

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Andrej Bezjak

**KAKOVOST ŽIVLJENJA IN PREZENTIZEM
ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE**

diplomsko delo

**QUALITY OF LIFE AND PRESENTISM OF NURSING
STUDENTS**

diploma work

Mentorica: viš. pred. mag. Marija Milavec Kapun

Somentor: viš. pred. Ljubiša Pađen

Recenzentka: viš. pred. dr. Suzana Mlinar

Ljubljana, 2019

ZAHVALA

Najprej se zahvaljujem svojim mentorjema za vso izkazano potrpežljivost in nasvete ob pisanju tega diplomskega dela – brez njiju to delo ne bi oživel. Največja zahvala gre seveda mojima staršema, očetu Stanislavu in materi Darinki, ki me že vseskozi podpirata na moji življenjski poti. Zahvala gre tudi mojim bližnjim prijateljem, ki me še dandanes vztrajno potiskajo k izpolnjevanju zadanih ciljev, in ne nazadnje tudi neimenovani osebi, ki mi je pokazala, kaj je v življenju resnično pomembno. Hvala.

IZVLEČEK

Uvod: Prezentizem predstavlja dejanje, s katerim literatura na področjih medicine dela in organizacijskih ved najpogosteje označuje posameznikovo prisotnost na delovnem mestu kljub obolenju. To je pogost pojav tudi na področju zdravstvene nege. Posledice prezentizma so slabše zdravstveno stanje zaposlenih, upad produktivnosti in slabši rezultati delovnih organizacij. Poleg zdravstvenega stanja na pojavnost dejanja vplivajo številni drugi dejavniki, v večji meri povezani z delovnimi pogoji in osebnimi okoliščinami zaposlenih.

Namen: Z raziskovalnim delom ugotoviti, ali doživljanje kakovosti življenja študentov zdravstvene nege v izbrani izobraževalni instituciji vpliva na pojavnost prezentizma.

Metode dela: Z vprašalnikom razdeljenim med študente zdravstvene nege smo beležili njihovo subjektivno oceno kakovosti življenja (10-stopenjska Cantrilova lestvica) in prezentizma (SPS-6) ter z analizo podatkov s t-testom iskali razliko v prisotnosti prezentizma med skupinama z višjo in nižjo zaznano kakovostjo življenja. **Rezultati:** Bistvene razlike v stopnji prezentizma med skupinama z nižjo (20,6) in višjo zaznano kakovostjo življenja (22,7) nismo opazili. Statistično pomembnih razlik med skupinama nismo zaznali ($p = 0,11$), vrednost t-testa je znašala 0,29. **Razprava in zaključek:** V raziskavi smo pri večini zaznali zadovoljstvo z lastnim življenjem in odsotnost prezentizma. Vpliva doživljanja kakovosti življenja na pojavnost prezentizma nam ni uspelo potrditi. Oba koncepta imata velik vpliv na delovno in splošno življenjsko sliko, zato poudarjamo pomen nadaljnega raziskovanja kot temelja za uvajanje intervencij, s katerimi bi izboljšali kakovost življenja in posameznika opolnomočili za pravilno odločitev ob pojavu bolezni.

Ključne besede: zdravstveni prezentizem, z zdravjem povezana produktivnost, zadovoljstvo z življenjem, zdravstveno stanje, študenti

ABSTRACT

Introduction: Presenteeism is the act which literature in the fields of occupational medicine and organizational sciences most often defines as individual's presence at work despite illness. It's also common occurrence in nursing. The consequences of presenteeism are poor health of employees, decline in productivity and poor performance of work organizations. In addition to health status, many other factors related with working conditions and personal circumstances influence the incidence of the act. **Purpose:** Using research work to determine whether experiencing the quality of life of nursing students in a chosen educational institution influences the incidence of presentism. **Methods:** With questionnaire distributed among nursing students, we recorded their subjective quality of life assesment (10-point Cantril scale) and presenteeism (SPS-6) and by further analyzing data with t-test tried to found difference in levels of presenteeism beetwen groups with lower and higher perceived quality of life **Results:** No significant difference in degree of presentism was observed between groups with lower (20.6) and higher perceived quality of life (22.7). There were also no statistically significant differences between the groups ($p = 0.11$), the t-test value was (0.29). **Discussion and conclusion:** In our research participants indicated a good level quality of life and absence of presentism. We have failed to confirm if quality of life has any impact on incidence of presentism. Both concepts show great impact on the working and general life picture, therefore we emphasize the importance of further research as basis for introducing interventions to improve the quality of life and empower individuals to make the right decision when a disease occurs.

Keywords: sickness presentism, health-related productivity, life satisfaction, health status, students

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Prezentizem.....	2
1.2	Kakovost življenja	5
2	NAMEN	10
3	METODE DELA.....	11
4	REZULTATI	13
4.1	Kakovost življenja	13
4.2	Stopnja prezentizma.....	14
4.3	Samoocena kakovosti življenja in prezentizem	16
4.4	Preizkus domneve o razliki med aritmetičnima sredinama za neodvisna vzorca (t-test)	18
5	RAZPRAVA.....	19
6	ZAKLJUČEK.....	25
7	LITERATURA.....	26

KAZALO SLIK

Slika 1: Porazdelitev vzorca glede na oceno kakovosti življenja.....	13
--	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Različni zdravstveni problemi glede na lokacijo vaj.....	14
Tabela 2:Rezultati vprašalnika SPS-6	15
Tabela 3:Prikaz rezultatov SPS-6 med sodelujočimi z višjo oceno kakovosti življenja.....	16
Tabela 4:Prikaz rezultatov SPS-6 med sodelujočimi z nižjo oceno kakovosti življenja.....	17

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

SPS-6	Stanford presenteeism scale-6
QLI	Quality of Life Index
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

1 UVOD

Vse večje delovne zahteve, težje življenjske razmere, slabše psihofizično stanje in drugi dejavniki v sodobnem svetu vplivajo na delovno učinkovitost zaposlenega. Zmanjšanje slednje so raziskovalci na področjih medicine dela in organizacijskih ved skozi zgodovino pripisovali predvsem odsotnosti uslužbenca ali absentizmu (Schultz et al., 2009; Dew et al., 2005). V zadnjem času pa vse več pozornosti namenjajo pojavu, ko je delavec kljub obolenju prisoten na delu. Johns (2010) to dejanje definira kot prezentizem. Hansen in Andersen (2008) podajata tezo, da se je omenjen problem v preteklosti verjetno še pogosteje pojavljal, v okoljih, kjer ni bilo urejenega ustreznega bolniškega nadomestila, in v kulturah, kjer so globoko zakoreninjene delovne vrednote. V nasprotju s tem avtorja s svojimi ugotovitvami raziskave, narejene leta 2008 na Danskem, ugotavljata, da je kar 70 % sodelujočih od 12.000 zaposlenih navedlo, da so vsaj enkrat v letu odšli na delovno mesto kljub slabšemu zdravstvenemu stanju (Hansen, Andersen, 2008). Ta in številne druge raziskave nakazujejo razširjenost prezentizma in njegovih negativnih posledic tudi v današnjem delovnem okolju.

Zaskrbljujoča prevalenca prezentizma je raziskovalce s področij medicine dela in organizacijskih ved usmerila v iskanje dejavnikov, ki poleg vrste in napredovanja obolenja vplivajo na odločitev posameznika za odhod na delovno mesto. Dosedanje ugotovitve (Hansen, Andersen, 2008) kažejo, da je pojavnost problema povezana s politiko organizacij in samimi pogoji dela, osebnimi okoliščinami ter posameznikovim odnosom v zvezi z upravičenostjo do bolniškega staleža.

Kakovost življenja je pojem, ki označuje posameznikovo doživljanje v zvezi z izpolnitvijo njegovih potreb in pričakovanj ter vključuje posameznikovo zadovoljstvo oz. nezadovoljstvo z doživljanjem življenja na različnih življenjskih področjih (Costanza et al., 2006). Eno izmed pomembnejših področij kakovosti življenja predstavlja tudi materialno dobro počutje, v okvir katerega prištevamo tudi delo in delovno okolje posameznika (Schalock, 2004).

Prezentizem je svojo razširjenost pokazal tudi na področju zdravstvene nege, kjer zaposlene še posebno močno vežejo občutki poklicne identitete in predanosti pacientom v njihovi oskrbi (Deery et al., 2014; Aronsson et al., 2000). Raziskovanje pojava prezentizma med študenti zdravstvene nege dobi svoj pomen ravno v izbiri njihove nadaljnje karijerne poti, saj lahko s pravilno edukacijo in ustreznimi intervencijami zmanjšamo prisotnost prezentizma

ter preprečimo negativne posledice, kot so upad kakovosti delovnega življenja in produktivnosti (Letvak et al., 2012), povečana količina stresa in posledično izgorelost (Demerouti et al., 2009), izguba sočutja medicinskih sester in z njo povezani odhodi s področja zdravstvene nege (Kim et al., 2016) ter poslabšano zdravstveno stanje (Bergström et al., 2009). V širši sliki pa z izboljšanjem kakovosti življenja in zmanjšanjem pojava prezentizma pripomoremo tudi h kakovostnejši zdravstveni oskrbi in bolj varnemu delovnemu okolju (Meng et al., 2015; Demerouti et al., 2009; Schultz et al., 2009).

