je skladno z več vedenjskimi modeli. Vendar ta predpostavka ne zajame vseh možnih vzrokov vedenjskih izzivov. Otroci se lahko neprimerno vedejo tudi zaradi pomanjkanja strategij za regulacijo čustev, razvojne potrebe po avtonomiji ali šibkih sposobnosti reševanja problemov. Zato je smiselno pristop NHA dopolnjevati z drugimi metodami, kot so učenje strategij čustvene regulacije, sodelovalno reševanje problemov ter izobraževanje staršev in strokovnjakov o razvojnih potrebah otrok.

Integracija različnih pristopov omogoča celovitejšo obravnavo vedenjskih izzivov in podpira razvoj regulacije ter odnosne varnosti, ključnih pogojev za dolgoročno spremembo vedenjskih vzorcev.

Na podlagi preverljivih podatkov lahko zaključimo, da pristop NHA temelji na znanstveno utemeljenih načelih in je podprt z več empiričnimi dokazi, zlasti na podro-

čju zmanjševanja vedenjskih težav, izboljšanja čustvene regulacije in krepitve starševske kompetentnosti. Kljub spodbudnim rezultatom avtorji več pregledov poudarjajo potrebo po nadaljnjih metodološko robustnih raziskavah, ki bi omogočile celovitejšo oceno dolgoročne učinkovitosti pristopa.

3 Zaključek

V prispevku smo predstavili temeljna načela pristopa NHA, njegove teoretske in empirične osnove ter ga primerjali z drugim uveljavljenim pristopom za podporo staršem in strokovnjakom. Čeprav se pristop NHA v mnogih elementih ujema s sodobnimi programi starševskega usposabljanja, ga odlikuje edinstvena usmerjenost v pripovedne pristope ter v krepitev otrokove notranje moči, kar presega zgolj korekcijo vedenja. Pristop spodbuja drugačen način gledanja na otroka in odnos, saj odraslega postavlja v vlogo zavestnega soustvarjalca okolja, v katerem otrok lahko razvija svojo odgovornost, samoregulacijo in občutek vrednosti.

Pristop NHA tako ne ponuja le niza tehnik, temveč perspektivo, ki omogoča preišljen, spoštljiv in razvojno usklajen odziv na izzivalna vedenja. Prav ta sprememba pogleda, prehod od nadziranja k opolnomočenju, pristopu daje dolgoročno moč in potencial za trajne spremembe v družinski in strokovni praksi.

Helena Grmek

Promoting Positive Behaviour in Children and Adolescents with Behavioural Disorders: The Nurtured Heart Approach

The article examines the Nurtured Heart Approach (NHA) as a promising framework for supporting children and adolescents who display oppositional, defiant, or otherwise challenging behaviour across clinical, educational, and family settings. Conventional discipline-based approaches, which rely heavily on correcting misbehaviour and imposing consequences, often fail to produce sustained improvement and may unintentionally intensify the very behaviours they aim to reduce. This occurs because adults frequently devote disproportionate emotional energy and attention to inappropriate behaviour, reinforcing cycles of escalation, described in coercive family process research (Gershoff, 2002; Patterson, 1982). Empirical studies consistently show that harsh or aversive discipline — shouting, threats, or physical punishment — is linked to heightened aggression, oppositional behaviour, and relational conflict (Ahmad et al., 2025; Eddy et al., 2001; Lansford et al., 2005; Smith et al., 2014). Longitudinal findings likewise indicate that punitive practices predict poorer emotional regulation and more externalising symptoms over time (MacKenzie et al., 2013), while meta-analyses highlight robust associations between corporal punishment and social, emotional, and behavioural difficulties (Gershoff, 2002; Gershoff & Grogan-Kaylor;

2016). *Additional evidence shows cumulative risks associated with rigid or emotionally charged parent–child interactions, particularly for children with higher impulsivity or sensory processing challenges (Ferguson, 2013; Fields et al., 2025; Hollenstein et al., 2004; Trentacosta & Shaw, 2009; Turel et al., 2023).*

Against this backdrop, the article situates the NHA within a broader landscape of evidence-based parenting interventions. In Slovenia, programmes such as Incredible Years have already shown effectiveness in reducing disruptive behaviour and enhancing parenting competencies (Grmek & Lipič, 2023; Webster-Stratton & Reid, 2018). International reviews of psychosocial treatments for ADHD similarly emphasise the importance of structured behavioural parenting strategies. The NHA emerges as a complementary approach that maintains behavioural structure, while placing exceptional emphasis on the relational distribution of emotional energy and on recognising children's strengths. This is particularly relevant for children with ADHD and related regulatory difficulties, who require approaches that blend clarity of expectations with high relational sensitivity.

The article outlines the core theoretical assumption of the NHA: well-intentioned adult responses often perpetuate problematic behaviour by supplying high-intensity attention during moments of misbehaviour, while offering minimal, vague, or emotionally flat recognition when behaviour is appropriate (Glasser & Easley, 1998). Over time, children may learn that breaking rules is the most effective way to gain meaningful engagement. This dynamic aligns closely with coercive process models (Patterson, 1982) and with studies showing that negative attention can unintentionally strengthen externalising behaviour (Eddy et al., 2001; Smith et al., 2014).

The NHA is organised around three core pillars: neutralising negative behaviour, energising positive behaviour, and setting clear, consistent, non-punitive boundaries (Glasser & Block, 2011). Neutralisation involves withholding emotional intensity when rules are broken – responding calmly, without moralising or lecturing – thereby reducing the reinforcing power of negative attention. This approach parallels attachment-based perspectives, emphasising the importance of safety and predictability for the development of self-regulation (Bowlby, 1982). The second pillar, energising positive behaviour, redirects emotional investment toward moments when the child demonstrates strengths, effort, self-control, or cooperation. Instead of generic praise, adults provide rich, specific recognition that supports the child's internalisation of competence, consistent with the social learning theory (Bandura & Walters, 1977) and the self-determination theory (Deci & Ryan, 1985). The article outlines three NHA recognition practices – active, experiential, and proactive recognition – each serving to strengthen the child's sense of "inner wealth" and the capacity for resilient behaviour (Glasser & Easley, 1998; Glasser & Block, 2011).

The third pillar concerns the establishment of firm, predictable boundaries without punitive consequences. In the NHA, boundaries are framed not as mechanisms for controlling behaviour but as structures that facilitate learning. When the child crosses the boundary, the adult calmly redirects and provides an immediate opportunity for a "reset" – a chance to re-enter appropriate behaviour without shame or emotional

escalation. This configuration of warmth and firm structure is congruent with the research on authoritative, non-punitive parenting, and is associated with improved autonomy, emotional regulation, and behavioural adjustment (Čepukienė & Janulevičė, 2025; Huston & Ripke, 2006; Leijten et al., 2021).

A growing body of empirical research provides increasingly encouraging evidence for the effectiveness of the Nurtured Heart Approach (NHA) across diverse child and family populations. Early evaluation studies offer an important foundation. For example, a nonrandomised parent-training evaluation showed notable gains in parental confidence, more frequent use of constructive and strengths-based discipline practices, as well as enhanced perceptions of children's interpersonal and emotional strengths following the participation in the NHA programme (Brennan et al., 2016). These findings are significant, because they point not only to behavioural change in children, but also to measurable shifts in parental attributions – one of the central mechanisms through which the NHA aims to interrupt coercive interaction cycles.

More rigorous evidence comes from a randomised controlled online trial, which demonstrated that the parents of children aged 6–8 years reported significant reductions in ADHD symptoms, lower parenting stress, and higher self-efficacy after completing the six-week NHA Foundations Course (Nuño et al., 2020). The fact that these changes were observed in an online, remotely delivered format suggests that the NHA may be a particularly scalable and accessible intervention, capable of maintaining treatment fidelity even outside the traditional clinical settings.

