



Univerza v Novem mestu
University of Novo mesto

Fakulteta za zdravstvene vede
Faculty of Health Sciences

Zbornik prispevkov

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

*Mednarodna znanstvena konferenca
Novo mesto, 19. november 2020*

**HOLISTIC APPROACH
TO THE PATIENT**

*International scientific conference
Novo mesto, 19 November 2020*



UNIVERZA V NOVEM MESTU / University of Novo mesto

FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE / Faculty of Health Sciences

10. mednarodna znanstvena konferenca
10th International Scientific Conference

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

zbornik prispevkov

Conference Proceedings

Novo mesto

19. november 2020

10. mednarodna znanstvena konferenca
10th International Scientific Conference

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA
HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

zbornik prispevkov
Conference Proceedings

Izdajatelj in založnik / Publisher ©
Založba Univerze v Novem mestu / University of Novo mesto Press

Urednica / Editor
Dr. Nevenka Kregar Velikonja

Recenzenti / Reviewers
Dr. Mojca Blažič, Andreja Draginc, dr. Karmen Erjavec, Petra Kotnik, Gorazd Laznik, dr. Ljiljana Leskovic, dr. Jasmina Starc, Mateja Šimec, dr. Vesna Zupančič

Lektorji / Language Editors
Za jezikovno neoporečnost so odgovorni avtorji prispevkov.
The authors of the contributions are responsible for the linguistic integrity.

Naslovnica / Title Page
Katja Keserič Markovič

Tehnična urednika / Technical Editors
Brigita Jugovič, Bojan Nose

Naklada
100 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-08(082)(086.034.44)

CELOSTNA obravnava pacienta (konferenca) (10 ; 2020 ; Novo mesto)
Celostna obravnava pacienta [Elektronski vir] = Holistic approach to the patient : zbornik prispevkov = conference proceedings : 10. mednarodna znanstvena konferenca = 10th international scientific conference : Novo mesto, 19. november 2020 / [urednica Nevenka Kregar Velikonja]. - Novo mesto : Založba Univerze = University of Novo mesto Press, 2021

ISBN 978-961-6770-47-7
COBISS.SI-ID 67506691

VSEBINA / CONTENTS

UVODNI REFERATI

- Dr. Ian McGonagle, Vanessa Tindale, dr. Sarah Choudhary, dr. Ros Kane* 1
Promoting Healthy Lifestyles: the Challenges and Opportunities for Nurses
Spodbujanje zdravega življenjskega sloga: izzivi in priložnosti za medicinske
sestre
- Dr. Bojana Filej* 10
Vzroki za opuščanje izvajanja zdravstvene nege
Reasons for Missed Nursing Care
- Dr. Božena Gorzkowicz* 16
Polish Experience in Searching for Innovative Solutions in Nursing
Poljske izkušnje pri iskanju inovativnih rešitev v zdravstveni negi
- Dr. Mohsen Hussein* 22
Celostna obravnava bolnikov z okvaro hrustanca: Znanost in praksa 2020
Holistic Treatment of Patients with Cartilage Damage: Science and Practice in 2020
- Dr. Nevenka Kregar Velikonja* 31
Znanje in upoštevanje preventivnih ukrepov v času epidemije covid-19
Knowledge and Preventive Behavior during Covid-19 Epidemics

REFERATI

- Dr. Grażyna Adler* 41
Clinical Picture of Crohn's Disease in Different Populations
Klinična slika Crohnove bolezni pri različnih populacijah
- Mag. Tatjana Badrov, Evita - Lorena Brkić* 48
Nastava angleškega jezika i komunikacijskih vještina u sestrinstvu na daljinu
Teaching English and Communication Skills to Nursing Students Online
- Mag. Ana Banić* 56
Implementacija joge u fizioterapiju
Implementation of Yoga in Physiotherapy
- Cecilija Barut, mag. Sonja Hlebš* 63
Učinkovitost manualne terapije pri obravnavi osteoartroze kolena - pregled
literature
Effectiveness of Manual Therapy in Treatment of Knee Osteoarthritis - Literature
Review

<i>Nastja Brodnik</i>	71
Vpliv timskega dela na kakovost in varnost oskrbe pacientov The Impact of Teamwork on the Quality and Safety of Patient Care	
<i>Vesna Brumnić</i>	81
Procjena kineziološkog aktiviteta djece od 4 do 7 godina od strane roditelja Parents' Assessment of Kinesiological Activity of Children Aged 4 to 7	
<i>Nuša Crnkovič</i>	87
Nasilje na delovnem mestu in duševno zdravje zdravstvenih delavcev: pregled literature Workplace Violence and Healthcare Workers' Mental Health: Literature Review	
<i>Peter Čepin Tovornik</i>	97
Ocena znanja zaposlenih ter uporabnikov v zdravstveni negi in oskrbi Assessment of Knowledge of Employees and Users in Nursing and Care	
<i>Teja Dežman, Miha Papež</i>	105
Vpliv ukrepov preprečevanja okužb s covid-19 na življenje stanovalcev v domu za starejše Impact of Covid-19 Infection Prevention Measures on Life of Residents in a Nursing Home	
<i>Andreja Draginc</i>	112
Vpliv uporabe informacijsko komunikacijske tehnologije na vsakodnevno življenje mladih The Impact of the Use of Information and Communication Technology on the Daily Life of Young People	
<i>Dr. Karmen Erjavec</i>	119
Higiena rok medicinskih sester med epidemijo covid-19 Nurse Hand Hygiene During the Covid-19 Epidemic	
<i>Dr. Branko Gabrovec</i>	126
Vpliv epidemije covid-19 na duševno zdravje zdravstvenih delavcev in kakovost obravnave pacientov The Effect of Covid-19 Epidemic on the Mental Health of Healthcare Workers and the Patient Care Quality	
<i>Ana Glavica</i>	134
Ovire in prednosti za izvajanje holistične obravnave pacienta Barriers and Benefits of Holistic Patient Treatment	
<i>Dr. Malči Grivec</i>	143
Oglaševanje zdravega načina življenja Advertising a Healthy Lifestyle	

<i>Ivana Herak, Tina Cikač</i> Sigurnost pacijenata iz perspektive studenata sestrištva Patient Safety from the Perspective of Nursing Students	156
<i>Dr. Anna Hudáková, dr. Ludmila Majerníková</i> Self Sufficiency as an Important Factor of Quality of Life of the Elderly Samooskrba kot pomemben dejavnik kakovosti življenja starostnikov	164
<i>Zdenka Humerca</i> Keratokonous in uporaba kontaktnih leč Keratoconus and Use of Contact Lenses	170
<i>Neža Ihan</i> Tveganje za nastanek samomora pri bolnikih z rakom Suicide Risk in Cancer Patients	175
<i>Danielle Jagodic, dr. Monika Zadnikar</i> Spodbujanje aktivnosti pri osebah z demenco: projekt »Po kreativni poti do znanja« Promoting Activities for People with Dementia: Project »The Creative Path to Knowledge	181
<i>Dr. Marjetka Jelenc, Sabina Sedlak</i> Pomen preventive pri zmanjševanju bremena demence The Importance of Prevention in Reducing the Burden of Dementia	189
<i>Petra Judež</i> Pomen vzgoje za ustno zdravje v obdobju odraščanja The Importance of Oral Health Education During Adolescence	194
<i>Ivana Jurković, Gorica Tomić</i> Važnost pisane komunikacije na engleskom jeziku u sestrištvu The Importance of Written Communication in the English Language in Nursing	201
<i>Željka Kanižaj, dr. Marijana Neuberg</i> Pretilost kod djece u osnovnoškolskoj ustanovi u Varaždinskoj županiji Childhood Obesity in Elementary School in Varaždin County	208
<i>Nastja Knavs</i> Pristop k preprečevanju padcev v Splošni bolnišnici Novo mesto Fall Prevention Strategies in General Hospital Novo mesto	216
<i>Ksenija Komidar</i> Uporaba spletnih platform pri izobraževanju na daljavo Use of Online Platforms in Distance Learning	230
<i>Mag. Radoslav Kosić, Matea Anđelić</i> Znanje studenata sestrištva o Alzheimerovoj demenciji Nursing Student's Knowledge of Alzheimer's Dementia	243

<i>Dr. Tatja Kostnapfel, dr. Andrej Kastelic</i>	254
Razširjenost predpisovanja opioidov in smrtnosti v letih 2010 – 2019 Prevalence of Opioid Prescription and Mortality from 2010 to 2019	
<i>Blanka Koščak Tivadar</i>	261
10 minut na dan - vaje za oči, čeljustni sklep, vratno hrbtenico in zgornji ud 10 Minutes a Day - Exercises for the Eyes, Temporomandibular Joint, Cervical Spine and Upper Limb	
<i>Petra Kotnik</i>	266
Zdrava hrbtenica na delovnem mestu Healthy Spine in the Workplace	
<i>Mihaela Kranjčević - Ščurić, Barbara Lisjak</i>	273
Znanje i stavovi o pravilnoj upotrebi oralnih antibiotika u općoj populaciji Knowledge and Attitudes about the Appropriate use of Oral Antibiotics in the General Population	
<i>Aljaž Kren, Maja Kren</i>	280
Kakovost spanja med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči Sleep Quality among Prehospital Emergency Medical Service Employees	
<i>Mateja Križaj, dr. Rosana Ribić</i>	288
Konsumacija alkohola među mladima Alcohol Consumption among the Young	
<i>Gorazd Laznik, Mateja Šimec</i>	295
Opravljanje zdravstveno negovalnih intervencij v kliničnem okolju The Performance of Nursing Interventions in the Clinical Environment	
<i>Dr. Ljiljana Leskovic</i>	306
Ključne ovire in napake pri izvajanju higiene rok med epidemijo covid-19 Key Obstacles and Errors in the Implementation of Hand Hygiene during the Covid-19 Epidemic	
<i>Viktorija Majerič Velkavrh</i>	313
Priporočila fizioterapevta za dobro počutje na delovnem mestu Physiotherapist Recommendations for Workplace Well-Being	
<i>Vanja Matković, Bruno Ežbegović</i>	320
Stavovi fizioterapevta o obrazovanju kroz formalno i neformalno obrazovanje Attitudes of Physiotherapists about the Education through Formal and Non-Formal Education	
<i>Petra Mejaš</i>	330
Obravnava pacientov - otroške žrtve nasilja v družini The Overall Treatment of Patients - Children Victims of Domestic Violence	

<i>Anja Muhič, dr. Andreja Kvas</i>	338
Ocena znanja pacientov o zdravljenju z neposrednimi oralnimi antikoagulanti The Assessment of Patients' Knowledge of Treatment with Direct Oral Anticoagulants	
<i>Nika Mulej</i>	349
Problemi najstniških mater pri dojenju: pregled literature Breastfeeding Problems Among Adolescent Mothers: a Literature Review	
<i>Drita Mustafai, Simona Matkovič</i>	354
Nasilje nad zdravstvenimi delavci Violence against Healthcare Workers	
<i>Anna Nesterova</i>	363
Kako svetovalci za zdrav način življenja razumejo celostni pristop How Healthy Lifestyle Consultants Understand Holistic Approach	
<i>Valentina Novak, dr. Irena Canjuga</i>	371
Skrbnički stres kod kroničnih bolesi Caregiver Stress in Chronic Diseases	
<i>Luka Oblak, Klara Fluher</i>	379
Klinično usposabljanje - pot do samostojnega dela Clinical Training – the Pathway to Autonomous Work	
<i>Barbara Pantar</i>	384
Fizioterapevtov pristop k ocenjevanju in obravnavi živčno-mišično skeletnih okvar ramenskega obroča Physiotherapists Approach to the Assessment and Treatment of Neuromuscular Skeletal Disorders of the Shoulder Girdle	
<i>Ljudmila Par</i>	390
FreeStyle Libre – Merjenje krvnega sladkorja brez kapilarnega odvzema FreeStyle Libre - Measurement of Blood Sugar Without Capillary Collection	
<i>Simon Potokar</i>	397
Obravnavo pacientov s sladkorno boleznijo tip 2 po konceptih metaparadigme Treatment of Patients with Type 2 Diabetes according to Metaparadigm Concepts	
<i>Kristina Rakuša Krašovec</i>	405
Practiciranje tobaka med študenti Univerze v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede Tobacco Practice among Students of the University of Novo mesto, Faculty of Health Sciences	

<i>Mag. Brankica Rimac, Silvija Bunjevac</i>	411
Pridržavanje pravilnog uzimanja lijekova - Osnovna analiza na prigodnom uzorku pacijenata Adherence to Proper Medications - Basic Analysis on a Convenient Sample of Patients	
<i>Marjana Skale</i>	419
Vpliv holistične oskrbe pacijenta s kroničnim ranama na kakovost življenja The Impact of Holistic Care of a Patient with Chronic Wounds on the Quality of Life	
<i>Nisveta Smajić</i>	427
Komunikacija in medosebni odnosi v zdravstvu Communication and Intepersonal Relationships in Healthcare	
<i>Dr. Jasmina Starc</i>	435
Mnenje študentov o (ne)ustreznosti online izvedbe študija visokošolskega strokovnega programa zdravstvena nega The Opinion of 1 st Cycle Nursing Programme Students about the Online Learning	
<i>Mateja Švajger</i>	445
Pričakovanja starejših o integrirani negi in oskrbi The Expectations of the Elderly about the Integrated Healthcare	
<i>Vjeron Švaić, Miljenko Franić</i>	452
Pregled rezultata provedenih meta-analiza u liječenju patelarne tendinopatije The Review of the Results of Meta-Analyses Performed in the Treatment of Patellar Tendinopathy	
<i>Dragana Terzić Marković, Aleksandra Blagojević</i>	460
Stavovi i znanja učenika medicinske škole o značaju vaspitanja za pravilan odnos prema zdravlju Views and Knowledge of High School Medical Students about the Importance of Education for Appropriate Attitude to Health	
<i>Blaž Tintor</i>	468
Elektronsko štetje zložencev v operacijski dvorani »SC smart cart« Electronic Counting of Gauze Swobs in the Operating Room "SC Smart Cart"	
<i>Mojca Vidmar</i>	474
Zmanjševanje neenakosti v zdravju pri odraslih The Reduction of Health Inequality among Adults	
<i>Dolores Vorih, Stjepan Jelica</i>	481
Utjecaj roditeljskog ponašanja i okruženja u kući s tjelesnom aktivnošću djeteta The Impact of Parental Behavior and Home Environment on the Physical Activity of the Child	

<i>Nataša Wagner, Aljoša Lapanja</i>	489
Pomen promocije duševnega zdravja v obporodnem obdobju	
The Importance of Mental Health Promotion in the Perinatal Period	
<i>Anja Zore</i>	497
Obravnava starostnikov v urgentnih centrih	
The Treatment of Elderly Patients in Emergency Centers	

Promoting Healthy Lifestyles: the Challenges and Opportunities for Nurses

UDC 614.253.5+613:37

KEYWORDS: health promotion, nursing skills, confidence, Public Health, communication

ABSTRACT - There are global demands on all health care services and promoting healthy lifestyles as a means to address these demands has received greater attention. In England a formal programme, "Making Every Contact Count" (MECC) has been developed (PHE 2016). Nurses are seen as instrumental in delivering conversations with patients on ways to evaluate their lifestyle to promote healthy behaviours. Despite the MECC programme being in operation for over 10 years there is a dearth of research on the topic and little understanding on the ability of nurses to engage such conversations. There is a lack on consensus on how nurses and other professionals should engage patients to deliver the aims of MECC. To examine these issues, we conducted research using a pre and post training intervention mixed methods design using a specially designed questionnaire with first year student nurses and qualitative interviews with Year 2 nursing students. The students received a MECC training programme prior to a clinical placement. We repeated the questionnaire and examined alterations in changes in attitude and behaviour to MECC of the respondents. This presentation will report on our research on how and why students did or did not engage in health promoting conversations.

UDK 614.253.5+613:37

KLJUČNE BESEDE: promocija zdravja, negovalne veščine, zaupanje, javno zdravje, komunikacija

POVZETEK - Zahteve po vseh zdravstvenih storitvah so globalne, spodbujanju zdravega načina življenja kot sredstvu za reševanje teh zahtev pa je namenjeno več pozornosti. V Angliji je bil razvit formalni program »Making Every Contact Count« (MECC) (PHE 2016). Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri pogovorih s pacienti o načinih vrednotenja njihovega življenjskega sloga za spodbujanje zdravega vedenja. Kljub temu, da program MECC deluje že več kot 10 let, je pomanjkanje raziskav na to temo in premalo razumevanja sposobnosti medicinskih sester za takšne pogovore. Manjka soglasja o tem, kako bi morale medicinske sestre in drugi strokovnjaki vključevati bolnike, da bi dosegli cilje MECC. Za preučitev teh vprašanj smo izvedli raziskave z uporabo mešanih metod načrtovanja intervencij pred in po usposabljanju, z uporabo posebej zasnovanega vprašalnika z medicinskimi sestrami prvega letnika in kvalitativnimi intervjuji s študenti zdravstvene nege drugega letnika. Študenti so pred klinično prakso prejeli program usposabljanja MECC. Ponovili smo vprašalnik in preučili spremembe v odnosu in vedenju MECC anketirancev. Ta predstavitev bo poročala o naši raziskavi kako in zakaj so se oz. se niso študentje pogovarjali o spodbujanju zdravega življenjskega sloga.

1 Introduction

Many of the chronic diseases that have the greatest impact on both the health and wellbeing of the population as well as the sustainability of health services are closely associated with behavioural factors; it is suggested that around 40% of the UK's disability adjusted life years (DALYs) lost are directly related to smoking, hypertension, alcohol, excess weight and physical

inactivity (Newton et al., 2015). The scale of the effect of unhealthy behaviours means that a range of solutions, that address both the individual as well as broader populations, will, very likely, be necessary. In 2011 Making Every Contact Count (MECC) was thus developed as a key element of the UK's response. MECC is a behaviour change initiative that provides training to health and care professionals to equip them to support individuals, through the delivery of brief, opportunistic advice, to adopt healthier lifestyles. Shortly after its inception MECC was incorporated into a number of key national health and care strategies and became obligatory within the NHS Standard Contract (PHE, 2016). Whilst this national support is, in principle, very encouraging it was adopted on the basis of minimal, largely informal evidence and without consideration of MECC's theoretical underpinnings.

Increasing demand on health and social care services presents a challenge in all societies (National Academy of Sciences, 2018), but that further pressures are being driven by an increasing incidence and prevalence in avoidable illnesses resulting from lifestyle choices and behaviours (NHS, 2019).

In the UK national policy was initiated to prioritise investment in ill-health prevention and health promotion across government departments to tackle the burden on social care (Marmot, 2010). Since publication of Sir Michael Marmot's review, many interventions have been implemented aimed at achieving ill health prevention goals.

A recent re-examination of the health of the people in England (Marmot, 2020) indicated a set of challenges for the population.

The review concluded that:

- people can expect to spend more of their lives in poor health;
- previous improvements to life expectancy have stalled, and declined for the poorest 10% of women;
- the health gap has grown between wealthy and deprived areas;
- living in different equally deprived areas of the country have different outcomes (Marmot, 2020).

In responding to public health challenges such as those above, a range of actions to promote better health were identified. One of the most significant interventions was the 'Making Every Contact Count' (MECC) initiative (Public Health England, 2016). This was devised as a training programme to support the broad healthcare workforce, to use everyday interactions with patients/service users to promote healthy lifestyles and behaviours. The underlying philosophy of MECC is that any person, regardless of profession, background and role can be trained to initiate conversations regarding helping patients think and act in developing healthy lifestyles. It aims to give people the knowledge, skills and confidence to initiate brief conversations and use behaviour change models to encourage individuals to address unhealthy behaviours.

Despite PHE's assertion that MECC is 'evidence-based' and the fact that the initiative was launched a decade ago, there remains no nationally standardised MECC model that organisations can implement and there remains a lack of clarity for nurses and other workers about how to achieve the outcomes. Despite this lack of clarity, the consensus from Public Health England is that healthy lifestyle conversations with patients should focus on the following health behaviours:

- Stopping smoking
- Drinking alcohol within the recommended limits
- Healthy eating
- Being physically active
- Keeping to a healthy weight

- Improving mental health and wellbeing.

These six (inter-related) health issues focus on not only *how long* people live but promoting *how well* people live, whether they have a pre-existing health condition or not.

1.1 Our research

In addressing this issue of nursing role in promoting health, an education initiative at the university was implemented to provide explicit training in the skills of Making Every Contact Count (MECC). First year student nurses were provided with the local Public Health Directorate's standard MECC training programme. The students attended this training in the second term of their first year of study, and the MECC concept was reinforced through lectures and clinical teaching throughout the three-year degree course with the aim of enabling students to practice their learned skills in practice placements. Initial training comprised a half day plenary lecture by public health professionals, which provided information on the five core areas of health promotion and methods for applying MECC in practice. A further half day ('community day') was devoted to enabling students to talk and question personnel of healthcare services at an exhibition attended by service providers.

Research problems arise from a void in the current literature (Creswell & Creswell, 2018) and an initial literature search identified that there is a paucity of published primary research around MECC. Existing papers include qualitative research assessing training provision and the levels of competency and confidence thereafter, and studies that on closer examination report on initiatives that fall outside the definition of MECC (Anokye et al., 2014; Avery et al., 2017). There have been some studies investigating the perceptions and actions of healthcare and non-healthcare professionals in general but there appears to be few regarding the role of the nurse in MECC. Evaluation of training provision around MECC often considers practitioners intentions to apply MECC in practice but few investigate whether training leads to a change in conversations regarding healthy lifestyles.

Therefore, our research sought to address the research question: *Do the values, experiences, training and behaviours of student nurses impact their actions in the promotion of healthy lifestyles using the MECC initiative?*

The research aims are as follows:

- To evaluate the student nurses' values and experiences around public health promotion before they receive MECC training.
- To evaluate whether the MECC training intervention received by student nurses influences their behaviours regarding MECC in practice.
- To investigate the experiences of nursing students in practice placement, including understanding how MECC is implemented and what are the enablers and barriers to holding conversations.

2 Methods

A pre and post training design was utilised and incorporated within a mixed methods design to respond to the research question whereby the student nurses' perceptions, actions and values were statistically analysed to determine any correlations or significance in the data including comparison between different groups. The quantitative data will not however add any information regarding why nurses hold those values and perceptions or why they act in a certain way. Therefore, a qualitative element was included to add insight and enrich the data (Creswell and Creswell, 2018). A mixed methods approach can enhance validity, since the methods allows

for alternative interpretations of the data, and the complementary nature of the two approaches can mitigate the limitations of a single approach (Polit and Beck, 2017).

2.1 The questionnaires

Three questionnaires were used in the research, one validated questionnaire and two devised with the aim of providing data to address the research question, and all questions asked were relevant to the research aims (Bowling, 2014). Questions were developed to collect demographic information about participants, which could be used for stratification of the sample according to: age; number of years of healthcare experience; and the participants nursing field (adult or mental health). The response sets for the demographic data were mutually exclusive to ensure participants could not provide more than one response for each question (Grove et al., 2015). Collection of the demographic variables was of interest to the research in evaluating whether age and/or experience influenced participants values and their perceptions of MECC and/or their behaviours in practice.

The three questionnaires used to answer the research question were as follows:

- MECC-RS was devised by the authors, and used the COM-B model of behaviour change (Michie et al., 2014) to evaluate students' perception of their own capability, opportunity and motivation and actions in relation to delivery of MECC messages;
- Personal Patient Perception Scale (3PS) was devised by the authors, to evaluate whether respondents are aware of psychological processes such as shame and guilt when engaged in clinical encounters; and
- PFQ-2(a) validated questionnaire, which evaluates feelings of guilt and shame (Harder and Zalma, 1990; Harder et al., 1993).

The MECC-RS and 3PS questionnaires were devised specifically to address the research question and therefore are non-validated. In order to improve validity a process of piloting the questionnaires was undertaken [by VT] using a sample of recently qualified nurses.

2.2 Sample

First year adult and mental health nursing students at the University of Lincoln provided the sampling frame, with cohort sizes of 191 and 29 respectively. In order to try to maximise response rates, consideration was given to different methods of distribution of questionnaires including: mass emailing to the students; invitation to attend a voluntary session; or presentation of the questionnaires at a timetabled session. Research shows that response rates from email surveys is generally lower than for paper-based questionnaires (Ebert et al., 2018; Konsved et al., 2007), and it was expected that attendance rates would be higher at mandatory rather than voluntary sessions. A group administered questionnaire was therefore chosen to maximise response rates, enable assistance with completion (non-directed) to reduce non-compliance and missing data and to ensure all participants had the same time for completion (Oppenheim, 1992).

Data were collected at two time points: at time one, data were obtained immediately before the student received their MECC training. This training event followed the students experiencing their first nursing exposure to patient care via a short placement. One week prior to both organised sessions, information regarding the questionnaires and an invitation to participate were distributed via the University Virtual Learning Environment (VLE) website, as advanced notice can improve response rates (Oppenheim, 1992). Included with the VLE information were

copies of the consent form for the study and a Participant Information Sheet which gave details about the study and ethical considerations.

2.3 Distribution of the Questionnaires

The first round of questionnaires pre MECC training, was distributed at the start of a timetabled mandatory lecture for the nursing students. Collection of the second round of questionnaires were collected at follow-up scheduled events for the nursing student on their return from an extended placement. The questions in the round two questionnaires were exactly the same as previously, to ensure that any changes in attitude could be directly measured (McCull et al., 2001).

At both sessions, consistent administration of questionnaires was considered important to eliminate/reduce variability and to improve validity of the data (Grove et al., 2015). At the first lecture session this was achieved by a PowerPoint presentation to explain the purpose of the questionnaires and to provide details on how to complete them. At both data collection events a member of the research team was available to answer any questions that arose.

Data from questionnaires were input to SPSS version 25 for Windows (IBM, undated) to enable statistical data analysis.

2.4 Interviews

The research team were keen to explore barriers and enablers to holding healthy conversations with patients. In order to do this a number of focus group interviews were held with 2nd year nursing students who had completed at least four practice placements. We surmised that second-year students would have had more exposure and understanding of the challenges and opportunities in healthy conversations and the principles of MECC and would therefore be in a more informed position to offer their reflections.

All focus group interviews were held at a time and place convenient to the group members and were facilitated by at least one member of the research team. All interviews, with consent, were recorded and transcribed by a member of the research team. The coding and theme development stages (2-5) below, were undertaken using Nvivo Pro, version 11 (QSR International, undated).

The qualitative data were analysed using thematic analysis techniques, which provided a systematic and rigorous approach to coding and theme development and is a useful approach when dealing with detailed textual material such as interviews and focus groups (Howitt, 2015). The thematic analysis was carried out using an inductive approach, looking for themes and meaning in the data and the process following a six-stage iterative approach according to Clarke et al. (2015):

- Familiarisation with the data

Transcripts of the interviews and focus groups were read and re-read to begin familiarisation. Notes were made on recurrent topics by two researchers working independently, who then discussed the initial findings.

- Coding

The process of coding the data involved noting sections of text, which were relevant to the research question, and assigning a short phrase or code to the data item. To ensure the coding was thorough two rounds were undertaken (Clarke et al., 2015).

- Searching for themes

In the development of the themes, similar coded datasets were clustered together to address key analytical points. The iterative process involved reviewing the emerging themes and a process of refinement to produce a set of candidate themes.

- Reviewing themes

The candidate themes were reviewed to ensure that the coded data ‘fitted’ into the themes. A process of checking the whole dataset was then undertaken to ensure that the individual themes and the analysis as captured the meaning of the data and addressed the research question.

- Defining and naming themes

Theme definitions briefly describing the theme content were devised and theme names were developed to clearly describe and capture the essence of the theme.

- Writing the report

3 Results

3.1 Questionnaires

Due to the early phase of the research, this paper can only report the preliminary findings and therefore such content should be viewed in this light. Initial data analysis indicates that students reported being generally motivated to practice MECC, but despite receiving training in the initiative they also reported that they were not putting their knowledge into practice. Students overall perceptions of their own levels of capability, opportunity and motivation to deliver MECC messages were compared pre and post MECC training. Wilcoxon signed-rank tests indicated that students’ combined perceptions (capability, opportunity and motivation) increased significantly following training in three of the five subject areas. These were: smoking (pre Mdn=6, post Mdn=8) $T=2700$, $Z=-2.877$, $p=0.004$, $r=0.188$; obesity (pre Mdn=6, post Mdn=6) $T=2505$, $Z=2.755$, $p=0.006$, $r=0.181$; and alcohol (pre Mdn=6, post Mdn=7) $T=2381$, $Z=-2.017$, $p=0.044$, $r=0.133$. Slight increases in the perceptions for mental health and exercise were not statistically significant.

We were interested whether the students actually put their learning and their understanding of MECC into practice. Therefore, our questionnaire made a distinction between perception and action. When we analysed the actions following completion of time 2 data the results indicated (despite an increase in perception of MECC as being important) as reported above, their actions had decreased. The decrease in frequency of students’ MECC conversations following their training, was reflected most notably in the 18-24 years age group. This groups actions for all subjects significantly decreased from pre-training levels. In the older age groups, actions did not decrease across all subject areas, however conversations regarding obesity and alcohol decreased in both the 25-34 years group ($n=32$) (obesity $T=18.5$, $z=-4.416$, $p=0.000$, $r=-0.069$; alcohol $T=85$, $z=-2.505$, $p=0.012$, $r=-0.34$) and the 35-44 years group ($n=23$) (obesity $T=41$, $z=-3.707$, $p=0.000$, $r=-0.57$; alcohol $T=19.5$, $z=-2.706$, $p=0.007$, $r=-0.408$).

The students demonstrated that both confidence and skills to initiate and maintain a conversation were crucial and a lack of these factors seemed to be a barrier to their public health promotion actions in the clinical setting. The academic MECC training the students received

appears not to have completely equipped the students for practice and unless the initiative is embedded during their academic studies it is possible that the students will not translate their knowledge into practice on qualification. Organisational culture, the students' role identity and the actions of supervisors and assessors are influential in students' own actions, and the students' experiences of MECC in practice suggest that healthcare professionals are either unaware of MECC or are generally not practising it.

3.2 Interviews

Once again, the results presented here are preliminary and therefore require caution when reviewing. However, our current position is that a number of themes were developed following a close reading of the focus group transcripts. These themes were: Role Identity; Personal Identity; Placement Environment; and Interacting with the Patient.

Limitations on content precludes a detailed reporting of these themes, but are represented by quotes from students that include:

'I felt like my MECC training that I've had in Year 1, and..... community day that we had..... it gave me ideas and that to pass on to patients. I was able to utilise it on [NAME] ward when I was looking after patients'. [S1]

'And you might have the knowledge, and you might know all the risks and everything like that but if you're not sure on how to bring it up in the first place, then what is the point?' [S6].

'You worry about offending people, don't you?' My diet is terrible. I don't eat fruit that often. I don't exercise. I don't do anything..... I feel awkward about it really. I'm lecturing them about you have to do this, and I'm not doing it. I sort of go home, and feel a bit bad, and eat another bar of chocolate. [S2]

'I kind of feel like sometimes people think it is not their responsibility, and it is kind of like – We are just here to do this part of the job, we are just on this ward treating this, and when that is sorted, they are not our problem anymore'. [S6]

4 Discussion and conclusion

This research set out to evaluate the values, experiences, training and behaviours of nursing students around the MECC initiative.

The role of nurses in promoting healthy lifestyles has been found to be important it has been noted that nurses often feel they lack the confidence and skills to initiate this (Bennett, 2015). However, Percival (2014) has suggested that nurses can be effectively taught to make health promotion conversations with patients. Greenwood and Lewis (2015) interviewed six purposively sampled paediatric nurses about opportunistic health promotion with obese children and their parents. The study showed that the nurses agreed that health promotion was part of a nurse's role, but that they did not consider it their responsibility in the acute setting, and that it was the role of primary care professionals. Qualitative research commissioned by the Royal College of Nursing (Donovan and Davies, 2016) and concluded that nurses are best placed to deliver public health messages because they are seen as care specialists, have local knowledge and are competent to do so, though no frontline nurses were interviewed nor evidence for these assertions defined (Donovan and Davies, 2016).