1.1 Prezentizem

Raziskave in objave na temo prezentizma so se zaradi zanimanja raziskovalcev v zadnjih desetletjih močno povečale in posledično vodile tudi v pojav različnih definicij, ki se razlikujejo predvsem glede področja in namena raziskovanja (Johns, 2010). Na področjih organizacijskih ved in medicine dela je prezentizem najpogosteje opredeljen kot prisotnost na delovnem mestu kljub obolenju, posledica katerega je zmanjšana produktivnost zaposlenega (Johns, 2010; Hansen, Andersen, 2008; Aronsson et al., 2000). Pojav prezentizma pa ni vezan samo na obolenje, temveč tudi na širok spekter dejavnikov delovnega okolja in osebnih okoliščin, ki imajo vpliv na zmanjšanje delovne produktivnosti (Rainbow, Steege, 2017; Johns, 2010). V našem delu smo se kot mnogi drugi avtorji (Bergström et al., 2009; Hansen, Andersen, 2008; Dew et al., 2005; Aronsson et al., 2000) osredotočili na zdravstveni prezentizem, torej na upad produktivnosti povezan s slabšim zdravstvenim stanjem. Ob tem Rainbow in Steege (2017) po pregledu literature s področja prezentizma ravno slabše zdravstveno stanje navajata kot glavni vzrok le-tega in ga prištevata v okvir vzrokov povezanih z osebnimi okoliščinami.

Že v starejši epidemiološki študiji s tega področja (Aronsson et al., 2000) ugotavljajo, da je kar tretjina vzorca od 3000 sodelujočih navedla, da so v roku enega leta vsaj 2-krat odšli na delovno mesto kljub slabšemu zdravstvenemu stanju. Velik porast pojava zdravstvenega prezentizma v primerjavi s prvo študijo pa sta avtorja (Aronsson, Gustafsson, 2005) potrdila tudi z raziskavo narejeno tri leta kasneje. Tudi ostale sodobnejše študije nakazujejo nadaljevanje tega trenda (Bergström et al., 2009; Hansen, Andersen, 2008).

Izgube organizacij povezane z boleznijo zaposlenega poleg zdravstvene in farmacevtske oskrbe pripisujemo tudi vidiku produktivnosti, ki se kaže z dejanji absentizma in

prezentizma (Schultz et al., 2009). Od naštetih naj bi skozi zgodovino ravno prezentizem kot manj opažen, a važen vidik, predstavljal levji delež izgub organizacij na tem področju (Schultz et al., 2009). V literaturi pogosto opazimo povezovanje in medsebojni vpliv prezentizma in absentizma, a ne gre spregledati svaril raziskovalcev v zvezi s pomenom nadaljnega raziskovanja te povezave (Deery et al., 2014; Hansen, Andersen, 2008; Johns, 2010). Stroga politika organizacij v zvezi s prisotnostjo na primer pogosto vpliva na odločitev bolnega posameznika za prisotnost na delu, torej za dejanje prezentizma, izpostavljanje kateremu v obratni smeri vodi v slabšanje zdravstvenega stanja in posledično daljšo bolniško odsotnost v prihodnosti (Deery et al., 2014; Bergström et al., 2009). Ta primer je skladen tudi z ugotovitvijo, da zaposleni izpostavljeni dejanju prezentizma navajajo več bolniške odsotnosti povezane s slabšim zdravjem (Aronsson et al., 2000). Nekateri raziskovalci pa poudarjajo, da so mnogi ukrepi organizacij povezani z absentizmom za delavca pogosto spodbujajoč faktor za dejanje prezentizma (Johns, 2010; Hansen, Andersen, 2008).

Za zaposlenega predstavlja prezentizem nevarnost za poslabšanje obstoječega zdravstvenega stanja, upada kakovosti delovnega življenja in vtisov nesposobnosti povezanih z zmanjšano produktivnostjo (Johns, 2010). Dejanje prezentizma predstavlja samostojen faktor za poslabšanje zdravstvenega stanja v prihodnosti (Bergström et al., 2009). Zaposleni, ki so pogosteje izpostavljeni omenjenemu problemu, so posledično bolj dovzetni za pojav obolenj, kot so depresija (Conway et al., 2014), izgorelost (Demerouti et al., 2009), kardiovaskularna obolenja (Kivimäki et al., 2005), ne nazadnje pa prezentizem vodi tudi v slabšanje težav povezanih z mišično-skeletnim sistemom in ostalimi kroničnimi nenalezljivimi obolenji (Hansen, Andersen, 2008). V okviru organizacij se posledice problema izrazijo z upadom produktivnosti, finančnimi izgubami ter na dolgi rok s slabšo zdravstveno sliko zaposlenih in daljšimi odsotnostmi z dela (Johns, 2010).

Za predstavo širine omenjenega problema velja omeniti tudi visoke finančne izgube povezane s prezentizmom; slednje po zbranih ocenah znašajo več milijard dolarjev (Letvak et al., 2012; Schultz et al., 2009). Podatek je še toliko bolj šokanten zaradi dejstva, da je bila raziskava (Letvak et al., 2012) narejena na področju zdravstvene nege.

Odločitev posameznika za dejanje zdravstvenega prezentizma v prvi meri zavisi od vrste obolenja in vpliva slednjega na delo, ki ga oseba opravlja (Johns, 2010; Demerouti et al., 2009). Običajno so akutna obolenja, kot so viroze in prehladi, pogostejši vzrok

posameznikove odsotnosti z dela, medtem ko je nekdo s kroničnim obolenjem, kot sta sladkorna bolezen in artritis, vseeno prisoten na delu, a tudi slednje je odvisno od tega, v kolikšni meri bolezenski simptomi posameznika ovirajo pri opravljanju delovnih nalog (Johns, 2010; Schultz et al., 2009). Najpogostejša bolezenska stanja, s katerimi so zaposleni vseeno prisotni na delovnem mestu, predstavljajo mišično-skeletna obolenja, bolečine v spodnjem delu križa, okužbe zgornjih dihal, depresija in izgorelost (Martinez, Ferreira, 2012; Aronsson et al., 2000).

Poleg obolenja pa na pojav zdravstvenega prezentizma vplivajo tudi številni drugi dejavniki, ki s svojimi značilnostmi v določeni meri vplivajo na odločitev posameznika za prisotnost na delu kljub slabšemu zdravstvenemu stanju (Johns, 2010). Te dejavnike vpliva razvrstimo v dve skupini: tiste povezane s kontekstom službe, med katere štejemo vse večje delovne zahteve, občutek poklicne pripadnosti, pomanjkanje ustreznega kadra in resursov, časovne stiske, zaposlitveno razmerje, urejenost bolniškega nadomestila, pravičnost in strogost politike organizacij v zvezi s prisotnostjo in mnoge druge, ter druge dejavnike, ki se nanašajo predvsem na razmere izven službenega okolja, kot so osebne okoliščine zaposlenega – te vključujejo finančno stanje, družinsko življenje, vrednote posameznika, osebne značilnosti, mednje pa prištevamo tudi posameznikovo doživljanje kakovosti lastnega življenja (Deery et al., 2014; Johns, 2010; Hansen, Andersen, 2008).

Precejšnje razširjenost prezentizma na področju zdravstvene nege potrjujejo številne raziskave (Letvak et al., 2012; Demerouti et al., 2009; Aronsson et al., 2000). Zaposleni so prezentizmu še v večji meri izpostavljeni zaradi dejavnikov, kot so večja količina stresa povezanega z delom na tem področju, kadrovska podhranjenost, pritiski s strani sodelavcev oziroma nadrejenih, močan občutek profesionalne identitete, predanost pacientom v njihovi oskrbi ter močan timski duh, ki je pogosto značilen za zaposlene v zdravstveni oskrbi (Kim et al., 2016; Meng et al., 2015; Johns, 2010; Aronsson et al., 2000). Prezentizem na področju zdravstvene nege povzroča tudi precejšnjo škodo, saj poleg negativnega vpliva na zdravje medicinskih sester in njihovo produktivnost predstavlja tudi vzrok povečanih stroškov zdravljenja, slabše kakovosti zdravstvene oskrbe, botruje večji količini napak pri dajanju zdravil, povečanemu številu padcev pacientov, prenosom okužb na ranljive paciente in slabšim zdravstvenim izidom, ki lahko v najslabšem primeru vodijo v pacientovo smrt (Dhaini et al., 2016; Kobayashi et al., 2016; Letvak et al., 2012; Lavela et al., 2007).

V povečanem poudarku na zdravju medicinskih sester in problemu prezentizma leži ključ za izboljšanje produktivnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe (Letvak et al., 2012).

Raziskovanju prezentizma med študentsko populacijo ni posvečeno veliko pozornosti (Matushta et al., 2011). Avtor je potrdil prisotnost prezentizma in njegovega škodljivega vpliva na akademsko uspešnost med študenti štirih nacionalnih univerz na Japonskem. Sodelujoči v tej raziskavi so sicer kot najpogostejše vzroke za dejanje zdravstvenega prezentizma poročali prisotnost alergij, bolečin v vratu in hrbtu, težave s menstrualnim ciklom, migrene, bolečine v trebuhu ter depresijo in druge emocionalne težave. Prisotnost prezentizma je odkril tudi raziskovalec Kaldijan s sodelavci (2019), ki je v večini vključevala študente medicine. Ti so poleg obolenja povezanega s simptomi gripe, kot morebiten razlog za prisotnost poročali tudi strah pred slabšo oceno svojega dela s strani pedagoških delavcev in kasnejšo obremenitvijo povezano s potrebnim nadomeščanjem kliničnega usposabljanja.

1.2 Kakovost življenja

Kakovost življenja ali zadovoljstvo z življenjem predstavlja pomemben in izjemno obsežen cilj celotne družbe, a ravno zaradi same širine koncepta, številnih dejavnikov in področij, ki jih vključuje, še danes nimamo enotne definicije zanjo (Costanza et al., 2006; Felce, Perry, 1995). Felce in Perry (1995) definirata kakovost življenja kot splošno oceno dobrega počutja, ki ga sestavljajo objektivni pogoji in subjektivna ocena različnih področij življenja v povezavi z vrednotnim sistemom posameznika. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) pa kakovost življenja definira takole: »Kakovost življenja predstavlja posameznikovo dožemanje lastnega položaja v okviru kulturnih značilnosti in sistema vrednot povezanih z lastnimi cilji, pričakovanji, standardi in skrbmi.« (WHO – World Health Organization, n. d.). Ferransu in Powersu (1992) kakovost življenja predstavlja posameznikovo zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo z življenjskimi področji, ki so mu pomembna. Zadnja definicija gleda kakovost življenja predvsem s subjektivnega vidika, saj izraža človekov pogled na situacijo in ne na dane objektivne pogoje (Rannestad, Rustøen, 2014), temu pogledu se nadalje posvetimo tudi v tem delu.