Additional support comes from quasi-experimental research. The doctoral study by Roth (2018) found improvements in parenting confidence, reduced reliance on verbal reprimands, and increased awareness of children's strengths following the structured NHA training. Such findings underscore one of the NHA's core theoretical claims: that adult regulatory capacity and attentional patterns are modifiable and represent key leverage points for changing the child's behaviour.

A broader assessment of the theoretical and empirical foundations of the NHA was provided by Hektner et al. (2013), whose comprehensive review concluded that the approach is conceptually consistent with the established behaviour-change principles, including differential reinforcement, attention allocation, and predictable boundary-setting. At the same time, the authors emphasised the need for further methodologically robust studies – particularly controlled trials and longitudinal research – to better understand the moderators of treatment response and the long-term sustainability of behavioural gains.

Encouragingly, newer evidence has begun to address some of these gaps. A systematic review of 13 studies involving children with special needs found that the NHA-based interventions were associated with improvements in emotional regulation, reductions in impulsivity and aggression, and strengthened caregiver–child relationships (Rashidi et al., 2023). Importantly, the review noted that these benefits were observed across a range of contexts – including home, school, and therapeutic environments – suggesting adaptability and ecological validity.

Beyond the research with high-need populations, applications in clinical, educational, and paediatric settings also demonstrate promising outcomes. In paediatric nursing contexts, the practitioners reported improved parent engagement and reductions in family stress following the integration of the NHA-informed strategies (Ahmann, 2014). Similarly, school-based implementations of the NHA have been associated with the reductions in classroom conflict, improved teacher–student relationships, and enhanced emotional climate (Glasser & Grove, 2007), indicating that the approach may have broader systemic benefits beyond individual behaviour change.

Finally, the emergence of psychometric tools, such as the validated NHA Questionnaire (McGrellis et al., 2022), marks an important step toward strengthening the empirical evaluation of the approach. The development of such measures reflects a growing methodological maturity in the field, enabling a more precise assessment of treatment fidelity, dosage effects, and underlying mechanisms of change.

Together, these findings indicate that the NHA is supported by a converging set of positive outcomes across multiple studies, populations, and implementation settings. While further rigorous research is needed, especially large-scale randomised trials, the current evidence base suggests that the NHA offers a meaningful and adaptable framework for strengthening parent–child relationships, improving behavioural outcomes, and enhancing emotional regulation capacities in children and adolescents.

The article also distinguishes between peer-reviewed and non-peer-reviewed data. System-level outcomes reported by the Promising Path to Success initiative in New Jersey – showing reduced antipsychotic prescribing and fewer psychiatric hospitalisations in institutional care – are noted as internal administrative findings, rather than empirical evidence (Children’s Success Foundation, n.d.). They are therefore interpreted as indicative rather than conclusive.

In the discussion, the NHA is compared with well-known programmes, such as Incredible Years, Parent Management Training, and Triple P (Webster-Stratton & Reid, 2018; Kazdin, 2005; Sanders, 1999). While sharing the core principles of consistency and positive reinforcement, the NHA distinguishes itself through its systematic use of strength-based recognition, its focus on the distribution of emotional energy, and its narrative, metaphor-rich teaching style (Glasser & Block, 2009). Research suggests that such narrative tools support comprehension, therapeutic engagement, and emotional integration (Angus & Greenberg, 2011; Tay, 2016; Salih, 2025).

The article concludes that the NHA is not a universal solution, but a powerful relational framework that can be integrated with complementary approaches when needed. It offers a structured yet compassionate alternative to punitive discipline, shifting the focus from controlling misbehaviour to cultivating resilience, self-regulation, and a strong sense of personal worth. Positioned alongside other evidence-based interventions, the NHA contributes a distinctive, relationally focused methodology that can enhance the wellbeing and developmental outcomes of children and adolescents across diverse settings.

LITERATURA

1. Ahmad, S. I., Rudd, K. L., LeWinn, K. Z., Mason, W. A., Graff, J. C., Roubinov, D. S. in Bush, N. R. (2025). A longitudinal path model examining the transactional nature of parenting and child externalizing behaviors in a large, sociodemographically diverse sample. *Development and Psychopathology*, 37(3), 1305–1319. <https://doi.org/10.1017/S0954579424001147>
2. Ahmann, E. (2014). Encouraging positive behavior in challenging children: The nurtured heart approach. *Pediatric Nursing*, 40(1), 38–42.
3. Angus, L. E. in Greenberg, L. S. (2011). Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12325-000>
4. Bandura, A. in Walters, W. H. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
5. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
6. Brennan, A. L., Hektner, J. M., Brotherson, S. E. in Hansen, T. M. (2016). A nonrandomized evaluation of a brief nurtured heart approach parent training program. *Child and Youth Care Forum*, 45(5), 709–727. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9351-4>
7. Čepukienė, V. in Janulevičė, J. (2025). Parental discipline and self-regulation in children aged 2 to 5: A meta-analysis of research conducted from 2000 to 2022. *Child and Youth Care Forum*, 54, 999–1023. <https://doi.org/10.1007/s10566-025-09854-8>
8. Children's Success Foundation. (n. d.). Promising path to success: Administrative outcome summary [Neobjavljeno interno poročilo].
9. Deci, E. L. in Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
10. Eddy, J. M., Leve, L. D. in Fagot, B. I. (2001). Coercive family processes: A replication and extension of Patterson's coercion model. *Aggressive Behavior*, 27(1), 14–30. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(20010101/31\)27:1<14::AID-AB2>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1098-2337(20010101/31)27:1<14::AID-AB2>3.0.CO;2-2)
11. Ferguson, C. J. (2013). Spanking, corporal punishment and negative long-term outcomes: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 196–208. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.002>
12. Fields, C., Keller, P. S. in El-Sheikh, M. (2025). Associations between parent and child antisocial behavior: Aggression in family relationships as a mechanism of risk. *Personality and Individual Differences*, 223, 113077. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2025.113077>
13. Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128(4), 539–579. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.539>
14. Gershoff, E. T. in Grogan-Kaylor, A. (2016). Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta-analyses. *Journal of Family Psychology*, 30(4), 453–469. <https://doi.org/10.1037/fam0000191>
15. Glasser, H. in Block, M. L. (2007). *All children flourishing: Igniting the greatness of our children*. Nurtured Heart Publications.
16. Glasser, H. in Block, M. L. (2009). *You are Oprah: Igniting the fires of greatness*. Nurtured Heart Publications.
17. Glasser, H. in Block, M. L. (2011). *Notching up: The nurtured heart approach – The new inner wealth initiative for educators*. Nurtured Heart Publications.
18. Glasser, H. in Easley, J. (1998). *Transforming the difficult child: The nurtured heart approach*. Center for the Difficult Child.
19. Glasser, H. in Grove, T. (2007). *The inner wealth initiative: The nurtured heart approach for educators*. Nurtured Heart Publications.
20. Glasser, H., Bowdidge, J. in Bravo, L. (2008). *Transforming the difficult child workbook: An interactive guide to the nurtured heart approach*. Vaughan Printing.