The students reported being generally motivated to practice MECC, but despite receiving training in the initiative they also reported that they were not putting their knowledge into practice. Whilst knowledge, was considered important, the students demonstrated that both confidence and skills to initiate and maintain a conversation were crucial and a lack of these factors seemed to be a barrier to their public health promotion actions in the clinical setting. The academic MECC training the students received appears not to have completely equipped the students for practice and unless the initiative is embedded during their academic studies it is possible that the students will not translate their knowledge into practice on qualification. Organisational culture, the students' role identity and the actions of supervisors and assessors are influential in students' own actions, and the students' experiences of MECC in practice suggest that healthcare professionals are either unaware of MECC or are generally not practising it. Based on research around professional socialisation, there is the strong likelihood that the students are likely to default to these cultural norms on qualification, and where MECC is not embedded this may have a detrimental impact on their public health promotion activities.

LITERATURE

1. Anokye, N., Lord, J. & Fox-Rusby, J. (2014) Is brief advice in primary care a cost-effective way to promote physical health? *British Journal of Sports Medicine*, 48 (3), 202–206. Retrieved from <https://bjsm-bmj-com.proxy.library.lincoln.ac.uk/content/bjsports/48/3/202.full.pdf>.
2. Avery, A., Morris, L., Jones., C. & Pallister, C. (2017) Making Every Contact Count: the potential role of healthy living pharmacies in weight management. *Perspectives in Public Health*, 137 (4), 203–205. Retrieved from <http://journals-sagepub-com.proxy.library.lincoln.ac.uk/doi/pdf/10.1177/1757913917707918>.
3. Bennett, V. (2015) Nurses have a major role in making every contact count. *Nursing Times*. 111 (4), 11.
4. Bowling, A. (2014) *Research Methods in Health*, 4th edition. Maidenhead: Open University Press.
5. Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015) Thematic Analysis. In: J. A. Smith (ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, 3rd edition (pp. 222–224). London: Sage Publications Ltd.
6. Creswell, J. & Creswell, J. (2018) *Research Design, Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, 5th edition. Los Angeles, USA: Sage Publications Inc.
7. Donovan, H. & Davies, N. (2016) *The value and contribution of nursing to public health in the UK: Final report*, January 2016. London: RCN publishing. Retrieved from <https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/public-health/the-role-of-nursing-staff-in-public-health>.
8. Ebert, J., Huibers, L., Christensen, B. & Christensen, M. (2018) Paper or web based questionnaire invitations as a method for data collection: cross-sectional comparative study of differences in response rate, completeness of data, and financial cost. *Journal of Medical Internet Research*, 20 (1), e24. Retrieved from <https://www.jmir.org/2018/1/e24//pdf>.
9. Greenwood, N. & Lewis, K. (2015) Opportunistic health promotion among overweight children. *Nursing Children and Young People*, 27 (3), 16–20. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25858406>.
10. Grove, S., Gray, J. & Burns, N. (2015) *Understanding Nursing Research. Building an Evidence-based Practice*, 6th edition. Missouri, USA: Elsevier Saunders.
11. Harder, D. H. & Zalma, A. (1990) Two promising shame and guilt scales: a construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55 (3/4), 729–745. Retrieved from

<https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=1cbaafd2-eddc-4bf7-bc3f-671d0ab5fceb%40sdc-v-sessmgr05>.

12. Harder, D. H., Rockart, L. & Cutler, L. (1993) Additional Validity evidence for the Harder Personal Feelings Questionnaire-2 (PQF2): A measure of shame and guilt proneness. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (3), 345–348. Retrieved from <https://web-b-ebscohost-com.proxy.library.lincoln.ac.uk/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b5e9d33a-68db-46c5-8ad4-e353d712fe41%40pdc-v-sessmgr04>.
13. Howitt, D. (2015) *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Harlow: Pearson Education Ltd.
14. IBM (undated) *IBM SPSS Statistics [software]*. Portsmouth: IBM. Retrieved from <https://www.ibm.com/uk-en/products/spss-statistics>.
15. Konsved, S., Basnov, M., Holm - Christensen, K. & Hjollund, N. (2007) Response rate and completeness of questionnaires: a randomised study of internet versus paper-and-pencil versions. *Journal of Medical Internet Research*, 9 (3), e25. Retrieved from <https://www.jmir.org/2007/3/e25//pdf>.
16. Marmot, M. (2010) *Fair Society Healthy Lives Report, The Marmot Review*. Retrieved from <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>.
17. Marmot, M. (2020) *Health Equity in England: The Marmot Review 10 years on*. Retrieved from <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>.
18. McColl, E., Jacoby, A., Thomas, L., Soutter, J., Bamford, C., Steen, N., Thomas, R., Harvey, E., Garratt, A. & Bond, J. (2001). Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technology Assessment*, 5 (31). Retrieved from <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta5310/#/abstract>.
19. Michie, S., Atkins, L. & West, R. (2014) *The Behaviour Change Wheel- a Guide to Designing Interventions*. London: Silverback Publishing.
20. National Academy of Sciences, Engineering, Medicine (2018). *Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide*. Washington, D. C. Retrieved from: <http://nationalacademies.org/hmd/Reports/2018/crossing-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide.aspx>.
21. Newton et al. (2015) Changes in health in England, with analysis by English regions and areas of deprivation, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386, 2257–2274. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00195-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00195-6)
22. NHS (2019) *The NHS Long Term Plan*. London: NHS. Retrieved from <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/nhs-long-term-plan.pdf>.
23. Oppenheim, A. N. (1992). *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement*. London: Pinter Publishers Ltd.
24. Percival, J. (2014) Promoting health: make every contact count. *Nursing Standard*, 28 (29), 37–41.
25. Polit, D. & Beck, C. (2017) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 10th edition. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer.
26. Public Health England (2016). *Making Every Contact Count (MECC) Consensus Statement*. London: Public Health England Publications. Retrieved from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/515949/Making_Every_Contact_Count_Consensus_Statement.pdf.
27. QSR International (undated) *Nvivo Pro 11 for Windows*. London: QSR International Ltd. Retrieved from <http://www.qsrinternational.com/nvivo/nvivo-products/nvivo-11-for-windows/nvivo-pro>.

Vzroki za opuščanje izvajanja zdravstvene nege

UDK 616-083:614

KLJUČNE BESEDE: opuščanje zdravstvene nege, medicinska sestra, koncept, kakovost, varnost

POVZETEK - Opuščanje izvajanja zdravstvene nege je novo definiran koncept, ki se nanaša na katerikoli zahtevano aktivnost zdravstvene nege za pacienta, ki sploh ni bila izvedena, ali je bila izvedena le delno. Z raziskavo smo želeli ugotoviti vzroke za opuščanje izvajanja zdravstvene nege oziroma aktivnosti. Raziskava je temeljila na kvalitativni analizi podatkov. V njej je sodelovalo 23 študentov izrednega študija na različnih magistrskih študijskih programih. Vključeni v raziskavo so na zastavljena vprašanja odgovarjali pisno z naštevanjem pojmov oziroma opisno. V analizi smo iskali skupne pojme (kode), ki smo jih nato združevali v skupne, širše povezave (kategorije). Ugotovili smo naslednje kategorije, kot vzroke za opuščanje izvajanja zdravstvene nege oziroma aktivnosti: kadri, organizacija dela in nenadni dogodki. Opuščanje izvajanja zdravstvene nege ima negativni vpliv na profesijo zdravstvene nege, na paciente ter na zdravstvene organizacije. Koncept je pomemben indikator varnosti pacientov, kakor tudi zadovoljstva pacientov in medicinskih sester.

UDC 616-083:614

KEY WORDS: missed nursing care, nurse, concept, quality, safety

ABSTRACT - Missed nursing care is a newly defined concept and refers to any aspect of required patient care that is omitted or partially performed. In the study, we wanted to find out the reasons for missed nursing care. The study was based on qualitative data analysis. 23 part-time students of different master's degree programmes were included. They answered the questions in writing by listing the terms or descriptively. In the analysis, we looked for common concepts (codes), which we then combined into common, broader links (categories). We identified the following categories as reasons for missed nursing care: staff, work organisation and unexpected events. Missed nursing care has negative implications on the nursing profession, on patients and on healthcare organisations. The concept is becoming an important indicator of patient safety, as well as patient and nurse satisfaction.

1 Teoretična izhodišča

Neizvedena zdravstvena nega je na novo opredeljen koncept in se nanaša na katerikoli vidik potrebne oskrbe za pacienta, ki ni bila izvedena (deloma ali v celoti) ali opravljena z zamudo. Fenomen opuščanja zdravstvene nege je prva identificirala avtorica Kalisch, leta 2006 (Kalisch, Landstrom in Hinshaw, 2009).

Z ozirom na to, da gre pri konceptu za nekaj kar ni bilo opravljeno, koncept ni bil prepoznan kot pomemben. Prepoznano pa je bilo, da se medicinske sestre zaradi neizvajanja zdravstvene nege čutijo krive, nemočne, da bi popravile situacijo, ter prestrašene, da bodo kaznovane. Zato tudi ni prišlo do poročanja o problemu in o nedoseganju standardov prakse. To je podobno z neporočanjem o napakah, saj so šele prizadevanja za zagotavljanje varnosti pacientov to popravila. Šele povezava med konceptom kakovosti zdravstvene nege in konceptom neizvajanja zdravstvene nege je pripeljala do ugotovitev, da različni elementi enega koncepta vplivajo na drugega. Ker ni bilo poročanja o neizvajanju zdravstvene nege, niso bili proučevani in analizirani vzroki. Še vedno je poznavanje koncepta omejeno, saj vemo zelo malo o tem, kako se medicinske sestre v vsakodnevni praksi odločajo o tem, kaj bodo izvedle in česa ne,

kaj bodo izvedle z zamudo ali v zmanjšanem obsegu (Kalisch, Landstrom, Gay in Hinshaw, 2008).

Koncept pa je vitalnega pomena tako za medicinske sestre kot tudi paciente, saj ima velik vpliv na kakovost in varnost obravnave pacienta in na delovno okolje medicinskih sester. Zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in pacientovega zadovoljstva sta eni izmed najpomembnejših nalog, s katerimi se danes soočajo medicinske sestre (Kalisch, 2006).

Ustrezna oskrba je tista, ki je varna, uspešna in učinkovita, pravična, k pacientu usmerjena in pravočasna (VanFosson, Jones in Yoder, 2016). Nepopolna oskrba pa je velik in obsežen problem, ki je prikrit z nedosledno terminologijo (Papastavrou, Andreou in Efstathiou, 2014; Jones, Hamilton in Murry, 2015). Tako v literaturi najdemo različna poimenovanja koncepta neizvajanja zdravstvene nege – v angleškem jeziku npr. missed nursing care, care left undone, omission of nursing care, rationed nursing care (Kalisch, Landstrom in Hinshaw, 2009; Zeleníková et al., 2019; Srulovici in Drach - Zahavy, 2017).

Obseg koncepta neizvajanja zdravstvene nege je podcenjevan, saj so posledice za pacienta lahko večje, kot si jih sploh lahko zamislimo in razumemo (Kalisch et al., 2009). Če viri niso zadostni za izvajanje potrebne nege, so medicinske sestre prisiljene preusmeriti svojo pozornost na izvajanje tistih intervencij, ki so jih ocenile kot prioritete na osnovi klinične ocene, kar pa lahko vodi k negativnim izidom pacientov. Navedeno lahko medicinske sestre privede do težkih etičnih in moralnih dilem povezanih z osebnimi in družbenimi vrednotami pravičnosti in enakosti (Papastavrou, Andreou in Vryonides, 2014).

Neizvajanje zdravstvene nege je splošen problem, ki vpliva na paciente, na medicinske sestre in na zdravstvene institucije (Dabney et al., 2019). Koncept neizvajanja zdravstvene nege je proces, ki ima svoje vzroke in posledice. Vzroki kot jih navajajo Kalisch et al. (2011), Hessels, Flynn, Cimiotti, Cadmus, in Gershon (2015) so delovno okolje, materialni in drugi viri, oprema ter značilnosti medicinskih sester (število, izobrazba, spretnosti, medprofesionalni odnos, komunikacija, timsko delo) in posledice, kot npr. nezadovoljstvo medicinskih sester z delom, ter nezadovoljstvo pacientov (Papastavrou et al., 2013).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti vzroke za neizvajanje zdravstvene nege v različnih delovnih okoljih.

2 Metoda

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, metodo utemeljene teorije ter tehniko anketiranja. Kot instrument raziskave smo uporabili vprašalnik s tremi vprašanji odprtega tipa: (i) Katere aktivnosti zdravstvene nege danes niste izvedli pa bi jih morali? (ii) Zakaj potrebnih aktivnosti zdravstvene nege niste izvedli? (iii) Ali so neizvedene aktivnosti zdravstvene nege vplivale na izide pri pacientih?

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec. V raziskavo smo vključili 23 študentov izrednega študija na različnih magistrskih študijskih programih (vzgoja in menedžment v zdravstvu, zdravstvene vede, paliativna oskrba). Vključeni v raziskavo so na zastavljena vprašanja odgovarjali pisno z naštevanjem pojmov oziroma opisno. Najprej smo pregledali odgovore na posamezna vprašanja in jih kvalitativno analizirali. V odgovorih, ki so bili zapisani v obliki strnjenegega teksta ali v obliki besed, smo iskali ključne pomene – kode. V nadaljevanju smo sorodne kode oziroma kode, ki se nanašajo na podobne pojave, združili v kategorije, ki smo jih smiselno poimenovali.

3 Rezultati

V nadaljevanju predstavljamo kategorije in kode, ki se nanašajo na razloge za neizvajanje zdravstvene nege oziroma neizvajanje aktivnosti zdravstvene nege. Ugotovili smo naslednje kategorije, kot vzroke za neizvajanje zdravstvene nege oziroma aktivnosti: kadri, organizacija dela in nenadni dogodki (Tabela 1).

Tabela 1: Prikaz kategorij in kod

Glavna kategorije	Kategorije	Kode
Neizvajanje zdravstvene nege / aktivnosti	Kadri	premalo medicinskih sester preobremenjenost pomanjkanje časa hitenje utrujenost pozabljanje vtis o slabšem znanju
	Organizacija dela	nepravilni proces dela preveč pacientov na eno medicinsko sestro neustrezno delegiranje nalog preveč dokumentiranja telefonski klici
	Nenadni dogodki	nenapovedani sestanek predčasni odhod iz službe nujni sprejem spremembe stanja pri pacientu

Vir: Lastna raziskava, 2020

4 Razprava

Z raziskavo smo ugotovili, da na neizvajanje zdravstvene nege vplivajo kadri, organizacija dela in nenadni dogodki.

Podobno ugotavljajo tudi drugi raziskovalci in sicer da so najpogostejši razlogi za neizvedeno zdravstveno nego kadri, predvsem njihovo pomanjkanje (Papastavrou idr., 2013; Kalisch, 2006; Kalisch idr., 2009, Wakefield, 2014; Sist idr., 2012), neustrezna stopnja izobrazbe in pomanjkljive kompetence (Kalisch idr., 2009), emocionalna in fizična izčrpanost ter utrujenost izvajalcev zdravstvene nege (Dabney idr., 2019). Phelan idr. (2018) pa so v raziskavi med patronažnimi medicinskimi sestrami ugotovili, da je več neizvedene zdravstvene nege pri tistih patronažnih medicinskih sestrah, ki imajo manj kot pet let delovnih izkušenj v zdravstveni negi in da na neizvajanje vpliva tudi starost.

Neizvajanje zdravstvene nege je odvisno tudi od povečanih potreb pacienta po zdravstveni negi in posledično povečanega števila ur potrebne oskrbe (Kalisch et al., 2009; Papastavrou, 2013), časa potrebnega za izvedbo negovalnih intervencij (Kalisch, 2006; Papastavrou, 2013) ter opravljanja večjih nalog hkrati (Dabney idr., 2019).

Pomemben vzrok za neizvajanje zdravstvene nege je tudi neučinkovito delegiranje nalog (Kalish idr., 2009; Papastavrou idr., 2013; Kalisch, 2006), slaba izkoriščenost obstoječih virov in slabo timsko delo (Kalisch idr., 2009; Kalisch, 2006), komunikacijske ovire (Papastavrou idr., 2013; Sist idr., 2012), neustrezen nadzor nad izvajalci zdravstvene nege, pomanjkanje navodil za izvajanje nege ter nepodpora vodstva (Dabney idr., 2019).

Medicinske sestre navajajo kot vzrok neizvajanja zdravstvene nege tudi delegiranje nalog, ki ne sodijo v njihov delokrog (Kalisch idr., 2009; Wakefield, 2014), Kalisch (2006) pa izpostavi sindrom »to ni moje delo«.

Dejstvo je, da okolje v katerem delajo medicinske sestre, pacientove zahteve po zdravstveni negi, razpoložljivost kadra za izvajanje oskrbe, vplivajo na pacientove izide. Na izide vplivajo še drugi faktorji kot npr. resnost pacientove bolezni, krajša hospitalizacija, pogosto spreminjanje delovnega okolja, zahteve po novem znanju in uporabi novih tehnologij ter povečevanje kompleksnosti delovnega okolja zdravstvene nege (Kalisch idr., 2009).

Schubert idr. (2008) navajajo, da medicinske sestre kot posledice neizvajanja zdravstvene nege navajajo padce, bolnišnične infekcije, razjede zaradi pritiska, zdravstvene napake. V svoji raziskavi pa je ugotovil tri izide pri pacientih zaradi neizvedene zdravstvene nege: bolnišnične infekcije, razjede zaradi pritiska in nezadovoljstvo pacienta, ki jih vidi kot manjše grožnje, kot večje posledice pa navaja umrljivost. Neizvedena zdravstvena nega je lahko vzrok za pojav komplikacij pri pacientu.

Če se aktivnosti zdravstvene nege večkrat ne izvedejo, lahko to negativno vpliva na izide pri pacientih, tako glede kakovosti kot tudi stroškov. Podaljša se lahko hospitalizacija, pri pacientu se poveča bolečina in neugodje, pojavi se fizična invalidnost, razjede zaradi pritiska, pljučnica, podhranjenost, nesposobnost samooskrbe. Vse navedeno je lahko razlog za ponovno hospitalizacijo (Kalisch, 2006).

Neizvajanje zdravstvene nege, kot navaja Wakefield (2014), je povezano tudi s percepcijo medicinske sestre glede varnosti pacientov in z »manj« pomembnimi nalogami, kot je zadovoljevanje psihosocialnih potreb, nadzorovanje stopnje samostojnosti hoje, načrtovanje oskrbe in učenje pacienta. Pojavlja se vprašanje na osnovi česa se medicinske sestre odločajo, ko morajo spremeniti prednosti izvajanja svojih nalog. Ali dajejo prednost izvedbi tistih nalog, ki jih naroči zdravnik, ali tistim, ki izhajajo iz potreb pacienta? Ali dajejo prednost izvedbi nadzora stopnje samostojnosti hoje, ki jo je naročil zdravnik, ali pripravi pacienta na odpust in dajanju informacij tistim, ki bodo po odpustu skrbeli za pacienta?

Obkrožene s številnimi zahtevami in neustreznimi viri se pojavlja vprašanje, kaj bodo izbrale medicinske sestre, da bodo izvedle najboljšo možno oskrbo (Kalisch idr., 2009).

Schubertov (2008) konceptualni okvir temelji na odločanju in postavljanju prioritet zdravstvene nege, kadar imajo medicinske sestre premalo časa in virov za izvajanje oskrbe v obsegu, kot jo potrebujejo pacienti. Odločitev medicinskih sester ali zdravstvene nege sploh ne bodo izvedle, ali pa jo bodo izvedle z zamudo, je odvisna od njenih vrednot, prepričanj, navad in procesa odločanja.

Medicinske sestre so pogosto odgovorne za oskrbo večih pacientov hkrati, zato morajo narediti prioritete glede izvajanja oziroma nudenja pomoči pri izvajanju dnevnih aktivnosti. Zaradi spremembe ocene potreb je pričakovati konflikte ter izzive za strokovne in moralne vrednote medicinskih sester. Spreminjanje prioritet je za medicinske sestre težavna naloga, kot poročajo v svoji raziskavi Suhonen, idr. (2018), ter navajajo, da je potrebno nadaljnje raziskovanje elementov in procesov, ki odločajo o možnostih spreminjanja prioritet v oskrbi pacientov.

Raziskave so pokazale, katere aktivnost so tiste, ki jih medicinske sestre najpogosteje ne opravijo. To so učenje, psihična podpora, higiena, dokumentiranje, opuščanje nadzora, obračanje pacientov, hranjenje ali zamuda pri hranjenju (Kalisch, 2006), nega ustne votline in pasivna imobilizacija (Sist idr., 2012), patronažne medicinske sestre pa opustijo preventivne aktivnosti, ki vplivajo na patronažno dejavnost v celoti, saj naj bi bila le-ta preventivno naravnana (Phelan idr., 2018).

Cho idr. (2020) so ugotavljali povezanost med vzroki in izidi ob neizvajanju zdravstvene nege. Ugotovili so, da je neustrezno število kadra povezano z večjim številom neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege; da je večje število neizvedenih aktivnosti in neustrezno število kadra povezano s slabšo varnostjo pacientov, neustrezno kakovostjo zdravstvene nege in nezadovoljstvom z delom ter večjo namero medicinskih sester, da zapustijo poklic.

5 Zaključek

Z izvedeno raziskavo smo ugotovili najpogostejše vzroke neizvajanja zdravstvene nege (kadri, organizacija dela, nenadni dogodki) v različnih delovnih okoljih, kot so jih navedli vključeni v raziskavo. Proučevanje koncepta nam je dalo vpogled v pomembnost in multidimenzionalnost koncepta ter zavedanje, da ga je potrebno v slovenskem prostoru šele raziskati, da bomo sploh ugotovili dejansko stanje.

LITERATURA

1. Cho, S. H., Lee, J. Y., You, S. J., Song, K. J. in Hong, K. J. (2020). Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26 (1), e12803. Pridobljeno 10. 10. 2020, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31850645/>.
2. Dabney, B. W., Kalisch, B. J. in Clark, M. (2019). A revised MISSCARE survey: Results from pilot testing. *Applied Nursing Research*, 50. Pridobljeno 10. 10. 2020, s http://website60s.com/upload/files/a-revised-misscare-survey-results-from-pilot-tes_2019_applied-nursing-resea.pdf.
3. Hessels, A. J., Flynn, L., Cimiotti, J. P., Cadmus, E. in Gershon, R. R. M. (2015). The Impact of the Nursing Practice Environment on Missed Nursing Care. *Clinical Nursing Studies*, 3 (4), 60–65. Pridobljeno 10. 10. 2020, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988676/>.
4. Jones, T. L., Hamilton, P. in Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1121–1137.
5. Kalisch, B. J. (2006). Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal of nursing care quality*, 21 (4), 306–313.
6. Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. in Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (7), 1509–1517.
7. Kalisch, B. J., Tschannen, D. in Lee, K. H. (2011). Do staffing levels predict missed nursing care? *International Journal for Quality in Health Care*, 23 (3), 302–308. Pridobljeno 10. 10. 2020, s <https://watermark.silverchair.com/mzr009.pdf?token=AQECAHi208BE49Oan9kkh>.
8. Papastavrou, E., Andreou, P. in Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The international journal of Health Planning and Management*, 29, 3–25.
9. Papastavrou, E., Andreou, P. in Vryonides, S. (2014). The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 21 (5), 583–593.
10. Phelan, A., McCarthy, S. in Admas, E. (2018). Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing*, 74 (3), 626–636.
11. Schubert, M., Glass, T., Clarke, S., Aiken, L., Schaffert - Witvliet, B., Sloane, D. idr. (2008). Rationing of Nursing Care and its Relationship to Patient Outcomes: The Swiss Extension of the International Hospital Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20 (4), 227–237.
12. Sist, L., Cortini, C., Bandini, A., Bandini, S., Massa, L., Zanin, R. idr. (2012). The concept of missed care: a literature review. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 31 (4), 234–239.
13. Srulovici, E. in Drach - Zahavy, A. (2017). Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163–171.

14. Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonessen, S. idr. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 25–42.
15. VanFosson, C. A., Jones, T. L. in Yoder, L. H. (2016). Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. *Nursing Outlook*, 64 (2), 124–136.
16. Wakefield, B. J. (2014). Facing up to the reality of missed care. *BMJ Quality & Safety*, 23, 92–94.
17. Zeleníková, R., Gurková, E. in Jarošová, D. (2019). Missed nursing care measured by misscare survey – the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10 (1), 958–966.

Polish Experience in Searching for Innovative Solutions in Nursing

UDC 616-083:001.895(438)

KEYWORDS: nursing, innovation, competition

ABSTRACT - *The Nurse of the Year Competition is organized by the Main Board of the Polish Nursing Association (PNA) and the Nursing Leaders' Association since 2005. The patronage over the competition is annually provided by the Minister of Health and the President of the Supreme Council of Nurses and Midwives, as well as the key PTP partners in the field of healthcare. The overriding goal of the competition is to select innovations implemented in the area of nursing practice or organization of work of nursing teams that improve the quality of health services and patient's safety. New, innovative solutions are those that have not previously existed and have been implemented by ideas, initiative and commitment of the nursing team. These ideas should be characterized by originality, full copyright permission to the concept and implemented solutions. Furthermore, the implemented solutions should be supported by Evidence-Based Nursing Practice (EBNP). Submitted innovations had to be more effective than previous solutions and be verified by research or analytical methods. In order to guarantee the highest possible ethical and substantive level at all stages of the Competition and to provide objective conditions for the evaluation of project applications, the Main Board of PNA appointed a Competition Committee, which included people with the status of professional authorities and those representing institutions cooperating with the PNA.*

UDK 616-083:001.895(438)

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, inovacije, konkurenca

POVZETEK - *Natečaj za medicinsko sestro leta organizirata Glavni odbor Poljskega združenja zdravstvenih delavcev (PZZD) in Združenje voditeljev zdravstvene nege od leta 2005. Pokroviteljstvo nad tekmovanjem vsako leto zagotavljata minister za zdravje in predsednik vrhovnega sveta medicinskih sester in babic, pa tudi ključne partnerice PTP na področju zdravstva. Glavni cilj natečaja je izbrati novosti, ki se izvajajo na področju zdravstvene nege ali organizacije dela negovalnih timov, ki izboljšujejo kakovost zdravstvenih storitev in varnost pacientov. Nove, inovativne rešitve so tiste, ki prej niso obstajale in so bile uresničene z idejami, pobudo in zavzetostjo negovalnega tima. Za te ideje mora biti značilna izvirnost, popolno dovoljenje za avtorske pravice za koncept in izvedene rešitve. Poleg tega bi morale biti uvedene rešitve podprte z na dokazih temelječo zdravstveno prakso. Predložene novosti so morale biti učinkovitejše od prejšnjih rešitev in jih je bilo treba preveriti z raziskovalnimi ali analitičnimi metodami. Da bi zagotovili najvišjo možno etično in vsebinsko raven v vseh fazah natečaja in zagotovili objektivne pogoje za ocenjevanje projektnih prijav, je glavni odbor PZZD imenoval natečajni odbor, ki je vključeval ljudi s statusom strokovnih organov in predstavnike institucij, ki sodelujejo s PZZD.*

1 Introduction

There are many definitions of the term 'innovation' in the literature. Taking into account the history of the concept, it means 'a new and different thing to do'. In Latin, innovation comes from the root 'innovate'. Innovation means 'to renew the science and technology for the society to benefit from them, to invent, and to make a difference' (Dil et al., 2012, p. 127–128).

The National Health Service (NHS) 'National Institute for Innovation and Improvement', states that innovation is about doing things differently or doing different things to achieve significant productivity gains. It is a myth that most innovations come from laboratories, or the decisions

of decision-makers or senior management. Most innovations, both in the public and private sector, come from the employees of these organizations (McSherry & Douglas, 2011, p. 165–169).

According to the International Council of Nurses (ICN), innovation is a process of developing new approaches, technologies and ways of working (ICN, 2009, p. 23–25).

Nurses are inherently inquisitive - and not without a reason. Given the rapid pace of change in healthcare, continuous development, and ever-changing technology, the ability to ask questions, consider processes and find alternative ways to solve problems becomes natural and necessary.

Creative thinking and developing ideas is much more than just getting the job done. It is the first step to bring innovation to life. By striving to optimize patient care and improving safety and treatment outcomes, nursing innovations become goals that drive the profession and provide a chance for satisfactory performance.

Unfortunately, the contribution of nursing to innovation in healthcare is rarely recognized, published or made available to nurses and the wider public.

Denying stereotypical and harmful thinking about nursing, several nursing organizations and groups working for the nursing community organize initiatives to identify and present innovative projects, in particular for patient welfare and safety.

2 Examples of activities aimed at seeking innovation in the world

There are many examples of how nursing organizations around the world are working to identify leaders and teams that are committed to patient welfare, increasing healthcare efficiency and safety in the workplace. Some solutions take the form of competitions for the already existing initiatives.

The Queen Silvia Nursing Award is a scholarship for nurses founded in 2013 by Swedish Care International and the Forum For Elderly Care as a gift to Her Majesty Queen Silvia of Sweden in honour of Her Majesty's long-standing commitment to the quality of care and nursing for the elderly and those with dementia (QSNA, 2020).

In the United States, the American Nurses Association (ANA) and the American Nurses Foundation supported by Becton Dickinson grants individual and team ANA Innovation Awards (ANA, 2020).

Many activities are structural in nature and based on close cooperation with healthcare systems in the countries concerned.

In the United Kingdom, the Royal College of Nursing (RCN), through its 'Value Programme', encourages and motivates nurses to innovate in cooperation with the Academic Health Sciences Networks (AHSN) and the NHS Innovation Accelerator (NIA), designed to support innovators and to adapt education, clinical research, IT, innovation and healthcare delivery to the current needs.

Scottish Health Innovations Ltd (SHIL) works in partnership with the NHS Scotland to identify, protect, develop, and commercialise healthcare innovations to improve patient care. The NHS Scotland Health Innovation Assessment portal provides a comprehensive source of information and guidance for potential providers to support innovation through targeted products and technologies (RCN, 2020).

Another very interesting initiative is The Ng Teng Fong Center for Healthcare Innovation, existing since 2019 in Singapore. It is a place where healthcare professionals and partners can present their thoughts, ideas and passion, and together transform opportunities into real solutions, starting with redesigning care to optimize outcomes and patient care, then applying optimal technology to enable the process and ultimately redesigning the work environment for the benefit of employees. The Centre is one of nine new projects under the Health City Novena Master Plan 2030, initiated by the Minister of Health in 2013 (Tan Tok Seng Hospital, 2020).

3 Examples of activities aimed at seeking innovation in Poland

The Nurse of the Year Competition has been organized by the Main Board of the Polish Nursing Association (PNA) and the Nursing Leaders' Association since 2005. Originally it was a continuation of the Nursing Olympics called the “Golden Nursing Cap”. The patronage over the Nurse of the Year Competition is held annually by the Minister of Health and the President of the Supreme Council of Nurses and Midwives, as well as key PNA partners in the field of healthcare.

Since 2019, after evaluating the previous editions and in response to the changing situation in healthcare, numerous new challenges, as well as new opportunities for nurses and midwives, the Main Board of the Polish Nursing Association introduced a change in the formula of the competition, moving from evaluating individual candidates to introducing evaluation of the achievements of the nursing team, which have a direct impact on the quality of nursing and patients welfare. The overriding goal of the competition was to identify innovations implemented in nursing practice or the work organization of nursing teams that improve the quality of health services and patients’ safety.