Kakovost življenja je širok pojem, sestavljen iz objektivnih pogojev, v katerih posameznik živi, mednje sodijo služba, materialno stanje, družba, v kateri se zadržuje itd., ter subjektivnega dela, ki predstavlja njegovo doživljanje le-teh skozi prizmo osebnostnih

značilnosti in njegovih vrednot (Avsec Arnuš, 2016; Costanza et al., 2006). Najbolj celostno sliko kakovosti življenja naj bi dobili z vključevanjem objektivnih pogojev in subjektivnih občutkov posameznika v zvezi z njegovim življenjem (Costanza et al., 2006). Nekateri raziskovalci, kot Schalock in sodelavci (2002), poudarjajo, da so ravno občutki v zvezi z lastnim življenjem tisti, ki imajo primaren vpliv v konceptu kakovosti življenja. Avsec Arnuš (2016) piše, da posameznik s subjektivno oceno kakovosti lastnega življenja poda svoje doživljanje v zvezi s slednjim z vidika lastnih pogojev ne glede na poglede o visoki kakovosti življenja v kulturnem in vrednotnem sistemu, v katerem živi. S subjektivnim poročanjem kakovosti življenja pa v primerjavi z objektivnim dobimo bistveno boljši vpogled, katero področje kakovosti je za posameznika bolj pomembno v celostni sliki (Costanza et al., 2006).

Enega izmed bolj uporabljenih inštrumentov na področju meritev kakovosti življenja predstavlja QLI – Quality of Life Index, razvit leta 1985 s strani raziskovalcev Ferransa in Powersa na podlagi njune definicije o kakovosti življenja (Rannestad, Rustøen, 2014; Ferrans, Powers, 1992). Skozi svojo uporabo je QLI dokazal zadovoljive psihometrične značilnosti – zanesljivost, občutljivost in veljavnost (Rannestad, Rustøen, 2014). Inštrument v prvem delu meri posameznikovo zadovoljstvo z različnimi področji življenja, z drugim delom pa se usmeri v meritev pomena posameznih področij za posameznika (Rannestad, Rustøen, 2014; Ferrans, Powers, 1992). Usmerjen je v meritev štirih področij kakovosti življenja posameznika: zdravje in funkcioniranje, socialno-ekonomsko, psihološko-spiritualno in družinsko področje (Rannestad, Rustøen, 2014).

Oceno kakovosti življenja sestavljajo področja fizičnega, materialnega, socialnega in čustvenega dobrega počutja ter osebnega razvoja in aktivnosti (Felce, Perry, 1995). Nadalje nekateri raziskovalci, kot je Schalock (2004), splošno oceno kakovosti življenja razdelijo na večje število področij, kot so: medosebni odnosi, socialna vključenost, osebnostni razvoj, samostojno odločanje, čustvena blaginja, fizično dobro počutje, materialna blaginja in pravice posameznika. Ob tej razdelitvi Schalock (2004) poda tudi kazalnike posameznega področja. Pri samem konceptu kakovosti življenja moramo vzeti v obzir medsebojno delovanje vseh področij in dejstvo, da ravno posameznikov pogled na življenje skozi prizmo vrednotnega sistema in izkušenj vpliva na to, kateremu področju ta v celostni sliki daje večji pomen (Costanza et al., 2006; Schalock, 2004).

V Sloveniji je sicer splošno zaznana kakovost življenja po Eurostatu – European Statistical Office (n. d.) sledeča: največji delež sodelujočih je navajal povprečno zadovoljstvo s

kakovostjo življenja (57,7 %), drugi delež so predstavljali tisti z visoko kakovostjo življenja (26,6 %), najmanjši delež pa so predstavljali tisti z nizko kakovostjo življenja (17,7 %). Tudi zaznana kakovost zadovoljstva z delovnim življenjem po Eurostatu – European Statistical Office (n. d.) je sledila približno istemu vzorcu: povprečno zadovoljstvo z delom je navajalo 51,1 %, visoko 29,1 % in nizko kakovost zadovoljstva z delovnim življenjem 19,3 % sodelujočih.

V eno izmed pomembnejših področij kakovosti življenja spada tudi materialna blaginja, kamor Schalock (2004) s kazalniki prišteva finančni status, zaposlitev, delovno razmerje in delovno okolje posameznika. Delo je kraj, kjer kot ljudje preživimo precej svojega časa, zato ne presenečajo rezultati raziskav povezani s kakovostjo življenja v Evropski uniji, ki nakazujejo, da sta poleg zdravja ravno delo in zadovoljstvo z njim pokazala največji vpliv na občutke povezane z lastnim življenjem (Eurofound, 2016).

Raziskovanje kakovosti življenja ima poseben pomen tudi med medicinskimi sestram saj predstavljajo večji del zaposlenih v zdravstveni oskrbi. Wang in sodelavci (2019) na začetku svojega dela navajajo zaskrbljujoče podatke o pomankanju kadra na področja zdravstvene nege v svetovnem merilu in opozarja na množične odhode medicinskih sester. Kot rešitev ponuja izboljšanje kakovosti delovnega življenja te populacije. V svoji raziskavi ugotavlja, da medicinske sestre s simptomi izgorelosti navajajo tudi nizko stopnjo zadovoljstva s kakovostjo delovnega življenja. Predvsem večja količina delovne obremenitve in višje ravni stresa vodijo v spremembe obnašanja medicinskih sester, kar se kaže s slabšim zadovoljstvom z delovnim življenjem, zmanjšano produktivnostjo, negativnimi spremembami na kognitivnem področju ter posledičnim odhodom z področja zdravstvene nege (Abassi et al., 2019). Večina zaznanih raziskav s področja zdravstvene nege se tako nanaša na kakovost delovnega življenja, ki jo raziskovalci pogosto navajajo kot pomemben del splošne slike kakovosti življenja in poudarjajo medsebojni vpliv obeh (Marć et al., 2018, Güler et al., 2003). Na kakovost delovnega življenja medicinskih sester kot pomembne komponente koncepta kakovosti življenja vplivajo predvsem sledeči dejavniki (Abassi et al., 2019): finančne nagrade, delovne ugodnosti, status zaposlitvenega razmerja, urejeni delovni pogoji, možnost profesionalnega razvoja, vpliv na odločitve pri delu v organizacijah ter dobri odnosi med zaposlenimi. Kakovost delovnega življenja tako ni povezana samo z delom, temveč vpliva tudi na občutke osebne sreče, socialno življenje, rekreacijske aktivnosti ter finančni status (Wang et al., 2019). Višjo kakovost življenja med medicinskimi

sestrami so v (Güler et al., 2003) povezovali s večjo starostjo, stopnjo izobrazbe, finančnim stanjem ter dolžino delovnega staža. Medicinske sestre z večjim zadovoljstvom s svojim življenjem so v večji meri pripravljene opravljati medicinsko-tehnične posege (Marć et al., 2018). Zaznana kakovost življenja med populacijo medicinskih sester je v večini precej povprečna, v nekaterih raziskavah ugotavljajo celo precej slabše zadovoljstvo s kakovostjo lastnega življenja (Yusefi et al., 2019; Marć et al., 2018, Meng, 2015, Güler et al., 2003). Ob slabih rezultatih pa raziskovalci poudarjajo pomen koncepta kot morebitnega faktorja za izboljšanje psihičnega in fizičnega zdravja, dobrih občutkov povezanih z delom in motivacijo za posledično izboljšanje kakovosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe (Yusefi et al., 2019; Marć et al., 2018, Meng, 2015, Güler et al., 2003).

Koncept kakovosti življenja ima velik pomen tudi med študenti zdravstvene nege, saj slednji ob vitalnem pomankanju kadra na tem področju predstavljajo glavni vir novih medicinskih sester (Cruz et al., 2018; Labreaugue et al., 2017; Chu et al., 2015; Yildirim et al., 2013). Proces izobraževanja študentov zdravstvene nege je obdobje sprememb, pričakovanj in pridobivanja izkušenj, ki vplivajo na nadaljnjo karierno pot na katero lahko pozitivno vplivamo z izboljšanjem kakovosti življenja (Cruz et al., 2018; Labreaugue et al., 2017; Chu et al., 2015). Številni stresni dejavniki obširnega študijskega procesa vplivajo na znižano kakovost življenja študentov in lahko posledično vodijo v odhod s področja zdravstvene nege (Labreaugue et al., 2017, Chu et al., 2015). Ti dejavniki so (Cruz et al., 2018; Labreaugue et al., 2017; Chu et al., 2015; Yildirim et al., 2013): širok obseg akademskega dela in večje število kontaktnih ur v kliničnem okolju, delo s pacienti, strah in pomanjkanje kompetenc za delo v kliničnem okolju ter negativnimi odnosi s kliničnim osebjem ter mentorji. V tem obdobju na življenje študentov zdravstvene nege vplivajo tudi določeni dejavniki osebnega okolja povezani z večjo stopnjo samostojnosti (Cruz et al., 2018; Yildirim et al., 2013). Obseg študijskega procesa lahko vpliva na življenjski slog študentov, slednje se lahko kaže z pomankanjem prostega časa, manjšo količino spanja ter pomankanjem fizične aktivnosti, kar vodi v zmanjšano zadovoljstvo s kakovostjo lastnega življenja (Cruz et al., 2018; Yildirim et al., 2013). Stres med študenti zdravstvene nege je razširjen pojav, ki ob neprimerni obravnavi vodi v obširno paleto zdravstvenih težav na fizičnem ter psiho-socialnem področju (Labreaugue et al., 2017). Med vzorcem 396 študentov zdravstvene nege jih je kar 64,6%, poročalo o negativnem vplivu obširnega študijskega programa na njihovo kakovost življenja (Yildirim et al., 2013). Populacija študentov zdravstvene nege v najdenih raziskavah poroča o povprečnem zadovoljstvu s kakovostjo lastnega življenja (Cruz et al., 2018; Labreaugue et

al., 2017; Yildirim et al., 2013). Kakovost življenja in zadovoljstvo z delom bi morala biti med študenti zdravstvene nege visoka, saj delujejo na področju tesno povezanim z zdravjem (Yildirim et al., 2013).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je predstaviti fenomen prezentizma med študenti zdravstvene nege in vpliv subjektivne ocene kakovosti življenja kot potencialnega dejavnika za pojav prezentizma.