21. Grmek, H. in Lipič, N. (2023). Programi namenjeni starševstvu kot pomemben člen promocije duševnega zdravja. *Revija za zdravstvene vede*, 10(1), 97–120. <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i1.141>
22. Hektner, J. M., Brennan, A. L. in Brotherson, S. E. (2013). A review of the nurtured heart approach to parenting: Evaluation of its theoretical and empirical foundations. *Family Process*, 52(3), 425–439. <https://doi.org/10.1111/famp.12030>
23. Hollenstein, T., Granic, I., Stoolmiller, M. in Snyder, J. (2004). Rigidity in parent–child interactions and the development of externalizing and internalizing behavior in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 595–607. <https://doi.org/10.1023/B:JACP.0000047209.37650.41>
24. Huston, A. C. in Ripke, M. N. (2006). Middle childhood: Contexts of development. V A. C. Huston in M. N. Ripke (ur.), *Developmental contexts in middle childhood: Bridges to adolescence and adulthood* (str. 1–22). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511499760.002>
25. Kausik, N. H. in Hussain, D. (2020). Integrating nurtured heart approach with self-determination theory: A proposed intervention model for managing disruptive behaviors of children. *Child Care in Practice*, 26(1), 50–61. <https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1516627>
26. Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford University Press.
27. Lansford, J. E., Chang, L., Dodge, K. A., Malone, P. S., Oburu, P., Palmérus, K., Bacchini, D., Pastorelli, C., Bombi, A. S., Zelli, A., Tapanya, S., Chaudhary, N., DeaterDeckard, K., Manke, B. in Quinn, N. (2005). Physical discipline and children’s adjustment: Cultural normativeness as a moderator. *Child Development*, 76(6), 1234–1246. <https://doi.org/10.1111/j.14678624.2005.00847.x>
28. Leijten, P., Melendez-Torres, G. J. in Gardner, F. (2021). Research review: The most effective parenting program content for disruptive child behavior – A network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(11), 1302–1312. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13483>
29. MacKenzie, M. J., Nicklas, E., Waldfogel, J. in Brooks-Gunn, J. (2013). Spanking and child development across the first decade of life. *Pediatrics*, 132(5), e1118–e1125. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1227>
30. McGrellis, K., Swarbrick, M., Cummings, C., Wilson, B. in Gill, K. (2022). Development of a nurtured heart approach questionnaire. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 60(2), 15–19. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210818-03>
31. Nuño, L., Wertheim, B. C., Glasser, M. A., Wahl, A. in Roe, J. (2020). The online nurtured heart approach to parenting: A randomized study to improve ADHD behaviors in children ages 6–8. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 22(1), 31–48. <https://doi.org/10.1891/EHPP-D-20-00013>
32. Nuño, V. L., Wertheim, B. C., Murphy, B. S., Wahl, R. A. in Roe, D. J. (2019). Testing the efficacy of the nurtured heart approach to reduce ADHD symptoms in children by training parents: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 13, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2018.100312>
33. Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Castalia.
34. Rashidi, B., Faramarzi, S. in Abedi, A. (2023). The application of the nurtured heart approach in parenting of children with special needs: A systematic review. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 10(2), 1–15. <https://doi.org/10.61186/jcmh.10.2.2>
35. Roth, S. E. (2018). A quasi-experimental investigation of the impact of the nurtured heart approach on parenting confidence, use of appropriate verbal discipline and perceptions of child interpersonal strengths in a Caucasian population sample [Doktorska disertacija, University of Akron]. OhioLINK Electronic Theses and Dissertations Center.
36. Salih, A. A. (2025). The power of metaphors in psychotherapy: Enhancing therapeutic communication, emotional expression, and transformative change. *International Journal of Humanities and Education Development*, 7(2). <https://doi.org/10.22161/jhed.7.2.9>

37. Sanders, M. R. (1999). Triple P–Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71–90. <https://doi.org/10.1023/A:1021843613840>
38. Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., Winter, C. C. in Patterson, G. R. (2014). Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. *Development and Psychopathology*, 26(4 Pt 1), 917–932. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000169>
39. Stott, R., Mansell, W., Salkovskis, P., Lavender, A. in Cartwright-Hatton, S. (2010). Oxford guide to metaphors in CBT: Building cognitive bridges. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199207497.001.0001>
40. Tay, D. (2016). Metaphor and psychological transference. *Journal of Psycholinguistic Research*, 45(1), 11–30. <https://doi.org/10.1080/10926488.2016.1116903>
41. Trentacosta, C. J. in Shaw, D. S. (2009). Emotional self-regulation, peer rejection, and antisocial behavior: Developmental associations from early childhood to early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(3), 356–365. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.12.016>
42. Turel, A. A., Gričar, N. in Černe, T. (2023). Mnenje staršev glede predelave senzoričnih prilivov pri otrocih z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti. *Revija za zdravstvene vede*, 10(2), 16–31. <https://doi.org/10.55707/jhs.v10i2.150>
43. Webster-Stratton, C. in Reid, M. J. (2018). The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. V J. R. Weisz in A. E. Kazdin (ur.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3. izd., str. 122–141). The Guilford Press.

Ocenjevanje varnosti domačega okolja starejših odraslih z ocenjevalnim orodjem HOME FAST

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v12i2.174>

Strokovni članek

UDK 614.821-053.9:643:365.6

KLJUČNE BESEDE: padci, domače okolje, preprečevanje padcev, starejši odrasli, ocenjevalno orodje

POVZETEK – V starajoči se družbi postaja reševanje izzivov starejših odraslih ključno za zagotavljanje njihove varnosti in kakovosti življenja. Padci v domačem okolju predstavljajo eno izmed največjih nevarnosti pri starejših odraslih, saj pogosto vodijo v izgubo samostojnosti. Študenti različnih strok so v okviru interdisciplinarnega raziskovalnega projekta z uporabo ocenjevalnega orodja Home FAST prepoznali dejavnike tveganja v domačem okolju starejših odraslih. Ocenili so 26 bivališč oseb, starejših od 65 let. Rezultati so pokazali, da so prisotne naslednje nevarnosti za padce zaradi drsečih površin (69 %), nepritrjenih preprog (50 %), pomanjkanja ročajev v kopalnici (65 %) in nevarnosti pri uporabi stopnic (42 %) ter kuhinjske opreme, ki je ne dosežejo (65 %). Številni domovi nimajo ustrezne osvetlitve (15 %) ali označenih robov stopnic (80 %), kar dodatno povečuje tveganje za padce. Ugotovitve poudarjajo pomen prilagoditev bivalnega okolja ter preventivnega delovanja. V pomoč starejšim odraslim in njihovim svojcem so študenti izdelali informativno brošuro s praktičnimi napotki glede zagotavljanja varnega domačega okolja.

Professional article

UDC 614.821-053.9:643:365.6

KEYWORDS: falls, home environment, fall prevention, older adults, assessment tool

ABSTRACT – In an ageing society, addressing the challenges of older adults is critical to ensuring their safety and quality of life. Falls in the home environment are one of the greatest risks for older adults and often lead to loss of independence. As part of an interdisciplinary research project, students from different disciplines used the Home FAST assessment tool to identify risk factors in the home environment of older adults. 26 homes of people aged 65 and over were assessed. The results showed that the most common hazards for falls were slippery surfaces (69%), loose carpets (50%), lack of grab bars in the bathroom (65%), and hazards when using stairs (42%) and kitchen appliances (65% cannot reach them). Many homes lacked adequate lighting (15%) or marked stair nosings (80%), further increasing the risk of falls. The results show how important it is to adapt the living environment and take preventative measures. To support older adults and their relatives, an information booklet was produced with practical instructions on how to create a safe living environment.

1 Uvod

Proces staranja vključuje spremembe, povezane s krhkostjo starejših odraslih. Krhkost je definirana kot stanje povečane ranljivosti zaradi zmanjšane fiziološke rezerve in sposobnosti prilagajanja na stresne dejavnike, kar vodi k večjemu tveganju za slabšanje zdravja, padce, invalidnost in prezgodnjo smrt (Fried idr., 2001; Gabrijelčič Blenkuš, 2017). Krhkost je lahko telesna (zmanjšana mišična moč, utrujenost, upada-

nje gibalnih sposobnosti, zmanjšanje gostote kosti itd.) ali psihosocialna (kognitivni upad, depresija, anksioznost, socialna izolacija itd.). Za ustrezno obravnavo starejših odraslih je potrebno poznavanje mehanizmov krhkosti in strokovno interdisciplinarno sodelovanje (Gabrijelčič Blenkuš, 2017). Številni starejši odrasli se srečujejo s starostjo povezano stigmo, ki se pokaže kot občutek odrinjenosti, pri čemer je komunikacija z bližnjimi ali strokovnjaki otežena ali celo prekinjena (Cukut Krilić, 2025). Pojem socialna izolacija obsega pomanjkanje količine socialnih odnosov z drugimi ljudmi, kar je razvidno iz velikosti socialne mreže, raznolikosti ali pogostosti stikov (Zadavec Šedivy idr., 2024). Socialne interakcije lahko pozitivno prispevajo k izboljšanju fizičnega zdravja, zmanjšujejo verjetnost za pojav tveganih vedenj ter zvišujejo raven psihološkega blagostanja (Püllüm in Akyıl, 2017; Zadavec Šedivy idr., 2024). Prav tako vključevanje v skupinske vadbene aktivnosti spodbuja občutek socialne povezanosti, saj zmanjšuje občutke osamljenosti in hkrati deluje blagodejno na posameznika (Meredith idr., 2023).