Innovative solutions are those that have not existed before and have been implemented thanks to the ideas, initiative, and commitment of the nursing team. These ideas should be characterized by originality, full copyrights to the concept and implemented solutions. Furthermore, the implemented solutions should be supported by the Evidence-Based Nursing Practice (EBNP). The submitted innovations had to be more effective than the previous solutions and be verified by research or analytical methods.

The competition is nationwide and is addressed to nurses employed in all types of medical entities or working as part of individual professional practice. The application forms had to have a positive recommendation from the director of the therapeutic unit, in which the innovation had been implemented or a person authorized to represent the business entity in case of civil partnerships.

The competition was conducted according to a strict schedule and began from several months of promoting the competition through a three-stage assessment of the applications by a Competition Committee. To guarantee the highest possible ethical and content-related level at all stages of the Competition and to ensure objective conditions for the evaluation of the project applications, the Main Board of the PNA appointed the Competition Committee, which included people with the status of professional authority and representing institutions cooperating with the PTP. The Committee included:

- the Director of the Department of Nurses and Midwives in the Ministry of Health
- the President of the Main Chamber of Nurses and Midwives
- the Chairperson of the National Trade Union of Nurses and Midwives
- the President of the Main Board of the Polish Nurses Association
- the President of the Main Board of the Association of Health Care Managers
- the President of the Federation of Polish Patients

- the President of the Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Care Nurses
- the President of the Main Board of the Polish Society of Midwives
- the President of the Polish Federation of Education in Diabetology
- the President of the Polish Association of Oncological Nurses

The substantive evaluation of the applications proceeded according to strictly defined criteria taking into account: the innovativeness of the project in relation to the already functioning solutions in nursing in Poland and the world, focus on the Evidence-Based Nursing Practice (EBNP), the importance of the project for nursing care recipients, the involvement of external partners in the project, the organization and conditions of the implementation process and the evaluation of the project advancement.

In the final stage of the Competition in 2019, 17 team leaders presented their innovations. This stage of the Competition was open to the public. After summarizing the three stages of the 2019 Competition, the following winners were selected:

- *The first place and the title of the Nurse of the Year was won by Ms Beata Nowak with a team representing The Ludwik Rydygier Specialist Hospital Ltd. in Krakow introducing the innovation: Implementation of a perinatal care model in the care of mother and child with a lethal disability.*
- *The second place was won by Mr Konrad Baumgart with a team representing the Individual Nursing Practice in Swarzędz. The subject of their innovation was: Proposition of solutions based on facts - ensuring the highest level of safety for a patient subjected to ECMO therapy during the qualification process, of transportation and hospital stay destination.*
- *The third place went to Ms Małgorzata Gdesz with a team employed at the University Clinical Hospital in Wrocław, implementing The School of coping with illness and disability.*

The Special Prize of the President of the Main Board of the Polish Nursing Association was awarded to Alicja Nowik with a team employed in the Family Doctor's Office in Olecko, running The Diabetics Academy.

Since the society, especially healthcare workers, had to operate in a state of SARS-CoV-2 epidemic since March 2020, it was necessary to move away from the multi-stage convention of the Competition and the winners were selected solely based on the evaluation of the competing projects by the Competition Committee.

In the 15th edition of the Nurse of the Year Competition in 2020, 17 innovative projects were submitted and after a formal evaluation, all of them were qualified to the final stages of the Competition.

After summing up the evaluations of the Competition Committee, the following winners were selected:

- *The first place and the title of the Nurse of the Year went to Marta Strzelbicka with Jakub Anweiler as a member of the team, representing the Independent Public Clinical Hospital No. 2 Pomeranian Medical University in Szczecin - implementing the following innovation: Implementation of clinical-receptive music therapy in patients treated in the Department of Anesthesiology, Intensive Care and Acute Poisoning of the Independent Public Clinical Hospital No. 2 Pomeranian Medical University in Szczecin (Gorzkowicz, 2020, p. 119–122).*
- *The second place was taken by Beata Wieczorek-Wójcik with her team, representing the Specialist Hospital of Florian Ceynowy in Wejherowo. The topic of the innovation was: Standardization of nursing care using the International Classification of Nursing Practice ICNP®.*

- *The third place went to Ewelina Podogrocka with her team, representing the Private Health Care Center - “Dom-Med.” Family Clinic in Jelnia implementing innovation: Coordination of care for a chronically ill patient in the home environment as part of cooperation between Basic Health Care and Long-Term Nursing Care.*

The Special Award of the President of the Main Board of the Polish Nursing Society went to Mirosława Młynarczuk with her team, representing the Central Clinical Hospital of the Medical University of Warsaw for the following innovation: Development of innovative methods of treatment and care for a diabetic patient with diabetic foot syndrome.

The distinction of the Association of Healthcare Managers was awarded to Halina Wysocka with her team, representing the Specialist Psychiatric Independent Public Health Care Center in Suwałki for the project: Nurse as a therapy coordinator.

The award of the President of the National Trade Union of Nurses and Midwives was given to Anna Kamińska with her team, representing the University Hospital in Krakow for the project: Center for assistance and treatment of patients with motor neuron disease.

The distinction of the Federation of Polish Patients was given to Mirosława Młynarczuk with her team, representing the Central Clinical Hospital of the Medical University of Warsaw for the innovation: Development of innovative methods of treatment and care for a diabetic patient with diabetic foot syndrome.

Special prizes for the winners Marta Strzelbicka with Jakub Anweiler of the Nurse of the Year Competition were funded by the Supreme Council of Nurses and Midwives (PNA,2020).

The list of all the competition projects is available on the Polish Nursing Association website: <https://www.ptp.net.pl/pielegniarka-roku/>.

4 Conclusions

Innovation in nursing is fundamental to ensuring and developing the quality and effectiveness of care and safety in the workplace.

There are many examples of a high level of innovation in the nursing community in cooperation with partners.

Most of the competition projects in the 2021 Competition are presentations of solutions to optimize patient care in the era of the SARS-CoV-2 virus epidemic.

LITERATURE

1. American Nurses Association. Retrieved on 27 Oktober 2020 from <https://www.nursingworld.org/news/news-releases/2020/2020-ana-innovation-awards-winners-announced/>.
2. Dil, S., Uzun, M. & Aykanat, B. (2012). Innovation in nursing education. *Int J Hum Sci.*, 9 (2), 127–128.
3. Gorzkowicz, B. (2020). Interview with Marta Strzelbicka, the Nurse of the Year 2019. *Probl Pielęg.*, 28 (2), 119–122.
4. International Council of Nurses (2009). Delivering quality, serving communities: nurses leading care innovations. Retrieved on 26 Oktober 2020 from <http://www.icn.ch/publications/2009-delivering-quality-serving-communities-nurses-leading-care-innovations/>.
5. Mcsherry, R. & Douglas, M. (2011). Innovation in nursing practice: a means to tackling the global challenges facing nurses, midwives and nurse leaders and managers in the future. *J Nurs Manag.* 19 (2), 165–169.

6. Polish Nurses Association. Retrieved on 27 Oktober 2020 from: <https://www.ptp.net.pl/pielegniarkaroku/>.
7. Queen Silvia Nursing Award. Retrieved on 27 Oktober 2020 from: <https://queensilvianursingaward.com/>.
8. Royal College of Nursing. Retrieved on 27 Oktober 2020 from: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/research-and-innovation/innovation-in-nursing>.
9. Tan Tok Seng Hospital, National Health Care Group. Retrieved on 27 Oktober 2020 from <https://www.ttsh.com.sg/About-TTSH/TTSH-News/Pages/Ng-Teng-Fong-Centre-for-healthcare-innovation-opens-up-Singapore's-healthcare-to-the-world.aspx>.

Celostna obravnava bolnikov z okvaro hrustanca: znanost in praksa 2020

UDK 616.71-018.3-083"20"

KLJUČNE BESEDE: hrustanec, artroza, matične celice

POVZETEK - Letos je Alberto Gobbi, nekdanji predsednik ICRS, v reviji *Arthroscopy* zapisal: »Če imamo pred seboj biološki problem, ga moramo poskusiti reševati z biološkimi metodami.« V preteklosti smo z metodami, kot so aplikacija kortikosteroida ali hialuronske kisline v prizadetem sklepu, z omejenim uspehom že poskušali vplivati na simptome, ki jih povzročata okvara hrustanca, nismo pa se posvetili vzroku omenjene patologije. Zadnjih nekaj let poskušamo z biološkimi metodami vplivati na potek artroze hrustanca z več cilji: da ta proces upočasnimo, ga zaustavimo ali celo, da se hrustanec popravi oziroma regenerira. Sodobne biološke metode zdravljenja okvare hrustanca skušajo vplivati na sam proces okvare in s tem delovati na vzrok težav, ki povzročata bolečine, otekanje in deformacije sklepa. Te metode so posebej uspešne pri zdravljenju zgodnjih in zmernih oblik obrabe hrustanca. Metode, npr. PRP, ACS, zdravljenje z matičnimi celicami, lahko strnemo pod skupno ime *Orthobiologics*. V prispevku bomo predstavili rezultate naše raziskave, ki je bila zasnovana kot retrospektivna študija. V raziskavi je bilo zajetih 644 primerov, ki so bili obravnavani zaradi okvare kolenskega sklepnega hrustanca in zdravljeni s hialuronsko kislino, obogatanim avtolognim serumom ACS ali matičnimi celicami. Rezultati naše raziskave pokažejo, da so te metode uspešne pri zdravljenju okvare hrustanca in da ima zdravljenje z matičnimi celicami določene prednosti.

UDC 616.71-018.3-083"20"

KEYWORDS: orthobiologics, cartilage, osteoarthritis, stem cells

ABSTRACT - This year, Alberto Gobbi, the former president of ICRS, wrote in the journal *Arthroscopy*: If we face a biological problem, we must try to solve it with biological methods. There are different ways to treat a chondral defect, but there is only one target: to recreate a normal hyaline tissue and restore the normal properties of the natural tissue. In the past conventional treatment of cartilage disorders was mostly aimed at symptoms relief but not at disease modifying medical intervention. The treatment was surgical or conservative. The last one is based on a combination of non-pharmacological and pharmacological modalities as corticosteroid or hyaluronic acid injections. In the past two decades there has been interest in orthobiologic treatment to modulate the progression of the disease and preserve the cartilage. Biological treatment including platelet-rich plasma, autologous conditioned serum, bone marrow aspirate, concentrate and adipose-derived mesenchymal stem cells are promised treatments based on regenerative medicine approaches. Here we are going to present the results of our retrospective study, where we evaluate the clinical efficiency of treating patients with OA of the knee with three different methods HA, ACS and stem cells. The records of 644 knee joints treated between 2009 and 2018 were included in the evaluation. All treatment methods result in significant short term and long term improvement according to pain scores and MSC method gives best results in short term.

1 Uvod

Guru športne medicine, ameriški ortoped James R. Andrews, je pred časom izjavil, da je bil izum artroskopa v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja prvi veliki napredek v športni medicini. Drugi mejnik – zdravljenje z matičnimi celicami – pa se nam dogaja zdaj. Za prvega so bili poleg inženirjev zaslužni tudi ortopedi, ki so v 70. letih prejšnjega stoletja veljali za pionirje artroskopije, pri razvoju matičnih celih pa gredo zasluge v prvi vrsti biologom in predkliničnim

raziskovalcem. Ne le v ortopediji, matične celice so uporabne tudi v drugih vejah medicine, kot npr. v hematologiji, imunologiji, onkologiji in kardiologiji.

Dandanes klasične metode zdravljenja okvare hrustanca niso usmerjene k obnovi hrustanca, zato želimo v prispevku sistematsko osvetliti možne načine zdravljenja in izpostaviti sodobnejše metode zdravljenja okvare hrustanca.

Namen preglednega članka je prispevati k boljšemu poznavanju sodobnejših možnosti zdravljenja okvare hrustanca.

2 Sklepni hrustanec

Sklepni hrustanec je čvrsta in elastična struktura, ki kot tanka plast v sklepih prekriva kostno površino. Sestavljen je iz mreže vlaken kolagena, ki so njegovo ogrodje. V to mrežo so vstavljene hrustančne celice (hondrociti), ki predstavljajo 1 % mase hrustanca. Celice v okolico izločajo medceličnino (hrustančni matriks), ki jo sestavljajo kolagen, proteoglikanski agregati, nekolagenski proteini in voda (Herman idr., 2006). Medceličnina izrazito nase veže vodo, ki je »ujeta« v hrustancu, kar predstavlja 60 do 70 % njegove mase. Hrustančne celice so do določene stopnje sposobne zaznati spremembo količine vode kot tudi količino in kakovost medceličnine in se na to odzvati s tvorbo nove medceličnine oziroma njenih sestavin (Duthie, 1996). Sklepni hrustanec nima krvnega obtoka, limfnih žil ter ni oživčen (Herman idr., 2016).

3 Artroza

Artroza je poimenovana tudi osteoartroza, v angleški literaturi se uporablja izraz Osteoarthritis. Je progresivna bolezen sinovialnih sklepov za katere je značilno prezgodnje in prehitro propadanje sklepnega hrustanca.

3.1 Patogeneza artroze

Ob pojavu artroze se gladka površina hrustanca običajno na več mestih poškoduje in drobi, zato hrustančne celice ne zmorejo dovolj hitro nadomestiti poškodovanega in uničenega hrustanca. Poškodbe se postopno poglobljajo, dokler v skrajnem poteku ne dosežejo kostne površine pod hrustancem. Posledično se stanjša ali celo izgine celotna hrustančna plast (Herman idr., 2016).

Poleg osnovne okvare sklepnega hrustanca artroza v kasnejših obdobjih prizadene tudi sklepno ovojnico, ki postane manj prožna in raztegljiva, kostnino pod sklepom, ki se zgosti in začne tvoriti izrastke ob sklepu, ter obsklepne vezi in mišice, ki se skrajšajo in oslabijo ter ne zagotavljajo več ustrezne stabilnosti sklepu. Končni rezultat procesa artroze je torej boleč, otekel, slabo gibljiv in nestabilen sklep (Duthie, 1996).

3.2 Epidemiologija artroze

Artroza kot najpogostejša bolezen gibalnega sistema je pomemben dejavnik oboletosti in umrljivosti populacije v drugi polovici življenja. V razvitem svetu je drugi najpogostejši vzrok telesne oviranosti (za srčno-žilnimi boleznimi). Posledično je artroza s socialno-demografskega vidika evidenten dejavnik socialne izključenosti, slabše materialne preskrbljenosti in kakovosti življenja (Khaltsev, 2003).

Obraba sklepov predstavlja vedno večje breme tako za bolnika, zdravnika, zdravstveni sistem kot tudi za družbo nasploh (2 % BDP v ZDA) (Pfundner, 2013). Zaradi vse večjih pričakovanih posameznika, daljše življenjske dobe in aktivnejšega življenjskega sloga tudi v zrelejših letih postaja ta problem vedno bolj pereč (Sun, 2007).

Artroza je zelo pogosta bolezen. V populaciji starejših od 50 let naj bi za to okvaro trpela polovica ljudi, kar pri četrtini pa je bolezen povzročila določeno stopnjo invalidnosti. Artrozo so potrdili pri 60 % oseb, starejših od 65 let, polovica le-teh pa ima zaradi nje dodatne težave, ker jim znižuje kakovost življenja. V EU beležijo 100 milijonov primerov ljudi z artrozo (Loza, 2009).

3.3 *Klinična slika artroze*

Prvi znak je običajno bolečina ob večjih obremenitvah pri gibanju, na primer pri daljši hoji ali teku, še posebej navzdol. Kasneje se bolečina in krepitacija, ki jo čutimo bolj globoko v notranjosti sklepa, pojavlja že ob krajših razdaljah, koleno pa lahko tudi oteče. Če obraba hrustanca preide v napredovano fazo, močno omejuje gibljivost sklepa in ga lahko začne celo deformirati (Hussein, 2021).

3.4 *Radiološka klasifikacija artroze*

Radiološka klasifikacija artroze po Kellgren - Lawrence (Kellgren, 1957):

- I. Prostor v sklepu je primerno širok, vidni so začetni osteofiti.
- II. Prostor v sklepu je zožen z osteofiti.
- III. Prostor v sklepu je bistveno zožen, vidni so številni kostni izrastki, subhondralna skleroza in manjša deformacija.
- IV. Prostora med deloma sklepa skoraj ni več, vidni so veliki osteofiti, subhondralna skleroza in kostne ciste.

4 **Poškodba hrustanca**

Do poškodbe hrustanca lahko pride nenadoma, zaradi prekomerne sile, ki deluje na hrustanec v določenem položaju, na primer ob neposrednem udarcu ali nepravilnem gibu, ali pa se bolečina pojavi zaradi ponavljajoče se tope sile, ki je posledica daljše preobremenitve sklepa. Poškodba hrustanca se lahko pojavi izolirano, večinoma pa je združena s poškodbo meniskusa ali vezi. Lahko se pokaže na površini (hondralna lezija) ali pa gre globlje (subhondralna lezija), tudi do kosti in jo poškoduje.

Ob poškodbi, na primer padcu, nenadni prekomerni obremenitvi ali dolgotrajni obrabi hrustanca, v sklep vdre večje število imunskih celic, ki izločajo vnetne faktorje, zaradi česar se v sklepu pojavi vnetje. Vnetje je primarno namenjeno odstranjevanju tujkov, kar se med drugim doseže tudi z izločanjem molekul, ki zavirajo rast celic – tako mikrobnih, kot telesnih. Zaradi tega celice ne morejo rasti in zaradi neugodnega okolja lahko celo umrejo (Miller idr., 2020).

5 **Klasične metode zdravljenja okvare hrustanca**

Metodo zdravljenja, za katero se odločimo pri posameznem bolniku, je odvisna predvsem od diagnoze. Odvisno je torej od tega, kakšna je stopnja artroze oziroma hrustančne lezije (velikost in globina poškodbe hrustanca) in kakšna je intenziteta težav s hrustancem.

5.1 *Konzervativno zdravljenje*

Fizioterapija je najpomembnejša metoda konzervativnega zdravljenja. Izvaja se za ohranjanje ali ponovno pridobitev funkcije sklepa, mišične moči, protibolečinskega delovanja in zaradi edukacije vaj za vsakodnevne in športne aktivnosti.

Med konzervativna zdravljenja prištevamo še:

- uporabo mazil: na primer Voltaren in Naklofen gel,
- medikamentozno terapijo: predvsem nesteroidni antirevmatiki in selektivni COX-2 inhibitor Arcoxia.
- blokado ali aplikacijo lokalnega anestetika in kortikosteroidov v sklep (Hussein, 2021).

5.2 Operativne metode zdravljenja

5.2.1 Artroskopsko mikrofrakturiranje hrustanca

Gre za minimalno invaziven operativni poseg, ki ga najpogosteje izvajamo na kolenu. Pri posegu na okvarjeni sklepni površini s posebnimi inštrumenti ustvarimo mikroskopske razpoke. Preko teh omogočimo, da iz kosti pod okvarjenim hrustancem in v predel okvarjene sklepne površine vdre kri. S krvjo pridejo v predel okvare celice in proteini, ki se pod vplivom lokalnih dejavnikov pretvorijo v vezivno hrustančno tkivo. To tkivo je vsaj deloma po lastnostih podobno hialinemu hrustancu, ki prekriva zdrav sklep in nadomešča njegovo funkcijo. Podobno kot velja za druge oblike zdravljenja, je tudi ta metoda učinkovitejša pri okvarah manjših predelov hrustanca (do 2 cm²) ter kadar še ni izrazitih sprememb na kostnih površinah. Za čim boljši končni rezultat zdravljenja je nujno, da posegu sledi tudi primerna individualna fizikalna terapija. S to se izboljša predvsem obseg gibljivosti sklepa ter okrepi obsklepno muskulaturo, v primeru kolena predvsem stegenske mišice (Herman idr., 2006; Miller idr., 2020).

5.2.2 Mozaik plastika

Pri tej metodi zdravljenja odvezamemo kostno-hrustančne čepe s pomočjo votlega inštrumenta z dela kolena, ki je manj obremenjen in jih prenesemo na mesto poškodbe, ki je na bolj obremenjenem delu sklepa. Operacijo izvedemo artroskopsko in tako zmanjšamo nezaželene učinke odpiranja sklepa. Ta metoda je primerna pri manjših lezijah (do 5 cm²), njena prednost pa je, da lezijo napolnimo s hrustancem, ki je identičen originalnemu (Miller idr., 2020).

5.2.3 Presaditev hrustanca

Hrustanec lahko na celični ravni zdravimo s terapijo z avtolognimi hondrociti. Bolniku vsadimo avtologne hrustančne celice, ki izvirajo iz bolnikovega lastnega hrustanca in jih gojimo v bolnikovem lastnem serumu (krvna tekočina brez krvnih celic). Do ustreznega števila namnožene in ustrezne hrustančne celice namestimo na celični nosilec, kar omogoča lažjo in zanesljivejšo vsaditev. Materiali, namenjeni za celične nosilce, so lahko rastlinskega ali živalskega izvora, izbrani pa so tako, da so razgradljivi in v sklepu ne povzročajo vnetnih ali zavrnitvenih reakcij (Herman idr., 2006).

5.2.4 Osteotomija

Z osteotomijo (fleksijsko, ekstenzijsko, varizacijsko, valgizacijsko, derotativno in skrajševalno) presekamo kost in potem vzpostavimo boljšo in ugodnejšo os. Tako lahko odpravimo patološko angulacijo, zakrivljenost ali rotacijo dolge kosti, skrajšamo ali podaljšamo kost, izboljšamo pokritost sklepa in zmanjšamo bolečino v primeru artroze (Herman idr., 2006). Cilj osteotomije pri artrozi je zmanjševanje bolečine ter izboljšanje funkcije sklepa s tem, da bo sklep bolj kongruenten. Obremenitev na hrustanec bo bolj fiziološko razporejena, kar lahko privede do ustavitve obrabe hrustanca ali celo do začetka reparacije (Hussein, 2021).

5.2.5 Artroplastika

Artroplastika, sklepna endoprotetika ali umetni sklep je najuspešnejše zdravljenje primarne ali sekundarne artroze. Najpogosteje je indicirana pri artrozi kolka ali kolena. Od začetka njenega razvoja je minilo že več kot 70 let in jo štejemo za eno od najuspešnejših operativnih metod

zdravljenja. Za endoprotetiko se odločimo po tem, ko smo že izčrpali vse manj invazivne metode ali konzervativna zdravljenja. Artroplastika je lahko delna ali totalna. Odvisno je, ali nadomestimo en del sklepa ali sklep v celoti. Glede na način fiksacije endoproteze delimo na cementno in brez cementno. V zadnjih letih se je zelo razvila minimalno invazivna kirurgija, kjer je kožna incizija manjša. Pri operativnem posegu ne poškodujemo mišic, pri tem zmanjšamo bolečino, število zapletov in skrajšamo čas kooperativne rehabilitacije (Ravnihar, 2016).

6 Sodobnejše metode zdravljenja hrustanca t.i. Orthobiologics

V preteklosti smo z metodami, kot so aplikacija kortikosteroida ali hialuronske kisline v prizadetem sklepu, z omejenim uspehom že poskušali vplivati na simptome, ki jih povzroča okvara hrustanca, nismo pa se posvetili vzroku omenjene patologije (Cotter idr., 2020). Zadnjih nekaj let poskušamo z biološkimi metodami vplivati na potek artroze hrustanca z več cilji: da ta proces upočasnimo, ga zaustavimo ali celo, da se hrustanec popravi oziroma regenerira (Jevsevar idr., 2013).

Sodobne biološke metode zdravljenja okvare hrustanca skušajo vplivati na sam proces okvare in s tem delovati na vzrok težav, ki povzroča bolečine, otekanje in deformacije sklepa. Te metode so posebej uspešne pri zdravljenju zgodnih in zmernih oblik obrabe hrustanca (Cooper idr., 2017). Regenerativno zdravljenje je pristop, s katerim želimo obnoviti poškodovano ali obrabljeno tkivo oz. organ in mu s tem vrniti oz. vzpostaviti njegovo normalno delovanje. Tako skušamo spodbuditi obnovo sklepnega hrustanca. Za spodbujanje regeneracije tkiva pa se uporabljajo številne metode npr. PRP, ACS, zdravljenje z matičnimi celicami. Te metode lahko strnemo pod skupno ime: Orthobiologics.

6.1 Vnos hialuronske kisline

Je najbolj razširjena metoda sodobnih oblik zdravljenja sklepne obrabe. Hialuronska kislina je ena izmed pomembnejših naravnih sestavin hrustančne medceličnine. Je naravna sestavina hrustanca. Hialuronska kislina je zelo viskozna bistra tekočina. Ob vnosu v sklep izboljša gladkost in mehanične lastnosti obrabljenega hrustanca (Hussein, 2021).

6.2 Trombocitna obogatena plazma PRP in avtologni koncentrirani serum ACS (Orthokin)

Gre za zdravljenje z lastno krvno plazmo. Po odvzemu krvi, iz katere v posebnem postopku izločimo trombocitno plazmo in aktiviramo trombocite, začnejo sproščati protein IL-1RA. Leta varuje hrustanec pred propadanjem, deluje protibolečinsko in blaži vnetja v sklepu. Tako pripravljeno plazmo globoko zamrznemo, ob vsakokratnem obisku bolnika jo odmrznemo in vbrizgamo v njegov oboleli sklep (Hussein, 2021).

6.3 Matične celice

Matične celice so široka skupina neusmerjenih in nediferenciranih celic z izjemno sposobnostjo pretvorbe v različne specializirane tkivne celice. Glede na izvor jih delimo na:

- *prenatalne* (embrionalne), ki se nahajajo v blastocisti razvijajočega se zarodka,
- *postnatalne* (somatske), ki se nahajajo v številnih tkivih odraslih organizmov.

V skeletno-mišičnem sistemu so najbolj raziskane MSC iz kostnega tkiva, sklepne ovojnice in mišic. Čeprav imajo določene skupne značilnosti, pa se vedno bolj uveljavlja koncept tkivno specifičnih MSC, ki se med seboj razlikujejo po določenih lastnostih in molekulskih označevalcih. Po eni od teorij naj bi bile MSC pravzaprav periciti, torej celice, ki se nahajajo

na zunanji strani žilnih sten in jih zato lahko najdemo v skoraj vseh ožiljenih tkivih. Prisotnost matičnih celic v kosteh in skeletnih mišicah je tudi razlog, da imajo ta tkiva neverjetno sposobnost regeneracije. Ob ustreznih stimulatornih signalih, bodisi iz fiziološkega (fizična aktivnost) ali patološkega mikrokolja (zlomi, poškodbe mišic), se namreč aktivirajo, pomnožijo in usmerijo v določeno celično linijo, npr. v kostne (osteoblaste) ali mišične celice (miocite), ter migrirajo na mesto poškodovanega tkiva in ga regenerirajo. V skeletnih mišicah so najpomembnejše satelitske celice, ki so ključne v procesu mišične regeneracije (Zupan, 2017).

Matične celice so prve celice, ki začnejo tvoriti človeško telo in so predhodnice vseh celic, iz katerih je telo sestavljeno. Na začetku imajo sposobnost preobrazbe (diferenciacije) v katero koli celico človeškega telesa – kožno, kostno, mišično, živčno, spolno, očesno, jetrno, ledvično, hrustančno in v vse ostale od približno 200 tipov celic, kolikor jih sestavlja naše telo. Najbolj poznan vir odraslih matičnih celic je kostni mozeg, katerega matične celice so sposobne diferenciacije vsaj v hondrocite (hrustančne celice), osteoblaste (kostne celice) in adipocite (maščobne celice), vsebuje pa tudi krvotvorne matične celice, ki skrbijo za obnavljanje imunskega sistema – odstranjevanje tujkov in okvarjenih celic (Hussein idr., 2018).

Mezenhimske matične celice, ki sodelujejo pri regeneraciji poškodbe, imajo naslednje sposobnosti:

- zmožnost diferenciacije v različne tipe celic (kostne, hrustančne, maščobne),
- imunomodulacija,
- protiapoptotsko delovanje,
- trofične lastnosti,
- protimikrobno delovanje.

Njihova najpomembnejša lastnost je poleg sposobnosti diferenciacije prav gotovo imunomodulacija. To je sposobnost, da umirjajo prekomerno vnetje ali prekomerni imunski odziv. Prekomerno vnetje onemogoča naravno celjenje poškodb, eden od osnovnih pogojev za uspešno in kakovostno regeneracijo tkivnih poškodb je odsotnost vnetja, zato je sposobnost MSC, da delujejo izrazito protivnetno z zaviranjem imunskih odzivov prirojene in pridobljene imunosti, enako pomembna kot njihove regeneracijske sposobnosti, matične celice pa z zmanjšanjem vnetja ponovno omogočijo ugodne razmere za naravni potek celjenja poškodbe (Zupan, 2017).

Matične celice zavirajo tudi programirano celično smrt pri ostalih celicah (protiapoptotsko delovanje), kamor se celice usmerijo ob neugodnih razmerah. Mezenhimske matične celice poleg zaviranja celične smrti spodbujajo ostale celice k rasti in razmnoževanju, kar imenujemo trofične lastnosti. Sem spada tudi spodbujanje nastanka novih žil, ki prehranjujejo tkiva. Delujejo tudi protimikrobno, saj izločajo nekatere snovi, ki zavirajo rast mikroorganizmov. Mezenhimske matične celice umirijo vnetje, omogočijo normalne pogoje za rast celic ter jih s svojimi trofičnimi in antiapoptotskimi lastnostmi celo spodbujajo k rasti. Poleg tega se lahko diferencirajo v manjkajoči tip celic in tako aktivno sodelujejo pri regeneraciji tkiv (Hussein idr., 2018).

Za bolnika je zdravljenje z matičnimi celicami enostavno, hitro in razmeroma neboleče. Na dan operacije bolnik prejme lokalno ali splošno anestezijo. Odvzem matičnih celic lahko opravimo iz:

1. *kostnega mozga*: kostni mozeg se nahaja v spužvasti sredini kosti, ki ga obdaja kompaktna kostnina, in ga je mogoče relativno neboleče odvzeti v majhni količini brez večjih posledic po odvzemu. V ta namen naredimo majhen kožni rez v predelu črevnice. Skozi ta rez vstavimo vodilo, skozi katerega naredimo odvzem (aspiracijo) ustrezne količine kostnega mozga. Iz kostnega mozga odvezamo od 30–50 ml kostnega mozga, nato

skoncentriramo mezenhimske matične celice skupaj z rastnimi faktorji, ki so prisotni v kostnem mozgu, ter pripravimo 3–10 ml koncentrata celic;

2. *maščobnih tkiv*: pri tem gre praktično za manjšo liposukcijo; naredimo enega ali več majhnih rezov na koži v področju trebuha. Skozi rez v podkožje apliciramo pripravljeno mešanico lokalnega anestetika in adrenalina. S pomočjo aspiracijske brizge odvezamo ustrezno količino maščobnega tkiva. Iz tega tkiva nato skoncentriramo mezenhimske matične celice skupaj z rastnimi faktorji in pripravimo 3–10 ml koncentrata celic.

Ta končni celični pripravek apliciramo bodisi z neposrednim injiciranjem njihove suspenzije v sklep (površinske poškodbe hrustanca) ali tetivo ali pa kirurško, kjer jih dodamo neposredno na mesto okvare, običajno na biokompatibilnem celičnem nosilcu (osteohondralne in druge globlje lezije v sklepu) (Hussein idr., 2018).

V zadnjih objavljenih preglednih prispevkih o vplivu matičnih celic na regeneracijo hialinega hrustanca številni avtorji poročajo o njihovem pozitivnem delovanju z zelo malo neželenimi učinki. Obenem tudi poudarjajo, da je klinično raziskovanje vplivov MSC na obnovo hrustanca še v začetni fazi, zato tudi niso jasni odgovori na številna vprašanja: kateri vir MSC, kolikšna koncentracija MSC, kateri način njihove vsaditve, morebitna uporaba nosilcev ali rastnih dejavnikov ter kakšen program rehabilitacije je najboljši oz. najučinkovitejši. Pri kirurškem zdravljenju simptomatskih, zamejenih hrustančnih lezij, ki se slabo celijo in lahko napredujejo v generalizirano OA, se pojavlja vprašanje, ali je dodaten vnos koncentriranih avtoloških MSC, izoliranih iz druge lokacije, sploh potreben oz. ali ni dovolj zgolj kombinacija biokompatibilnega nosilca in fizioloških koncentracij MSC iz lokalnega okolja lezije (največkrat iz subhondralne kosti).