V empiričnem delu smo želeli odgovoriti na raziskovalno vprašanje, in sicer:

Kako je subjektivna ocena kakovosti življenja študentov smeri zdravstvena nega povezana s pojavom prezentizma med izvajanjem vaj v kabinetu in med kliničnim delom študijskih obveznosti?

3 METODE DELA

Raziskava temelji na kvantitativni paradigmi, in sicer je bila uporabljena opisna eksplorativna metodologija raziskovanja. Opravljena je bila presečna študija.

V raziskavo so bili vključeni študenti vseh letnikov programa zdravstvena nega na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani v študijskem letu 2016/2017, ki so morali biti v okviru študijskih aktivnosti 100 % udeleženi na vajah v kabinetu in kliničnem okolju. Med populacijo študentov zdravstvene nege sta v preteklosti prisotnost prezentizma ugotovila že Pađen in Milavec Kapun (2015). Študenti 2. in 3. letnikov v okviru izobraževanja delujejo na področju zdravstvene nege v kliničnem okolju, kjer je delovna populacija pogosteje izpostavljena visokim delovnim zahtevam in stresnim situacijam (Demerouti et al., 2009; Aronsson et al., 2000).

Zbiranje podatkov za študijo je potekalo s strukturiranim, anonimnim vprašalnikom. Uporabljen vprašalnik je bil del večje študije namenjene merjenju različnih vidikov osebnosti in duševnega zdravja. Za namen naše raziskave smo uporabili prvi del, ki je vključeval vprašanja zaprtega tipa, s katerimi smo pridobili socialno-demografske značilnosti udeležencev (spol, starost, način študija). Drugi uporabljeni del nam je podal odgovor na vprašanje o subjektivni oceni kakovosti življenja, za merjenje katere smo uporabili 10-stopenjsko Cantrilovo lestvico, slednjo še dandanes zaradi njene zanesljivosti pri merjenju občutkov z lastnim življenjem uporabljajo številne raziskave na tem področju (OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013; Szkultecka-Dębek et al., 2018; Gallup, n. d.). Na lestvici ocene z naraščanjem izražajo vse boljše kakovost življenja, tako ocene od »1–6 predstavljajo nizko zadovoljstvo z lastnim življenjem«, »oceni 7 in 8 predstavljata povprečno zadovoljstvo z življenjem« ter »oceni 9 in 10 predstavljata visoko zadovoljstvo s kakovostjo lastnega življenja«. Za kasnejšo analizo podatkov smo na podlagi literature postavili oceno 7 kot »točko odseka (cut-off point)«. Po Gallupu (n. d.) slednja kot prva poda pozitiven pogled na trenutno življenjsko situacijo, vse ocene nad to točko so povezane z bolj pozitivnim pogledom na prihodnost, z manj zdravstvenimi težavami, manjšo količino negativnih emocij ter večjim zadovoljstvom in veseljem v življenju. Vse ocene pod določeno točko so povezane z večjo količino negativnih emocij, nezdravim življenjskim slogom, neizpolnitvijo osnovnih življenjskih pogojev in večjo izpostavljenostjo obolenjem. Zadnji del, ki smo ga za potrebe naše raziskave izvzeli iz širše študije, je predstavljal vprašalnik Stanford presenteeism scale (SPS-6), s katerim smo

merili povezanost zdravja in produktivnosti ter s tem pridobili stopnjo prezentizma med sodelujočimi (Koopman et al., 2002). Za namen naše raziskave smo z dovoljenjem avtorjev uporabili verzijo vprašalnika SPS-6, ki sta ga za namen svoje raziskave sistematično prevedla in odgovore ustrezno priredila za rabo med študenti zdravstvene nege Pađen in Milavec Kapun (2015). Uvodni del vprašalnika s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice sodelujoče sprašuje po fizičnih in psihosocialnih problemih zaznanih tekom vaj v kabinetu in kliničnem okolju. Nadalje so z inštrumentom SPS-6 udeleženci s pomočjo 5-stopenjske lestvice odgovarjali na vprašanja, v kolikšni meri je zaznana zdravstvena težava vplivala na njihovo študijsko produktivnost v zgoraj omenjenih okoljih. Pri vprašanjih 2, 5 in 6 je odgovor »Sploh se ne strinjam« pomenil 1 točko in odgovor »Popolnoma se strinjam« 5 točk, medtem ko je pri vprašanjih 1, 3 in 4 odgovor »Sploh se ne strinjam« pomenil 5 točk in odgovor »Popolnoma se strinjam« 1 točko. Vsota vseh odgovorov je lahko znašala med 6 in 30 točk, mejno vrednost, ki nam nakazuje prisotnost prezentizma med študenti, smo na podlagi že uspešno izvedene raziskave (Pađen, Milavec Kapun, 2015) postavili pri 18 točkah. Večja vrednost izračuna je tako pomenila večjo produktivnost in s tem manjšo stopnjo prezentizma.

Anketni vprašalnik je bil med študente razdeljen v papirni obliki v časovnem obdobju od leta 2016 do leta 2017. Sodelujoči so bili seznanjeni s samim namenom, prostovoljnostjo in anonimnostjo izpolnjevanja vprašalnika.

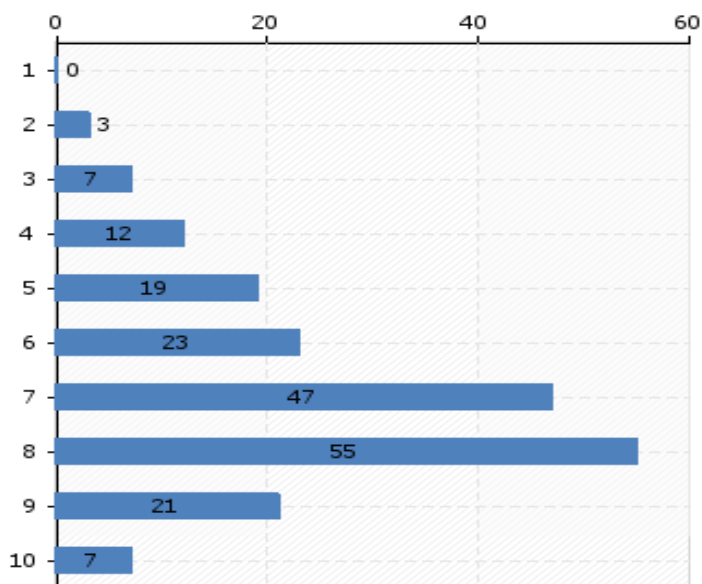
Z anketo pridobljene odgovore smo z namenom zbiranja, vnosa in analize podatkov prenesli v odprtokodno aplikacijo za spletno anketiranje EnKlikAnketa (1KA). S tem smo zmanjšali tveganje za pristranost pri vnosu podatkov in omogočili analizo pridobljenih podatkov. Rezultate smo prikazali s frekvencami, povprečjem in standardnim odklonom. Za nadaljnjo analizo smo pridobljene podatke statistično obdelali v programu SPSS-Statistical Package for the Social Sciences, verzija 21.0. S tem smo pridobili rezultate t-testa s katerim smo ugotavljali razlike v prisotnosti prezentizma med skupinama z višjo ter nižjo zaznano kakovostjo življenja.

4 REZULTATI

V rezultate so vključeni vprašalniki, v katerih so študenti, ki so bili udeleženci vaj v izobraževalnem programu zdravstvena nega v študijskem letu 2016/2017, odgovorili na vsa vprašanja (n = 194). Povprečna starost anketirancev je znašala 26,7 let. Večina sodelujočih je obiskovala 2. letnik (48 %, n = 94) in 3. letnik (49 %, n = 95) ter redno obliko študija zdravstvene nege (64 %, n = 124). Glede na spol je bila porazdelitev neenakomerna, saj so večino vzorca predstavljale ženske (84 %, n = 162), medtem ko so moški predstavljali preostali del (16 %, n = 32).

4.1 Kakovost življenja

Rezultate odgovorov na 10-stopenjski lestvici, s katero smo zbrali subjektivno oceno kakovosti lastnega življenja, prikazuje graf na Sliki 1. Večina sodelujočih v vzorcu, natančneje 67 % (n = 130) študentov zdravstvene nege, je slednjo označila z oceno 7 ali višje, kar je predstavljalo zadovoljstvo s kakovostjo lastnega življenja. Nezadovoljstvo s kakovostjo lastnega življenja z oceno 6 ali nižje pa je izrazilo 33 % anketirancev (n = 64). Povprečna ocena kakovosti življenja vzorca je na podlagi podatkov znašala 6,9 (n = 194).