Ne glede na starost je izguba mišične mase primarna značilnost, ki je povezana z različnimi bolezenskimi stanji (Avers in Wrong, 2020). Zaradi tega je telesna dejavnost pri starejših odraslih ključnega pomena, saj izboljša kakovost življenja in ima ključno vlogo pri preventivi za številne kronične nenalezljive bolezni (Li idr., 2021). Telesna vadba je ekonomična in enostavna preventivna intervencija, ki se v praksi uporablja premalo (Izquierdo idr., 2021). Poleg telesne vadbe je možna intervencija, ki prav tako izboljša kakovost življenja, to je prilagoditev domačega okolja starejših odraslih.

Zaradi kombinacije telesnih sprememb, zmanjšane mobilnosti, morebitnih kognitivnih upadov ter različnih okoljskih dejavnikov se močno povečuje tveganje za padce. Padci so glavni vzrok smrti in hospitalizacij zaradi poškodb pri starejših odraslih (Avers in Wrong, 2020). Zaradi sprememb, ki spremljajo staranje, postane prilagoditev domačega okolja bistvenega pomena za ohranjanje varnosti, samostojnosti in kakovosti življenja starejših odraslih. Kot bo predstavljeno v nadaljevanju, lahko že preproste in ekonomsko dostope rešitve, ki so v praksi pogosto spregledane, bistveno prispevajo k izboljšanju varnosti v domačem okolju.

Tveganje za poškodbe pri starejših odraslih je visoko, kar lahko vodi do resnih posledic za zdravje in kakovost življenja. Da bi zmanjšali verjetnost padcev in izboljšali varnost bivalnega okolja, je bilo razvitih več oblik ocenjevanj (Novak idr., 2021). Eno izmed njih je Home Falls and Accidents Screening Tool (Home FAST) (Mackenzie idr., 2002). Ob upoštevanju navedenih dejavnikov postaja ocena varnosti domačega okolja starejših odraslih izjemnega pomena (Clemson idr., 2019).

Namen raziskave je bil s pomočjo vprašalnika Home FAST prepoznati tveganja za padce v domačem okolju starejših odraslih ter ovrednotiti, v kolikšni meri so njihovi domovi varni in ustrezno prilagojeni njihovim potrebam.

2 Metodologija

Cilj raziskave je bil preveriti varnost domačega okolja starejših odraslih v Sloveniji in glede na rezultate predlagati možne rešitve za večjo varnost. Raziskovalno vprašanje, ki je bilo zastavljeno, je bilo: »Kako varno je domače okolje starejših odraslih v Sloveniji?«

Izvedena je bila kvalitativna raziskava, kjer je bilo za ocenjevanje varnosti domačega okolja starejših odraslih uporabljeno standardizirano orodje Home FAST. Ocenjevanja so izvajali študenti v domačem okolju starejših oseb, tako v urbanih kot tudi v podeželskih naseljih po različnih regijah Slovenije.

HOME FAST je standardiziran ocenjevalni instrument, ki zajema različne vidike domačega okolja s 26 postavkami oz. vprašanji. Osredotoča se na osvetlitev, površine tal, razporeditev pohištva in uporabo pripomočkov za gibanje. Ocenjevanje je namenjeno zdravstvenim delavcem, ki z njegovo pomočjo lažje identificirajo možne nevarnosti, ki bi lahko prispevale k povečani verjetnosti za padec. Ocenjevalec z uporabnikom opravi intervju in hkrati opazuje okolje. V ocenjevalni list zapisuje odgovore, na katere odgovarja z DA, NE ali Ni prisotno (N/P). Pri odgovorih, kjer je obkrožen odgovor NE, mora obvezno zabeležiti komentar. Na podlagi teh ugotovitev ocenjevalec izoblikuje in priporoča možne intervencije.

Orodje se je uporabilo v okviru projekta »Problemsko učenje študentov v delovno okolje: gospodarstvo, negospodarstvo in neprofitni sektor v lokalnem/regionalnem okolju« (PUŠ v delovno okolje 2024–2027). V projektu je sodelovala interdisciplinarna skupina študentov s področij delovne terapije, fizioterapije, ortotike in protetike ter zakonskih in družinskih študij. Partner s področja gospodarstva je bilo podjetje SOČA Oprema, medicinski pripomočki, d. o. o. Vsi člani interdisciplinarnega tima so tesno sodelovali in pridobivali kompetence o medpoklicnem sodelovanju, spoznavali kompetence sodelujočih strok in iskali inovativne rešitve interdisciplinarne obravnave starejših odraslih. Z namenom razumevanja in poglobljanja znanja o dejavnikih, ki vplivajo na pogostost padcev in potrebo po prilagoditvah v domačem okolju, je ključno razumevanje značilnosti staranja in posebnosti starejših odraslih.

Ciljna populacija raziskave so bile osebe obeh spolov, starejše od 65 let, ki živijo v različnih regijah Slovenije – tako v urbanih kot tudi v podeželskih okoljih, v stanovanjih in samostojnih enotah. Vsak član raziskovalne skupine je ocenjevanje izvedel pri dveh starejših odraslih iz svojega okolja (npr. sorodniki, sosedi ipd.). Vzorčenje je temeljilo na razpoložljivosti anketirancev v neposrednem okolju sodelujočih. Tako je bilo v raziskavo vključenih 26 anketirancev, ki so v raziskavi sodelovali prostovoljno. Podatki so bili uporabljeni izključno v raziskovalne namene.

Zbiranje podatkov je potekalo v času izvajanja projekta, aprila 2025. Vprašalniki so bili najprej izpolnjeni ročno, nato pa preneseni v spletno orodje 1KA za nadaljnjo obdelavo.

Podatki so bili analizirani s pomočjo programa Microsoft Excel. Za vsako vprašanje je bil izračunan delež odgovorov da in ne, kar omogoča identifikacijo najpogostejših dejavnikov tveganja.

3 Rezultati

Kot je razvidno iz tabele 1, ima 50 % udeležencev hodnike in prehode brez preprog, tekačev ali drugih predmetov, ki bi lahko predstavljali tveganje za padec. V 85 % primerov so bila tla znotraj in zunaj bivališča v dobrem stanju. Kljub temu so bile notranje talne obloge pri 69 % udeležencev ocenjene kot drseče oziroma predstavljajo tveganje za zdrs. Prav tako 50 % udeležencev predpražnikov nima trdno pritrjenih na tla; ti so pogosto tanki in se lahko zavihajo. 76 % starejših odraslih se brez težav uleže v posteljo in vstane iz nje, medtem ko ima 46 % težave z vstajanjem iz naslanjača. Osvetlitev v notranjih prostorih ponoči ter zunanja osvetlitev sta pri 85 % udeležencev ustrezni, pri tem jih 92 % lahko luči prižge neposredno iz postelje. 81 % udeležencev uporablja stranišče varno in brez težav. 54 % starejših odraslih doma uporablja banjo, pri čemer jih 31 % poroča, da se kopa varno in brez težav. Tuš uporablja 65 % udeležencev, pri čemer velika večina to aktivnost izvaja varno. Kljub temu skoraj dve tretjini (65 %) vzorca nimata nameščenih ročajev ali držal v kopalnici, 52 % pa nima nedrsečih podlog. 84 % ima stranišče locirano v neposredni bližini spalnice. V kuhinji 65 % udeležencev za dostop do višje ali nižje nameščenih omaric potrebuje pručko ali se mora globoko skloniti. Le 4 % poročajo o težavah pri prenašanju hrane iz kuhinje v jedilnico. 50 % udeležencev ima v svojem domu notranje in/ali zunanje stopnišče, ob katerem je običajno nameščena ograja po celotni dolžini. 54 % udeležencev poroča, da lahko stopnice uporabljajo varno in brez težav, medtem ko jih 80 % nima označenega roba stopnic. 92 % udeležencev odpre vrata brez težav in varno. 73 % udeležencev ima obutev in copate udobne in primerne. 77 % starejših odraslih doma nima hišnega ljubljence.