Čeprav so mezenhimske stromalne celice iz kostnega mozga (BMSC) izvorno bolj usmerjene v osteogenezo, in to predstavlja veliko prednost pred drugimi viri, je njihovo število v aspiratu kostnega mozga nizko in variabilno. Še pomembnejše dejstvo je, da so BMSC pri starejših in/ali osteoartritičnih bolnikih funkcijsko oslABLJENE, za razliko od celic, pridobljenih iz maščobnega tkiva, ki so polno funkcionalne in zato bolj uporabne za zdravljenje (Hussein idr., 2018).

7 Razprava

Številne raziskave poročajo o uspešnosti vseh navedenih regenerativnih pristopov (hialuronska kislina, PRP-ACS in matične celice) za zdravljenje okvare hrustance predvsem v kolenskem sklepu.

Meta analize, v katerih avtorji analizirajo rezultate 76 objavljenih raziskav in primerjajo izide zdravljenja z različnimi vrstami hialuronske kisline, je pokazala manj bolečin pri obremenitvah. To pozitivno delovanje je trajalo 5 do 13 tednov (Yang idr., 2018).

Baltzer in sodelavci v študiji, objavljeni v letu 2009, primerjajo zdravljenje z Orthokinom (ACS) in hialuronsko kislino. Ugotovili so, da Orthokin daje boljše rezultate (Baltzer idr., 2009).

Dobre rezultate in manjše simptome tudi še dve leti po zdravljenju z matičnimi celicami iz kostnega mozga (BMAC) je pokazala meta analiza, ki jo je objavil Jeyaraman s sodelavci (Jeyaraman idr., 2020).

V retrospektivni študiji, ki smo jo v Artrosu izvedli v sodelovanju z FZV UNM in ICRM, smo primerjali rezultate zdravljenja artroze kolenskega sklepa prve, druge in tretje stopnje, s tremi različnimi metodami: hialuronsko kislino, ACS (Orthokin) in matičnimi celicami iz kostnega

mozga (BMAC). Ugotovili smo, da vse tri metode dajejo pozitivne rezultate, vendar zdravljenje z matičnimi celicami v primerjavi s ostalima dvema metodama daje boljše rezultate po 12 mesecih, predvsem pri bolnikih s hujšo artrozo (III. stopnja po KL klasifikaciji) (Hussein idr., 2021).

8 Zaključek

Alberto Gobbi, nekdanji predsednik ICRS, je v reviji *Arthroscopy* letos zapisal: »Če imamo pred seboj biološki problem, ga moramo poskusiti reševati z biološkimi metodami.«

Zadnjih nekaj let poskušamo z biološkimi metodami vplivati na potek artroze hrustanca, torej vplivati na sam proces okvare hrustanca in s tem delovati na vzroke težav, ki povzročajo bolečine, otekanje in deformacije sklepa. Dosedanje raziskave kažejo, da je zdravljenje okvare hrustanca z novejšimi, regenerativnimi metodami obetavno, vendar so za potrditev dolgoročnih izidov zdravljenja potrebne še nove in poglobljene raziskave.

LITERATURA

1. Baltzer, A. W. A., Moser, C., Jansen, S. A. in Krauspe, R. (2009). Autologous conditioned serum (Orthokine) is an effective treatment for knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 17 (2), 152–160. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.joca.2008.06.014>.
2. Cooper, C., Rannou, F., Richette, P., Bruyère, O., Al-Daghri, N., Altman, R. D., Brandi, M. L., Collaud Basset, S., Herrero-Beaumont, G., Migliore, A., Pavelka, K., Uebelhart, D., Reginster, J. Y. Use of Intraarticular Hyaluronic Acid in the Management of Knee Osteoarthritis in Clinical Practice. *Arthritis Care Res.* 2017, 69 (9), 1287–1296. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1002/acr.23204>.
3. Cotter, E. J., Frank, R. M. in Mandelbaum, B. (2020). Management of osteoarthritis - Biological approaches: current concepts. *Journal of ISAKOS*. BMJ Publishing Group. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1136/jisakos-2019-000377>.
4. Duthie, B. R. (1996). *Mercers Orthopaedic Surgery*. London: Arnold.
5. Herman, S., Antolič, V. in Pavlovčič, V. (2006). *Srakarjeva Ortopedija* (II. izdaja). Ljubljana: samozaložba.
6. Hussein, M. (2021). *Ortopedija za fizioterapevte*.
7. Hussein, M. in Girandon, L. (2018). Možnosti zdravljenja z matičnimi celicami. V M. Hussein (ur.), *Pogosta stanja v ortopediji 6. Artrosov strokovni simpozij* (str. 7–16). Ljubljana: Artros center za ortopedijo in športne poškodbe.
8. Hussein, M., Van ECK, C. F. in Kregar Velikonja, N. (2021). Bone marrow aspirate concentrate is more effective than hyaluronic acid and autologous conditioned serum in the treatment of knee osteoarthritis: a retrospective study of 505 consecutive patients. *Applied Sciences*, 11 (7), 1–12. Pridobljeno s <https://doi.org/10.2290/app11072932>.
9. Jevsevar, D., Brown, G., Jones, D., Matzkin, E., Manner, P., Mooar, P., Schousboe, J., Stovitz, S., Sanders, J., Goldberg, M., Bozic, K., Martin, W., Cummins, D., Donnelly, P., Woznica, A., Gross, L. (2013). Treatment of Osteoarthritis of the Knee, 2nd Edition Conservative Treatments: Recommendations 1–6. *Am. Acad. Orthop. Surg.*, 1–24.
10. Jeyaraman, M., Muthu, S. in Ganie, P. A. (2020). Does the Source of Mesenchymal Stem Cell Have an Effect in the Management of Osteoarthritis of the Knee? Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Cartilage*. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177/1947603520951623>
11. Kellgren, J. H. in Lawrence, J. S. (1957). Radiological Assessment of Osteo-Arthrosis, 16, str. 494–502.
12. Khaltayev, N., Pflieger, B., Woolf, A., Mathers, C., Akesson, K., Hazes, J. in Symmons, D. (2003). Assessing the burden of musculoskeletal conditions: a joint World Health Organization–Bone and Joint Decade project. *Arthritis Research & Therapy*, 5 (3), 174. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1186/ar805>.

13. Loza, E., Lopez - Gomez, J. M., Abasolo, L., Maese, J., Carmona, L., Batlle - Gualda, E. in Arthrocad Study Group (2009). Economic burden of knee and hip osteoarthritis in Spain. *Arthritis and rheumatism*, 61 (2), 158–165. <https://doi.org/10.1002/art.24214>.
14. Miller, D. M. in Thompson, S. R. (ur) (2020). *Millers Review of Orthopaedics*. Philadelphia: Elseiver, (303–306).
15. Pfunter, A., Wier, L. M. in Stocks, C. (2013). Most frequent conditions in U. S. hospitals, 2011. *HCUP Statistical Brief*, 162 (January), 1–12. Pridobljen s <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb162.pdf>.
16. Ravnihar, K. (2016). Novosti pri zdravljenju napredovale artroze kolka in kolena. V M. Hussein (ur.), Pogosta stanja v ortopediji 4. Artrosovo strokovni simpozij Ljubljana: Artros center za ortopedijo in športne poškodbe, str. 43–46.
17. Sun, B. H., Wu, C. W. in Kalunian, K. C. (2007). New Developments in Osteoarthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2006.12.003>.
18. Yang, Y. H. K. (2018, December 1). Aging of mesenchymal stem cells: Implication in regenerative medicine. *Regenerative Therapy*. Japanese Society of Regenerative Medicine. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.reth.2018.09.002>.
19. Zupan, J., Čamernik, K., Jeras, M., Barlič, A., Drobnič, M. in Marc, J. (2017). Mezenhimske matične celice: Uporaba in potencial za zdravljenje ter diagnostiko mišično-skeletnih bolezni. *Farm vestn*, 68, 243–247.

Znanje in upoštevanje preventivnih ukrepov v času epidemije covid-19

UDK 616.9+616-084.47

KLJUČNE BESEDE: covid-19, cepljenje, stališča, namera cepljenja, zdravstveni delavci

POVZETEK - Prvi veliki izbruh novega koronavirusa v Evropi se je zgodil na severu Italije. Glede na visoko stopnjo migracij s sosednjo državo, je bilo pričakovano, da se bo okužba kmalu začela širiti tudi v Sloveniji. V javnosti in medijih so se razvile masovne razprave o tem, kako bi učinkovito omejili širjenje okužbe. Cilj te študije je bil oceniti znanje o novem koronavirusu in izvajanje preventivnih ukrepov v zgodnji fazi širjenja covid-19 v Sloveniji in ob koncu prvega vala epidemije. V prvem krogu raziskave je bil spletni vprašalnik aktiven 24 ur (od 13. do 14. marca 2020). Odzvalo se je 12.307 respondentov in 7764 vprašalnikov je bilo popolnoma izpolnjenih. Raziskava je bila ponovljena med 13. aprilom in 7. majem 2020 s 313 pridobljenimi odgovori. Znanje anketirancev se je izboljšalo iz prvega v drugi krog raziskave. Prav tako se je v obdobju opazovanja povečala skladnost s preventivnim vedenjem. Večja skladnost s preventivnim vedenjem je bila najdena pri ženskah, pri tistih, ki delijo gospodinjstvo z osebami, starejšimi od 65 let, starejšimi in tistih, ki poznajo okuženo osebo. Študija je dala pomembne podatke o splošnem znanju o koronavirusu pri populaciji, kar je smiselno upoštevati pri načrtovanju zdravstveno vzgojnih aktivnosti za spodbujanje izvajanja preventivnih ukrepov.

UDK 616.9+616-084.47

KEYWORDS: covid-19, cepljenje, stališča, namera cepljenja, zdravstveni delavci

ABSTRACT - The first major outbreak of the new coronavirus in Europe occurred in northern Italy. Given the high level of migration with the neighbouring country, the relatively fast spread of the infection to Slovenia was expected and preventive measures for its limitation were widely discussed in the public and media. The aim of this study was to evaluate knowledge about the new coronavirus and the implementation of preventive measures in an early phase of the spread of COVID-19 in Slovenia and at the end of first wave of the epidemic. In the first round of survey, an online questionnaire was active for 24 hours (March 13-14 2020). There were 12.307 responses and 7764 questionnaires were completed. The survey was repeated between April 13 and May 7 2020 with 313 obtained responses. Respondents' knowledge improved from the first to the second round of survey. Compliance with preventive behaviour also increased during the observation period. Greater compliance with preventive behaviour was found in women, in those who share the household with people over the age of 65, the elderly and those who know an infected person. The study provided important data on general knowledge about coronavirus in the population, which should be taken into consideration when planning health education activities to promote the implementation of preventive measures.

1 Uvod

Koronavirus SARS-CoV-2 je respiratorni virus, ki povzroča v hudih oblikah bolezen pljučnico. Kot akutna respiratorna nalezljiva bolezen se covid-19 širi predvsem skozi dihalne poti s kapljicami, dihalnimi izločki in neposrednim stikom ter kaže močno infektivnost (Guo idr., 2020).

Po izbruhu koronavirusa konec decembra 2019 na Kitajskem so se prvi primeri okužbe v Evropi pojavili po 24. januarju, prvi večji izbruh pa v severni Italiji (Spiteri idr., 2020). Ker je Slovenija

sosejna država Italije z visoko stopnjo čezmejnne mobilnosti prebivalstva, ki je pozimi zaradi smučarskega turizma še večja, je bilo pričakovano razmeroma hitro širjenje okužbe v Slovenijo. Nacionalni inštitut za javno zdravje je ob začetku prvega vala okužbe objavil priporočila za omejevanje širjenja okužbe, ki temeljijo na razkuževanju rok in socialni oddaljenosti (NIJZ, n.d.), vendar pa izolacija ljudi, ki so bili v Italiji, pa niso bili v neposrednem stiku z okuženimi in niso kazali nobenih simptomov, ni bila priporočena. Ko se je zavedanje o nalezljivosti virusa povečalo, so ljudje in ustanove izvajali različne preventivne dejavnosti v smislu omejevanja socialnih stikov, še preden so bili ti uradno priporočeni. O prvem primeru okužbe v Sloveniji so poročali 4. marca. Vlada RS je razglasila epidemijo 13. marca, ko je število diagnosticiranih primerov v Sloveniji doseglo 141, zadnji dan pa 45 novih primerov. Slovenija je bila s prevalenco 67,8 primerov na mio prebivalstvo na ta dan 11. mestu (Www.worldometers.info, 2020). 14. marca 2020 so v državi poročali o prvi smrti zaradi koronavirusa. Vlada je sprejela ukrepe za omejevanje socialnih stikov, vključno z začasnim zapiranjem vrtcev in šol, začasno prepovedjo javnih shodov in aktiviranjem službe civilne zaščite. Konec epidemije je vlada razglasila 15. maja 2020. V prvem valu epidemije je bilo največje dnevno število aktivnih primerov 609, dnevno hospitaliziranih bolnikov pa 117. Ob razglasitvi zaključka epidemije pa je bilo hospitaliziranih še 29 bolnikov, 7 v intenzivni enoti (covid-19.sledilnik.org, 2020).

Epidemiološka situacija covid-19 se je hitro spreminjala. Slovenija je dobro obvladala prvi val okužbe, v svetu pa se je širjenje SARS-CoV-2 nadaljevalo. 10.4. je bilo objavljeno, da je zaradi covid-19 po svetu umrlo že 100.000 ljudi (Coronavirus deaths top 100.000 worldwide, 2020). Okužba s SARS-CoV-2 povzroča visoko umrljivost zlasti pri starejših odraslih, ki je veliko višja kot pri pandemični gripi. Otroci so manj prizadeta skupina, z epidemiološkega vidika pa je pomembna njihova vloga pri prenosu virusa (Petersen idr., 2020).

Bolezen covid-19 povzroča nov virus in velika večina ljudi še nima imunosti nanj, kar je pomemben dejavnik za hitro širjenje bolezni v populaciji. V prvih mesecih širjenja okužbe se nobeno specifično protivirusno zdravljenje ni izkazalo za učinkovito in potencialna zdravila so še vedno v preskušanju v kliničnih preskušanjih; zato se okuženi ljudje v prvi vrsti zanašajo na simptomatsko zdravljenje in podporno oskrbo (Adhikari idr., 2020; Guo idr., 2020), zajezeitev širjenja epidemije pa je pričakovana predvsem z uspešnim razvojem in uporabo cepiv proti SARS-CoV-2 (French idr., 2020).

V prvem valu epidemije je potekala obširna razprava o načinih za zmanjšanje prenosa okužbe, v kateri so bili izpostavljeni preventivni ukrepi, kot so uporaba zaščitnih mask, higiena rok, higiena kašlja, ukrepi za socialno distanciranje, odkrivanje prenašalcev, sledenje stikom in karantena (Adhikari idr., 2020; Singhal, 2020; Slovenian National Institute of Public Health, n.d.). Virus lahko vztraja tudi na neživih površinah več dni, vendar ga je mogoče učinkovito deaktivirati s postopki kemične dezinfekcije (Kampf idr., 2020) ali temperaturami nad 56°C (Leclercq idr., 2014; WHO, n.d.), zato so bili vzpostavljeni ustrezni protokoli dezinfekcije.

Bistvo ukrepov je bilo čim prej prepoznati morebitne primere in preprečiti morebiten prenos okužbe, zlasti v kliničnih okoljih (Lake, 2020). Avtorji poudarjajo, da so najbolj dovzetna populacija starejši in ljudje z nekaterimi pridruženimi zdravstvenimi težavami, kar zahteva več pozornosti in nege (Guo idr., 2020), in zato je potrebno ukrepe za preprečevanje ali zmanjšanje prenosa treba izvajati zlasti pri ogroženih populacijah (Li idr., 2020).

Za uspešno obvladovanje širjenja okužb je pomembno ustrezno znanje ter stališča prebivalstva do pandemije tako pri splošni populaciji, še zlasti pa pri zdravstvenih delavcih, zato je bil to pomemben predmet proučevanja tudi pri pandemijah v preteklosti, npr. v primeru pandemije virusa gripe H1N1 (Tooher idr., 2013; Wong in Sam, 2011; Yap idr., 2010). Tudi v času pandemije novega koronavirusa potekajo številne študije znanja in stališč v zvezi z virusom in širjenjem okužbe in številne so že objavile svoje izsledke v različnih državah in na različnih

segmentih populacije (Akan idr., 2010; Clements, 2020; Puspitasari idr., 2020; Reuben idr., 2020; Wake, 2020; Zhong idr., 2020).

Namen naše raziskave je bil proučiti znanje in stališča o novem koronavirusu in o bolezni covid-19 tako v splošni populaciji in med zdravstvenimi delavci ter povezanost le tega s preventivnim vedenjem v začetni fazi ter ob koncu prvega vala epidemije covid-19 v Sloveniji.

2 Metode

Raziskava je temeljila spletni anketi, kjer so bili podatki pridobljeni s prostovoljnim sodelovanjem anonimnih udeležencev. Z vprašalnikom smo pridobili podatke o znanju in stališčih glede različnih vidikov epidemije covid 19 med splošno populacijo in med zdravstvenimi delavci v Sloveniji. Protokol raziskave je pregledala in odobrila Komisija za znanstveno raziskovalno delo Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu (številka sklepa FZV-98/2020128).

Spletna raziskava je bila razširjena v ciljni populaciji z metodo snežne kepe, tak pristop so uporabili tudi v drugih podobnih študijah (Dawson in Golijani - Moghaddam, 2020; Kamenidou idr., 2020; Rodrigues - Ray idr., 2020). Začetna skupina anketirancev je bila kontaktirana prek poklicnih (zdravstveni delavci) in osebnih stikov (splošna populacija), povezava do ankete pa je bila nadalje razširjena prek socialnega omrežja Facebook. Spletna anketa je bila izvedena dvakrat. Prvič se je začela 13. marca ob 14.20 in je bila aktivna 24 ur. Drugič je bila anketa aktivna v obdobju 13. 4.–8. 5. 2020. V prvem krogu je bilo ustrezno izpolnjenih 8.023 vprašalnikov, v drugem krogu pa 313.

Med anketiranimi je bilo v prvem krogu 79 % žensk in 21 % moških. Njihova starost se je gibala od 13 do 83 let (povprečno 40,5 leta, SD 13,2), 4,8 % je bilo starih 65 let ali več. 45 % vprašanih je imelo srednješolsko izobrazbo, 41 % je imelo dodiplomski študij in 15 % podiplomski študij. V zdravstvenem sektorju je delalo 14 % vprašanih. Četrtnina vprašanih je poročala, da imajo člane gospodinjstva, starejše od 65 let, 52 % ima v gospodinjstvu otroke, 14 % anketirancev pa otroke in starejše. Med anketiranci jih je imelo 17 okužbo s koronavirusom, 1 % jih je bilo v stiku z okuženo osebo, 10 % pa jih je poznalo okuženo osebo, ki pa ni imela neposrednega stika s to osebo.

V drugem krogu ankete je bilo med udeleženci 86 % žensk in 14 % moških. Starost anketirancev je bila od 18 do 80 let (povprečje: 37,7 let, SD 15,5), 6,7 % starejših od 65 let. 47 % vprašanih je imelo srednješolsko izobrazbo, 36 % je imelo dodiplomski študij in 17 % podiplomski študij. V zdravstvenem sektorju je delalo 23 % vprašanih. 19 % vprašanih je poročalo, da imajo člane gospodinjstva, starejše od 65 let, 38 % ima v gospodinjstvu otroke, 16 % anketirancev pa otroke in starejše. Med anketiranci nihče ni imel okužbe s koronavirusom, 4 % jih je bilo v stiku z okuženo osebo, 23 % pa jih je poznalo okuženo osebo, ki pa ni imela neposrednega stika s to osebo.

Vprašalnik je zajemal več sklopov vprašanj. Znanje je bilo ovrednoteno s sklopom 11 trditev, stališča o obvladljivosti epidemije pa s sklopom 5 trditev. Na vse trditve so anketiranci odgovarjali s »se strinjam«, »se ne strinjam« ali »ne vem«. Pravilen odgovor oz. odgovor, ki je nakazoval bolj pozitivno stališče je bil ovrednoten z +1, drug odgovor je bil ovrednoten z -1, odgovor »ne vem« pa z 0 točkami.

Preventivno vedenje je bilo ovrednoteno s sklopom 10 trditev, pri katerih so anketiranci izvajanje posamezne preventivne aktivnosti ocenjevali na Likertovi lestvici (1 - se nikakor ne strinjam, 5 - se popolnoma strinjam).

Podatki so bili obdelani s programom SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0). Povezanost med dobljenimi ocenami smo ugotavljali s Pearsonovim koeficientom korelacije. Meja statistične značilnosti je bila določena pri $p < 0,05$.

3 Rezultati

3.1 Znanje o virusu SARS-CoV-2 in epidemiji covid-19

Odgovori respondentov, ki odražajo splošno znanje o virusu SARS-CoV-2 in epidemiji covid-19 so prikazani v Tabeli 1. Pri večini trditev se je delež pravilnih odgovorov povečal. Zmanjšal se je delež odgovorov, da je v Sloveniji prisotna epidemija covid-19, čeprav je ta formalno še trajala, saj je bila epidemija v času drugega anketiranja že v upadu; podobno se je v drugi anketi manj respondentov strinjalo s trditvijo, da je v svetu pandemija covid-19. Manj respondentov se v drugi anketi ni strinjalo s trditvijo, da se tudi zdrave osebe ne morejo okužiti z virusom, in manj jih je menilo, da ni učinkovitega protivirusnega zdravila za zdravljenje covid. Skupna ocena znanja je bila ob koncu prvega vala epidemije višja pri zdravstvenih delavcih, ne pa pri splošni populaciji; vendar pri nobeni skupini izboljšanje znanja ni statistično značilno (tabela 2). Tako ob začetku epidemije, kot pri drugem anketiranju ob koncu prvega vala epidemije pa je bila ocena znanja signifikantno večja pri zdravstvenih delavcih v primerjavi s splošno populacijo (tabela 2).

Tabela 1: Odgovori respondentov na trditve za preverjanje znanja o virusu SARS-CoV-2 in epidemiji covid-19. Krepko so obarvane trditve, kjer je bil odstotek pravilnih odgovorov v drugem anketiranju večji.

Trditev	Pravilni odgovor		Odstotek pravilnih odgovorov	
	Se strinjam	Se ne strinjam	Anketa 1	Anketa 2
Trenutno je v svetu epidemija bolezn covid-19	X		91 %	88 %
Trenutno je v Sloveniji epidemija bolezn covid-19	X		92 %	86 %
Zdrave osebe ne zbolijo za covid-19		X	88 %	85 %
Zdrave osebe ne morejo biti prenašalci okužbe z novim koronavirusom		X	84 %	90 %
Za zdravljenje covid-19 obstajajo učinkovita protivirusna zdravila		X	77 %	72 %
Okužba z virusom SARS-CoV-2 naj bi se prenesla na ljudi preko živali	X		30 %	36 %
Okužba z virusom SARS-CoV-2 naj bi se prenesla na ljudi preko živali	X		29 %	46 %
Koronavirus spada med RNA viruse	X		19 %	30 %
Koronavirus lahko uničimo z razkužilom s 60 % alkoholom	X		53 %	61 %
Koronavirus lahko uničimo z zmrzovanjem		X	48 %	54 %
Poleg koronavirusa in virusa influence lahko bolezn dihal povzročajo tudi drugi virusi	X		87 %	93 %

Legenda: X-označba pravilnega odgovora

Tabela 2: Primerjava znanja med splošno populacijo in zdravstvenimi delavci, ugotovljeno v prvi in drugi anketi

	Celoten vzorec			Splošna populacija			Zdravstveni delavci			p
	N	\bar{x}	SD	N	\bar{x}	SD	N	\bar{x}	SD	
Anketa 1	7563	7,32	1,75	6407	7,24	1,75	1156	7,76	1,72	<0,001
Anketa 2	277	7,43	2,07	191	7,24	2,14	86	7,85	1,86	0,022
p		NS			NS			NS		

Legenda: N= število respondentov, \bar{x} : aritmetična sredina, SD: standardna deviacija, NS: $p>0,05$

3.2 Mnenje respondentov o obvladljivosti epidemije covid-19

Odgovori respondentov, ki odražajo splošno mnenje o obvladljivosti epidemije covid-19 so prikazani v tabeli 3. Tu ne gre za pravilne ali napačne odgovore, ampak odgovori odraža posameznikovo stališče. V tabeli 3 so označeni odgovori, ki nakazujejo bolj pozitivno mnenje glede obvladljivosti epidemije covid-19. Približno tretjina respondentov meni, da je covid-19 sezonska bolezen, 62 % jih meni, da bodo imeli podobne simptome kot pri gripi, vendar je 20 % oz. 27 % meni, da bodo ti simptomi blagi. Delež respondentov, ki menijo, da bodo simptomi blagi se je ob koncu epidemije bistveno povečal. Prav tako se je iz 52 % na 62 % povečal delež respondentov, ki ocenjujejo, da imajo dovolj znanja, da bi se zaščitili pred okužbo. 90 % jih meni, da izvajajo vse potrebne ukrepe, da se bodo zaščitili pred okužbo. Zmanjšal se je odstotek tistih, ki ne menijo, da vemo premalo, da bi lahko načrtovali ustrezne preventivne ukrepe (tabela 3).

Skupna ocena kaže, da je pri splošni populaciji mnenje o obvladljivosti epidemije nekoliko bolj pozitivno, medtem ko se je med zdravstvenimi delavci ocena zmanjšala, vendar pa razlike ocen med prvo in drugo anketo niso statistično značilne (tabela 4). V obeh anketah se je pokazalo, da imajo Zdravstveni delavci bolj pozitivno mnenje glede obvladljivosti epidemije glede na splošno populacijo. Ob začetku epidemije se je ta razlika izkazala kot statistično značilna ($p<0,001$), ob koncu epidemije pa ne (tabela 4).

Tabela 3: Odgovori respondentov na trditve za preverjanje mnenja o obvladljivosti epidemije covid-19. Krepko so obarvane trditve, kjer je bil odstotek pozitivno točkovanih odgovorov v drugem anketiranju večji

Trditve	Pozitivno točkovan odgovor		Odstotek pozitivno točkovanih odgovorov	
	Se strinjam	Se ne strinjam	Anketa 1	Anketa 2
covid-19, ki jo povzroča novi koronavirus, je sezonska bolezen (podobno kot gripa)	X		35 %	31 %
Če se bom okužil z novim koronavirusom, bom imel podobne simptome kot pri gripi	X		62 %	62 %
Če se bom okužil z novim koronavirusom, bom imel blage simptome	X		20 %	27 %
Imam dovolj znanja o novem koronavirusu, da se lahko zaščitim pred okužbo	X		5 %	62 %
Izvajam vse primerne zaščitne ukrepe, da bi se zaščitil pred okužbo	X		89 %	91%
O koronavirusu SARS-CoV-2 vemo premalo, da bi lahko načrtovali ustrezne preventivne ukrepe		X	40 %	35%

Legenda: X-označba odgovora, ki odraža bolj pozitivno mnenje glede obvladljivosti epidemije COVID-19

Tabela 4: Primerjava mnenja o obvladljivosti epidemije covid-19 med splošno populacijo in zdravstvenimi delavci, ugotovljeno v prvi in drugi anketi

	<i>Celoten vzorec</i>			<i>Splošna populacija</i>			<i>Zdravstveni delavci</i>			<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>AS</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>AS</i>		<i>N</i>	<i>AS</i>	<i>SD</i>	
Anketa 1	7663	3,02	1,36	6457	2,98	<0,001	1160	3,27	1,38	<0,001
Anketa 2	308	3,08	1,40	191	3,03	NS	86	3,16	1,40	NS
p		NS			NS			NS		

Legenda: N= število respondentov, AS: aritmetična sredina, SD: standardna deviacija, NS: p>0,05

3.3 Izvajanje preventivnih ukrepov

Ocena izvajanja preventivnih ukrepov je bila ob koncu prvega vala epidemije signifikantno višja kot ob začetku (tabela 6). Izvajanje preventivnih ukrepov se je povečalo zlasti glede nošenja mask, ki so si jih respondenti v večjem deležu nakupili. Ob koncu prvega vala epidemije se je povečal tudi delež respondentov, ki so ostajali doma in niso hodili v službo. Ostale ocene se niso bistveno spremenile in odražajo visoko mero izvajanja preventivnih ukrepov že ob začetku epidemije (tabela 5).

Razlike med zdravstvenimi delavci in splošno populacijo kažejo tako ob začetku kot ob koncu epidemije statistično značilno višjo skupno oceno izvajanja preventivnih ukrepov (tabela 6).

Tabela 5: Odgovori respondentov na trditve o izvajanju preventivnih ukrepov (Likertova lestvica: 1- se sploh ne strinjam, 5- se popolnoma strinjam). Krepko so obarvani odgovori, kjer je bila povprečna ocena odgovorov v drugem anketiranju večja.

<i>Trditve</i>	<i>Povprečna ocena</i>	
	<i>Anketa 1</i>	<i>Anketa 2</i>
Pogosteje si umivam roke	4,6	4,5
Redno si razkužujem roke	4,3	4,3
Kašljam v robček ali rokav	4,6	4,6
Uporabljam obrazno masko	2,6	4,3
Razkužujem predmete	3,8	3,8
Izogibam se prostorom, kjer je več ljudi	4,5	4,5
Izogibam se osebam, za katere menim, da imajo povečano možnost okužbe	4,4	4,3
Ostajam doma (ne hodim v službo)	3,8	4,3
Doma imam zalogo hrane za vsaj 2 tedna	3,5	3,6
Nakupil sem maske za obraz	2,2	3,6

Tabela 6: Primerjava skupne ocene izvajanja preventivnih ukrepov med splošno populacijo in zdravstvenimi delavci, ugotovljeno v prvi in drugi anketi

	<i>Celoten vzorec</i>			<i>Splošna populacija</i>			<i>Zdravstveni delavci</i>			<i>p</i>
	<i>N</i>	\bar{x}	<i>SD</i>	<i>N</i>	\bar{x}	<i>SD</i>	<i>N</i>	\bar{x}	<i>SD</i>	
Anketa 1	7633	38,27	5,49	6430	38,19	5,49	1159	38,70	5,47	0,004
Anketa 2	282	41,92	6,96	188	41,20	6,82	83	43,37	7,27	0,019
p		<0,001			<0,001			<0,001		

Legenda: N= število respondentov, \bar{x} : aritmetična sredina, SD: standardna devijacija, NS: p>0,05

Tabela 7: Povezanost med skupno oceno izvajanja preventivnih ukrepov ter oceno znanja in oceno mnenja glede obvladljivosti epidemije covid-19

<i>Izvajanje preventivnih ukrepov</i>	<i>Anketa 1</i>		<i>Anketa 2</i>	
	Pearsonov koeficient korelacije	p	Pearsonov koeficient korelacije	p
in				
Znanje o covid-19	0,131	<0,001	0,242	P<0,001
Mnenje o obvladljivosti epidemije	0,009	0,455	-,047	p=0,429

Analiza povezanosti je pokazala, da osebe z višjo oceno znanja signifikantno bolj izvajajo preventivne ukrepe ($p<,001$), medtem ko povezanost z mnenjem glede obvladljivosti ni statistično značilno.