Slika 1: Porazdelitev vzorca glede na oceno kakovosti življenja

4.2 Stopnja prezentizma

V vprašalniku povzetem po Pađen in Milavec Kapun (2015) smo kot uvod v raziskovanje prezentizma od študentov zdravstvene nege pridobili podatke o vrsti zdravstvenih težav, s katerimi se najpogosteje soočajo tekom vaj v kabinetu in kliničnem okolju. V obeh okoljih, kjer se izvajajo vaje, je bilo med študenti zaznanih malo fizičnih težav; v kabinetu le 12 % (n = 22) in v kliničnem okolju 20 % (n = 38). Večje število študentov je navedlo prisotnost psihosocialnih problemov na obeh lokacijah. Največ psihosocialnih težav smo tako zabeležili v okviru kliničnih vaj, in sicer je težave navajalo 29 % študentov (n = 57). Del anketiranih se je na 5-stopenjski lestvici opredelil z odgovorom »Niti-niti«, ki ne nakazuje niti prisotnosti niti odsotnosti težav ter je glede na lokacijo in vrsto težav, s katerimi se soočajo študenti tekom vaj, variiral med 17 % (n = 23) in 28 % (n = 53). Problemi* zaznani s tem vprašanjem se nanašajo na nadaljnja vprašanja inštrumenta SPS-6 in predstavljajo primaren vzrok za pojav prezentizma in upad produktivnosti med raziskovano populacijo.

Tabela 1: Različni zdravstveni problemi glede na lokacijo vaj

Problemi	Lokacija	Sploh ne velja	Ne velja	Niti-niti	Velja	Povsem velja	n	\bar{x}	σ
Fizični	Kabinet	93 48 %	42 22 %	35 18 %	15 8 %	7 4 %	192 100 %	2,0	1,1
	Klinika	84 44 %	36 19 %	33 17 %	23 12 %	15 8 %	191 100 %	2,2	1,3
Psihosocialni	Kabinet	61 32 %	36 19 %	53 28 %	29 15 %	12 6 %	191 100 %	2,5	1,3
	Klinika	55 29 %	31 16 %	48 25 %	37 19 %	20 10 %	191 100 %	2,7	1,4

Legenda: n = frekvenca, \bar{x} = povprečje, σ = standardni odklon

V Tabeli 2 smo prikazali analizo zbranih odgovorov vprašalnika SPS-6, s katerim smo merili sposobnost študentov in njihovo zadovoljstvo z izpolnjevanjem študijskih obveznosti navkljub navedenim zdravstvenim težavam v uvodnem vprašanju*. Na podlagi odgovorov smo prišli do ugotovitve, da v raziskovanem vzorcu študentov zdravstvene nege nismo zaznali prezentizma, saj je seštevek točk znašal 22,5 in presegel prej postavljeno mejno vrednost >18 točk, s katero bi dokazali prisotnost prezentizma.

Tabela 2: Rezultati vprašalnika SPS-6

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti- niti	Se strinjam	Povsem se strinjam	n	\bar{x}	σ
Zaradi različnih problemov* sem težko obvladoval stresne situacije na vajah.	57 (29 %)	58 (30 %)	45 (23 %)	27 (14 %)	7 (4 %)	194 (100 %)	2,3	1,1
Ne glede na probleme* sem bil vseeno sposoben dokončati tudi težje zadolžitve in obveznosti.	4 (2 %)	9 (5 %)	13 (7 %)	101 (52 %)	67 (35 %)	194 (100 %)	4,1	0,9
Problemi* so vplivali na moje zadovoljstvo pri izpolnjevanju študijskih obveznosti.	24 (12 %)	30 (15 %)	56 (29 %)	61 (31 %)	23 (12 %)	194 (100 %)	3,1	1,2
Zaradi problemov* sem se počutil nemočnega, da bi dokončal zadano študijsko obveznost, nalogo.	53 (27 %)	56 (29 %)	45 (23 %)	28 (14 %)	12 (6 %)	194 (100 %)	2,4	1,2
Kljub problemom* sem se bil sposoben osredotočiti na izpolnjevanje študijskih obveznosti.	5 (3 %)	10 (5 %)	31 (16 %)	98 (51 %)	50 (26 %)	194 (100 %)	3,9	0,9
Kljub problemom* sem imel dovolj energije za dokončanje študijskih obveznosti.	6 (3 %)	14 (7 %)	31 (16 %)	100 (52 %)	43 (22 %)	194 (100 %)	3,8	1,0

Legenda: n = frekvenca, \bar{x} = povprečje, σ = standardni odklon

4.3 Samoocena kakovosti življenja in prezentizem

Z nadaljnjim raziskovanjem smo želeli ugotoviti, ali ima zaznana kakovost življenja kakršenkoli vpliv na pojavnost prezentizma. S tem namenom smo celoten vzorec ($n = 194$) razdelili v dve skupini, in sicer glede na stopnjo poročane kakovosti življenja. Prva skupina je predstavljala sodelujoče, ki so izrazili zadovoljstvo s kakovostjo lastnega življenja in jo označili z oceno 7 ali več ($n_1 = 130$), druga skupina pa sodelujoče, ki so izrazili nezadovoljstvo s kakovostjo življenja z oceno 6 ali manj ($n_2 = 64$). S pomočjo inštrumenta SPS-6 smo izmerili stopnjo prezentizma v posamezni skupini.

V Tabeli 3 so tako prikazani rezultati SPS-6 pri posameznikih, ki so svojo kakovost življenja ocenili z oceno 7 ali višje ($n_1 = 130$). Z analizo podatkov smo prišli do izračuna 22,7 točk, ki ne nakazuje prisotnosti prezentizma v tej skupini.

Tabela 3: Prikaz rezultatov SPS-6 med sodelujočimi z višjo oceno kakovosti življenja

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti-niti	Se strinjam	Povsem se strinjam	n	\bar{x}	σ
Zaradi različnih problemov* sem težko obvladoval stresne situacije na vajah.	47 (36 %)	45 (35 %)	22 (17 %)	13 (10 %)	3 (2 %)	130 (100 %)	2,1	1,1
Ne glede na probleme* sem bil vseeno sposoben dokončati tudi težje zadolžitve in obveznosti.	2 (2 %)	7 (5 %)	9 (7 %)	64 (49 %)	48 (37 %)	130 (100 %)	4,1	0,9
Problemi* so vplivali na moje zadovoljstvo pri izpolnjevanju študijskih obveznosti.	21 (16 %)	23 (18 %)	40 (31 %)	35 (27 %)	11 (8 %)	130 (100 %)	2,9	1,2
Zaradi problemov* sem se počutil nemočnega, da bi dokončal zadano študijsko obveznost, nalogo.	39 (30 %)	43 (33 %)	29 (22 %)	14 (11 %)	5 (4 %)	130 (100 %)	2,3	1,1
Kljub problemom* sem se bil sposoben osredotočiti na izpolnjevanje študijskih obveznosti.	4 (3 %)	6 (5 %)	23 (18 %)	63 (48 %)	34 (26 %)	130 (100 %)	3,9	0,9
Kljub problemom* sem imel dovolj energije za dokončanje študijskih obveznosti	3 (2 %)	8 (6 %)	17 (13 %)	68 (52 %)	34 (26 %)	130 (100 %)	3,9	0,9

Legenda: n = frekvenca, \bar{x} = povprečje, σ = standardni odklon

V Tabeli 4 so prikazani rezultati, dobljeni s SPS-6 pri posameznikih, ki so svojo kakovost življenja ocenili z oceno 6 ali nižje ($n_2 = 64$). Glede na zbrane podatke je stopnja prezentizma znašala 20,6 točk.

Tabela 4: Prikaz rezultatov SPS-6 med sodelujočimi z nižjo oceno kakovosti življenja

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti- niti	Se strinjam	Povsem se strinjam	n	\bar{x}	σ
Zaradi različnih problemov* sem težko obvladoval stresne situacije na vajah.	10 (16 %)	13 (20 %)	23 (36 %)	14 (22 %)	4 (6 %)	64 (100 %)	2,8	1,1
Ne glede na probleme* sem bil vseeno sposoben dokončati tudi težje zadolžitve in obveznosti.	2 (3 %)	2 (3 %)	4 (6 %)	37 (58 %)	19 (30 %)	64 (100 %)	4,1	0,9
Problemi* so vplivali na moje zadovoljstvo pri izpolnjevanju študijskih obveznosti.	3 (5 %)	7 (11 %)	16 (25 %)	26 (41 %)	12 (19 %)	64 (100 %)	3,6	1,1
Zaradi problemov* sem se počutil nemočnega, da bi dokončal zadano študijsko obveznost, nalogo.	14 (22 %)	13 (20 %)	16 (25 %)	14 (22 %)	7 (11 %)	64 (100 %)	2,8	1,3
Kljub problemom* sem se bil sposoben osredotočiti na izpolnjevanje študijskih obveznosti.	1 (2 %)	4 (6 %)	8 (13 %)	35 (55 %)	16 (25 %)	64 (100 %)	4,0	0,9
Kljub problemom* sem imel dovolj energije za dokončanje študijskih obveznosti.	3 (5 %)	6 (9 %)	14 (22 %)	32 (50 %)	9 (14 %)	64 (100 %)	3,6	1,0

Legenda: n = frekvenca, \bar{x} = povprečje, σ = standardni odklon

4.4 Preizkus domneve o razliki med aritmetičnima sredinama za neodvisna vzorca (t-test)

Vzorca sta skupaj štela 194 enot opazovanja, in sicer skupina z višjo kakovostjo (n_1) 130 in skupina z nižjo kakovostjo življenja (n_2) 64 enot. Najprej smo na podlagi F-preizkusa (Ruxton, 2006) v SPSS-u ugotovili, da imata skupini z nižjo in višjo prisotnostjo prezentizma enaki varianci. Vrednost p je znašala 0,15, kar ni statistično značilno.

Pri t-testu (Kim, 2015) smo postavili ničelno in alternativno domnevo. Pri prvi smo želeli preizkusiti, ali je aritmetična sredina skupine z višjo kakovostjo življenja enaka aritmetični sredini skupine z nižjo kakovostjo življenja ($H_0: \mu_1 = \mu_2$). Pri drugi smo predpostavili ravno obratno – neenakost aritmetičnih skupin ($H_1: \mu_1 \neq \mu_2$).