Tabela 1

Rezultati ocenjevanj Home FAST/Assessment results Home FAST

<i>Vprašanja v ocenjevalnem orodju Home FAST</i>	<i>Odgovori</i>	<i>Komentarji v primeru odgovora NE</i>
Ali so hodniki/prehodi brez reb-rastih preprog/tekačev in drugih predmetov na tleh?	Da 50 % Ne 50 %	Na tleh so predmeti (3-krat). Prisoten je povišan prag (6-krat). Prisotne so preproge (5-krat).
Ali so talne površine v dobrem stanju?	Da 85 % Ne 15 %	Poškodovana tla (3-krat). Tla so neravna.
Ali so tla nedrseča?	Da 31 % Ne 69 %	Drseča tla v kuhinji (3-krat). Drseča tla v kopalnici (8-krat). Drseča tla drugje (10-krat).
Ali so predpražniki debeli in ali so pritrjeni na tla?	Da 27 % Ne 50 % N/P (ni predpražnikov) 23 %	Predpražniki niso pritrjeni na tla (10-krat). Predpražniki so tanki (3-krat).

Ali greste v posteljo in iz postelje brez težav in varno?	Da 76 % Ne 24 %	Težave zaradi osebnih dejavnikov (3-krat). Težave zaradi postelje (2-krat).
Ali brez težav vstanete iz svojega naslanjača?	Da 54 % Ne 46 %	Ni ročajev/niso ustrezni (2-krat). Naslanjač je prenizek (4-krat). Sedalna površina se preveč ugrezne (2-krat).
Ali dajejo vse luči dovolj svetlobe, da dobro vidite, ko ponoči vstanete?	Da 85 % Ne 15 %	Luč ni dovolj svetla. Luči ne prižigajo (2-krat).
Ali lahko z lahkoto prižgete luč iz postelje?	Da 92 % Ne 8 %	Ne, vendar imajo lahko dostopno dodatno luč.
Ali so zunanje poti, stopnice in vhod ponoči dobro osvetljeni?	Da 73 % Ne 23 % N/P (ni zunanjih stopnic, poti ali vhodov) 4 %	Slaba osvetlitev poti (5-krat). Slaba osvetlitev vhoda (4-krat).
Ali uporabljate stranišče brez težav in varno?	Da 81 % Ne 19 %	Neprimerni ročaji ali brez ročajev (4-krat). Prenizka školjka (2-krat).
Ali se kopate v banji in vanjo brez težav vstopate in izstopate?	Da 31 % Ne 23 % N/P (ni banje) 46 %	Neprimerni ročaji/ brez ročajev (2-krat). Pomaga jim negovalka (2-krat).
Ali uporabljate tuš in vanj vstopate brez težav in nevarnosti?	Da 65 % Ne 12 % N/P (ni tuša) 23 %	Pomaga jim negovalka.
Ali imate pritrjene ročaje v tušu ali poleg banje?	Da 35 % Ne 65 %	Niso prisotni (10-krat). Niso primerni (2-krat).
Ali imate v banji/kopalnici/tušu neдрseče podloge?	Da 48 % Ne 52 %	
Ali je stranišče v neposredni bližini spalnice?	Da 84 % Ne 16 %	
Ali lahko dosežete predmete v kuhinji, ne da stopate na stol/pručko in brez globokega pripogibanja?	Da 35 % Ne 65 %	Predmeti so previsoko (10-krat). Predmeti so prenizko (9-krat). Druga oseba jim poda predmet (2-krat).
Ali jedi brez težav prenesete iz kuhinje do jedilnega prostora?	Da 96 % Ne 4 %	
Ali imajo notranje stopnice dobro ograjo, ki se razteza po celi dolžini?	Da 76 % Ne 16 % N/P (ni stopnic) 8 %	Ograja ni dovolj trdna. Ograja ne poteka po celi dolžini.
Ali imajo zunanje stopnice močno ograjo, ki poteka po celi dolžini stopnic?	Da 50 % Ne 15 % N/P (ni stopnic) 35 %	Stopnice nimajo ograje (4-krat). Ograja ni dovolj trdna.
Ali greste brez težav in varno po stopnicah gor in dol, znotraj ali izven hiše?	Da 54 % Ne 42 % N/P (ni stopnic) 4 %	Težave zaradi osebnih dejavnikov (8-krat). Zelo strme stopnice (3-krat). Odsotnost ograje.
Ali so robovi stopnic (zunanjih in notranjih) označeni (in zato vidni)?	Da 16 % Ne 80 % N/P (ni stopnic) 4 %	
Ali vhodna vrata odpirate/zapirate brez težav in varno?	Da 92 % Ne 8 %	Težave zaradi osebnih dejavnikov. Pretežka vrata.

Ali so poti okoli hiše v dobrem stanju in brez ovir?	Da 69 % Ne 27 % N/P (ni vrta, poti ali dvorišča) 4 %	Neravna tla (4-krat). Prisotne so ovire (3-krat).
Ali skrbite, da je obutev – COPATI – dobra, udobna?	Da 73 % Ne 27 %	Copati ne nudijo opore (2-krat). Podplati so drseči (4-krat).
Ali skrbite, da je obutev – ČEVLJI – dobra, udobna?	Da 92 % Ne 8 %	Čevlji ne nudijo opore. Podplati so drseči.
Ali se hišni ljubljenci prosto sprehajajo v stanovanju?	Da 23 % Ne 4 % N/P (ni ljubljencev) 73 %	

Legenda/Legend: Home FAST – Home Falls and Accidents Screening Tool, x – število podanih komentarjev, N/P – ni prisotno/x – number of comments provided, N/P – none applicable.

4 Razprava

Dejavniki v fizičnem okolju so najpogostejši vzrok padcev pri starejših odraslih, saj povzročijo približno 30 do 50 % padcev (Rubenstein, 2006). Ugotovitve raziskave so primerljive z rezultati raziskave Rubenstein (2006), v kateri je avtor proučeval značilnosti domačega okolja, ki lahko prispevajo k povečanju tveganja za padce pri starejših odraslih. V obeh raziskavah so bile kot ključni dejavniki tveganja prepoznane nevarnosti, povezane s stopnicami, spolzkimi površinami, neoznačenimi robovi ter ohlapnimi preprogami. Preproge se lahko hitro zavihajo, kar lahko povzroči padec (Rubenstein, 2006), enako velja za predpražnike pri vhodu. Tla so bila pri večini sodelujočih v raziskavi v dobrem stanju, vendar večinoma drseča. V kopalnici večina starejših odraslih nima nameščenih držal ali ročajev, ki posamezniku lahko služijo kot dodatna varnost in opora. Prav tako večina nima ne drsečih podlog v kopalnici, kar je lahko vzrok za zdrs ali padec (Rubenstein, 2006). Tveganja se pojavijo tudi v kuhinji, saj večina starejših odraslih uporablja pručke ali se mora globoko prikloniti za doseganje predmetov in živil. Pručke so lahko zelo nestabilna podlaga, ki se hitro zaniha in je lahko zelo nevarna za padec (Rubenstein, 2006). Podobno je pri globokem počepanju, ki je za starejše odrasle nevarno, saj nimajo več primerne mišične moči in ravnotežja za varno izvajanje globokega počepa, zaradi česar lahko pride do padca ali udarca (Avers in Wrong, 2020). Tveganja za nezgode so tudi na stopniščih, kjer malo manj kot polovica sodelujočih navaja, da imajo težave z njihovo uporabo. Zaradi spremembe v višini stopnice te predstavljajo nevarnost za usoden padec, zato je zagotavljanje varnosti pri njihovi uporabi ključnega pomena. Prav tako velika večina nima označenega roba stopnic, kar predstavlja dodatno varnostno pomanjkljivost, saj bi lahko kontrastna označitev robov zmanjšala tveganje za spotike in padce ter s tem prispevala k večji varnosti uporabnikov (Rubenstein, 2006).