4 Razprava

Namen raziskave je bil ugotoviti preventivno vedenje in njegovo povezanost z znanjem ob začetku in ob koncu prvega vala epidemije v Sloveniji. Rezultati ankete so pokazali, da je bila ob začetku epidemije izjemno velika pozornost posvečena tej problematiki, kar je očitno že iz samega števila respondentov prve ankete in tudi iz visokega znanja in izvajanja preventivnih ukrepov že ob samem začetku epidemije. Več znanja so v primerjavi s splošno populacijo imeli zdravstveni delavci. Zdravstveni delavci tudi izražajo bolj pozitivno mnenje glede obvladljivosti epidemije, ki je v začetni fazi epidemije bilo značilno bolj pozitivno v primerjavi s splošno populacijo. Razlike v znanju in mnenju med začetno in končno fazo prvega vala epidemije niso statistično značilne ne pri splošni populaciji ne pri zdravstvenih delavcih. Znanje se tekom prvega vala epidemije torej ni bistveno izboljšalo, je pa bilo statistično značilno večje pri zdravstvenih delavcih kot pri splošno populaciji (tabela 2).

Razlike v znanju v povezavi s covid-19 med splošno populacijo in zdravstvenimi delavci v prid zdravstvenih delavcev so pričakovane, večina predhodnih raziskav pa proučuje le splošno populacijo ali se osredotočajo le na zdravstvene delavce.

Raziskave, ki so v začetni fazi pandemije proučevale znanje o koronavirusu v splošni populaciji na Kitajskem (Zhong idr., 2020), v Avstraliji (Faasse in Newby, 2020), Bangladešu (Hossain idr., 2020) in v ZDA (Clements, 2020) so ugotovljale zadovoljivo znanje in pozitivna stališča do obvladljivosti epidemije. V raziskavi med zdravstvenimi delavci v globalni raziskavi (Bhagavathula idr., 2020) in na Tajskem (Apaijitt in Wiwanitkit, 2020) pa so ugotavljali, da imajo mnogi zdravstveni delavci slabo znanje o bolezni. Zaradi različnih vprašalnikov rezultatov raziskav ne moremo neposredno primerjati.

V naši raziskavi izstopa zavedanje tega, da so lahko tudi zdrave osebe prenašalci okužbe, presenetljivo nizko pa je znanje o učinkovitih načinih dezinfekcije, saj le malo več kot polovica anketiranih pravilno opredeljuje občutljivost virusa na 60 % alkohol in zamrzovanje (tabela 1).

Ocena odgovorov na trditve, ki so se nanašale na obvladljivost epidemije, se tekom prvega vala epidemije ni značilno spremenila, boljša pa je bila ob začetku epidemije pri zdravstvenih delavcih (tabela 4). V študiji na v Wuhanu so mnenje splošne javnosti o obvladljivosti epidemije preverjali z direktnim vprašanjem ali menijo, da bodo ukrepi privedli do uspeha in omejitve epidemije, s čimer se je strinjalo prek 90 % anketirancev (Zhong idr., 2020).

Preventivno vedenje je bilo na zelo visoki ravni že ob začetku epidemije. V zadnji fazi prvega vala epidemije je bila ocena višja predvsem na račun bolj dosledne uporabe zaščitnih mask, ki

je bila predpisana tudi z odlokom. Raziskovalci v Wuhanu so ugotovili, da je v času porasta epidemije kar 98 % respondentov nosilo maske izven doma (Zhong idr., 2020). Ob koncu prvega vala epidemije se je povečal tudi delež respondentov, ki so ostajali doma in niso hodili v službo. Ostale ocene se niso bistveno spremenile in odražajo visoko mero izvajanja preventivnih ukrepov že ob začetku epidemije (tabela 5).

Razlike med zdravstvenimi delavci in splošno populacijo kažejo tako ob začetku kot ob koncu epidemije statistično značilno višjo skupno oceno izvajanja preventivnih ukrepov pri zdravstvenih delavcih (tabela 6).

Raziskava je pokazala, da je večje znanje signifikantno povezano z doslednejšim izvajanjem preventivnih ukrepov, medtem ko povezanost z mnenjem glede obvladljivosti ni statistično značilno. Študija v Bangladešu ni pokazala povezanosti znanja in stališč z izvajanjem preventivnih ukrepov (Hossain idr., 2020), vendar zaradi različnih vprašalnikov rezultatov ne moremo direktno primerjati z našo študijo.

Omejitev raziskave je nenaključni vzorec, saj se z metodo snežene kepe vprašalnik razširja v posameznih segmentih populacije, zato je rezultate težko posploševati na celotno populacijo. Naša raziskava ne uporablja enakega vprašalnika kot sorodne raziskave, saj je bila zasnovana pred prvimi objavami na to temo.

5 Zaključek

Ustrezno znanje o povzročiteljih infekcijskih bolezni je pomembno za preprečevanje širjenja le teh v splošni populaciji, še zlasti pa med zdravstvenimi delavci, saj se okužba SARS-CoV-2 pogosto prenaša prek njih, kot je bilo ugotovljeno tudi v prejšnjih epidemijah koronavirusov (SARS, MERS) (Guo idr., 2020). Možnost prenosa okužbe predstavlja tudi psihološko breme zlasti za zdravstvene delavce, zato je smiselno spodbujanje preventivnega vedenja z ustreznim informiranjem in dvigom znanja zdravstvenih delavcev.

ZAHVALA

Prispevek je nastal v okviru internega projekta Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu, pri katerem so sodelovali tudi prof. dr. Karmen Erjavec, doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja in doc. dr. Ivan Verdenik.

LITERATURA

1. Adhikari, S. P., Meng, S., Wu, Y.-J., Mao, Y.-P., Ye, R.-X., Wang, Q.-Z., Sun, C., Sylvania, S., Rozelle, S., Raat, H. in Zhou, H. (2020). Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (covid-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 9 (1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>
2. Akan, H., Gurol, Y., Izbirak, G., Ozdatl, S., Yilmaz, G., Vitrinel, A. in Hayran, O. (2010). Knowledge and attitudes of university students toward pandemic influenza: A cross-sectional study from Turkey. *BMC Public Health*, 10, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-413>
3. Apaijitt, P. in Wiwanitkit, V. (2020). Knowledge of coronavirus disease 2019 (covid-19) by medical personnel in a rural area of Thailand. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 41 (10), 1243–1244. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.159>
4. Bhagavathula, A. S., Aldhaleei, W. A., Rahmani, J., Mahabadi, M. A. in Bandari, D. K. (2020). Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among Health Care Workers: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6 (2), e19160. <https://doi.org/10.2196/19160>

5. Clements, J. M. (2020). Knowledge and behaviors toward COVID-19 among us residents during the early days of the pandemic: Cross-sectional online questionnaire. *Journal of Medical Internet Research*, 22 (5), 1–11. <https://doi.org/10.2196/19161>
6. Coronavirus deaths top 100.000 worldwide. (2020). *Global News*. <https://globalnews.ca/news/6804778/coronavirus-covid-19-deaths-100000-worldwide/>
7. Covid-19.sledilnik.org. (2020). <https://covid-19.sledilnik.org/sl/stats>.
8. Dawson, D. L. in Golijani - Moghaddam, N. (2020). Covid-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17 (January), 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
9. Faasse, K. in Newby, J. (2020). Public perceptions of covid-19 in Australia: perceived risk, knowledge, health-protective behaviours, and vaccine intentions. *MedRxiv*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20079996>
10. French, J., Deshpande, S., Evans, W. in Obregon, R. (2020). Key Guidelines in Developing a Pre-Emptive COVID-19 Vaccination Uptake Promotion Strategy. *Int J Environ Res Public Health*, 17 (2895), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165893>
11. Guo, Y.-R., Cao, Q.-D., Hong, Z.-S., Tan, Y.-Y., Chen, S.-D., Jin, H.-J., Tan, K.-S., Wang, D.-Y. in Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research*, 7 (1). <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
12. Hossain, M. B., Alam, M. Z., Islam, M. S., Sultan, S., Faysal, M. M., Rima, S., Hossain, M. A., Mahmood, M. M., Kashfi, S. S., Mamun, A. al, Monia, H. T. in Shoma, S. S. (2020). Do knowledge and attitudes matter for preventive behavioral practices toward the covid-19? A cross-sectional online survey among the adult population in Bangladesh. *Heliyon*, 6 (12). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05799>
13. Kamenidou, I., Stavrianea, A. in Liava, C. (2020). Achieving a Covid-19 free country: Citizens preventive measures and communication pathways. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (13), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134633>
14. Kampf, G., Todt, D., Pfaender, S. in Steinmann, E. (2020). Persistence of Coronaviruses on Inanimate Surfaces and Their Inactivation With Biocidal Agents. *Journal of Hospital Infections*, 104 (3), 246–251. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035997/?from_term=coronavirus+desinfection&from_pos=1&from_exact_term=coronavirus+desinfection.
15. Lake, M. A. (2020). What we know so far: covid-19 current clinical knowledge and research. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*, 20 (2), 124–127. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.7861/clinmed.2019-coron>.
16. Leclercq, I., Batéjat, C., Burguière, A. M. in Manuguerra, J. C. (2014). Heat inactivation of the Middle East respiratory syndrome coronavirus. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 8 (5), 585–586. <https://doi.org/10.1111/irv.12261>
17. Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., ... Feng, Z. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2001316>
18. NIJZ. (n.d.). NIJZ brošura za starejše v času epidemije covid-19. Pridobljeno, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32226294/>
19. Petersen, E., Koopmans, M., Go, U., Hamer, D. H., Petrosillo, N., Castelli, F., Stargaars, M., Al Khalili, S. in Simsonen, L. (2020). Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. 1–11. Pridobljeno, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7333991/pdf/main.pdf>.
20. Puspitasari, I. M., Yusuf, L., Sinuraya, R. K., Abdulah, R. in Koyama, H. (2020). Knowledge , Attitude , and Practice During the COVID-19 Pandemic : A Review. 727–733. Pridobljeno, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7407756/pdf/jmdh-13-727.pdf>.
21. Reuben, R. C., Danladi, M. M. A., Saleh, D. A. in Ejembi, P. E. (2020). Knowledge, Attitudes and Practices Towards COVID-19: An Epidemiological Survey in North-Central Nigeria. *Journal of Community Health*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00881-1>

22. Rodrigues - Ray, R., Garrido - Hernansaiz, H. in Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (covid-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540.s002>
23. Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (covid-19). *Indian Journal of Pediatrics*, 87 (4), 281–286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>
24. Slovenian National Institute of Public Health. (n.d.). koronavirus-sars-cov-2-gradiva @ www.nijz.si. Pridobljeno, s <https://www.nijz.si/sl/koronavirus-sars-cov-2-gradiva>
25. Spiteri, G., Fielding, J., Diercke, M., Campese, C., Enouf, V., Gaymard, A., Bella, A., Sognamiglio, P., Sierra Moros, M. J., Riutort, A. N., Demina, Y. V., Mahieu, R., Broas, M., Bengnér, M., Buda, S., Schilling, J., Filleul, L., Lepoutre, A., Saura, C., ... Ciancio, B. C. (2020). First cases of coronavirus disease 2019 (covid-19) in the WHO European Region, 24 January to 21 February 2020. *Euro Surveillanc e : Bulletin Europeen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin*, 25(9). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.9.2000178>
26. Tooher, R., Collins, J. E., Street, J. M., Braunack - Mayer, A. in Marshall, H. (2013). Community knowledge, behaviours and attitudes about the 2009 H1N1 Influenza pandemic: A systematic review. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 7 (6), 1316–1327. <https://doi.org/10.1111/irv.12103>
27. Wake, A. D. (2020). Knowledge, attitude, practice, and associated factors regarding the novel coronavirus disease 2019 (covid-19) pandemic. *Infection and Drug Resistance*, 13, 3817–3832. <https://doi.org/10.2147/IDR.S275689>
28. WHO. (n.d.). Alert and response operations Diseases Biorisk reduction Disease outbreak news First data on stability and resistance of SARS coronavirus compiled by members of WHO laboratory network. Pridobljeno 5. 4. 2020, s https://www.who.int/csr/sars/survival_2003_05_04/en/
29. Wong, L. P. in Sam, I. C. (2011). Knowledge and attitudes in regard to pandemic influenza A (H1N1) in a multiethnic community of Malaysia. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18 (2), 112–121. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9114-9>
30. www.worldometers.info. (2020). [4e4f86f66dc170efebb43978c569264aea8dfa64 @ https://Www.Worldometers.Info/Coronavirus/](https://www.worldometers.info/coronavirus/)
31. Yap, J., Lee, V. J., Yau, T. Y., Ng, T. P. in Tor, P. C. (2010). Knowledge, attitudes and practices towards pandemic influenza among cases, close contacts, and healthcare workers in tropical Singapore: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-442>
32. Zhong, B.-L., Luo, W., Li, H.-M., Zhang, Q.-Q., Liu, X.-G., Li, W.-T., & Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, 16 (10), 1745–1752. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45221>.

Clinical Picture of Crohn's Disease in Different Populations

UDC 616.344-02-071

KEYWORDS: *Clinical picture, Crohn's disease, Montreal classification, populations*

ABSTRACT - *It is estimated that about 2.5 million Caucasian Europeans worldwide have inflammatory bowel disease (IBDs). Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) are the most important types of IBDs. At the World Congress of Gastroenterology in Montreal in 2005, the Montreal classification (Mc) for CD was proposed. The Mc takes into account: the age at diagnosis, location of changes and disease manifestation. The aim of the study was to establish the differences of CD phenotype in selected populations, based on Mc. Analysis of available literature in the PubMed database (including own results) and Google Scholar search engine, using the keywords CD and Montreal classification were performed. The main incidence peaks are between the ages of 15–35 and 60–80. It was noted that in 20% of the patients, the symptoms of disease may persist without remission periods. The clinical manifestation is related to the stage of the disease as well as the location and the extent of the lesions. Manifestation of CD in investigated populations based on Mc vary between populations in: age category (< 17 years., 17–40 years. and > 40 years.), location (ileal, colonic, ileo-colonic, isolated upper digestive) and behavior (fistulas, non-stricturing/non-penetrating, stricturing/penetrating and perianal changes).*

UDK 616.344-02-071

KLJUČNE BESEDE: *klinična slika, Crohnova bolezen, montrealska klasifikacija, populacije*

POVZETEK - *Ocenjuje se, da ima po vsem svetu približno 2,5 milijona kavkaških Evropejcev vnetno črevesno bolezen (VČB). Crohnova bolezen (CB) in ulcerozni kolitis (UC) sta najpomembnejši vrsti VČB. Na svetovnem kongresu gastroenterologije v Montrealu leta 2005 je bila predlagana za CB predlagana montrealska klasifikacija (MK). MK upošteva: starost ob diagnozi, lokacijo sprememb in manifestacijo bolezni. Cilj študije je bil ugotoviti razlike v fenotipu CB v izbranih populacijah na podlagi MK. Opravljena je bila analiza razpoložljive literature v zbirki podatkov PubMed (vključno z lastnimi rezultati) in iskalniku Google Scholar z uporabo ključnih besed CB in montrealska klasifikacija. Glavni vrhovi incidence so med 15–35 in 60–80 let. Ugotovljeno je bilo, da lahko pri 20 % bolnikov simptomi bolezni trajajo tudi brez remisije. Klinična manifestacija je odvisna od stopnje bolezni, pa tudi od lokacije in obsega lezij. Manifestacija CB v preiskovanih populacijah, ki temeljijo na MK, se med populacijami razlikuje glede na: starostno kategorijo (< 17 let, 17–40 let in > 40 let), lokacijo (ilealno, debelo črevo, ilealno-debelo črevo, izolirana zgornja prebavila) in vedenje (fistule, neomejene / neprebadajoče, omejene / prebadajoče in perianalne spremembe).*

1 Introduction

It is estimated that about 2.5·10⁶ European Caucasians suffer from inflammatory bowel diseases (IBDs), a chronic disease of the digestive system. However, the global number of cases is higher when the Asian population and populations of developing countries are included (Ng, 2019).

Inflammatory bowel diseases include: Crohn's disease (CD), ulcerative colitis (UC), indeterminate colitis (IC) and microscopic inflammation. Inflammatory bowel diseases occur in people with a genetic predisposition under the conditions of specific environmental factors.

Pathogenesis includes disorders of the autoimmune response and intestinal dysbiosis, which is induced by exposure to heterogeneous environmental factors (Feuerstein, 2017). The following nomenclature is used to describe the unclear etiology and type of disease: idiopathic / classical / primary.

In recent years: cytological examination, gene expression and molecular profiling/ personalized therapy significantly increased the chance of therapy success by reducing the risk of ineffective treatment. Moreover, they also enable the selection of an adequate therapy method, which helps to reduce treatment costs. However, due to the heterogeneous background and multifactorial, complex etiology, with the current state of knowledge, the treatment is still aimed at obtaining and maintaining the longest possible state of remission.

1.1 Epidemiology and clinical manifestation of CD

Worldwide, CD is diagnosed in highly-developed and industrialized regions. In European populations high prevalence of CD is observed in: Western Europe, especially in Great Britain and Scandinavian countries, and outside Europe in USA and New Zealand (from 24 to 318 cases/ 1·10⁵ inhabitants). While, CD is less common in South America, Africa, Asia and South and Eastern Europe (from 0.9 to 200 cases/ 1·10⁵ inhabitants) (Behzadi, 2015; Ng, 2018; Salkic, 2015).

Data on the prevalence rate for European countries are sparse. According to published results, the highest prevalence of subjects with diagnosis of CD were reported in Sweden, Denmark and Switzerland: 213, 151 and 100/ 1·10⁵ inhabitants, respectively. Less subjects with diagnosis of CD were observed in: Italy, Bosnia and Herzegovina, Poland, Romania and Slovakia: about 40, 28, 16, 8 and 7/ 1·10⁵ inhabitants (Behzadi, 2015; Prikazka, 1998; <http://www.chorobacrohna.pl/aktualne-dane-2>).

The most recent reports indicate a continuous increase in the incidence rate of CD in European populations. For instance, in Croatians, from 1989 to 2004 an increase in the incidence rate was observed from 0.7 to 6.5 new cases/ 1·10⁵ inhabitants/ year (Behzadi, 2015).

The characteristic of CD feature is the alternating presence of healthy and inflamed tissue. The clinical manifestation of CD is related to the stage of the disease as well as the location and extent of the changes. Inflammatory changes within the terminal ileum, the small and large intestines and only within the large intestine in 40–50%, 30–40% and 20%, respectively are found. Changes in the upper gastrointestinal tract and the proximal part of the small intestine are rare (Van Assche, 2010).

Moreover, it is suggested that 67 to 73% of patients with CD experience periods of exacerbation and remission (Kupka, 2018; Langholz, 2010). However, in merely 10% of patients the remission state lasts for several years; up to 30% of patients experience a relapse/ exacerbation of the disease one year after diagnosis. It was investigated that in 20% of patients, symptoms of active CD may persist without the occurrence of periods of remission (Baumgart, 2012; Langholz, 2010; Van Assche, 2010).

1.2 Crohn's disease classification according to Montreal Classification

Disease classification is very useful, because it enables to dissect the differences in the features and behavior of diseases. Several ways of classifying CD in the past were used, i.a. Rome and Vienna classification (Vc) (based on disease phenotype) and the disease activity index, CDAI (by disease activity).

In 2005 at the World Congress of Gastroenterology in Montreal, the Montreal classification (Mc) based on the phenotype and activity of the disease was proposed. It takes into account:

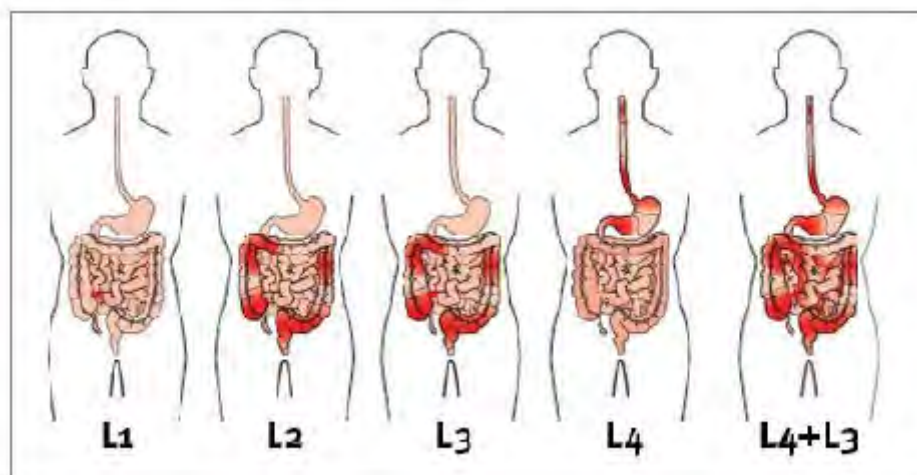
the age of diagnosis (A1-A3), location of changes (L1-L4) and disease manifestation (B1-B3 and p) (Silverberg, 2005).

Crohn's disease can appear at any age, but the two main pikes are in 15–35 and 60–80 yo. intervals, and occurs typically with fever, abdominal pain, bloody or non-bloody diarrhea and weight loss (Behzadi, 2015). By Mc, categories: A1, A2 and A3 include the age ranges (in years) of the diagnosis, as follows: < 17 years of age, between 17 and 40 and ≥ 40 , respectively. It is suggested that 15% of subjects may develop the disease in infancy or childhood, and 20–30% of subjects before the age of 18 (Yangyang, 2017).

Depending on the location of the disease, on the oral mucosa (aphthae, inflammation of the corner of the lips), gastric mucosa and perianal fistulas changes are observed. Some patients develop extraintestinal symptoms including; skin lesions, arthritis or conjunctivitis (Van Assche, 2010; Woo, 2015). Localization of lesions: L1, L2, L3 are linked to: the small intestine, colon, ileum and colon, respectively, and L4 is linked to the isolated disease of the upper gastrointestinal tract (combined with L1-L3 if there are changes in the upper gastrointestinal tract).

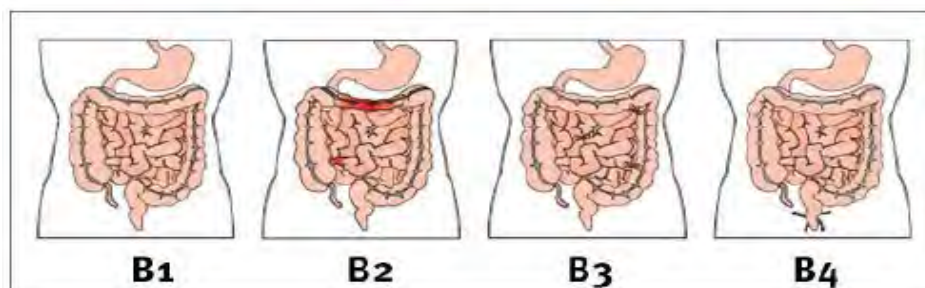
Moreover, the categories: B1, B2, B3 and p, include manifestation as follows: without strictures and fistulas, with strictures, with fistulas and with perianal lesions (combined with B1-B3 if there are perianal lesions). Criteria and categories according to Mc are presented on Figure 1 and 2 and in Table 1.

Figure 1: Location of changes in Chron's disease, according to Montreal classification



Source: Baumgart, D. C. in Sandborn, W. J. (2012). Crohn's disease. Lancet, 380 (9853), 1590–1605.

Figure 2: Manifestation of Chron's disease according to Montreal classification



Source: Baumgart, D. C. in Sandborn, W. J. (2012). Crohn's disease. Lancet, 380 (9853), 1595.

Table 1: Criteria and categories of CD by Montreal Classification

Montreal Classification / Category	Criteria	
A1	Age of diagnosis	≤16
A2		17-40
A3		>40
L1	Location	terminal ileum
L2		colon
L3		ileocolon
L4		isolated upper diseasea
B1	Behaviour	non-stricturing, non-penetrating
B2		stricturing
B3		penetrating
p		perianal disease modifierb

Legenda: a - L4 is a modifier that can be added to L1–L3 when concomitant upper gastrointestinal disease is present; b - p is added to B1–B3 when concomitant perianal disease is present.

The complexity and variability of the CD phenotype make it difficult to diagnose: in 5% of patients the diagnosis is to be changed within the first year. Additionally, due to the nature of inflammatory lesions and clinical features, some cases are classified as unspecified colitis or inflammatory disease of the colon - unclassified type (Gomollon, 2017).

The aim of the study was to investigate, whether there are differences in CD phenotype and activity, classified by Montreal Classification, in selected European populations with CD. The limitation was the usage of the Vc in many published articles. These articles were not analyzed in presented manuscript.

2 Method

In order to present the analysed issue, the literature for all European countries/ populations was searched. Available articles from PubMed database (including my own results) and Google Scholar were analysed, using the keywords: crohns disease, crohn's disease, crohn disease and Montreal classification.

3 Results and Discussion

As mentioned above, the disease classification enables to dissect the differences in disease features and behaviour. The most valuable would be getting to know the cause of the disease, however at present it is not fully explained for CD.

In Table 2, the phenotypes according to Mc in selected European populations, based on the available literature of the CD, were shown.

Table 2: Crohn's disease phenotypes according to Montreal Classification, by population

Population, n (Reference)	Age at diagnosis, n %			Location, n %				Behaviour, n %				
	A1	A2	A3	L1	L2	L3	L4+	B1	B2	B3	B4p +	P -
Bosnians, 30 (Borecki, 2019)	1 3.3	7 23.3	22 73.4	12 40.0	5 16.7	13 43.3	-	15 50.0	8 26.7	6 20.0	4 13.3	26 86.7
Czechs, 70 (Kupka, 2018)	18 25.7	48 68.6	4 5.7	40 57.1	12 17.1	18 25.7	-	44 62.9	25 35.7	1 1.4	10 14.3	60 85.7
the Danes, 213 (Lo, 2018)	24 11.3	111 52.1	78 36.6	57 26.8	88 41.3	50 23.5	18 8.5	177 83.1	21 9.9	15 7.0	13 6.1	200 93.9
Italians, 112 (Corleto, 2010)	NA	NA	NA	50 44.6	27 24.1	35 31.2	-	65 58.0	28 25.2	19 17.1	-	213 100.0
Lithuanians, 57 (Sventoraityte, 2010)	NA	NA	NA	17 29.8	16 28.1	23 40.3	1 1.8	41 71.9	5 8.8	11 19.3	-	57 100.0
Poles, 99 (Borecki, 2019)	9 9.0	74 75.0	16 16.0	3 3.0	35 35.0	61 62.0	6 6.0	54 55.0	23 23.0	22 22.0	14 14.0	85 86.0
Serbs, 131 (Protic, 2008)	16 12.2	94 71.8	21 16.0	32 24.4	39 29.8	54 41.2	6 4.6	86 65.5	27 20.6	18 13.7	31 24.0	100 76.0
Slovaks, 46 (Miznerova, 2013)	9 19.6	33 71.7	4 8.7	34 21.1	54 33.5	73 45.3	1 2.2	14 30.4	14 30.4	18 39.2	-	46 100.0
Slovenes, 161 (Pernat Drobez, 2018)	24 14.9	114 70.8	23 14.3	34 21.1	54 33.5	73 45.3	7 4.3	-	-	-	6 3.7	155 96.3

NA- not available

Additionally L4 (upper gastrointestinal tract) (-) in: 10 (8.9%) Italians and 93 (94.0%) Poles was observed.

This review shows the results for CD European populations, based only on the Mc. The size of groups varied from 30 subjects in Bosnia and Herzegovina (B&H) to 161 in Slovenia (Borecki, 2019; Pernat Drobez, 2018). In all groups apart from Serbs and Poles, men were less numerous (Borecki, 2019; Protic, 2008). For the B&H population an equal group of women and men was deliberately acquired.

The largest group among: Czechs, Poles, the Danes, Serbs, Slovaks and Slovenes at the time of CD diagnosis were people in the age range from 17 to 40 (A2) (Borecki, 2019; Kupka, 2018; Lo, 2018; Miznerova, 2013; Pernat Drobez, 2018; Protic, 2008). For Bosnians the majority at the time of CD diagnosis was over 40 yo. (A3) (Borecki, 2019). Due to the small sample size, it is difficult to make any inference about the reason of this difference.

Analysis of the published data suggests that, location in terminal ileum (L1) is most frequently in Czechs and Italians (57.1 and 44.6%, respectively) (Corleto, 2010; Kupka, 2018). While, L2 location (colon) in the Danes (41.3%), and terminal ileum and ileocolon (both L1 and L3) in Bosnians and Slovaks (40 and 43.3%; 39.1 and 45.3%, respectively) (Borecki, 2019; Lo, 2018; Miznerova, 2013]. Moreover, the ileocolon (L3) was the most commonly in Lithuanians, Poles, Serbs and Slovenes (see Table 2.) (Borecki, 2019; Pernat Drobez, 2018; Protic, 2008; Sventoraityte, 2010). This suggests, that L3 was the most common and widespread location, as it was found in six of the nine analyzed populations (Bosnians, Slovaks, Lithuanians, Poles, Serbs and Slovenes) (Borecki, 2019; Miznerova, 2013; Pernat Drobez, 2018; Protic, 2008; Sventoraityte, 2010). In investigated populations based on Mc, statistically significant differences in distribution between location L1 vs. L3 and L2 vs. L3 ($p < 0.0001$ and $p = 0.0016$, respectively) and behavior B1 vs. B2, B1 vs. B3 and B2 vs. B3 ($p < 0.0001$, $p < 0.0001$ and $p = 0.0105$) were observed.

In Croatian study provided by Cukovic-Cavka et al. (n = 136), higher percentage of men with CD compared to women was found as well. Unfortunately, the authors used the Vc for the clinical characteristics, and the given mean age of diagnosis (23.6±9.2) does not make it possible to compare the age at diagnosis (Cukovic - Cavka, 2006). While, the most common location in Croats with CD was the ileocolon (L3), as was the case among Lithuanians, Slovaks, Slovenes, Poles, Serbs and Bosnians (Borecki, 2019; Miznerova, 2013; Pernat Drobez, 2018; Protic, 2008; Sventoraityte, 2010).

Crohn's disease is a chronic, incurable inflammatory disease. Both the age at diagnosis, location and behavior of CD are important in planning treatment and maintaining the longest state of remission.

In the analyzed populations, except for the populations of Slovaks and Slovenes, the most frequent behavior of disease was non-stricturing, non-penetrating (B1) (Miznerova, 2013; Pernat Drobez, 2018). In the Slovak population both non-stricturing, non-penetrating (B1) and stricturing behavior (B2) occurred in the same number of subjects (Miznerova, 2013). Unfortunately, in Slovenian study only subjects with an uncomplicated inflammatory form of the disease at diagnosis were included. The publication is extremely valuable due to its follow up disease progression studies over a 10-year period (Pernat Drobez, 2018).

It is suggested that surgical treatment due to complications is undertaken within 10 years of the diagnosis of CD, with the risk of relapse within 10 years being up to 55% (Peyrin - Biroulet, 2010).

The Swedish study showed that in this group (n = 178), where men constituted a greater percentage of patients compared to women, similarly to Denmark, the location where changes were most often found was colon (L2), while the most frequent behavior was non-stricturing, non-penetrating (B1) (Torkvist, 2006). The classification was according to the Vc (Torkvist, 2006).

All in all, the clinical picture of CD differed in selected populations. The limitations of the analysis were: a small number of groups for comparison, and the limited length of publication (to eight pages) resulted in the inability to compare with non-European populations.