Vrednost t-testa je v SPSS-u znašala 0,29. Tudi tokrat nismo dobili statistično značilne vrednosti p, ki je znašala 0,11. Posledično na podlagi vzorčnih podatkov ne moremo zavrnila ničelne domneve – ne moremo trditi, da obstajajo razlike v prisotnosti prezentizma med skupinama z nižjo in višjo kakovostjo življenja.

5 RAZPRAVA

Na raziskovalno vprašanje o vplivu subjektivne ocene kakovosti lastnega življenja na pojavnost prezentizma med študenti zdravstvene nege tekom vaj v kabinetnem in kliničnem okolju nam z našo raziskavo ni uspelo odgovoriti. Nadalje se v razpravi zato osredotočimo na predstavitev in primerjavo naših rezultatov in prebrane literature na temo obeh pojmov ter njunega medsebojnega vpliva. Na ta način podamo določene skupne točke konceptov kakovosti življenja in prezentizma.

Pomen koncepta kakovosti življenja in njenega vpliva na izboljšanje zdravja in produktivnost medicinskih sester ter posledično večjo kakovost nudene zdravstvene oskrbe poudarjajo številni raziskovalci (Cruz et al., 2018; Labreaugue et al., 2017; Zhao et al., 2016; Meng et al., 2015; Yildirim et al., 2013; Güler et al., 2003). Rezultati raziskav pa kažejo zaskrbljujoče stanje med zaposlenimi in študenti na področju zdravstvene nege, saj je zaznana kakovost življenja med to populacijo precej slaba oziroma v najboljšem primeru povprečna (Cruz et al., 2018; Labreaugue et al., 2017; Zhao et al., 2016; Meng et al., 2015; Yildirim et al., 2013; Güler et al., 2003). V naši raziskavi smo v nasprotju s tem med večino študentov zdravstvene nege zaznali precejšnje zadovoljstvo s kakovostjo lastnega življenja, saj je na lestvici 1–10 (ocena 10 je predstavljala največjo možno stopnjo zadovoljstva) več kot 67 % študentov podalo oceno 7 ali višje in s tem pozitiven pogled na trenutno življenjsko situacijo. Po Gallup (n. d.) posamezniki z oceno 7 ali višje navajajo bistveno manj težav z zdravjem, manj bolniških dni, manj negativnih čustev, kot so skrb, stres, žalost in jeza, ter več pozitivnih občutij, kot so sreča, zadovoljstvo, zanimanje in spoštovanje. Naši rezultati sovpadajo z rezultati raziskave Cruza in sodelavcev (2018), kjer so študenti poročali nadpovprečno kakovost življenja. V primerjavi povprečnih ocen zadovoljstva s kakovostjo življenja ugotavljamo, da so študentje zdravstvene nege z oceno 6,9 navajali večje zadovoljstvo z življenjem v primerjavi s splošno populacijo Slovencev v spletni anketi BLI-Better Life Index s strani (OECD BLI–Organisation for Economic Co-operation and Development Better Life Index n.d.), kjer je bila povprečna ocena kakovosti življenja sodelujočih na lestvici od 0-10 znaša 5,9. Možen faktor za dobro oceno kakovosti življenja med študenti zdravstvene nege predstavlja sestava našega vzorca, saj so večino sodelujočih udeležencev predstavljali študenti rednega študija (64 %, n = 124). Pri tem predpostavljamo, da so zaposleni v zdravstveni negi zaradi rednega delovnega udejstvovanja na tem področju in življenjskih okoliščin v večji meri izpostavljeni dejavnikom, kot je stres, čemur

posledično sledi nizka zaznana kakovost življenja (Meng et al., 2015, Güler et al., 2003). Kljub vsemu gre samo za predpostavko potrebno nadaljnjih raziskav, saj se tako stres (Labrague et al., 2017) kot nizka zaznana kakovost življenja (Zhao et al., 2016) pojavljata tudi med študenti zdravstvene nege. Ob tem velja omeniti, da so tudi študentje v tem obdobju življenja izpostavljeni faktorjem povezanim z večjo samostojnostjo kot je odhod od doma, vrstniški pritiski, večja finančna samostojnost in izzivi povezani z medosebnimi odnosi (Cruz et al., 2018; Yildirim et al., 2013). Večina raziskovalcev, ki obravnavajo kakovost življenja na področju zdravstvene nege, se tako usmerja predvsem v del le-te povezan s kakovostjo delovnega življenja (Marcé et al., 2018, Güler et al., 2003). Zato se tudi v nadaljnjih raziskavah pri navezovanju na problem prezentizma velja usmeriti v točno določeno področje kakovosti življenja, kot je delovno življenje oziroma materialno stanje, definirano po Schalocku (2004), več o tem kasneje. Omejitev naše raziskave na področju kakovosti življenja vidimo v uporabi številčne lestvice pri merjenju koncepta, saj na oceno vplivajo številni dejavniki, kot so subjektivnost ocene posameznika, različna interpretacija lestvice in možni zunanji dejavniki, ki vplivajo na oceno sodelujočih (Avsec Arnuš, 2016). V drugih uporabljenih študijah so za namen merjenja kakovosti življenja uporabili mnogo bolj izčrpne inštrumente (Marcé et al., 2018; Zhao et al., 2016; Meng et al., 2015; Güler et al., 2003). Druga morebitna omejitev na tem področju je neupoštevanje dvojnosti koncepta kakovosti življenja in številna tega. S slednjim hočemo povedati, da je poleg subjektivnega vidika doživljanja kakovosti vključenega v raziskavo smiselno dodati tudi objektivni aspekt, saj s tem pridobimo bolj celostno sliko kakovosti življenja (Avsec Arnuš, 2016; Costanza et al., 2006).

Bergström in sodelavci (2009) z raziskavo ugotavljajo, da prezentizem predstavlja samostojen faktor za poslabšanje zdravstvenega stanja zaposlenih, a kljub povečanemu interesu raziskovalcev s področij organizacijskih ved in medicine dela tudi dandanes ostaja problem številnih delovnih organizacij, med njimi izstopa področje zdravstvene nege (Letvak et al., 2012; Demerouti et al., 2009; Aronsson et al., 2000). Z izjemo raziskave avtorjev Pađen in Milavec Kapun (2015) tekom našega dela nismo pridobili raziskav prezentizma, ki bi vključevale izključno študente zdravstvene nege in posledično rezultatov, ki bi zaznavali prisotnost pojava med to populacijo. Na podlagi raziskav prezentizma s področja zdravstvene nege in rezultatov dobljenih s strani Pađen in Milavec Kapun (2015) predvidevamo, da so ti tekom vaj v kliničnem okolju izpostavljeni določeni meri stresnih dejavnikov in posledično tudi raziskovanemu problemu (Labrague et al., 2017). Z uporabo

po Pađen in Milavec Kapun (2015) ustrezno prirejenega inštrumenta SPS-6 smo med študenti zdravstvene nege merili stopnjo prezentizma. Z njim ugotavljamo upad produktivnosti povezan s slabšim zdravstvenim stanjem (Johns, 2010). Ob tem po Schultz et al. (2009) inštrument SPS-6 s svojimi vprašanji pokriva predvsem mentalno-emocionalno področje človeškega življenja, kar je skladno z rezultati naše raziskave in rezultati Pađen in Milavec Kapun (2015), saj so sodelujoči iste populacije navajali več zdravstvenih težav na psihosocialnem področju. Matushta s sodelavci (2011) ugotavlja, da so med posamezniki splošne študentske populacije, ki so poročali težave povezane z mentalnim zdravjem zaznali tudi višjo stopnjo prezentizma. V našem vzorcu študentov zdravstvene nege (n = 194) slednjega nismo zaznali. Z izračuni SPS-6 smo pridobili rezultat 22,5 točk in s tem presegli določeno mejno točko > 18, pod vrednostjo katere ugotavljamo upad produktivnosti povezan z zdravstvenim stanjem in s tem prisotnost prezentizma. Pađen in Milavec Kapun (2015) sta z inštrumentom v preteklosti zaznala prisotnost prezentizma med študenti zdravstvene nege. Ob tem velja omeniti, da sta pojav slednjega ugotavljala predvsem med študenti z izredno obliko študija, ki so zaradi določenih značilnosti, kot so družinsko življenje, služba, finančno stanje in časovni pritisk, v večji meri primorani k izpolnjevanju šolskih obveznosti navkljub slabšemu zdravstvenemu stanju (Pađen, Milavec Kapun, 2015). V naši raziskavi razlik med obliko študija nismo statistično obtežili, čeprav bi bilo to zaradi težjih življenjskih okoliščin izredno vpisanih študentov zdravstvene nege smiselno. Prav tako je bil naš vzorec v večini sestavljen iz redno vpisanih študentov smeri zdravstvena nega (64 %, n = 124). Omejitve v raziskovanju stopnje prezentizma se v naši in ostalih raziskavah nanaša na subjektivnost ocen posameznikov o njihovem doživljanju slabšega zdravstvenega stanja in vplivu tega na njihovo produktivnost, kot omenja Johns (2010), gre za ateoretičnost raziskav na tem področju.