Rubenstein (2006) je poleg tega izpostavil še dodatne dejavnike tveganja, kot so pogoste prekinitve ali slaba namestitve ograj, neustrezna osvetlitev, neravne poti do vhodov ter ohlapne električne žice. Večina teh elementov je bila vključena tudi v našo oceno s pomočjo orodja Home FAST, pri čemer smo ugotovili, da pri večini udeleženi-

cev niso predstavljali pomembnih težav. Edina izjema so ohlapne električne žice, saj ocenjevalno orodje Home FAST ne vključuje vprašanja, ki bi se neposredno nanašalo na ta vidik domačega okolja. Poleg zunanjih dejavnikov so pri tveganju za padce pomembni tudi notranji dejavniki posameznika, kot sta njegova telesna pripravljenost in kognitivne sposobnosti (Rubenstein, 2006).

Ugotovitve raziskave so primerljive tudi z raziskavo Gonzalez idr. (2020), v kateri so proučevali povezavo med fizičnimi in socialnimi značilnostmi domačega okolja ter zmožnostjo opravljanja vsakodnevnih aktivnosti in kakovostjo življenja starejših odraslih v Španiji. Nevarnosti, ki so jih definirali avtorji, so bile stopnice brez ograj, spolzka tla, čezmerna količina pohištva, slaba razsvetljava, monotono okolje, neena- komerna tla, zavihane preproge in ostri robovi pohištva. Znova se večina ugotovljenih nevarnosti naše raziskave prekriva z ugotovitvami Gonzalez idr. (2020).

Raziskava je izpostavila tudi nekaj pozitivnih lastnosti domačega okolja starejših odraslih. Spalnice načeloma ne predstavljajo povečanega tveganja za padeč, saj večina starejših odraslih brez težav vstane iz postelje ali naslanjača oz. kavča ter iz dosegljive razdalje lahko upravlja stikalo za luč. Osvetlitev je večinoma ustrezna, kar omogoča varno gibanje tudi ponoči. V kopalnici se večina starejših odraslih umiva brez težav in varno ter uporablja stranišče. Kopalnica je pri večini v neposredni bližini spalnice, kar je pozitivno z vidika varnosti nočne uporabe stranišča. V kuhinji velika večina nima težav s prenašanjem hrane v jedilnico. Večinoma so stopnišča varna in imajo ograjo čez celotno dolžino stopnic. Prav tako so vhodna vrata v večini gospodinjstev dostopna in omogočajo neovirano uporabo.

Glavna in ključna rešitev, ki bi izboljšala omenjene pomanjkljivosti domačega okolja in izboljšala vsakodnevno funkcioniranje starejših odraslih, je informiranost o pomenu zdravja in dobrega počutja in možnih prilagoditvah domačega okolja. V okviru projekta so avtorji poleg raziskave pripravili še brošuro, ki obravnava glavne težave starejših odraslih ter ponuja napotke in rešitve tako za starejše odrasle kot za njihove svojce. V brošuri so predstavljene glavne prilagoditve domačega okolja, ki lahko izboljšajo njegovo varnost. V brošuri so na preprost način predstavljene zdravstvene stroke, na katere se lahko starejši odrasli in njihovi svojci obrnejo v primeru težav, in glavni kontaktni podatki, s katerimi lahko starejši odrasli in svojci dostopajo do zdravstvenih storitev in drugih oblik pomoči. Brošura je dostopna na spletu (https://www.zf.uni-lj.si/images/raziskovanje/SOS_pomocnik.pdf) in v poslovalnicah gospodarskega partnerja v projektu. Z namenom širjenja pridobljenih znanj in pomembnih informacij za oskrbovalce je pripravljena tudi objava v lokalnih časopisih v okoljih, kjer bivajo člani projekta.

Kljub svojim prednostim ima študija več omejitev. Vzorec je bil relativno majhen in je temeljil na priročnem vzorčenju, kar omejuje posplošljivost ugotovitev. Geografska porazdelitev udeležencev v celoti ne zajame raznolikosti življenjskih razmer po vsej Sloveniji. Poleg tega nekatere potencialne nevarnosti, kot so postavitve pohištva, razporeditev kablov in kontrast v vizualnem zaznavanju, niso bile ocenjene zaradi omejitev samega orodja Home FAST. Za nadaljnje raziskovanje se predlaga izbor večjega vzorca, saj bi lahko na ta način dodatno razlikovali med določenimi regijami

v Sloveniji, med obliko bivanja (samostojno bivanje, bivanje v skupnosti itd.) ali med obliko bivališča (samostojna hiša, večstanovanjska hiša, blok itd.) Z bolj zanesljivimi ugotovitvami bi te lahko posplošili na populacijo in ugotovitve za Slovenijo primerjali z drugimi državami.

5 Zaključek

V raziskavi je bilo s pomočjo ocenjevalnega orodja Home FAST ugotovljeno, da imajo starejši odrasli, ki bivajo v Sloveniji, v svojih domačih okoljih prisotnih kar nekaj nevarnosti, ki lahko povzročijo padce in poškodbe. To so nepritrjene preproge in drugi predmeti po hodnikih in prehodih ter predpražniki pri vhodu, drseča tla, pomanjkanje ročajev in držal, pomanjkanje neдрsečih podlog v kopalnici, uporaba pručke ali globokega priklona za doseganje predmetov v kuhinji in nevarna stopnišča. Pomembno je, da se starejši odrasli in njihovi svojci zavedajo omenjenih nevarnosti, saj jih lahko nato z enostavnimi intervencijami odstranijo. Pomembno je tudi, da različni strokovnjaki tako zdravstvenih kot drugih smeri tesno in učinkovito sodelujejo za kakovostno in varno bivanje starejših odraslih. Možna rešitev za povečanje varnosti v domačem okolju je večje ozaveščanje starejših odraslih o tveganjih in možnih rešitvah. Ozaveščanje in druge preventivne intervencije (kot npr. telesna vadba) so izjemnega pomena pri preprečevanju nezgod starejših odraslih v domačem okolju in so vedno boljša izbira kot kurativno zdravljenje.

Jan Strajnar, Žak Kreča, Filip Pretnar, Sara Drevenšek, Eva Logar, Dolores Sodja, Katarina Hekič

Assessing the Safety of Older Adults' Home Environments with the HOME FAST Assessment Tool

In contemporary ageing societies, ensuring the safety, autonomy, and overall well-being of older adults is an increasingly important public health concern. Among the most prevalent and dangerous risks associated with old age are falls in the home environment, which are known to cause serious injuries, prolonged hospitalisation, loss of independence, and mortality. Addressing these risks demands a multidisciplinary approach that combines clinical, environmental, and educational strategies. One of the most effective tools for identifying and addressing home-based hazards is the Home Falls and Accidents Screening Tool (Home FAST), which was central to this Slovenian study, carried out by an interdisciplinary team of students. The research, conducted under the framework of a problem-based learning project involving students from physiotherapy, occupational therapy, orthotics and prosthetics, and marital and family studies, focused on evaluating the home safety of older adults using the Home FAST tool. The goal was to identify the prevalence and types of environmental

risks present in Slovenian homes and propose practical, evidence-based measures to mitigate them.