LITERATURE

1. Baumgart, D. C. and Sandborn, W. J. (2012). Crohn's disease. *Lancet*, 380 (9853), 1590–1605.
2. Behzadi, P., Behzadi, E. and Ranjbar, R. (2015). The Incidence and Prevalence of Crohn's Disease in Global Scale. *SOJ Immunol*, 3 (2), 1–6.
3. Borecki, K., Zawada, I., Salkic, N. N., Karakiewicz, B. and Adler, G. (2019). Relationship between the IL23R SNPs and Crohn's Disease Susceptibility and Phenotype in the Polish and Bosnian Populations: A Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16 (9), 1551.
4. Corleto, V. D., Pagnini, C., Margagnoni, G., Guagnozzi, D., Torre, M. S., Martorelli, M. et al. (2010). IL-1beta-511 and IL-1RN*2 polymorphisms in inflammatory bowel disease: An Italian population study and meta-analysis of European studies. *Dig Liver Dis*, 42 (3), 179–184.
5. Cukovic - Cavka, S., Vermeire, S., Hrstic, I., Claessens, G., Kolacek, S., Jakic - Razumovic, J. et al. (2006). NOD2/CARD15 mutations in Croatian patients with Crohn's disease: prevalence and genotype-phenotype relationship. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 18 (8), 895–899.
6. Feuerstein, J. D. and Cheifetz, A. S. (2017). Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Mayo Clin Proc*, 92 (7), 1088–1103.
7. Gomollon, F., Dignass, A., Annese, V., Tilg, H., Van Assche, G., Lindsay, J. O. et al. (2017). 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *J Crohns Colitis*, 11 (1), 3–25.

8. Kupka, T., Simova, J., Dvorackova, J., Martinek, L., Motyka, O., Uvirova, M. et al. (2018). Crohn's disease - genetic factors and progress of the disease. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 162 (2), 139–143.
9. Langholz, E. (2010). Current trends in inflammatory bowel disease: the natural history. *Therap Adv Gastroenterol*, 3 (2), 77–86.
10. Lo, B., Vester - Andersen, M. K., Vind, I., Prosberg, M., Dubinsky, M., Siegel, C. A. et al. (2018). Changes in Disease Behaviour and Location in Patients With Crohn's Disease After Seven Years of Follow-Up: A Danish Population-based Inception Cohort. *J Crohns Colitis*, 12 (3), 265–272.
11. Miznerova, E., Hlavaty, T., Koller, T., Toth, J., Holociova, K., Huorka, M. et al. (2013). The prevalence and risk factors for osteoporosis in patients with inflammatory bowel disease. *Bratisl Lek Listy*, 114 (8), 439–445.
12. Ng S. C., Shi, H. Y., Hamidi, N., Underwood, F. E., Tang, W., Benchimol, E. I. et al. (2018). Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*, 390 (10114), 2769–2277.
13. Ng, S. C., Gilaad, G., Kaplan, W. T., Rupa, B., Bhargavi, A., Fox, E. U. et al. (2019). Population Density and Risk of Inflammatory Bowel Disease: A Prospective Population-Based Study in 13 Countries or Regions in Asia-Pacific. *Am J Gastroenterol*, 114 (1), 107–115.
14. Pernat Drobez, C., Ferkolj, I., Potocnik, U. and Replik, K. (2018). Crohn's Disease Candidate Gene Alleles Predict Time to Progression from Inflammatory B1 to Stricturing B2, or Penetrating B3 Phenotype. *Genet Test Mol Biomarkers*, 22 (3), 143–151.
15. Peyrin - Biroulet, L., Loftus, E. V. Jr., Colombel, J. F. and Sandborn, W. J. (2010). The Natural History of Adult Crohn's Disease in Population-Based Cohorts. *Am J Gastroenterol*, 105 (2), 289–297.
16. Prikazka, M., Letkovicova, M. and Matejickova, V. (1998). Crohns disease in Slovakia: prevalence, socioeconomic and psychological analysis. *Eur J Epidemiol*, 14 (1), 49–53. Retrived on 12. Janury 2019, from: <http://www.chorobacrohna.pl/aktualne-dane-2>.
17. Protic, M. B., Pavlovic, S. T., Bojic, D. Z., Krstic, M. N., Radojicic, Z. A., Tarabar, D. K. et al. (2008). CARD15 gene polymorphisms in Serbian patients with Crohn's disease: genotype-phenotype analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 20 (10), 978–984.
18. Salkic, N. N., Adler, G., Zawada, I., Alibegovic, E., Karakiewicz, B., Kozlowska - Wiechowska, A. et al. (2015). NOD2/CARD15 mutations in Polish and Bosnian populations with and without Crohn's disease: prevalence and genotype-phenotype analysis. *Bosn J Basic Med Sci*, 15 (2), 67–72.
19. Silverberg, M. S., Satsangi, J., Ahmad, T., Arnott, I. D. R., Bernstein, C. N., Brant, S. R. et al. (2005). Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a working party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*, 19 (A), 5–36.
20. Sventoraityte, J., Zvirbliene, A., Franke, A., Kwiatkowski, R., Kiudelis, G., Kupcinskas, L. et al. (2010). NOD2, IL23R and ATG16L1 polymorphisms in Lithuanian patients with inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*, 16 (3), 359–364.
21. Torkvist, L., Noble, C. L., Lordal, M., Sjoqvist, U., Lindfors, U., Nimmo, E. R. et al. (2006). Contribution of CARD15 variants in determining susceptibility to Crohn's disease in Sweden. *Scand J Gastroenterol*, 41 (6), 700–705.
22. Van Assche, G., Dignass, A., Panes, J., Beaugerie, L., Karagiannis, J., Allez, M. et al. (2010). The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease. Definitions and diagnosis, *J Crohns Colitis*, 4 (1), 7–27.
23. Woo, V. L. (2015). Oral Manifestations of Crohn's Disease: A Case Report and Review of the Literature. (2015). *Case Rep Dent*. 830472.
24. Yangyang, R. Yu. and Rodriguez, J. R. (2017). Clinical presentation of Crohn's, ulcerative colitis, and indeterminate colitis: Symptoms, extraintestinal manifestations, and disease phenotypes. *Semin Pediatr Surg*. 26 (6), 349–355.

Nastava engleskog jezika i komunikacijskih vještina u sestrinstvu na daljinu

UDK 378.091.31:811.111

KLJUČNE RIJEČI: komunikacijske vještine, učenje na daljinu, sestrinstvo, stručni engleski jezik

POVZETEK - Prelazak visokoškolske nastave iz fizičke u virtualnu učionicu uslijed pandemije koronavirusa doveo je do promjene u načinu izvođenja nastave te je postavio značajan izazov nastavnicima koji su u kratko vrijeme morali prilagoditi nastavne metode i materijale izvođenju nastave na daljinu. Poseban je izazov postavljen pred nastavnike koji predaju predmete čiji nastavni oblici zahtijevaju konstantnu komunikaciju sa studentima tijekom nastave, kao što su predmeti iz područja komunikacijskih vještina i nastave stranih jezika. U ovome radu opisane su prednosti izvođenja nastave na daljinu, ali i izazovi s kojima su se nastavnici susreli tijekom izvođenja ovog oblika nastave. U svrhu dobivanja uvida u stavove studenata koji su sudjelovali i u klasičnoj nastavi i u nastavi na daljinu, provedeno je istraživanje o prednostima i nedostacima učenja stručnog engleskog jezika na daljinu koje je provedeno među studentima prve godine preddiplomskog studija Sestrinstvo na Veleučilištu u Bjelovaru. Rezultati istraživanja opisani su korištenjem metoda deskriptivne statistike. Predstavljani su primjeri dobre prakse na Veleučilištu u Bjelovaru korišteni tijekom izvođenja nastave na daljinu iz predmeta usmjerenih na stjecanje komunikacijskih vještina na hrvatskom i engleskom na stručnom studiju Sestrinstvo.

UDC 378.091.31:811.111

KEYWORDS: communication skills, distance learning, nursing, English for specific purposes

ABSTRACT - The transfer of higher education classes from physical to virtual classrooms due to the coronavirus pandemic has posed a significant challenge for teachers who were forced to adapt their teaching methods and materials to online teaching within a short time. Teachers who teach courses that require constant communication with students during the classes, such as communication skills and foreign language teachers, have faced a special challenge. This paper presents the advantages of online teaching, but also the challenges that teachers had to face while teaching online. For the purpose of gaining an insight into the attitudes of students who participated both in traditional classes and online classes, a research was conducted about the advantages and disadvantages of online teaching of English for specific purposes in nursing. The research was conducted among first-year students of undergraduate study programme in Nursing at the Bjelovar University of Applied Sciences. The results were described using the methods of descriptive statistics. The paper presents the examples of good practice in teaching communication skills and English for specific purposes to nursing students of the Bjelovar University of Applied Sciences.

1 Uvod

Modernizacija društva donijela je sa sobom velik broj promjena, a jedna od značajnih recentnih promjena odnosi se na razvoj tehnologije koja je postala sastavni dio većine društvenih i poslovnih procesa, uključujući i područje obrazovanja. Proces unapređenja tehnologije i modernizacije društva rezultirao je pojavom novih, fleksibilnijih mogućnosti obrazovanja pa je tako nastala potreba za implementacijom učenja na daljinu, odnosno e-učenja (Jelović, 2008). Kao i svi pristupi i metode koje se koriste u obrazovanju, učenje na daljinu ima svoje prednosti i nedostatke. Najvažnija njegova prednost je prostorna neograničenost, što studentima omogućuje da manje vremena troše na putovanje do fakulteta, a studentima koji ne stanuju u

mjestu obrazovanja ovaj pristup omogućuje i financijske uštede. Neki od nedostataka učenja na daljinu uglavnom se mogu pojaviti kao rezultat nedostatka osobnog kontakta između studenata i nastavnika, odnosno manjka komunikacije unutar same grupe studenata, što može dovesti do manjka motivacije pri učenju (Periša, 2020).

Komunikacija je u medicinskim profesijama od ključne važnosti i potrebno ju je konstantno poboljšavati i usavršavati tijekom cijelog radnog vijeka. Učenjem stranih jezika medicinska sestra nadograđuje svoje kompetencije i tako može proširiti svoj djelokrug rada (Jurković, Badrov in Višak, 2018).

S obzirom na okolnosti uzrokovane iznenadnom pojavom pandemije koronavirusa, Veleučilište u Bjelovaru je, kao i mnoga druga visoka učilišta u Republici Hrvatskoj i ostatku svijeta, u kratkom roku nastavne aktivnosti prebacilo iz fizičke u virtualnu učionicu. U svrhu osiguravanja kvalitete nastavnog procesa, fizička učionica zamijenjena je virtualnom učionicom implementacijom aplikacije Zoom (<https://zoom.us/>), dok su nastavnici za dijeljenje nastavnih materijala koristili već ranije implementiran sustav za učenje na daljinu Merlin (<https://www.srce.unizg.hr/usluge/sustavi-za-ucenje-na-daljinu/merlin>). Na Veleučilištu u Bjelovaru od prvog dana provedbe nastave na daljinu nastava se izvodila kombiniranjem virtualne učionice putem aplikacije Zoom te sustava za učenje na daljinu Merlin, čime je omogućeno da kvaliteta nastavnog procesa ostane na primjerenom razini, što su potvrdili i sami studenti u studentskoj anketi.

Izvođenje nastave na daljinu donijelo je i određene izazove, prvenstveno kod predmeta koji se metodološki u značajnoj mjeri oslanjaju na kontinuiranu komunikaciju između nastavnika i studenata te unutar grupe studenata, kao što su predmeti Komunikacijske vještine te predmeti usmjereni na unapređenje komunikacijskih vještina na stranome jeziku. Kako bi se nastava mogla odvijati na način da se osigura usvajanje svih definiranih ishoda učenja iz spomenutih predmeta, bilo je potrebno u kratkom roku prilagoditi nastavne materijale i metode novonastaloj situaciji. Budući da aplikacija Zoom omogućava podjelu studenata u manje skupine, u nastavnom radu i dalje je korišten rad u parovima i grupama. Dio studentskog angažmana bio je preusmjeren na projektni rad i, shodno tome, kombinaciju sinkronih i asinkronih metoda vrednovanja postignuća i ostvarenih ishoda učenja. U konačnici se pokazalo da je nastava na daljinu rezultirala većom samostalnošću studenata tijekom usvajanja ishoda učenja te privikavanjem na nove komunikacijske kanale.

2 Metoda

2.1 Svrha i cilj istraživanja

Primarni cilj ovoga rada usmjeren je utvrđivanje stavova studenata sestrinstva o prednostima i nedostacima učenja komunikacijski usmjerenih predmeta na daljinu. U tu svrhu kao konkretan primjer odabran je predmet Engleski jezik koji se na stručnom studiju Sestrinstvo Veleučilišta u Bjelovaru održava tijekom prva dva semestra. U prvom semestru akademske godine 2019./20. nastava iz ovoga predmeta održana je na klasičan način, u fizičkoj učionici, dok je cjelokupna nastava iz ovoga predmeta u drugome semestru održana na daljinu. S tom pretpostavkom na umu, provedeno je istraživanje upravo u toj skupini studenata kako bi se dobio uvid u njihove stavove o prednostima i nedostacima izvođenja predmeta s jakim naglaskom na komunikaciju unutar grupe isključivo na daljinu.

2.2 Istraživačka pitanja

Osnovno istraživačko pitanje usmjeren je na utvrđivanje stava studenata o izvođenju komunikacijski usmjerenih predmeta na daljinu, a prvenstveno je orijentirano na to može li

nastava na daljinu iz takvih predmeta u potpunosti zamijeniti klasičnu nastavu u učionici. Kako bi se dobio detaljniji uvid u različite aspekte obuhvaćene ovim pitanjem, raščlanjeno je na deset tvrdnji o kojima su ispitanici mogli izraziti svoj stav pomoću Likertove skale od 1 do 5.

2.3 Opis instrumenta

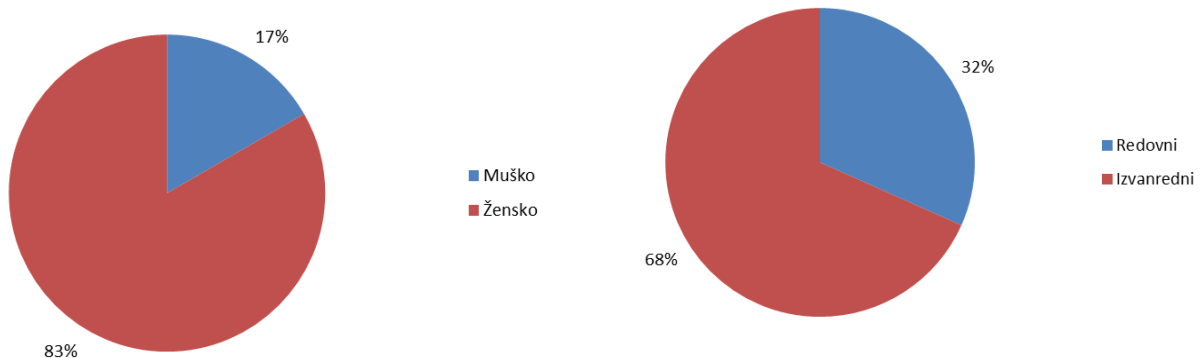
Instrument korišten u ovom istraživanju je anketni upitnik izrađen u obliku Google obrasca koji se sastoji od dva dijela. Prvi dio sadrži opće informacije o ispitanicima (spol i status studenta), dok drugi dio upitnika sadrži deset izjava usmjerenih na utvrđivanje stavova studenata o učenju stručnog engleskog jezika na daljinu. Ispitanici su svoju razinu slaganja s tvrdnjama izrazili odabirom broja na Likertovoj skali od 1 do 5. Brojevi su imali svoje značenje kako slijedi:

- 1 – uopće se ne slažem
- 2 – uglavnom se ne slažem
- 3 – niti se slažem, niti se ne slažem
- 4 – uglavnom se slažem
- 5 – potpuno se slažem

2.4 Opis uzorka

Anketni upitnik ispunilo je ukupno 60 ispitanika, što čini 44,78 % ukupne populacije studenata Sestrinstva prve godine u akademskoj godini 2019./20. Podatci o ispitanicima prikazani su na Slici 1.

Slika 1: Raspodjela ispitanika prema spolu i studentskom statusu



Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

2.5 Opis prikupljanja i analize podataka

U drugoj polovici ljetnog semestra akademske godine 2019./20. provedeno je istraživanje na Veleučilištu u Bjelovaru među studentima prve godine preddiplomskog stručnog studija Sestrinstvo. U periodu trajanja istraživanja, uzorak je izabran slučajnim odabirom. Svi ispitanici su prije provođenja ankete bili upoznati s informacijama o anonimnosti ankete i njezinim ciljem. Provođenje anonimnog istraživanja odobrilo je Etičko povjerenstvo Veleučilišta u Bjelovaru.

Rezultati istraživanja opisani su pomoću deskriptivne statistike, a za osmu tvrdnju anketnog upitnika koja je od posebnog interesa u okviru ovog istraživanja proveden je t-test s ciljem utvrđivanja postojanja razlika u stavovima o navedenoj tvrdnji između redovnih i izvanrednih studenata.

3 Rezultati

U daljnjem tekstu pomoću deskriptivne statistike (M – srednja vrijednost, s – standardna devijacija) prikazana je i opisana analiza rezultata istraživanja. Rezultati su prikazani u obliku tablica, a za osmu tvrdnju anketnoga upitnika koja je od posebnog interesa u okviru teme istraživanja proveden je i t-test kako bi se utvrdilo postoji li statistički značajna razlika između ispitanika s obzirom na studentski status, odnosno između redovitih studenata koji su studij nastavili nakon srednje škole i izvanrednih studenata koji u pravilu studiraju uz rad.

Prva tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Nastava iz stručnog engleskog jezika koja se izvodi na daljinu (Merlin, Zoom) predstavlja sadržaj predmeta na logičan i strukturiran način.« Rezultati su prikazani u tablici 1.

Tablica 1: Distribucija rezultata za prvu tvrdnju anketnoga upitnika

Opis stava o tvrdnji	%	M	s
1 – uopće se ne slažem	2,00	4,43	0,87
2 – uglavnom se ne slažem	2,00		
3 – niti se slažem niti se ne slažem	10,00		
4 – uglavnom se slažem	25,00		
5 – potpuno se slažem	61,00		

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

Druga tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Izvođenje nastave na daljinu iz stručnog engleskog jezika zahtjevnije je od nastave u fizičkoj učionici.« Rezultati su prikazani u tablici 2.

Tablica 2: Distribucija rezultata za drugu tvrdnju anketnoga upitnika

Opis stava o tvrdnji	%	M	s
1 – uopće se ne slažem	32,00	2,6	1,4
2 – uglavnom se ne slažem	13,00		
3 – niti se slažem niti se ne slažem	35,00		
4 – uglavnom se slažem	3,00		
5 – potpuno se slažem	17,00		

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

Treća tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Tehnologija koja se koristi u izvođenju nastave na daljinu iz stručnog engleskog jezika jednostavna je i dostupna za korištenje.« Rezultati su prikazani u tablici 3.

Tablica 3: Distribucija rezultata za treću tvrdnju anketnoga upitnika

Opis stava o tvrdnji	%	M	s
1 – uopće se ne slažem	3,00	4,42	1,08
2 – uglavnom se ne slažem	7,00		
3 – niti se slažem niti se ne slažem	5,00		
4 – uglavnom se slažem	15,00		
5 – potpuno se slažem	70,00		

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

Četvrta tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Vrednovanje i polaganje ispita na daljinu iz stručnog engleskog jezika predstavlja veće opterećenje od vrednovanja i polaganja ispita u fizičkoj učionici.« Rezultati su prikazani u tablici 4.

Tablica 4: Distribucija rezultata za četvrtu tvrdnju anketnoga upitnika

Opis stava o tvrdnji	%	<i>M</i>	<i>s</i>
1 – uopće se ne slažem	20,00	2,43	1,48
2 – uglavnom se ne slažem	25,00		
3 – niti se slažem niti se ne slažem	13,00		
4 – uglavnom se slažem	8,00		
5 – potpuno se slažem	34,00		

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

Peta tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Zadovoljan/na sam načinom kako je provedena nastava na daljinu iz stručnog engleskog jezika.« Rezultati su prikazani u tablici 5.

Tablica 5: Distribucija rezultata za petu tvrdnju anketnoga upitnika

Opis stava o tvrdnji	%	<i>M</i>	<i>s</i>
1 – uopće se ne slažem	2,00	4,53	0,87
2 – uglavnom se ne slažem	0,00		
3 – niti se slažem niti se ne slažem	15,00		
4 – uglavnom se slažem	10,00		
5 – potpuno se slažem	73,00		

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

Šesta tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Smatram da sam napredovao/la u znanju stručnog engleskog jezika tijekom provođenja nastave na daljinu.« Rezultati su prikazani u tablici 6.

Tablica 6: Distribucija rezultata za šestu tvrdnju anketnoga upitnika

Opis stava o tvrdnji	%	<i>M</i>	<i>s</i>
1 – uopće se ne slažem	5,00	4,22	1,09
2 – uglavnom se ne slažem	0,00		
3 – niti se slažem niti se ne slažem	20,00		
4 – uglavnom se slažem	18,00		
5 – potpuno se slažem	57,00		

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

Sedma tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Izvođenje nastave na daljinu iz stručnog engleskog jezika potaknulo me na veći angažman oko samostalnog učenja stručnog engleskog jezika.« Rezultati su prikazani u tablici 7.

Tablica 7: Distribucija rezultata za sedmu tvrdnju anketnoga upitnika

Opis stava o tvrdnji	%	<i>M</i>	<i>s</i>
1 – uopće se ne slažem	5,00	4,23	1,06
2 – uglavnom se ne slažem	2,00		
3 – niti se slažem niti se ne slažem	12,00		
4 – uglavnom se slažem	28,00		
5 – potpuno se slažem	53,00		

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

Osma tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Nastava na daljinu iz stručnog engleskog jezika u potpunosti može zamijeniti nastavu iz stručnog engleskog jezika u fizičkoj učionici.« Rezultati su prikazani u tablici 8.

Tablica 8: Distribucija rezultata za osmu tvrdnju anketnoga upitnika

Opis stava o tvrdnji	%	<i>M</i>	<i>s</i>
1 – uopće se ne slažem	9,00	3,92	1,31
2 – uglavnom se ne slažem	10,00		
3 – niti se slažem niti se ne slažem	8,00		
4 – uglavnom se slažem	28,00		
5 – potpuno se slažem	45,00		

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

Budući da je osma tvrdnja iz anketnog upitnika od posebnog istraživačkog interesa u okviru teme ovoga rada, rezultati dviju skupina ispitanika, redovnih i izvanrednih, podvrgnuti su t-testu uz signifikantnost testa $p < 0,05$. Rezultati t-testa prikazani su u tablici 9. Kao što je vidljivo iz rezultata t-testa, ne postoji statistički značajna razlika u stavovima studenata s obzirom na njihov status, odnosno i redovni, mlađi studenti te izvanredni studenti koji već imaju stečena prva radna iskustva u struci podjednako percipiraju mogućnost potpunog prelaska nastave engleskog jezika u virtualno okruženja, a s obzirom na srednje vrijednosti, kao i na činjenicu da je 73 % ispitanika izrazilo da se uglavnom ili potpuno slaže s tvrdnjom, može se zaključiti da je taj

Tablica 9: Usporedba stavova redovnih i izvanrednih studenata sestristva o osmoj tvrdnji anketnoga upitnika

Parametar	redovni	izvanredni
N	19	41
Aritmetička sredina	3,84	3,95
Standardna devijacija	1,58	1,8
<i>Razlika</i>		0,11
t		-0.29879
p		.383086

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

Deveta tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Nastava na daljinu iz stručnog engleskog jezika treba se izvoditi u manjim grupama od nastave u fizičkoj učionici.« Rezultati su prikazani u tablici 10.

Tablica 10: Distribucija rezultata za devetu tvrdnju anketnoga upitnika

Opis stava o tvrdnji	%	<i>M</i>	<i>s</i>
1 – uopće se ne slažem	15,00	3,2	1,35
2 – uglavnom se ne slažem	13,00		
3 – niti se slažem niti se ne slažem	32,00		
4 – uglavnom se slažem	18,00		
5 – potpuno se slažem	22,00		

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

Deseta tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Bilo bi korisno kombinirati nastavu na daljinu i nastavu u fizičkoj učionici u učenju stručnog engleskog jezika.« Rezultati su prikazani u tablici 11.

Tablica 11: Distribucija rezultata za desetu tvrdnju anketnoga upitnika

Opis stava o tvrdnji	%	<i>M</i>	<i>s</i>
1 – uopće se ne slažem	17,00	3,57	1,49
2 – uglavnom se ne slažem	8,00		
3 – niti se slažem niti se ne slažem	15,00		
4 – uglavnom se slažem	22,00		
5 – potpuno se slažem	38,00		

Izvor: Vlastiti izvor, 2020.

4 Rasprava

Iz istraživanja provedenog među studentima prve godine stručnog studija Sestrinstvo može se zaključiti da se studenti slažu kako nastava stručnog engleskog jezika na daljinu predstavlja sadržaj predmeta na logičan i strukturiran način (61 % ispitanika se u potpunosti slaže, a 25 % se uglavnom slaže). Ispitanici se slažu kako nastava na daljinu nije zahtjevnija od nastave u fizičkoj učionici. Kod tvrdnje o vrednovanju i polaganju ispita iz stručnog engleskog jezika na daljinu, vidljivo je da su ispitanici podijeljenog mišljenja, pri čemu se njih 42 % u potpunosti slaže ili uglavnom slaže s tvrdnjom, dok 45 % ispitanika se uopće ne slaže ili uglavnom ne slaže s tvrdnjom. Iz tih podataka se može zaključiti kako se ispiti na daljinu i ispiti u fizičkoj učionici ne razlikuju u značajnoj mjeri s obzirom na zahtjevnost. Studenti smatraju kako im je nastava na daljinu pomogla u samostalnijem učenju stručnog engleskog jezika te su samim time napredovali na području veće samostalnosti u učenju. Studenti se slažu kako bi kombinacija učenja u fizičkoj učionici i nastave na daljinu iz kolegija stručnog engleskog jezika bila korisna. Većina studenata (60 %) u potpunosti se slaže (38 %) ili se uglavnom slaže (22 %) s ovom tvrdnjom. Većina studenata slaže se da nastava stručnog engleskog jezika na daljinu u potpunosti može zamijeniti nastavu iz tog predmeta u fizičkoj učionici te pritom ne postoji statistički značajna razlika u stavovima između redovitih i izvanrednih studenata.

Ovi rezultati mogu se usporediti s istraživanjima provedenima ranijih godina među studentima sestrinstva na Veleučilištu u Bjelovaru. Iz prijašnjih provedenih istraživanja može se vidjeti da studenti vide veliku važnost korištenja internet platformi, računalne tehnologije te multimedije pri e-učenju, ali također smatraju udžbenik i tradicionalnije metode poučavanja jednako važnima u procesu učenja engleskoga jezika kao jezika struke (Jurković, Badrov i Sekovanić, 2017; Jurković, Badrov i Višak, 2018; Zelenika, Jurković i Badrov, 2019). U usporedbi s rezultatima ovih istraživanja, ovo je istraživanje pokazalo da su s potpunim uvođenjem nastave engleskoga jezika na daljinu tijekom pandemije covid-19 studenti u većoj mjeri prigrlili pozitivne aspekte učenja stranog jezika na daljinu, odnosno u manjoj mjeri je vide kao prepreku u odnosu na ispitanike koji su sudjelovali u ranijim istraživanjima na Veleučilištu u Bjelovaru kada učenje na daljinu nije bilo u potpunosti implementirano, već se kombiniralo s nastavom u učionici na način da se koristio sustav za e-učenje Merlin za postavljanje materijala za učenje te komunikaciju između studenata i nastavnika.

5 Zaključak

Kroz dobivene rezultate istraživanja može se zaključiti da su stavovi studenata prve godine stručnog studija Sestrinstvo na Veleučilištu u Bjelovaru usuglašeni oko toga da je učenje komunikacijski usmjerenih predmeta na daljinu prihvatljivije od učenja u fizičkoj učionici. Stavovi studenata različitog statusa (redoviti i izvanredni studenti) pokazuju podudaranje u zadovoljstvu izvođenja nastave stručnog engleskog jezika na daljinu. Bez obzira na status

studenta, dvije promatrane skupine ispitanika dijele stav o tome da nastava engleskog jezika na daljinu može u potpunosti zamijeniti nastavu u fizičkoj učionici, a ako se uzmu u obzir i rezultati kod drugih tvrdnji iz upitnika, za zaključiti je da studentima sestrinstva bolje odgovara izvođenje nastave engleskoga jezika u virtualnoj, nego u fizičkoj učionici. Budući da je ovo istraživanje provedeno u prvom semestru izvođenja nastave na daljinu, korisno bi bilo ovo istraživanje ponoviti s vremenskim odmakom kako bi se utvrdilo radi li se o početnom zadovoljstvu implementacijom dotad rjeđe korištenih nastavnih metoda ili je pak među studentskom populacijom došlo do zasićenja nastavom na daljinu te treba li je ipak kombinirati s nastavom u fizičkoj učionici u svrhu postizanja optimalnih ishoda učenja.

LITERATURA

1. Jelović, I. (2008). Strani jezik struke – analiza stavova studenata. Filozofski fakultet u Zagrebu. Pristupljeno 19. 10. 2020, s https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=92185.
2. Jurković, I., Badrov, T. i Sekovanić, I. (2017). Stavovi studenata o važnosti primjene e-učenja i multimedijских tehnologija u nastavi engleskoga jezika kao jezika struke. V J. Žiljak Vujić (ur.), Tiskarstvo i dizajn 2017 (str. 63–69). Zagreb: Grafički fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
3. Jurković, I., Badrov, T. i Višak, M. (2018). Osposobljenost studenata sestrinstva za komunikaciju na engleskom jeziku. V N. Kregar Velikonja (ur.), Celostna obravnava pacijenta (str. 61–70). Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto.
4. Periša, V. (2020). Stavovi studenata i učitelja o nastavi na daljinu. Filozofski fakultet Sveučilišta u Splitu. Pridobljeno 19. 10. 2020, s <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ffst%3A2530>.
5. Pridobljeno 19. 10. 2020, s <https://www.srce.unizg.hr/usluge/sustavi-za-ucenje-na-daljinu/merlin>.
6. Zelenika, M., Jurković, I. in Badrov, T. (2019). E-učenje u nastavi engleskoga jezika kao jezika struke na studiju sestrinstva. V K. Eljuga, (ur.), Izazovi u sestrinstvu – Pacijent prije svega (str. 117–125). Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru.

Implementacija joge u fizioterapiju

UDK 615.82/.84:615.851.8

KLJUČNE RIJEČI: joga, fizioterapija i joga, joga terapija, joga u rehabilitaciji

POVZETEK - Da bi imali cjelovit pristup pacijentu, moramo imati otvoren i cjelovit pristup obrazovanju. Djelovanje joge u terapijske svrhe već je dugi niz godina predmetom istraživanja. Raznim istraživanjima na velikim uzorcima utvrđeno je da 70 % fizioterapeuta u svom radu koristi jogu u rehabilitacijskom procesu ali sva znanja imaju iz osobnog iskustva, ne dobivaju ih u formalnom obrazovanju. Našim istraživanjem htjeli smo utvrditi vide li fizioterapeuti u Hrvatskoj poveznicu između joge i fizioterapije i dal smatraju da bi znanstveno dokazane elemente joge korisne u rehabilitaciji trebali učiti u svom formalnom obrazovanju. Provedena je telefonska anketa među fizioterapeutima od jednog osnovnog pitanja i potpitanja. Ispitanici su bili fizioterapeuti iz različitih hrvatskih regija. Podatke ankete smo obradili kvalitativno. Fizioterapeuti uglavnom vide poveznicu joge i fizioterapije i većinom smatraju da bi dokazane elemente joge u terapijske svrhe trebalo uvesti u formalno obrazovanje fizioterapeuta. Nužno je otvaranje medicinske struke prema alternativnoj medicini. Važno je da se upravo zdravstveni djelatnici educiraju na temeljima znanstvenih dokaza, prate istraživanja i pišu radove kako bi preporukom od strane stručnjaka pacijenti stekli povjerenje u takav način terapijske nadopune klasičnoj medicini.