Širok splet dejavnikov, ki poleg obolenja vplivajo na pojav prezentizma, delimo na tiste povezane s pogoji dela in politiko organizacij ter druge, ki se nanašajo predvsem na osebne okoliščine posameznika (Hansen, Andersen, 2008). Med slednje prištevamo tudi subjektivno zaznano kakovost življenja, vpliv katere smo v naši raziskavi skušali povezati s pojavnostjo prezentizma. Z razdelitvijo celotnega vzorca (n = 194) na tiste z višjo kakovostjo življenja (22,7 točk, n = 130) in tiste z nižjo kakovostjo življenja (20,6 točk, n = 64) ter ponovno izvedbo testa SPS-6 na vsaki od skupin smo s točkovnim izračunom ugotavljali manjšo razliko v stopnji produktivnosti povezani s slabšim zdravstvenim stanjem. Tudi z nadaljnjo statistično analizo bistvenih razlik v pojavnosti prezentizma med skupinama z nižjo in višjo

kakovostjo življenja nismo potrdili ($p = 0,11$). Raziskav, ki bi povezovale kakovost življenja in dejanje zdravstvenega prezentizma ter njuno medsebojno prepletanje, praktično ni zaznati, vendar lahko na podlagi literature z obeh področij sklepamo, da sta koncepta v praksi precej povezana. Schalock (2004) razdeli kakovost življenja na številna področja, med katera sodi tudi materialno stanje s svojimi indikatorji, kot so finančni status, zaposlitveno razmerje ter delovno okolje, in ravno ti so se v določenih raziskavah pokazali kot vzročni dejavnik za večjo pojavnost prezentizma (Hansen, Andersen, 2008; Johns, 2010). Na področju raziskovanja prezentizma so določene raziskave že vključevale nekatere aspekte kakovosti življenja, npr. delovnega okolja, zahtev povezanih z delom in organizacijsko pravičnostjo, in dokazale njihov vpliv na pojavnost raziskovanega problema (Deery et al., 2009; Demerouti et al., 2009). Nadalje Meng in sodelavci (2015) za nizko zadovoljstvo medicinskih sester v svoji raziskavi omenjajo dejavnike, kot sta višina finančnega prihodka in zmanjšana možnost počitka, in tudi ti predstavljajo določene dejavnike prezentizma (Hansen, Andersen, 2008). Na populaciji študentov zdravstvene nege lahko slednje povežemo z odprtim vprašanjem po Pađen in Milavec Kapun (2015), kjer sta zaznavala težave študentov z vključevanjem v proces študija vezane na njihovo uspešnost, torej produktivnost in posledično dejanje prezentizma. Težave sta Pađen in Milavec Kapun (2015) razdelila v tri skupine: organizacijski in finančni vidik ter z zdravjem povezane težave. Te lahko povezujemo tako z vplivom na kakovost življenja kot na problem prezentizma. Tako na primer v organizacijskem vidiku podajata slabo podporo s strani kliničnih mentorjev in ravno slabša socialna podpora kaže vpliv tako na prezentizem (Kim et al., 2016) kot na koncept kakovosti življenja (Meng et al., 2015). Obširen akademski program, veliko število kliničnih ur, slabi odnosi z zaposlenimi in pedagoškimi delavci predstavljajo vpliv na zadovoljstvo s kakovostjo življenja študentov zdravstvene nege (Cruz et al., 2018; Labreaugue et al., 2017; Chu et al., 2015; Yildirim et al., 2013) in ravno te težave so študentje povezovali s prezentizmom v raziskavi Pađen in Milavec Kapun (2015). Na tej točki zato predpostavljamo, da bi z usmeritvijo v točno določen indikator kakovosti življenja, s katerim po Schalocku (2004) dobimo boljšo sliko in možnosti izboljšav le-te, v nadaljnjem raziskovanju lažje potrjevali vpliv določenega aspekta kakovosti življenja na pojav zdravstvenega prezentizma. Hkrati je verjetno bolj smiselno ubrati pot raziskovalcev, ki se na področju zdravstvene nege v večini ukvarjajo samo z določenim aspektom kakovosti življenja – kakovostjo delovnega življenja (Marc et al., 2018, Güler et al., 2003), in vpliv slednje aplicirati na pojav prezentizma kot problema, ki se tiče predvsem dela a hkrati vpliva na celotno življenjsko sliko.

Študentje zdravstvene nege v konceptu kakovosti življenja dajejo precej velik pomen fizičnemu zdravju (Cruz et al., 2018), kar bi lahko pozitivno vplivalo na izogibanje škodljivim dejavnikom kot je prezentizem ter njegovim negativnim posledicam na zdravje v prihodnosti (Bergstorm, 2009). Študentje z dobrim zdravstvenim stanjem so poročali tudi višjo kakovost zadovoljstva z lastnim življenjem (Cruz et al., 2018; Yildirim et al., 2013). Poudarek te populacije na področje lastnega zdravja ne preseneča, saj izobraževanje na tem področju vključuje učenje konceptov o pomenu zdravja in zdravih vzorcih obnašanja (Yildirim et al., 2013). Pomen zdravstvene pismenosti usmerjene k odločitvam poveznim z promocijo zdravja na zaznano kakovost življenja med medicinskimi sestrami so z rezultati dokazali tudi Yusefi in sodelavci (2019).

Prezentizem na področju zdravstva ostaja trn v peti zdravstvenim organizacijam in tudi zaposlenim na tem področju. Dejstvo je, da so medicinske sestre najobsežnejši del populacije zaposlene v zdravstveni oskrbi, da največ časa preživijo s pacientom in posledično najbolj vplivajo na kakovost oskrbe in izide povezane z njo (Rainbow, Steege, 2017; Letvak et al., 2012). In ravno zagotavljanje sreče, občutka zadovoljstva z lastnim življenjem in posledično tudi z delovnim okoljem predstavlja možno pot k temu, da se bodo študenti in zaposleni v zdravstveni negi z večjim zanosom lotili dela in pripomogli k razvoju bolj kakovostne zdravstvene oskrbe (Zhao et al., 2016; Meng et al., 2015). Za primer medsebojnega delovanja obeh pri reševanju težav si sposojamo primer splošne ekonomije pri izboljšanju kakovosti življenja z resursi (Costanza et al., 2006) in ga prenašamo na primer raziskovanega problema. V raziskovanju prezentizma med medicinskimi sestrami ugotavljajo slabo stopnjo socialne podpore s strani sodelavcev in vodilnega kadra, kar vodi v emocionalno utrujenost in izgubo sočutja pri zaposlenih (Kim et al., 2016). Ta problem bi lahko reševali z resursom socialnega kapitala, opredeljenega po Costanza in drugi (2006), in s tem izboljšali kakovost življenja ter posledično zmanjšali stopnjo prezentizma in škodljivih posledic pri medicinskih sestrah (Kim et al., 2016). Pađen in Milavec Kapun (2015) v razpravi svojega dela omenita pomen starejših kolegov s področja zdravstvene nege pri prenašanju pozitivnih oziroma v našem in njunem primeru negativnega vzorca kulture prezentizma. Številni kot cilj intervencij povezanih z zmanjšanjem prezentizma omenjajo oblikovanje okolja, v katerem bi zaposleni odsotnost ob pojavu bolezni videli kot nekaj naravnega in popolnoma sprejemljivega (Rainbow, Steege, 2017; Demerouti et al., 2009; Schultz et al., 2009). Schalock (2002) in sodelavci kot eno izmed jedrnih idej kakovosti življenja navaja tudi opolnomočenje, ki predstavlja zmožnost posameznika in njegova kontrola nad izbiro

aktivnosti, interesov, intervencij in okolja. Glede na to v ogledalu našega dela ugotavljamo, da je ravno subjektivno dobro počutje oziroma kakovost življenja eden izmed resursov, s katerim lahko študente zdravstvene nege opolnomočimo za sprejemanje pravih odločitev, tudi v primeru pojava zdravstvenega prezentizma. Izboljšanje kakovosti pa je po Zhao et al. (2016) v večji meri odvisno tudi od ustreznih intervencij s strani pedagoških delavcev in šolskih mentorjev v učnih bazah.

6 ZAKLJUČEK

Z našo raziskavo nam ni uspelo pridobiti dokončnega odgovora o vplivu zaznane kakovosti življenja na pojav zdravstvenega prezentizma. Ob tem smo med sodelujočimi študenti zdravstvene nege zaznavali nadpovprečno kakovost življenja in odsotnost prezentizma.

Koncept kakovosti življenja predstavlja možnost izboljšanja zdravja medicinskih sester in študentov na področju zdravstvene nege ter njihovih pozitivnih občutkov povezanih z delom, kar posledično vodi v izboljšanje nudene zdravstvene oskrbe. Po drugi strani koncept predstavlja tudi vir opolnomočenja posameznika pri sprejemanju zdravju prijaznih odločitev in s tem izogib škodljivim vplivom, katere predstavlja tudi dejanje zdravstvenega prezentizma.

Zato velja poudariti pomen raziskovanja kakovosti življenja in prezentizma ter njunega medsebojnega delovanja tudi v zdravstveni negi, tako med zaposlenimi na tem področju kot med tistimi v procesu študija. Predvsem pri slednjih je to še toliko bolj pomembno, saj predstavljajo prihodnost in nove možnosti v nadaljnjem razvoju področja zdravstvene nege in oblikovanju boljših kultur, spodbujajočega delovnega okolja in usmerjenost k promociji zdravja v širšem okolju.

7 LITERATURA

Abbasi M, Dehghan SF, Madvari RF et al. (2019). interactive effect of background variables and workload parameters on the quality of life among nurses working in highly complex hospital units: A cross-sectional study. *J Clin Diagn Res* 13(1): 8–13. doi: [10.7860/JCDR/2019/37929.12482](https://doi.org/10.7860/JCDR/2019/37929.12482).

Aronsson G, Gustafsson K (2005). Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *J Occup Environ Med* 47(9): 958–966. doi: [10.1097/01.jom.0000177219.75677.17](https://doi.org/10.1097/01.jom.0000177219.75677.17).

Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Public Health* 54(7): 502–509.

Avsec Arnuš M (2016). Vpliv potovanj na kakovost življenja prebivalcev Slovenije. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Dostopno tudi na: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=91607&lang=slv&prip=dkum:8707070:d1>. <15. 9. 2019>.

Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Lindh T, Aronsson G, Josephson M (2009). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *Int Arch Occup Environ Health* 82(10): 1179–1190. doi: [10.1007/s00420-009-0433-6](https://doi.org/10.1007/s00420-009-0433-6).

Chu Y, Xu M, Li X (2015). Psychometric properties of an instrument to measure nursing students' quality of life. *Nurse Educ Today* 35(7): 1–5. doi: [10.1016/j.nedt.2015.03.019](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.019).