The significance of these environmental risks is further compounded by the physiological and psychosocial characteristics of ageing. Ageing is accompanied by sarcopenia, decreased bone density, reduced balance and coordination, slower reflexes, and worsened proprioceptive function. Chronic diseases, including arthritis, diabetes, heart disease, and various neurological disorders, further amplify these weaknesses. Additionally, psychological and social aspects, such as depression, cognitive decline, fear of falling, and social isolation, amplify the likelihood of accidents. Many older individuals experience stigma related to ageing, which may discourage them from seeking assistance. The concept of frailty, defined as a state of increased vulnerability due to diminished physiological reserves, plays a crucial role in understanding the heightened fall risk, faced by this population. These insights highlight the need for a comprehensive, interdisciplinary approach to care.

Technological advancements also play an important role in supporting safe living for older adults. Wearable sensors that detect falls, voice-activated lighting, automated medication reminders, and smart-home devices are all valuable tools that, when appropriately designed and implemented, can enhance autonomy and safety of the user. However, these technologies must be user-friendly, intuitive, and adapted to the specific needs and preferences of older adults in order to be effective. As discussed below, simple and economically affordable solutions, which are often overlooked in practice, can already make a significant contribution to improving security in the home environment of older adults.

This study was notable for its integration of students from different disciplines, each bringing unique expertise to the assessment and intervention process. Physiotherapists contribute to fall prevention by addressing muscular strength, joint mobility, and postural stability. Occupational therapists evaluate and enhance daily functional activities while recommending environmental adaptations. Orthotists and prosthetists support physical functionality through the use of assistive devices. Meanwhile, professionals in marital and family studies address the emotional and psychological well-being of older adults, including issues like anxiety, depression, and the fear of falling. This collaborative approach not only improves outcomes, but also serves as a model for effective interprofessional communication and practice.

The research sample consisted of twenty-six older adults aged 65 and over, living in various urban and rural regions across Slovenia. Each student participant was tasked with assessing two home environments from their own social network, such as relatives or neighbours, thereby forming a convenience sample. Some students assessed more than two home environments. Data were collected during April 2025 through direct observation and structured interviews based on the Home FAST tool, which consists of a checklist of 26 items related to home safety. These items cover a broad range of potential hazards, including flooring conditions, lighting adequacy, stair safety, bathroom accessibility, kitchen ergonomics and many other. Observations

were documented initially on paper and subsequently digitised using the IKA online platform. The analysis was carried out in Microsoft Excel.

The findings revealed a significant number of risk factors in the domestic environments of older Slovenians. Slippery surfaces were among the most frequently identified issues, reported in 69 percent of homes, especially in kitchens and bathrooms. Loose carpets and unsecured doormats, which pose tripping hazards, were observed in 50 percent of the homes. Most of the bathrooms lacked basic safety features. Only 35 percent had grab handles and 52 percent were missing non-slip mats. Safety of the stairs was often compromised.

Merely 16 percent of staircases had marked edges to indicate step edges clearly and 42 percent of the participants reported difficulties navigating stairs due to factors such as steepness or lack of handrails. In kitchens, nearly two-thirds of the individuals needed to bend deeply or use stools to access higher or lower cabinets, both of which increase the risk of losing balance or falling.

While 76 percent of respondents had no trouble getting into or out of bed, 46 percent struggled to rise from armchairs due to low seat height or lack of support. Positively, most homes had adequate lighting at night, and 92 percent of participants could reach the light switch from the bed. Similarly, the majority of entrance doors were easy to open and deemed safe. 73 percent of individuals wore appropriate, non-slip footwear indoors.

These results align closely with the existing literature on the subject. According to Rubenstein (2006), between 30 and 50 percent of all falls among older adults are directly related to environmental factors, including slippery floors, poor lighting, lack of handrails, unsafe stairs, excessive amounts of furniture and sharp furniture edges. The findings of this study reinforce that assertion. The study of authors Gonzalez et al. (2020), whose research was carried out in Spain, also identified similar home hazards affecting the functional autonomy of older adults.

In light of the findings, the research team developed an educational booklet designed to inform older adults and their caregivers or family members about the most common hazards, and offer practical solutions. The booklet includes suggestions such as installing grab rails, using non-slip mats, securing loose carpets, improving lighting, and modifying storage arrangements in kitchens to avoid the need for dangerous reaching or bending. In addition, it provides contact information for the relevant health services. The materials are available both online and in physical form at partner distribution points, and are intended to raise awareness through local media and public health outreach.

Despite its strengths, the study has several limitations. The sample size was relatively small and based on convenience sampling, which limits the generalisability of the findings. The geographical distribution of participants, though spanning both urban and rural areas, does not fully capture the diversity of living conditions across Slovenia. Moreover, some potential hazards, such as furniture placement, cable arrangements and contrast in visual perception, were not assessed due to the limitations in

the Home FAST tool itself. Future research should use a larger, more representative sample and the inclusion of additional variables to capture a more comprehensive picture of home safety. Comparative studies across regions and housing types (e.g. apartments versus detached houses) could also offer more nuanced insights.

In conclusion, the study demonstrates that falls among older adults in domestic settings are both common and preventable. Environmental hazards, when identified through structured tools like Home FAST, can be mitigated with relatively simple interventions that substantially improve safety and quality of life. Promoting awareness, encouraging interdisciplinary collaboration, implementing supportive technologies, and reinforcing the importance of regular physical activity are all vital components of a successful fall-prevention strategy. The work of an interdisciplinary team of students in this study not only produced valuable findings, but also equipped future health professionals with practical skills and a collaborative mindset. All things considered, ensuring the safety and quality of life of older adults within their own homes is not merely a clinical challenge but a societal responsibility, requiring sustained awareness, resources, and empathy.

LITERATURA

1. Avers, D. in Wrong, R. A. (2020). Guccione's geriatric physical therapy (4. izd.). Elsevier Scopus.
2. Clemson, L., Kendig, H., Mackenzie, L. in Browning, C. (2019). HOME FAST assessment manual. University of Sydney.
3. Cukut Krilič, S. (2025). Duševno zdravje starejših in stigma. V A. Mezinec, M. Robnik Levart, O. Stanojevič Jerkovič in M. Gabrijelčič Blenkuš (ur.), Duševno zdravje in destigmatizacija starejših (str. 27–37). Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si/publikacije/dusevno-zdravje-in-destigmatizacija-starejsih/>
4. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J. in McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
5. Gabrijelčič Blenkuš, M. (2017). Krhkost. *Javno zdravje*, 1(1), 92–123. <https://doi.org/10.26318/JZ-01-11>
6. Gonzalez, E., Requena, C. in Álvarez-Merino, P. (2020). Single time-point study of the home environment and functionality of older adults in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8317. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228317>
7. Izquierdo, M., Merchant, R., Morley, J., Anker, S., Aprahamian, I., Arai, H., Aubertin-Leheudre, M., Bernabei, R., Cadore, E., Cesari, M., Chen, L., De Souto Barreto, P., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R., García-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L., Harridge, S., Kirk, B., ... Singh, M. F. (2021). International exercise recommendations in older adults (ICFSR): Expert consensus guidelines. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25(7), 824–853. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>
8. Li, F., Harmer, P., Voit, J. in Chou, L. (2021). Implementing an online virtual falls prevention intervention during a public health pandemic for older adults with mild cognitive impairment: A feasibility trial. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 973–983. <https://doi.org/10.2147/CIA.S306431>
9. Mackenzie, L., Byles, J. in Higginbotham, N. (2002). Designing the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): Selecting the items. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(6), 260–267. <https://doi.org/10.1177/030802260006300604>