1 Uvod

Alternativna medicina je već dugi niz godina predmetom rasprave. Raznim istraživanjima na velikim uzorcima utvrđeno je da se 35 % ljudi uz klasičnu medicinu koristi i alternativnom, (Clarke idr., 2015). Sama riječ alternativa označava izbor između dva pojma ali u našem jeziku ova riječ znači i drugu mogućnost, drugi izbor. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) je napravila podjelu na tradicionalnu medicinu koja je vezana uz specifičnu kulturu nekog naroda, komplementarnu koja nadopunjuje službenu medicinu, integrativnu koja uzima najbolje od svih naučno potvrđenih terapija i alternativu.

UDC 615.82/.84:615.851.8

KEYWORDS: yoga, physiotherapy and yoga, yoga therapy, yoga in rehabilitation

ABSTRACT - In order to have a holistic approach to the patient, we must have a holistic approach to education as well. The use of yoga for therapeutic purposes has been the subject of research for many years. Various studies on large samples have shown that 70% of physiotherapists use yoga in the rehabilitation process, but they all have the knowledge from personal experience, not obtained in formal education. Our research was intended to determine whether physiotherapists in Croatia see a link between yoga and physiotherapy and whether they believe that scientifically proven parts of yoga, which are useful in rehabilitation, should be taught in their formal education. A telephone survey was conducted among physiotherapists on one basic question and sub-question. The subjects were physiotherapists from different Croatian regions. We processed the survey data qualitatively. Physiotherapists generally see a link between yoga and physiotherapy and mostly believe that proven elements of yoga for therapeutic purposes should be introduced into the formal education of physiotherapists. It is necessary to open medical profession to alternative medicine. It is important that healthcare professionals are educated on the basis of scientific evidence, follow research and write papers so that, with the recommendation of experts, patients gain confidence in such a therapeutic addition to classical medicine.

Joga je stara disciplina, datira 1500 pr.n.e. Ima puno pravaca, a jedan od njih je hatha joga koja se bavi aktivnim pokretom. Sadrži znanja o inteligentnom načinu kretanja tijela i slobodno se može reći da predstavlja temelj biomehanike pokreta.

Naše tijelo je napravljeno da bi se kretalo. Pokret je njegovo prirodno stanje i važnost pokreta je odavno poznata. Aktivan pokret uz pravilno disanje temelj je svake kako rehabilitacije tako i prevencije. Drevni jogiji bili su izvrsni poznavatelji anatomije, fiziologije, neurologije, energetskog i mentalnog ustrojstva čovjeka. Zbog svog dokazano izrazito povoljnog utjecaja na zdravstveno stanje, jogu je već odavno službeno potvrdila Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) kao priznati zdravstveno-terapijski sustav.

Ona kao alternativna disciplina nailazi na niz prepreka kao što su zakonska regulativa, nedostatak referenci i etičnost provođenja.

U Hrvatskoj postoji društvo HUPED (Hrvatsko udruženje za prirodnu, energetsku i duhovnu medicine) koje se bavi položajem, promicanju i kompetencijom kadra u alternatinoj medicini. Zakoni su još u izradi i pitanje je kojem obrascu će se pridružiti Hrvatska. Naime postoje zemlje Europske Unije koje u potpunosti negiraju alternativnu medicinu, druge joj daju prostora kao nadopuni klasične kao što je Slovenija, i treće, Skandinavske zemlje, koje joj daju potpunu slobodu, Trbojević (2016).

Ovaj rad razlučuje i predstavlja one djelove joge koje fizioterapeut može koristiti u svom radu. Daje uvid u prednosti i nedostatke joge u fizioterapiji, osvrće se na klinička istraživanja i kompetenciju joga terapeuta.

1.1 Podjela joge

Joga se može podeliti na četiri glavna pravca: Bhakti, Karma, Gjana i Rađa joga. Ovi pravci se međusobno ne isključuju, već se međusobno prožimaju i nadopunjuju. Svaki od njih ima naglasak na drugačiji pravac djelovanja.

Bhakti joga, ili joga predanosti, teži da se kroz svoje djelovanje doživi jedinstvo s božanskom sviješću, najčešće manifestiranom u osobnom obliku, pročišćavanjem i transformiranjem egoističnih emocija u nesebičnu predanost. Bhakti jogi treba svoj um stalno držati fiksiran na božansko i i neprestano usavršava svoj osobni odnos s njim kroz pjevanje, mantre, izvođenje rituala i sl. Ona je put za one koji su po svome temperamentu prvenstveno emotivni i predani, (Miklec, 2005).

Karma joga predstavlja akciju, djelovanja. Sama riječ karma znači akcija, djelovanje, a karma joga teži da ostvari jedinstvo sa beskonačnom sviješću putem ispravnih i nesebičnih dijela i nevezivanjem za plodove svoga rada. Karma jogi se trudi da sve zasluge rezultata svog rada pripiše božanskom i da osjeti da je božansko ono što kroz njega obavlja taj rad. Karma joga je put za one koji su po prirodi energični i skloni radu (Miklec, 2005).

Gjana joga (gyana ili jnana) je joga znanja ili joga mudrosti. Gjana jogi teži jedinstvu razvijanjem sposobnosti razlučivanja i nepristrasnog promatranja, ali i samodisciplinom, ustrajnošću i nevezanošću. Ovom jogom se bave prvenstveno ljudi snažnog intelekta i skloni promišljanju. Gjana jogi sposobnošću razlučivanja postepeno odvaja istinu od iluzije dok naposljetku ne spozna apsolutnu istinu i ne sjedini se sa njome, Kumar i Lingaraju (2017).

Rađa joga (Raja joga – kraljevska, vrhovna joga) obuhvaća sve tri prethodno spomenute vrste joge, ali uključuje i praksu meditacije i kontrole uma i životne energije. Takođe se naziva i Osmokraka, ili *Astanga joga* jer opisuje osam koraka kroz koje nužno prolazi svaki duhovni tragač na svome putu ka sebi, Ujdenica (2016). Tih osam krakova su:

- Jama (yama – zabrane, kontrola, obuzdavanje),
- Nijama (niyama – propisi, preporuke),

- Asana – doslovno znači mjesto ili prostirka za sjedenje, a kod nekih autora se odnosi na ispravan položaj tijela koji omogućava nesmetanu koncentraciju i meditaciju.

Iz ovog »kraka« rađa joga razvila se *hatha joga*, koja koristi tjelesne položaje koji se nazivaju asane i brojne tehnike disanja. *Hatha joga* se tradicionalno koristila kao metoda tjelesne, mentalne i energetske pripreme za meditaciju. U današnje vrijeme na Zapadu riječ joga se po pravilu povezuje prvenstveno sa tjelesnim položajima iz Hatha joge, dok se u Indiji i dalje odnosi prvenstveno na Patanđalijevu rađa jogu.

- Pranajama (prana – životna energija, dah; yama – kontrola, obuzdavanje),
- Pratyahara (pratyahara),
- Dharana – koncentracija,
- Dhjana (dhyana) – meditacija
- Samadhi – oslobođenje.

Krija joga (kriya – akcija, čin koji pročišćava) – Patanđali je svoj sistem nazivao krija joga, te se može reći da krija joga predstavlja centralni, praktični dio rađa joge.

Hatha joga je ono iz čega bi fizioterapeuti mogli izvući dobrobit za rehabilitaciju svojih pacijenata, za nju postoji niz znanstvenih dokaza i ona isključuje ikakvo etičko kršenje provođenja joge. Objedinjuje aktivni pokret (asana), tehnike disanja (pranayama) i relaksaciju.

I hatha joga ima svoje podvrste, neke od njih su: Iyengar joga, kundalini, šivananda, ananda, ashtanga i vinyasa.

1.2 Teoretična ishodišna ishodišća

Posadzki i Parekh (2009) smatraju da postoje osnovne sličnosti između joge i fizioterapije u smislu multidisciplinarnosti i složenosti holističke skrbi. Takvo konceptualno obogaćivanje može biti korisan izvor inspiracije za fizioterapeute koji se brinu o svakodnevnom zdravlju njihovih pacijenata. Naglašavaju korisnost joga prakse u kliničkim jedinicama i objašnjavaju kako se ta znanja mogu ekstrapolirati i uključiti u teorijska načela fizioterapijskog procesa.

U Sjedinjenim Američkim Državama je provedena studija u kliničkim bolničkim centrima na uzorku od 299 pacijenata od strane Grotle i Hagen (2018) gdje su se uspoređivali efekti individualne fizikalne terapije i vježbanja joge kod pacijenata koji boluju od kronične boli u križima. Nakon 12-og tjednog programa je utvrđeno da je efekt jednak tj. da joga za takve tegobe može stati uz rame fizioterapiji.

Ravi (2016) studija provedena pri rehabilitaciji sportaša konstatira da joga i fizioterapija kao kombinirana intervencija mogu povećati biološke i psihološke čimbenike koji imaju značajan utjecaj na biopsihološke ishode. U ovom istraživanju, znanje o korisnosti joge u liječenju sportskih ozljeda moglo bi imati koristi bratskoj sportskoj medicini i fizioterapiji da uključuje jogu kao pomoćnu intervenciju. Suradnja fizioterapeuta, joga stručnjaka, liječnika i trenera može pomoći ozlijeđenim sportašima u rehabilitaciji sportske ozljede. Navode također da postoji potreba za studijama koje bi dovele relaciju vježbanja joge s prevencijom sportskih ozljeda.

Khalsu (2017) zanimalo je, budući da je joga dio globalnog pokreta u komplementarnoj i integrativnoj medicini na čelu s Međunarodnim akademskim konzorcijom za integrativnu medicinu i zdravlje u Americi, koliko se istraživanja o joga benefitima objavljuju u mnogim časopisima unutar ovog šireg područja. Rezultati istraživanja nisu išli u korist joge.

Gothe i sur. (2017) zanimalo je procijeniti učinke 8-tjedne intervencije Hatha joge na pažnju i brzinu reakcije među starijim odraslim osobama. Rezultati sugeriraju da joga praksa koja uključuje vježbe, disanje i meditativne vježbe dovodi do poboljšane pažnje i sposobnosti obrade informacija.

Na Svjetskoj konfederaciji za fizioterapiju WCPT (World Confederation for Physical Therapy) u smjernicama za kvalitetno vježbanje tijekom životnog vijeka, joga je navedena kao jedan od oblika vježbanja koji se mogu koristiti u sklopu fizioterapijskih intervencija. Svrha ovih smjernica je pomoći fizioterapiji da oblikuje i strukturira program ili intervenciju, te osigura kvalitetu intervencija i terapije. Joga i fizioterapija dijele mnoge aspekte i imaju dosta sličnosti, Dean i sur (2014).

Grazio i sur. (2013), članovi Hrvatskog vertebralološkog društva, navode da je joga u određenim studijama dala brže, bolje i dugoročnije rezultate u liječenju križobolje u odnosu na neke self-help programe ali usporedo s klasičnim vježbama istezanja nije dala bolje rezultate, zato sugeriraju dodatna istraživanja na tu temu.

Živčić (2014) navodi da je promjena društvenog poretka koja se dogodila u Hrvatskoj tijekom devedesetih godina učinila medicinski pluralizam - u smislu suživota različitih opcija liječenja očiglednim. Unatoč preporukama Europske komisije i Svjetske zdravstvene organizacije, dopunska i alternativna medicina (CAM) nije bila regulirana zakonom, čak ni nakon ulaska Hrvatske u Europsku Uniju.

2 Metodologija

2.1 Svrha i cilj istraživanja

Ispitati što fizioterapeuti misle o primjeni joge u fizioterapiji.

2.2 Istraživačko pitanje

Koje je Vaše fizioterapeutsko mišljenje o poveznici joge i fizioterapije?

Podpitanja su:

- Koje zdravstvene učinke postizemo vježbanjem joge?
- U kojoj fazi liječenja pomaže joga?
- Koje vježbe iz joge koristite u svom radu?
- Smatrate li da bi znanstveno dokazane djelove joge u terapijske svrhe trebalo uvrstiti u formalno obrazovanje fizioterapeuta?

2.3 Istraživačka metodologija

2.3.1 Prikupljanje podataka

Telefonski je obavljen intervju s fizioterapeutima iz Hrvatske. Postavljeno im je zadano pitanje.

2.4 Opis mjernog instrumenta

Postavljeno pitanje je sastavljeno po PICO metodi.

2.5 Postupak prikupljanja podataka

U intervju su sudjelovali fizioterapeuti iz Hrvatske. Kolege su se Najprije su im poslani sms poruke jesu li su voljni odgovoriti na jedno pitanje o jogi u svrhu izrade seminarskog rada i kad su slobodni za razgovor. Iznimka je bila jedna kolegica koja je okupila petero kolega na pauzi i svi zajedno su odgovarali. Podatci su prikupljeni unutar sedam dana. Razgovori su uglavnom bili kratki jer su obavljani za vrijeme radnog vremena.

2.6 Analiza podataka

Odgovore fizioterapeuta smo zapisivali i potom ih kvalitativno analizirali po principu tematske analize – kodne teme. Organizirali smo podatke preko kodova pomoću:

- Crvene boje - puni citat

- Zelene boje - parafraziranje
- Plave boje - sažetak
- Zatim smo tumačili podatke i crno zapisali naše komentare i mišljenja.

2.7 Rezultati istraživanja

Anketirano je 13 fizioterapeuta, od toga je 10 ženskih fizioterapeuta i 3 muška fizioterapeuta. Prosječna dob ispitanika je 39 godina, a prosječne godine radnog staža kao fizioterapeuti je 15 godina. 6 ih je staro između 21–40 godina, a 7 od 41–60 godina. Od ispitanika 9 ima završen dodiplomski studij, a 5 diplomski studij.

3 Rasprava

Fizioterapeuti u hrvatskoj svakako vide poveznicu između joge i fizioterapije. Smatraju da vježbanje joge donosi niz benefita zdravlju. Olakšavanje bolnih stanja, održavanje fizičkog, psihičkog i mentalnog zdravlje, poboljšavanje balansa, povećana mišićna snaga, fleksibilnost, veći opseg pokreta samo su neki od njih koje navode.

Wiik (2014) pretražuje baze podataka interesom: Koje su zdravstvene prednosti joge? Kako joga utječe na subjektivno mišljenje o zdravlju ispitanika? Može li se joga integrirati u fizioterapiju? Rezultati ove studije su podržani od strane prethodnih rezultata istraživanja i podupiru teoriju da se praksa fizikalne terapije i joga može povoljan kombinirati u svrhu bolje percepcije zdravlja, prevencije i liječenja ozljeda, socijalnih i socijalno-ekonomskih pitanja. Ispitanici smatraju da joga pomaže u preventivnoj fazi, u svim rehabilitacijskim fazama i nakon rehabilitacije u svrhu održavanja zdravlja. Ispitanik broj šest drži da fizikalna terapija ciljano rješava postojeći problem lokomotornog sustava dok joj je prevencija u drugom planu. Ispitanik broj pet smatra da joga djeluje svakako preventivno na održavanje mišićno koštanog sustava ali i respiratorne funkcije pojedinca.

Vježbe poput kobre, mačke, ptice, psa iz joge prepoznaju i u medicinskoj gimnastici. Ispitanik broj trinaest kaže: »Fizioterapeuti bi trebali biti svjesni učinaka joge na cjelokupno zdravlje pacijenata i upotrebljavati asane kao dio fizioterapijske intervencije pošto je joga kombinacija većine vježbi koje inače odvojeno koristimo prilikom terapijskog procesa.«

Wims i sur (2014) proveli su istraživanje među fizioterapeutima u Sjedinjenim Američkim državama kako bi ocijenili koriste li jogu u rehabilitaciji pacijenata. Od 333 ispitanika iz 47 država čak 70 % fizioterapeuta koristi jogu svakodnevno u radu, trećina ih koristi samo asane i pranajamu, a ostali dodaju znanja o svjesnosti i meditaciju. Ispitanici su znanja o jogi uglavnom imali iz vlastitog iskustva. Naveli su interes i potrebu uvođenja joge programa u formalno obrazovanje fizioterapeuta.

Ispitanici se uglavnom slažu, 11 od njih 13, da bi znanstveno dokazane djelove joge u rehabilitaciji trebalo uvrstiti u formalno obrazovanje fizioterapeuta. Ispitanik broj tri smatra da bi jogu trebalo *uvesti u formalno obrazovanje kao jedan od izbornih predmeta na trećoj godini studija ili na diplomskom studiju*. Zanimljiva je konstatacija ispitanika broj 12 koji kaže: »Uostalom mnogi fizioterapeuti su se nakon školovanja detaljnije posvetili proučavanju joge što ne smatram bez razloga jer svakako nadopunjuju jedno drugo.«

Thomas (2015) navodi u razvojnim nastavnim planovima i programima za medicinsku edukaciju da treba odrediti šest koraka u edukaciji, a kao primarni drži odrediti za koju intervenciju se program izvodi. Bilo bi dobro odrediti jogu edukacijske programe za određene dijagnoze koje imaju znanstvene dokaze iza sebe.

3.1 Prednosti i mane istraživanja

Bilo bi dobro da je intervju odrađen osobno, a ne telefonom jer bi sigurno dobili još više informacija. Istaživanjem smo dobili dobre smjernice za izradu upitnika kojim će se moći ispitati veći broj fizioterapeuta.

4 Zaključak

Sustav joga asana i tehnika disanja je doveden do savršenstva. Sve gimnastike imaju temelj u joga asanama i neizmjeran benefit fizioterapeuta je upoznati se sa »izvorom« aktivnog pokreta. Smatramo da je nužno otvaranje medicinske struke prema alternativnoj medicini. Vrlo je važno da se zdravstveni djelatnici pravilno educiraju, prate istraživanja i pišu radove kako bi preporukom od strane stručnjaka pacijenti stekli povjerenje u takav način terapijske nadopune klasičnoj medicini.

5 Preporuke

Iz ovog istraživanja izlaze tri preporuke:

- Razviti smjernice koje bi osposobile fizioterapeute za provedbu joga elemenata u fizioterapeutskoj praksi,
- Organizirati edukaciju o stjecanju znanja fizioterapeuta za primjenu joga elemenata u praksi,
- Uvesti joga obrasce kao modul u nastavni plan i program formalnog fizioterapeutskog obrazovanja.

LITERATURA

1. Clarke, T. C., Black, L. I., Stussman, B. J., Barnes, P. M. in Nahin, R. L. (2015). Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. National health statistics reports, (79), 1.
2. Dean, E., Dornelas de Andrade, A., O'Donoghue, G., Skinner, M., Umereh, G., Beenen, P. in Gannotti, M. (2014). The Second Physical Therapy Summit on Global Health: developing an action plan to promote health in daily practice and reduce the burden of non-communicable diseases. Physiotherapy theory and practice, 30 (4), 261–275.
3. Gothe, N. P., Kramer, A. F. in McAuley, E. (2017). Hatha Yoga Practice Improves Attention and Processing Speed in Older Adults: Results from an 8-Week Randomized Control Trial. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 23 (1), 35–40.
4. Grazio, S., Ćurković, B., Vlak, T., Bašić Kes, V., Jelić, M., Buljan, D. in Kauzlarić, N. (2013). Dijagnostika i konzervativno liječenje križobolje: pregled i smjernice hrvatskog vertebralnog društva. Acta medica Croatica, 66 (4), 259–293.
5. Grotle, M. in Hagen, K. B. (2018). Yoga classes may be an alternative to physiotherapy for people with chronic nonspecific low back pain [synopsis]. Journal of physiotherapy, 64 (1), 57.
6. Kumar, C. M. in Lingaraju, C. M. (2017). A Study to assess the Level of Knowledge Regarding the benefits of Yoga among Primary School Teachers of Magadi Rural Schools, Ramanagara District. Asian Journal of Nursing Education and Research, 7 (3), 363.
7. Miklec, J. (2005). Joga za zdravlje i ljepotu duha i tijela. Zagreb.
8. Posadzki, P. in Parekh, S. (2009). Yoga and physiotherapy: a speculative review and conceptual synthesis. Chinese journal of integrative medicine, 15(1), 66–72.
9. Ravi, S. (2016). Customised Sport Injury Rehabilitation With Yoga And Physiotherapy For Acl-12 week Rehabilitation Progress Of An Injured Young Alpine Skier. Br J Sports Med, 50 (22), e4-e4.
10. Thomas, P. A. (2015). Curriculum development for medical education: a six-step approach. JHU Press.

11. Trbojević, A. (2016). Razvoj zdravstvenog turizma u Hrvatskoj (Doctoral dissertation). Pula: University of Pula. Faculty of economics and tourism »Dr. Mijo Mirković«.
12. Ujdenica, L. (2016). Meditativna praksa i mogućnost primjene u prevenciji i tretmanu problema u ponašanju (Doctoral dissertation). Zagreb: University of Zagreb. Faculty of Education and Rehabilitation Sciences.
13. Wiik, M. (2014). Why Yoga?: Subjective perceptions of yoga's influence on health and the possibility to combine yoga and physiotherapy treatment.-A qualitative research.
14. Wims, M. E., McIntyre, S. M., York, A. in Covill, L. G. (2017). The Use of Yoga by Physical Therapists in the United States. *International journal of yoga therapy*, 27 (1), 69–79.
15. Živčić, D., Racz, A. in Naletilić, D. (2014). Differences in attitudes towards/beliefs on complementary and alternative medicine witnessed between physiotherapists, nurses/paramedics and physicians. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 11 (6), 57.

Učinkovitost manualne terapije pri obravnavi osteoartroze kolena – pregled literature

UDK 615.82:616.728.2-003.8

KLJUČNE BESEDE: osteoartroza kolena, fizioterapija, manualna terapija

POVZETEK - Osteoartroza je degenerativna kronična bolezen mišično-kostnega sistema, za katero je značilno postopno razvijanje bolečine, togosti sklepa in omejitve gibljivosti. Najpogosteje prizadene kolenski sklep. Je neozdravljiva bolezen, zato je zdravljenje usmerjeno v lajšanje simptomov. Ena od možnosti konservativnega zdravljenja je manualna terapija. Namen prispevka je na podlagi pregleda literature predstaviti učinkovitost postopkov manualne terapije pri obravnavi osteoartroze kolena. Iskanje člankov je potekalo v podatkovnih zbirkah PubMed, Science Direct in PEDro s ključnimi besedami v angleškem jeziku knee osteoarthritis [Title/Abstract] AND physiotherapy, manual therapy, passive joint mobilization, patella mobilization therapy, massage. Analizirali smo devet raziskav, v katerih so bili uporabljene različne tehnike manualne terapije. Tehnike so v največji meri vplivale na zmanjšanje bolečine, togosti in izboljšanje gibljivosti sklepa, izboljšave pa so bile vidne tudi v izvedbi funkcijskih testov. Smiselna je kombinacija manualne terapije s kinezioterapijo. Učinki manualne terapije s časom verjetno nekoliko izzvenijo, vendar so na tem področju potrebne dodatne raziskave.

UDC 615.82:616.728.2-003.8

KEYWORDS: knee osteoarthritis, physiotherapy, manual therapy

ABSTRACT - Osteoarthritis is a degenerative chronic disease of musculoskeletal system, which is characterized by a gradual onset of pain, stiffness and limitation of movement. It most commonly affects the knee joint. It is an incurable disease, therefore its treatment is directed towards the reduction of symptoms. One of the possible choices for conservative treatment is manual therapy. The purpose of this article is to present the efficiency of manual therapy in treatment of knee osteoarthritis based on a literature review. The search for articles was conducted in data bases PubMed, Science Direct and PEDro, with key words in English language knee osteoarthritis [Title/Abstract] AND physiotherapy, manual therapy, passive joint mobilization, patella mobilization therapy, massage. We analysed nine studies in which they used different manual therapy techniques. The biggest impact was seen on reducing pain and stiffness as well as improving range of motion, though manual therapy also showed improvements in performance of functional tests. It would be reasonable to combine manual therapy with kinesiotherapy. The effects of manual therapy will likely diminish with time, though further studies of this area are needed.

1 Uvod

Osteoartroza (OA) je degenerativna kronična bolezen mišično-kostnega sistema, za katero je značilna degeneracija sklepne hrustanca in postopno razvijanje sklepne bolečine, togosti sklepa in omejitve gibljivosti (Gramas in Lane, 1995). Gre za počasi napredujočo sklepno bolezen, ki se najverjetneje začne v sklepnem (hialinem) hrustancu, ki pokriva sklepne površine kosti in ima v zdravem sklepu nalogo razporeditve sil ter omogočanje gladkega gibanja brez trenja. Pri OA se sklepni hrustanec zmečka, povrhnja vlakna pa se ločijo. Ker sam hrustanec nima lastne oskrbe s krvjo, se ne regenerira, postopno se tanjša in strukturalno spreminja (Man in Mologhianu, 2014). Sčasoma se spremembe pojavijo tudi na subhondralni kosti in sinovijalni ovojnici. S tanjšanjem hrustanca je namreč spodaj ležeča kost izpostavljena večjim silam, kar privede do preoblikovanja kosti in tvorbe osteofitov. Napredujoča obraba privede celo do

kroničnega vnetja sinovijalne sklepne ovojnice (Gramas in Lane, 1995). Svetovna zdravstvena organizacija uvršča OA med deset boleznih razvitega sveta, ki povzročajo največ invalidnosti, po njihovih podatkih pa naj bi kar 9,6 % moških in 18 % žensk starejših od 60 let imelo simptomatsko OA (angl. World Health Organization - WHO, 2020). Radiološko potrjene spremembe lahko opazimo pri 70 % populacije, starejše od 70 let (Gramas in Lane, 1995). Njena incidenca s starostjo močno narašča, najpogostejša je med 70. in 80. letom (Prieto-Alhambra idr., 2014; Morgan idr., 2019). Prizadene lahko tako aksialne kot periferne sklepe, najpogostejša pa je v sklepih, na katere najbolj vpliva telesna masa (koleno, kolk, hrbtenica) (Dulay idr., 2015). Morgan in sodelavci (2019) so poročali, da OA najpogosteje prizadene kolenski sklep, pogosteje pri ženskah. Točno prevalenco OA kolena je težko oceniti, saj se veliko pacientov ne odloči za obisk pri zdravniku. Ocenjuje se, da je dejansko število obolenih 2- do 3,5-krat večje, kot je znano (Peter idr., 2010).

Glavni simptom, zaradi katerega pacienti z OA kolena iščejo zdravniško pomoč, je bolečina, ki je lahko sprva blažja in se pojavlja zgolj v zagonih, med aktivnostjo, in preneha z mirovanjem, z napredovanjem stanja pa postaja vedno hujša in konstantna (Michael idr., 2010). Slednje je skupaj z zmanjšanim obsegom gibljivosti pogosto vzrok za izgubo pacientovih zmožnosti opravljanja vsakodnevnih dejavnosti. Bolečina in izogibanje obremenitvi prizadetega sklepa povzročita oslabeledost mišic kolenskega sklepa, pogosta pa je tudi zmanjšana natezna trdnost ligamentov, kar daje obolelemu občutek nestabilnosti sklepa (Atkinson, 2005).

Osteoartroza trenutno velja za neozdravljivo kronično bolezen. Zdravljenje in izbira terapevtskih postopkov naj bi v splošnem stremela k zmanjšanju bolečine in togosti sklepa, ohranjanju in izboljšanju gibljivosti sklepa, omejevanju napredovanja deformacije sklepa, zmanjšanju funkcijskih nezmožnosti in izboljšanju pacientove premičnosti ter izboljšanju z zdravjem povezane kakovosti življenja (Michael idr., 2010) Zdravljenje je lahko operativno ali konservativno, slednje pa predstavljajo farmakološki in nefarmakološki pristopi. Farmakološko zdravljenje je usmerjeno v lajšanje bolečine in je sestavljeno iz zdravil z analgetičnimi ali protivnetnimi učinki, najpogosteje so to nesteroidni antirevmatiki (NSAID), opiodi in kortikosteroidi (Michael idr., 2010). Vse bolj pa se v ospredje postavljajo nefarmakološki pristopi, saj predstavljajo varno, nizkocenovno in dostopno možnost konservativnega zdravljenja OA kolena (Ferreira idr., 2018). Med slednje klinične smernice (Peter idr., 2010) uvrščajo edukacijo pacientov, postopke kinezioterapije, manualno terapijo, aplikacijo fizikalnih agensov, uporabo ortoz in kolenskih opornic ter elektroterapijo (angl. The Royal Australian College of General Practitioners - RACGP, 2018).

Namen prispevka je na podlagi pregleda literature predstaviti učinkovitost manualne terapije pri obravnavi pacientov z osteoartrozo kolena.

2 Metode

Iskanje literature je potekalo v podatkovnih zbirkah PubMed, Science Direct in PEDro s ključnimi besedami in njihovimi kombinacijami v angleškem jeziku (knee osteoarthritis [Title/Abstract]) and (manual therapy, joint mobilization[Title/Abstract]) or Mulligan therapy, patella mobilization [Title/Abstract]). Pregled literature sta neodvisno opravili obe avtorici (C.B., S.H.). Vključitveni kriteriji so bile randomizirane kontrolne raziskave objavljene v polnem besedilu, v katerih so bili preiskovanci razvrščeni v kontrolno in eksperimentalno skupino in v katerih so s postopkom manualne terapije obravnavali paciente z osteoartrozo kolena. Izključene so bile raziskave brez primerjalne skupine in raziskave, v katerih niso izvajali postopkov manualne terapije ali so preučevali učinke manualne terapije na drugih delih telesa.

3 Rezultati

Na podlagi iskalnih kriterijev je bilo v treh podatkovnih zbirkah najdenih 50 zadetkov, od tega 6 duplikatov, katere smo izločili. Grobo so bili pregledani naslovi in izvlečki 44 zadetkov, 35 jih je bilo z razlogom izključenih. Vključitvene in izključitvene kriterije je tako po konsenzu obeh avtoric izpopolnjevalo devet raziskav, ki so bile vključene v vsebinsko kvalitativno analizo po naslednjih značilnostih: vzorec preiskovancev, uporabljene tehnike manualne terapije in trajanje terapij, uporabljena merilna orodja ter izidi meritev.

3.1 Vzorec preiskovancev

Skupno je bilo v analizirane raziskave vključenih 668 preiskovancev povprečne starosti 61,9 let. Največji vzorec je sestavljalo 208 pacientov, razdeljenih v dve skupini po 104 (Sit idr., 2018), najmanjši vzorec pa je predstavljalo 13 preiskovancev (Mn in Lyn, 2011). Najnižja povprečna starost pacientov je bila 55,6 let (Pollard idr., 2008), najvišja pa 68,3 let (Perlman idr., 2006). Večina pacientov je bila ženskega spola, le v eni raziskavi so prevladovali moški preiskovanci (Alkhawajah in Alshami, 2019). V preostalih raziskavah so ženske predstavljale večji odstotek kot moški – od 59 % (Deyle idr., 2000) do 86 % (Atkins in Eichler, 2013). Pollard in sodelavci (2008) o podatku o porazdelitvi po spolu niso poročali.