Conway PM, Hogh A, Rugulies R, Hansen AM (2014). Is sickness presenteeism a risk factor for depression? A danish 2-year follow-up study. *J Occup Environ Med* 56(6): 595–603. doi: [10.1097/JOM.000000000000177](https://doi.org/10.1097/JOM.000000000000177).

Costanza R, Fisher B, Ali S et al. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well being. *Ecol Econ* (61): 267–276. doi: [10.1016/j.ecolecon.2006.02.023](https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2006.02.023).

Cruz JP, Felicilda-Reynaldo RFD, Lam SC et al. (2018). Quality of life of nursing students from nine countries: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today* 66: 135–142. doi: [10.1016/j.nedt.2018.04.016](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.016).

Deery S, Walsh J, Zatzick CD (2014). A moderated mediation analysis of job demands, presenteeism, and absenteeism. *J Occup Organ Psychol* 87(2): 352–369. doi: [10.1111/joop.12051](https://doi.org/10.1111/joop.12051).

Demerouti E, Le Blanc PM, Bakker AB, Schaufeli WB, Hox J (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International* 14(1): 50–68. doi: [10.1108/13620430910933574](https://doi.org/10.1108/13620430910933574).

Dew K, Keefe V, Small K (2005). “Choosing” to work when sick: Workplace presenteeism. *Soc Sci Med* 60(10): 2273–2282. doi: [10.1016/j.socscimed.2004.10.022](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.10.022).

Dhaini SR, Zúñiga F, Ausserhofer D et al. (2016). Are nursing home care workers’ health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study. *Geriatr Nurs* 38(1): 33–38. doi: [10.1016/j.gerinurse.2016.07.003](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.003).

Eurofound (2017). European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society. Luxembourg; Publications Office of the European Union. doi: [10.2806/964014](https://doi.org/10.2806/964014).

Eurostat – European Statistical Office. Quality of life.

Dostopno tudi na: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/qol/index_en.html
<2. 12. 2019>.

Felce D, Perry J (1995). Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Res Dev Disabil* 16(1): 51–74.

Ferrans CE, Powers MJ (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health* 15(1): 29–38. doi: [10.1002/nur.4770150106](https://doi.org/10.1002/nur.4770150106).

Gallup. Understanding How Gallup Uses the Cantril Scale.

Dostopno na: <https://news.gallup.com/poll/122453/understanding-gallup-uses-cantril-scale.aspx> <15. 9. 2019>.

Güler C, Nimet SG, Gülbahar K (2003). Quality of Life and Job Satisfaction of Nurses. *J Nurs Care Qual* 18(2): 151–158.

Hansen CD, Andersen JH (2008). Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Soc Sci Med* 67(6): 956–964. doi: [10.1016/j.socscimed.2008.05.022](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.05.022).

Johns G (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *J Organ Behav* 31(3): 519–542. doi: [10.1002/job.630](https://doi.org/10.1002/job.630).

Kaldjian LC, Shinkunas LA, Reisinger HS, Polacco MA, Perencevich EN (2019). Attitudes about sickness presenteeism in medical training: Is there a hidden curriculum? *Antimicrob Resist Infect Control* 8(1): 1–9. doi: [10.1186/s13756-019-0602-7](https://doi.org/10.1186/s13756-019-0602-7).

Kim J, Suh EE, Ju S, Choo H, Bae H, Choi H (2016). Sickness Experiences of Korean Registered Nurses at Work: A Qualitative Study on Presenteeism. *Asian Nurs Res* 10(1): 32–38. doi: [10.1016/j.anr.2015.10.009](https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.10.009).

Kim TK (2015). T test as a parametric statistic. *Korean J Anesthesiol* 68(6): 540–546. doi: [10.4097/kjae.2015.68.6.540](https://doi.org/10.4097/kjae.2015.68.6.540).

Kivimäki M, Head J, Ferrie JE et al. (2005). Working While Ill as a Risk Factor for Serious Coronary Events: The Whitehall II Study. *Am J Public Health Res* 95(1): 98–102. doi: [10.2105/AJPH.2003.035873](https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.035873).

Kobayashi M, Lyman MM, Watkins LKF et al. (2016). A Cluster of Group A Streptococcal Infections in a Skilled Nursing Facility – the Potential Role of Healthcare Worker Presenteeism. *J Am Geriatr Soc* 64(12): 279–284. doi: [10.1111/jgs.14505](https://doi.org/10.1111/jgs.14505).

Koopman C, Pelletier KR, Murray JF et al. (2002). Stanford Presenteeism Scale: Health status and employee productivity. *J Occup Environ Med* 44(1): 14–20. doi: [10.1097/00043764-200201000-00004](https://doi.org/10.1097/00043764-200201000-00004).

Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Gloe D, Thomas L, Papathanasiou IV, Tsaras K (2017). A literature review on stress and coping strategies in nursing students. *J Ment Health* 26(5): 471–480. doi: [10.1080/09638237.2016.1244721](https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244721).

Lavela S, Goldstein B, Smith B, Weaver FM (2007). Working with symptoms of a respiratory infection: Staff who care for high-risk individuals. *Am J Infect Control* 35(7): 448–454. doi: [10.1016/j.ajic.2006.12.005](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2006.12.005).

Letvak SA, Ruhm CJ, Gupta SN (2012). Nurses' Presenteeism and Its Effects on Self-Reported Quality of Care and Costs. *Am J Nurs* 112(2): 30–38. doi: [10.1097/01.NAJ.0000411176.15696.f9](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000411176.15696.f9).

Marć M, Bartosiewicz A, Burzynska J, Binkowska-Bury M, Januszewicz P (2018). The quality of life and readiness of Polish nurses to take new competences of drug prescribing. *Medicine* 97(36): 1–8. doi: [10.1097/MD.00000000000012129](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012129).

Martinez LF, Ferreira AI (2012). Sick at work: Presenteeism among nurses in a Portuguese public hospital. *Stress Health* 28(4): 297–304. doi: [10.1002/smi.1432](https://doi.org/10.1002/smi.1432).

Matsushita M, Adachi H, Arakida M et al. (2011). Presenteeism in college students: Reliability and validity of the presenteeism scale for students. *Qual Life Res* 20(3): 439–446. doi: [10.1007/s11136-010-9763-9](https://doi.org/10.1007/s11136-010-9763-9).

Meng R, Luo Y, Liu B, Hu Y, Yu C (2015). The nurses' well-being index and factors influencing this index among nurses in central China: A cross-sectional study. *PLoS One* 10(12): 1–11. doi: [10.1371/journal.pone.0144414](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144414).

OECD Better Life Index – Organisation for Economic Co-operation and Development (n.d.) Better Life Index.

Dostopno na: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/slovenia/> <7.12.2019>.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. Evropska unija: OECD Publishing: 164–165.

Dostopno tudi na: <http://www.oecd-ilibrary.org.proxy1-bib.sdu.dk:2048/docserver/download/3013031e.pdf?expires=1374408063&id=id&accname=guest&checksum=410D90E44144222FE92B5736C489F74A>. <15. 9. 2019>.

Pađen L, Milavec Kapun M (2015). Presentizem med študenti zdravstvene nege. In Kregar Velikonja N, eds. *Celostna obravnava pacienta: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, (304–311).

Dostopno tudi na:

https://fzv.uninm.si/uploads/_custom/FZV%20simpozij%202015/zbornik_prispevkov_fzv_simpozij. <15. 9. 2019>.

- Rainbow JG, Steege LM (2017). Presenteeism in nursing: An evolutionary concept analysis. *Nurs Outlook* 65(5): 615–623. doi: [10.1016/j.outlook.2017.03.005](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.03.005).
- Rannestad T, Rustøen T (2014). Ferrans and Powers Quality of Life Index. In: Michalos AC, (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Dordrecht: Springer, 2259–2262.
- Ruxton GD (2006). The unequal variance t-test is an underused alternative to Student's t-test and the Mann-Whitney U test. *Behav Ecol* 17(4): 688–690. doi:[10.1093/beheco/ark016](https://doi.org/10.1093/beheco/ark016).
- Schalock RL (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *J Intellect Disabil Res* 48(3): 203–216.
- Schalock RL, Brown I, Brown R et al. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Ment Retard* 40(6): 457–470.
- Schultz AB, Chen CY, Edington DW (2009). The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature. *Pharmacoecon* 27(5): 365–378. doi: [10.2165/00019053-200927050-00002](https://doi.org/10.2165/00019053-200927050-00002).
- Szkultecka-Dębek M, Dzielska A, Drozd M, Małkowska-Szkutnik A, Mazur J (2018). What does the Cantril Ladder measure in adolescence? *Arch Med Sci* 14(1): 182–189. doi: [10.5114/aoms.2016.60718](https://doi.org/10.5114/aoms.2016.60718).
- Wang QQ, Lv WJ, Qian RL, Zhang YH (2019). Job burnout and quality of working life among Chinese nurses: A cross-sectional study. *J Nurs Manag*: 1–10. doi: [10.1111/jonm.12884](https://doi.org/10.1111/jonm.12884).
- WHO – World Health Organization. (n. d.). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Dostopno na: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> <15. 9. 2019>.
- Yildirim Y, Kilic SP, Akyol AD (2013). Relationship between life satisfaction and quality of life in Turkish nursing school students. *Nurs Health Sci* 15(4): 415–422. doi: [10.1111/nhs.12029](https://doi.org/10.1111/nhs.12029).

Yusefi A, Ebrahim Z, Bastani P, Najibi M, Radinmanesh M, Mehrtak M (2019). Health literacy status and its relationship with quality of life among nurses in teaching hospitals of Shiraz University Of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res* 24: 73–79.

doi:[10.4103/ijnmr.IJNMR_205_17](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_205_17).

Zhao F, Guo Y, Suhonen R, Leino-Kilpi H (2016). Nurse Education Today Subjective well-being and its association with peer caring and resilience among nursing vs medical students : A questionnaire study. *Nurse Educ Today* 37, 108–113.

doi:[10.1016/j.nedt.2015.11.019](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.019).