10. Meredith, S. J., Cox, N. J., Ibrahim, K., Higson, J., McNiff, J., Mitchell, S., Rutherford, M., Wijayendran, A., Shenkin, S. D., Kilgour, A. H. M. in Lim, S. E. R. (2023). Factors that influence older adults' participation in physical activity: A systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 52(8). <https://doi.org/10.1093/ageing/afad145>
11. Novak, T., Kovačič, M. in Zupančič, R. (2021). Ocena tveganja za padce pri starejših odraslih: Pomen za varnost, zdravje in kakovost življenja. *Slovenski zbornik gerontologije*, 12(2), 87–96.
12. Püllüm, E. in Çevik Akyıl, R. (2017). Loneliness and social isolation among elderly people. *Meandros Medical and Dental Journal*, 18(3), 158–163. <https://doi.org/10.4274/meandros.32042>
13. Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: Epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35(2), ii37–ii41. WHO - global report on falls prevention in older age. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi084>
14. Zadavec Šedivy, N., Krohne, N., Capelli, M., De Leo, D. in Poštuvan, V. (2024). Spremembe v osamljenosti in duševnem zdravju starejših odraslih v času pandemije COVID-19 v primerjavi s predpandemičnim obdobjem, ter vloga uporabe novih tehnologij. *Psihološka obzorja*, 33, 130–141. <https://www.dlib.si/URN:NBN:SI:DOC-4I0M89X7>

Jan Strajnar, študent fizioterapije, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

E-naslov: IanStrajnar@gmail.com

Žak Kreča, študent fizioterapije, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

E-naslov: krecazak@gmail.com

Filip Pretnar, študent ortotike in protetike, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

E-naslov: filip.pretnar@gmail.com

Sara Drevenšek, študentka delovne terapije, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

E-naslov: sara.drevensek@gmail.com

Eva Logar, študentka delovne terapije, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

E-naslov: evalogar5@gmail.com

Dolores Sodja, študentka ortotike in protetike, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

E-naslov: dolores.sodja@gmail.com

Katarina Hekič, študentka zakonskih in družinskih študij, Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta

E-naslov: katarina.hekic@gmail.com

NAVODILA AVTORJEM

Revija za zdravstvene vede objavlja znanstvene, strokovne in druge prispevke. Kategorijo prispevka predlaga avtor, končno presojo pa na osnovi strokovnih recenzij opravi uredništvo oziroma odgovorni urednik. Članki, ki so objavljeni, so recenzirani z dvema zunanjima anonimnima recenzijama.

Avtorje prosimo, da pri pripravi znanstvenih in strokovnih člankov upoštevajo naslednja navodila:

1. Prispevke z vašimi podatki pošljite na elektronski naslov uredništva: urednistvo@jhs.si. Prispevek priložite v prilozki sporočila v MS Word in PDF obliki.
2. Prispevki lahko obsegajo do 30.000 znakov.
3. Vsak prispevek naj ima na posebnem listu naslovno stran, ki vsebuje ime in priimek avtorja, domači naslov, številko telefona, naslov članka, akademski in strokovni naslov, naslov ustanove, kjer je zaposlen in elektronski naslov. Če je avtorjev več, se navede zahtevane podatke za vsakega avtorja posebej. Prvi avtor, ki je publikacija v večji meri napisal, je med avtorji naveden na prvem mestu; vodilni avtor, ki je raziskavo zasnoval in vodil, je napisan na zadnjem mestu.
4. Znanstveni in strokovni prispevki morajo imeti povzetek v slovenskem (do 1.200 znakov s presledki) in v angleškem jeziku. Povzetek in ključne besede naj bodo napisani na začetku prispevka. Priložiti je treba tudi razširjeni povzetek (10.000 znakov s presledki) v angleškem jeziku.
5. Tabele in slike naj bodo vključene v besedilu tja, kamor sodijo. Slike naj bodo tudi priložene kot samostojne datoteke v ustreznem slikovnem (jpg, bmp) oziroma vektorskem (eps) zapisu.
6. Seznam literature uredite po abecednem redu avtorjev, skladno z APA 7 načinom citiranja, in sicer:
 - za knjige: priimek in ime avtorja, leto izdaje, naslov, založba. Primer: Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
 - za članke v revijah: priimek in ime avtorja, leto objave, naslov članka, naslov revije, letnik, številka, strani. Primer: Orel, R. (2010). Sindrom razdražljivega črevesa. *Medicinski razgledi*, 49(4), 479–486.
 - za članke v zbornikih: priimek in ime avtorja, leto objave, naslov članka, podatki o knjigi ali zborniku, strani. Primer: Robida, A. (2013). Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. V B. Filej (ur.), *Celostna obravnava pacienta* (str. 7–16). Fakulteta za zdravstvene vede.
 - za spletne reference je obvezno navajanje spletne strani z imenom dokumenta. Primer: Brcar, P. (2003). Kako poskrbeti za zdravje šolarjev. Inštitut za varovanje zdravja RS. <http://www.sigov.si/ivz/vsebine/zdravje.pdf>.
7. Vključevanje reference v tekst: Če gre za točno navedbo, napišemo v oklepaju priimek avtorja, leto izdaje in stran (Debevec, 2013, str. 15). Če pa gre za splošno navedbo, stran izpustimo (Debevec, 2013).

Dodatna navodila s primeri citiranja in navajanja literature ter virov so na spletni strani: https://uni-nm.si/knjiznica/citiranje_in_navajanje_virov/

Vsa dodatna pojasnila glede priprave in objave prispevkov, za katere menite, da niso zajeta v navodilih, dobite pri glavnem in odgovornem uredniku. Za splošnejše informacije in tehnično pomoč pri pripravi prispevka se lahko obrnete na uredništvo oziroma na naš elektronski naslov: urednistvo@jhs.si.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The Journal of Health Sciences publishes scientific and professional papers as well as other relevant papers. The category of the paper is proposed by the author, and the final assessment is based on peer review and made by the Editor-in-Chief. The published articles are peer-reviewed by two external anonymous reviews.

In the preparation of scientific and professional papers, please consider the following instructions:

1. Papers with your information and abstracts should be sent to e-mail address: editorial.office@jhs.si. The article should be attached to the e-mail in MS word and PDF format
2. Scientific papers may include up to 30,000 characters.
3. Each paper should have a separate sheet cover page that contains the name and surname of the author, home address, phone number, title of the article, academic and professional title, address of the institution where the author works and e-mail address. In the event that there are several authors, the Journal writes the required information for each author individually. The author that wrote most of the publication is listed among the authors in the first place; the lead author who designed and led the research is written in last place.
4. Scientific and professional papers should have an abstract in Slovene (up to 1,200 characters with spaces) and in English. The abstract and keywords should be written at the beginning of the paper. It should also be accompanied by an extended abstract (10,000 characters including spaces) in English.
5. Tables and figures should be appropriately included in the text where they belong. Images should also be attached as separate files in the corresponding image (jpg, bmp) or vector (eps) format.
6. The list of references should be arranged in alphabetical order of authors (APA 7 Style), as follows:
 - for books: surname and name of the author, publication year, title, publisher. Example: Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
 - for articles in journals: surname and name of the author, publication year, article title, journal title, volume, number, pages. Example: Orel, R. (2010). Sindrom razdražljivega črevesa. *Medicinski razgledi*, 49(4), 479–486.
 - for articles in proceedings: surname and name of the author, publication year, article title, information about the book or journal, pages. Example: Robida, A. (2013). Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. In B. Filej (ed.), *Celostna obravnava pacienta* (pp. 7–16). Fakulteta za zdravstvene vede.
 - for online references, it is compulsory to state the exact website along with the name of the document. Example: Brcar, P. (2003). How do the health of schoolchildren. Institute of Public Health. <http://www.sigov.si/ivz/vsebine/zdravje.pdf>.
7. The inclusion of references in the text: If it is a quotation, write the surname, publication year and page in brackets (Debevec, 2013, p. 15). If it is a citation, the page is omitted (Debevec, 2013).

Additional instructions for citing are available on: https://uni-nm.si/en/library/in_text_citations_and_references/. For any further clarification and information not covered in these instructions with regard to the preparation and publication of papers, please contact the Editor-in-Chief. For general information and technical assistance in preparing the paper, please contact the editorial office or send your questions to our e-mail address: editorial.office@jhs.si.