3.2 Uporabljene tehnike manualne terapije in trajanje terapij

Deyle in sodelavci (2005; 2000) so uporabili kombinacijo različnih manualnih terapevtskih postopkov (pasivno sklepno mobilizacijo, mobilizacijo mehkih tkiv in manualno mišično raztezanje), ki so jih terapevti izbrali individualizirano, na podlagi funkcijske ocene posameznika. Sit in sodelavci (2018) so izvajali sklepno mobilizacijo patelofemoralnega sklepa, pri čemer so izvajali drsenje pogačice v vse smeri. Sklepno mobilizacijo patelofemoralnega in tibiofemoralnega sklepa (kombinacijo ventralnega in dorzalnega drsenja golenice na stegnenici ter drsenje pogačice v vse smeri) so izvajali Mn in Lyn (2011). V dveh raziskavah so ugotavljali učinek sklepne mobilizacije z gibanjem (angl. Mobilization with Movement - MWM) po Mulligan pristopu (Nam idr., 2013; Alkhawajah in Alshami, 2019). Terapevti so izvajali translacijsko drsenje ali rotacijo golenice na stegnenici, medtem ko so pacienti aktivno flektirali (Alkhawajah in Alshami, 2019) ali flektirali in ekstendirali koleno (Nam idr., 2013). Smer drsenja ali rotacija je bila izbrana na podlagi predhodnega kliničnega pregleda, ki je pokazal smer največje omejitve v artrokinematičnem gibanju. V kolikor ni bilo prisotnih bolečin, je terapevt na koncu giba apliciral še dodatno silo v smeri omejitve giba. Med postopki, ki so jih avtorji uporabili za obravnavo OA kolena, je bila tudi klasična masaža celega telesa (Perlman idr., 2006) ali samo mišice quadriceps femoris (Atkins and Eichler, 2013). Pri tem so terapevti izvajali masažne tehnike, kot so glajenje (površinsko in globoko), gnetenje in udarjanje v naključnem zaporedju. Pollard in sodelavci (2008) so raziskovali učinek specifičnega kiropraktičnega postopka za koleno kot ga predlaga Macquariejeva skupina za obravnavo poškodb (angl. Macquarie Injury Management Group – MIMG), ki ga sestavljata neinvazivna miofascijalna mobilizacija in manipulacija. V prvem delu terapije je pacient aktivno ekstendiral koleno, medtem ko je terapevt izvajal kavdalno drsenje pogačice. Sledila je manipulacija tibiofemoralnega sklepa v kavdalni smeri.

V analiziranih raziskavah so poleg manualne terapije izvajali tudi postopke kinezioterapije, in sicer izolirane vaje za mišico vastus medialis (Sit idr., 2018), aktivne vaje v odprti in zaprti kinetični verigi, vadbo proti uporu, mišično raztezanje ter aerobno vadbo na sobnem kolesu (Deyle idr., 2005; Deyle idr., 2000), izometrične vaje za mišico quadriceps femoris, aktivne vaje v zaprti kinetični verigi, mišično raztezanje ter aerobno vadbo na sobnem kolesu (Mn, Lyn, 2011) in vaje za stabilizacijo trupa (Nam idr., 2013). Avtorji zadnjih dveh navedenih raziskav

so poleg navedenih kinezioterapevtskih postopkov uporabili še aplikacijo toplotnih oblog (Mn in Lyn, 2011) ali kombinacijo toplotnih oblog, interferenčne in ultrazvočne terapije (Nam idr., 2013).

Uporabljeni protokoli terapevtskih postopkov v eksperimentalni in kontrolni skupini ter trajanje obravnav so prikazani v tabeli 1, uporabljena merilna orodja in izidi meritev pa v tabeli 2.

Tabela 1: Protokoli terapevtskih postopkov in trajanje obravnav

<i>Avtor, letnica</i>	<i>Eksperimentalna skupina</i>	<i>Kontrolna skupina</i>	<i>Trajanje obravnav</i>
Alkhawajah, Alshami, 2019	Tehnika MWM	Lažna terapija	1 dan/1 terapija
Atkins, Eichler, 2013	Klasična masaža m. quadriceps femoris	Splošna zdravstvena oskrba	11 tednov/22 terapij
Deyle idr., 2000	PSM, raztezanje, MMT	Lažna terapija	8 tednov/8 terapij + vadba vsak dan
Deyle idr., 2005	PSM, raztezanje, MMT	Sami doma: AV, VPU, raztezanje, sobno kolo	8 tednov/8 terapij + vadba vsak dan
Mn, Lyn, 2011	PSM golenice in pogačice	Izometrične vaje za m. quadriceps femoris, raztezanje, vadba v ZKN, toplotne obloge	4 tedne/8 terapij
Nam idr., 2013	Tehnika MWM	Vaje za stabilizacijo trupa, toplotne obloge + IF + UZ	6 tednov/18 terapij
Perlman idr., 2006	Klasična masaža celega telesa	Protibolečinska terapija, toplotne obloge	8 tednov/12 terapij
Pollard idr., 2008	MIMG protokol za koleno	Lažna terapija	2 tedna/6 terapij
Sit idr., 2018	Mobilizacija patellofemoralnega sklepa	Čakalna lista	24 tednov/3 terapije + vadba vsak dan

Legenda: PSM - pasivna sklepna mobilizacija; MMT – mobilizacija mehkih tkiv; MIMG - Macquarie Injury Management Group (protokol Macquarie-jeve skupine za obravnavo poškodb); AV – aktivne vaje; VPU – vadba proti upor; ZKN – zaprta kinetična veriga; PV – pasivne vaje; IF – interferenca; UZ – ultrazvok

Tabela 2: Merilna orodja in izidi meritev

<i>Avtor, letnica</i>	<i>Merilna orodja</i>	<i>Izidi meritev</i>
Alkhawajah, Alshami, 2019	VAL, WOMAC, algometer, TUG, goniometer, ročni dinamometer	↑ izboljšanje vseh rezultatov v eksp. skupini, razen v ekstenziji kolena
Atkins, Eichler, 2013	WOMAC, goniometer	WOMAC: ↑ izboljšanje v eksp. skupini; OG: ni razlik
Deyle idr., 2000	WOMAC, 6– minutni test hoje, telefonska anketa	WOMAC: ↑ izboljšanje v eksp. skupini; 6 – minutni test hoje: izboljšanje v obeh skupinah
Deyle idr., 2005	WOMAC, 6– minutni test hoje, telefonska anketa	WOMAC: ↑ izboljšanje v eksp. skupini; 6– min test hoje: izboljšanje v obeh skupinah
MN, Lyn, 2011	VAL, hoja po stopnicah	VAL: večje ↓ ocene v eksp. skupini; hoja po stopnicah: ni razlik
Nam idr., 2013	VAL, WOMAC	VAL: večje ↓ ocene v eksp. skupini; WOMAC: ↑ izboljšanje v eksp. skupini
Perlman idr., 2006	VAL, WOMAC, goniometer, hoja na 15 m	VAL in WOMAC: ↑ v eksp. skupini, v kontrolni ni razlik

		OG in hoja na 15 m: ni razlik
Pollard idr., 2008	VAL	VAL: večje ↓ ocene v eksp. skupini, v kontrolni ni razlik
Sit idr., 2018	WOMAC, VAL, 30sSTST, 40mFPWT, TUG, E-Q – 5D, goniometer, anketa	↑ izboljšanje vseh rezultatov v eksp. skupini

Legenda: VAL – vizualna analogna lestvica; WOMAC – Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index (indeks osteoartroze univerz Zahodnega Ontaria in McMaster); TUG – timed up-and-go (vstani in pojdi test); 30sSTST – 30s stand-to-sit-test (30s test vstajanja in sedanja); 40mFPWT – 40m fast-paced walk test (test hitre hoje na 40 m)

4 Razprava

Vsebinska analiza raziskav, kjer so uporabljali različne postopke manualne terapije za obravnavo pacientov z OA kolena, je pokazala, da je manualna terapija učinkovita izbira terapije. Vplivala je na zmanjšanje bolečine, izboljšanje izida indeksa WOMAC, ki vrednoti pacientovo samooceno bolečine, togosti in funkcije, izboljšala se je gibljivost kolenskega sklepa, funkcijske zmožnosti pacientov in njihova z zdravjem povezana kakovost življenja.

Tehniki MWM in PSM patelofemoralnega sklepa sta bili v analiziranih raziskavah učinkoviti pri povečanju aktivnega obsega giba v kolenu. Eden od možnih razlogov za zmanjšan obseg gibljivosti v sklepu pri pacientih z OA je dinamično neravnovesje med pogačico in trohlearnim žlebom na stegenici. Nepravilno drsenje sklepnih površin ima zaradi preoblikovanja kosti in tvorbe osteofitov ter kroničnega vnetja sklepne ovojnice (Michael idr., 2010), za posledico nepravilno sledenje (angl. Fault Tracking) sklepnih površin med gibanjem. MWM in PSM lahko vplivata na izboljšanje biomehanike kolenskega sklepa, predvsem v primerih prekomernega lateralnega položaja pogačice. Izboljša se mehanska vloga pogačice, poveča področje stika med pogačico in sklepno površino na stegenici, posledično zmanjša obremenitev ter bolečina (Macri idr., 2016). V raziskavi, kjer so merili obseg gibljivosti po izvedbi MWM, so izmerili izboljšanje obsega giba v smeri fleksije, ker so pacienti med MWM izvajali samo aktivno fleksijo kolena (Alkhawajah in Alshami, 2019). Pri izvedbi MWM terapevt manualno zadržuje sklepna partnerja v pravilnem položaju, medtem ko pacient aktivno izvaja gib. S tem se zagotovi pravilno artrokinematično gibanje ter pravilno sledenje sklepnih površin, kar omogoča izvedbo giba v večjem obsegu in manj boleče (Mulligan, 1993; cit. po Kisner in Colby, 2012). V raziskavi (Sit idr., 2018), kjer je terapevt izvajal PSM patelofemoralnega sklepa v vseh smereh (medialno, lateralno, kranialno in kavalno drsenje pogačice), so poročali o izboljšanju fleksije in ekstenzije kolena. Mobilizacija pogačice v kavalni smeri, medtem ko pacient ekstendira koleno, pacientu olajša aktiven gib, brez prekomernega napenjanja mišice quadriceps femoris, ki ustvarja kompresijsko silo pogačice ob stegenico (Pollard idr., 2008). Vzrok za omejitve gibljivosti so pogosto tudi skrajšana vezivna tkiva, predvsem sklepna ovojnica in fascije (Akeson idr., 1987; cit. po Hlebš, 2017). Če terapevt dovaja dovolj veliko manualno silo med PSM, lahko vpliva na elastičnost navedenih struktur in, v kolikor je terapevtova manualna sila dovolj velika, lahko v območju t. i. plastične deformacije, doseže trajno podaljšanje skrajšanih vezivnih struktur (Threlkled, 1992) ter s tem povečan obseg gibljivosti.

Uporaba terapevtske masaže, ki so jo izvajali v dveh analiziranih raziskavah, ni klinično ali statistično pomembno izboljšala obseg gibljivosti kolena (Perlman idr., 2006; Atkins in Eichler, 2013). Protibolečinski učinki terapevtske masaže so v literaturi nedorečeni. Perlman in sodelavci (2006) so sicer ugotovili zmanjšanje bolečine pri pacientih z OA po obravnavi z masažo, ki naj bi posredno vplivala na zmanjšanje bolečine zaradi povečane lokalne prekrvavitve. Field in sodelavci (2005) protibolečinsko delovanje masažnih tehnik razlagajo z znižanjem koncentracij kortizola ter zvišanjem koncentracij serotonina in dopamina, kar privede do sprostitve in posledično nižjega subjektivnega ocenjevanja bolečine. Nasprotno pa

so avtorji (Shoemaker idr., 1997; Robertson idr., 2004) z meritvami z Dopplerjevim ultrazvokom že dokazali, da do povečanja prekrvavitve tkiva ne pride, ker se koncentracija laktata v krvi pri športnikih po masaži ni zmanjšala. Dobljeni rezultati v naših analiziranih raziskavah so morda posledica tega, da so terapevti izvajali masažo, ki je lahko vplivala na lokalno prekrvavitev in sprostitve povrhnjih mišic, ne pa na globlje ležeča tkiva ter na pasivne strukture sklepa (npr. na sklepno ovojnico) v katerih najpogosteje leži razlog za omejitve gibljivosti.

PSM patelofemoralnega sklepa (Sit idr., 2018), MWM (Alkhawajah in Alshami, 2019) in kombinacija PSM, manualnega raztezanja ter mobilizacije mehkih tkiv (Deyle idr., 2000; Deyle idr., 2005) so v analiziranih raziskavah izboljšali rezultate različnih funkcijskih testov pri pacientih z OA (TUG test, 6 - minutni test hoje, 30sSTS in 40mFPWT). Navedene manualne tehnike lahko vplivajo na zmanjšanje bolečine in izboljšanje gibljivosti kolenskega sklepa, kar posledično izboljša funkcijo. Stimulacija sklepnih mehanoreceptorjev ob izvajanju MWM in PSM naj bi inhibitorno vplivala na prenos bolečinskih dražljajev v osrednje živčevje (Wright, 1995; Moss idr., 2007) in povečala vrednosti endokrinov, ki modulirajo bolečino (Kovanur - Sampath idr., 2017). Biološki učinek predstavlja stimulacija gibanja sinovijalne tekočine ob izvajanju PSM, ki prehranjuje sklepni hrustanec, kar naj bi posledično izboljšalo metabolizem v njem in v obsklepnih strukturah (Deyle idr., 2000; Deyle idr., 2005) ter zmanjšalo koncentracijo mediatorjev vnetja (Moss idr., 2007). Predvideva se, da mobilizacija mehkih tkiv lahko preko izboljšanja biomehanike sklepa deluje protibolečinsko, zmanjša število prečnih povezav med kolagenskimi vlakni v sklepni obojnici in drugih vezivnih tkivih, zlasti v fascijalnih strukturah, ki kot odgovor na poškodbo postanejo bolj toge in manj prožne (Barnes, 1997; Simmonds idr., 2012). Z izjemo ene raziskave, kjer so izvajali zgolj MWM (Alkhawajah in Alshami, 2019), so v preostalih tehnike manualne terapije kombinirali z različnimi postopki kinezioterapije (aktivne vaje za kolenski sklep, vaje za povečanje zmogljivosti mišice quadriceps femoris ter aerobna vadba na sobnem kolesu), kar bi lahko bil dodaten razlog za izboljšanje funkcijskih testov. Slednje podpira tudi dejstvo, da se je v eni od raziskav rezultat 6 – minutnega testa hoje izboljšal pri obeh skupinah, tudi v kontrolni, kjer so pacienti izvajali enak vadbeni program kot v eksperimentalni skupini, vendar brez individualne manualne terapije (Deyle idr., 2005). Podobno so ugotovili tudi Abbott in sodelavci (2013), ki so v svojem pregledu literature poročali, da vadba v kombinaciji s splošno zdravstveno oskrbo bolj izboljša rezultate funkcijskih testov kot samo manualna terapija. Po drugi strani pa se je tehnika MWM brez dodatne kinezioterapije izkazala za koristno pri izboljšanju rezultata funkcijskega testa TUG (Alkhawajah in Alshami, 2019). Možen razlog je ta, da je MWM aktivna tehnika manualne terapije, pri kateri pacient sam izvaja gib v kolenskem sklepu, kar naredi obravnavo bolj funkcijsko. S tem, ko pacient izvaja gib brez bolečine, pa izgubi morebiten strah pred gibanjem in posledično boljše izvede funkcijsko aktivnost (Demirci idr., 2017). Rezultati raziskavi v Alkhawajah in Alshami (2019) so pokazali tudi izboljšanje zmogljivosti fleksornih in ekstenzornih mišic kolenskega sklepa, kar predstavlja še dodatno razlago za izboljšanje izida funkcijskega testa. Ker je MWM pacientom zmanjšala bolečino, se lahko posledično prekine artrogena refleksna mišična inhibicija kar izboljša mišično aktivacijo (Hurley in Newham, 1993; cit. po Alkhawajah, Alshami, 2019). Nasprotno pa so v eni od analiziranih raziskav (Mn in Lyn, 2011) ugotovili, da PSM v kombinaciji z izometričnimi vajami za mišico quadriceps femoris, vadbo v zaprti kinetični verigi in aplikacijo toplotnih oblog, ni vplivala na izboljšanje rezultata hoje po stopnicah. Avtorji komentirajo, da je slabša izvedba omenjene naloge lahko posledica spremenljivk, kot so povečana telesna masa pacientov, ki so sodelovali v raziskavi, zmanjšana natezna trdnost ligamentov kolenskega sklepa in subjektiven strah pred hojo po stopnicah, na katere z manualno terapijo ne moremo vplivati.

V večini analiziranih raziskav so merili le kratkotrajne učinke, v dveh pa so meritve ponovili tudi po enem letu (Deyle idr., 2000; Deyle idr., 2005). Ugotovili so, da so rezultati meritev nekoliko slabši kot ob meritvah po zaključeni obravnavi, vendar še vedno boljši od rezultatov začetnih meritev. Slednje komentirajo z dejstvom, da so neposredni učinki manualne terapije sicer izzveneli, vendar so zmanjšali prvotno bolečino in togost ter izboljšali gibljivost kolenskega sklepa. Postopki manualne terapije so pacientom omogočili, da so ostali bolj aktivni in uspešno izvajali različne vadbene kot tudi splošne vsakdanje dejavnosti (Deyle idr., 2005). S telesno aktivnostjo se ohranja pravilna biomehanika sklepa, metabolizem sklepnega hrustanca, elastičnost opornih tkiv, zmanjša se možnost nastanka adhezij mehko-tkivnih ob sklepni strukturi in prepreči upadanje zmogljivosti mišic, predvsem mišice quadriceps femoris (Jackson idr., 2004; Nakajima, 2017). Pomanjkljivost preostalih raziskav je ta, da so avtorji meritve opravljali takoj po končani obravnavi in tako ocenili samo kratkotrajne učinke izbrane terapije. Najverjetneje učinki manualne terapije, v kolikor se te ne izvaja redno, s časom izzvenijo. Nekateri avtorji (Deyle idr., 2005; Atkins in Eichler, 2013) predlagajo, da bi za podaljšanje učinkov naučili pacienta in njegove svojce lažjih postopkov manualne terapije ali jih naučili postopkov, ki bi jih lahko izvajali sami (npr. samomasaža). Za merjenje dolgoročnih učinkov manualne terapije pri obravnavi OA kolena so potrebne nadaljnje raziskave, s katerimi bi lahko ugotovili tudi to, kako pogosti obiski pri fizioterapevtih bi bili potrebni, da bi se ohranila čim nižja jakost bolečine in čim višja raven funkcije pacientov z OA kolena.

LITERATURA

1. Abbott, J. H., Robertson, M. C., Chapple, C. idr. (2013). Manual therapy, exercise therapy, or both, in addition to usual care, for osteoarthritis of the hip or knee: a randomized controlled trial. 1: clinical effectiveness. *Osteoarthr Cartil*, 21 (4), 525–534.
2. Alkhwajah, H. A. in Alshami, A. M. (2019). The effect of mobilization with movement on pain and function in patients with knee osteoarthritis: a randomized double-blind controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*, 20 (1), 452.
3. Atkins, D. V. in Eichler, D. A. (2013). The effects of self-massage on osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Int J Ther Massage Bodywork*, 6 (1), 4–14.
4. Atkinson, K. (2005). Rheumatic conditions. V K. Atkinson, F. Coutts in A. M. Hassenkamp (ur.). *Physiotherapy in orthoedics: a problem-solving approach*, 2nd ed. (str. 167–191). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
5. Barnes, M. F. (1997). The basic science of myofascial release: morphologic change in connective tissue. *J Bodyw Mov Ther*, 1 (4), 231–238.
6. Demirci, S., Kinikli, G. I., Callaghan, M. J. and Tunay, V. B. (2017). Comparison of short-term effects of mobilization with movement and Kinesiotaping on pain, function and balance in patellofemoral pain. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 51 (6), 442–447.
7. Deyle, G. D., Allison, S. C., Matekel, R. L. idr. (2005). Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Phys Ther* 85 (12), 1301–1317.
8. Deyle, G. D., Henderson, N. E., Matekel, R. L., Ryder, M.G., Garber, M. B. and Allison, S. C. (2000). Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*, 132 (3), 173–181.
9. Dulay, G. S., Cooper, C. in Dennison, E. M. (2015). Knee pain, knee injury, knee osteoarthritis & work. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 29 (3), 454–461.
10. Field, T., Hernandez - Reif, M., Diego, M., Schanberg, S. in Kuhn, C. (2005). Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *Int J Neurosci*, 115 (10), 1397–1413.
11. Gramas, D. A. and Lane, N. E. (1995). Osteoarthritis. V M. H. Weisman, in M. E. Weinblatt (ur.). *Treatment of the rheumatic diseases: Companion to the textbook of rheumatology* (str. 286–307). Philadelphia: W.B. Saunders Company.

12. Hlebš, S. (2017). Mehanizmi delovanja sklepne mobilizacije. V *Manualna terapija – sklepna mobilizacija udov: testiranje in terapija*, 2nd ed. (str. 21–22). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
13. Jackson, B. D., Wluka, A. E., Teichtahl, A. J., Morris, M. E. in Cicuttini, F. M. (2004). Reviewing knee osteoarthritis - a biomechanical perspective. *J Sci Med Sport*, 7 (3), 347–357.
14. Kisner, C. in Colby, L. A. (2012). Peripheral joint mobilization/manipulation. V C. Kisner in L. A. Colby, (2012). *Therapeutic exercise: foundation and techniques* 6th ed. (str. 120). Philadelphia: F.A. Davis Company.
15. Kovanur - Sampath, K., Mani, R., Cotter, J., Gisselman, A. S. in Tumilty, S. (2017). Changes in biochemical markers following spinal manipulation - a systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract*, 29 (1), 120–131.
16. Macri, E. M., Stefanik, J. J., Khan, K. K. in Crossley, K. M. (2016). Is Tibiofemoral or patellofemoral alignment or trochlear morphology associated with patellofemoral osteoarthritis? A systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 68 (10), 1453–1470.
17. Man, G. S. in Mologhianu, G. (2014). Osteoarthritis pathogenesis – a complex process that involves the entire joint. *J Med Life*, 7 (1), 37–41.
18. Michael, J. W. P., Schlüter - Brust, K. U. in Eysel, P. (2010). The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee. *Dtsch Arztebl Int*, 107 (9), 152–162.
19. Mn, N. A. in Lyn, K. (2011). Effects of passive joint mobilization on patients with knee osteoarthritis. *Sains Malays*, 40 (12), 1461–1465.
20. Morgan, O. J., Hillstrom, H. J., Ellis, S. J. idr. (2019). Osteoarthritis in England: incidence trends from national health service hospital episode statistics. *ACR Open Rheumatol* 1 (8), 493–498.
21. Moss, P., Sluka, K. in Wright, A. (2007). The initial effects of knee joint mobilization on osteoarthritic hyperalgesia. *Man Ther*, 12 (2), 109–118.
22. Nakajima, M. (2017). Clinical validation of pain management manipulative therapy for knee osteoarthritis with the squeeze-hold technique: a case series. *J Chiropr Med*, 16 (2), 122–130.
23. Nam, C. W., Park, S. I., Yong, M. S. in Kim, Y. M. (2013). Effects of the MWM technique accompanied by trunk stabilization exercises on pain and physical dysfunctions caused by degenerative osteoarthritis. *J Phys Ther Sci*, 25 (9), 1137–1140.
24. Perlman, A. I., Sabina, A., Williams, A., Njike, V. Y. in Katz, D. L. (2006). Massage therapy for osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 166 (22), 2533–2538.
25. Peter, W. F. H., Jansen, M. J., Bloo, H. idr. (2010). KNGF guideline for physical therapy in patients with osteoarthritis of the hip and knee. *Dutch J Phys Ther*, 120 (1), 1–29.
26. Pollard, H., Ward, G., Hoskins, W. in Hardy, K. (2008). The effect of a manual therapy knee protocol on osteoarthritic knee pain: a randomised controlled trial. *J Can Chiropr Assoc*, 52 (4), 229–242.
27. Prieto - Alhambra, D., Judge, A., Javaid, M. K., Cooper, C., Diez - Perez, A. in Arden, N. K. (2014). Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Ann Rheum Dis*, 73 (9), 1659–1664.
28. RACGP - The Royal Australian College of General Practitioners (2018). *Guideline for the management of knee and hip osteoarthritis*. 2nd ed. (str. 26–39). East Melbourne: RACGP.
29. Robertson, A., Watt, J. M. in Galloway, S. D. R. (2004). Effects of leg massage on recovery from high intensity cycling exercise. *Br J Sports Med*, 38 (2), 173–176.
30. Shoemaker, J. K., Tiidus, P. M. in Mader, R. (1997). Failure of manual massage to alter limb blood flow: measures by Doppler ultrasound. *Med Sci Sports Exerc*, 29 (5), 610–614.
31. Simmonds, N., Miller, P. in Gemmell, H. (2012). A theoretical framework for the role of fascia in manual therapy. *J Bodyw Mov Ther*, 16 (1), 83–93.
32. Sit, R. W. S., Chan, K. K. W., Zou, D. idr. (2018). Clinic-based patellar mobilization therapy for knee osteoarthritis: a randomized clinical trial. *Ann Fam Med*, 16 (6), 521–529.
33. Threlkeld, A. J. (1992). The effects of manual therapy on connective tissue. *Phys Ther* 72 (12), 893–902.
34. World Health Organization. (2020). *Chronic diseases and health promotion*. Pridobljeno 26. 2. 2020, s <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>.
35. Wright, A. (1995). Hypoalgesia post-manipulative therapy: a review of a potential neurophysiological mechanism. *Man Ther*, 1 (1), 11–16.

Vpliv timskega dela na kakovost in varnost oskrbe pacientov

UDK 614.2+614.8:005.64

KLJUČNE BESEDE: kakovost, varnost, timsko delo

POVZETEK - Timsko delo je ključno za zagotavljanje kakovosti in varnosti oskrbe pacientov. Pomembno je, da izvajalci zdravstvene nege in zdravniki medsebojno sodelujejo in delujejo kot tim, saj se s tem povečuje kakovost in varnost oskrbe pacientov ter zmanjšujejo napake v zdravstvu, ki so posledica slabe komunikacije in medosebnih odnosov. Timsko delo krepi medsebojno povezanost in sodelovanje, kar posledično vpliva na kakovost in varnost oskrbe pacientov. Pregled literature smo izvedli s pomočjo različnih podatkovnih baz PubMed (Public Medline), Springer Link, CINAHL ter COBISS. Za iskanje literature v slovenskem jeziku smo uporabili naslednje ključne besede: medicinska sestra, kakovost in varnost in v angleškem jeziku: teamwork, nurse, patient, safety in quality. V raziskavo smo vključili samo tiste članke, pri katerih smo lahko dostopali do celotnega besedila. Pri iskanju literature smo upoštevali časovno obdobje 2011-2020, omejili smo se na članke objavljene v slovenskem in angleškem jeziku. S pregledom literature smo ugotovili, da je timsko delo ključno za zagotavljanje varne in kakovostne obravnave pacientov. Ugotovili smo tudi, da timsko delo zmanjšuje verjetnost napak v zdravstvu ter krepi zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege pri delu.

UDC 614.2+614.8:005.64

KEYWORDS: quality, safety, teamwork

ABSTRACT - Teamwork is of key importance in providing the quality and safety of patient care. It is important for nursing care providers and doctors to cooperate and work as a team in order to increase the quality and safety of patient care and reduce healthcare errors that are a result of poor communication and interpersonal relationships. Teamwork strengthens interconnectedness and cooperation, which consequently has an impact on the quality and safety of patient care. We went over the literature using various databases such as PubMed (Public Medline), Springer Link, CINAHL, and COBISS. We used the following keywords when looking for literature in Slovene: medicinska sestra (nurse), kakovost in varnost (quality and safety), and in English: teamwork, nurse, patient, safety, and quality. Only articles with total access to their entire text were included in the research. Only literature from the 2011–2020 time period and articles in the Slovene and English languages were taken into account. By examining the literature, we've established that teamwork is a key factor in ensuring safe and quality patient treatment. We've also shown that teamwork reduces the probability of errors in healthcare and improves the job satisfaction of nursing care providers.

1 Teoretična izhodišča

Varna in kakovostna zdravstvena obravnava pacienta je prioriteta vsakega izvajalca zdravstvenih storitev ne glede na poklicno skupino ali položaj v zdravstvenem sistemu. Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu temelji na sodelovanju, znanju, spodbujanju timskega dela in povezovanju zdravstvenih delavcev (Mušić, 2016, str. 22). Timsko delo je ključno za zmanjševanje varnostnih zapletov, ki so najpogosteje posledica slabe komunikacije, razumevanje vlog in odgovornosti za delovne naloge tistih, ki skrbijo za paciente. Timsko delo zmanjšuje verjetnost napak v zdravstvu (Morey, Simon, Jay, Wears, Salisbury, Dukes idr., 2002). Timsko delo izboljšuje kakovost dela ter pozitivno vpliva na večjo učinkovitost in zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege (Korošec, 2014, str. 1).

Ameriško združenje medicinskih sester je opredelilo medosebne odnose med zaposlenimi, kot enega izmed ključnih faktorjev za doseganje odličnosti zdravstvene nege. Z dobrimi medosebnimi odnosi na delovnem mestu se povečuje zadovoljstvo pacientov z zdravstveno oskrbo, zmanjšuje se stres pri izvajalcih zdravstvene nege, kar posledično vodi do nižje odsotnosti z dela (Strauss, Goriup, Križmarić in Koželj, 2018, str. 226). Dobro medsebojno sodelovanje in timsko delo sta ena izmed ključnih dejavnikov zdravega delovnega okolja, ki vplivajo na kakovost in varnost oskrbe, zato morajo člani tima sodelovati pri doseganju za pacienta ter oddelka in organizacije (Lorber, 2018, str. 150).

Učinkovito vodeni timi so v zdravstvu izredno pomembni za zagotavljanje varne obravnave pacientov in so povezani z večjo kakovostjo zdravstvene nege. Pri timskem delu mora vodja skrbeti za doseganje uspešnosti in učinkovitosti vsakega posameznika (Lorber, 2011, str. 41).

2 Metodologija

2.1 Namen in cilji raziskave

Uporabili smo deskriptivno metodo dela, izvedli pa sistematični pregled strokovne in znanstvene literature. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako timsko delo vpliva na kakovost in varnost oskrbe pacientov.

Cilji raziskave

Cilji raziskave so:

- Ugotoviti, kako timsko delo vpliva na kakovost in varnost oskrbe pacientov.
- Proučiti strokovno in znanstveno literaturo o vplivu timskega dela na kakovost in varnost oskrbe pacientov.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Z raziskavo bomo dobili odgovor na raziskovalno vprašanje:

- Kako timsko delo vpliva na kakovost in varnost oskrbe pacientov?

2.3 Raziskovalna metodologija

Metode pregleda literature

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop ter deskriptivno metodo dela – pregled znanstvene in strokovne literature. Za pregled literature smo uporabili podatkovne baze PubMed (Public Medline), Springer Link, CINAHL ter COBISS. Za iskanje literature v slovenskem jeziku smo uporabili naslednje ključne besede: medicinska sestra, kakovost in varnost, timsko delo ter v angleškem jeziku: teamwork, nurse, patient, safety in quality. Pri iskanju literature smo se omejili na članke objavljene v slovenskem in angleškem jeziku, upoštevali smo časovno obdobje 2011–2019. V raziskavo smo vključili samo tiste članke, do katerih smo lahko dostopali do celotnega besedila.

Strategija pregleda zadetkov

Baza Medline nam je ob prvem vpisu ključne besede teamwork 2,666 zadetkov, druge patient safety and quality 321, tretje nurse 88 zadetkov.

Iskanje literature v bazi podatkov Springer Link je s prvo ključno besedo teamwork pokazalo 49,892 zadetkov, z vpisom druge ključne besede patient safety and quality se je izbor zmanjšal na 6,227. Z vpisom tretje ključne besede nurse dostopa do polnega besedila ni bilo.

Ob pregledu baze CINAHL smo s prvo ključno besedo teamwork dobili 10.321 zadetkov, druge safety and quality se je obseg zmanjšal na 320, ob vpisu tretje ključne besede nurse pa je ostalo 19 zadetkov.

Pri iskanju v vzajemni bazi COBBIS smo uporabili prvo ključno besedo kakovost in varnost in dobili 2.373 zadetkov, nato smo uporabili drugo ključno besedo in dobili 13 zadetkov, ob vpisu tretje ključne besede smo dobili 4 zadetke.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

<i>Podatkovna baza</i>	<i>Ključne besede</i>	<i>Število zadetkov</i>	<i>Izbrani zadetki za pogled v polnem besedilu</i>
PubMed (Medline)	teamwork, patient safety and quality, nurse,	2.666, 321, 88	14
Springer Link	teamwork, patient safety and quality, nurse	49.892, 6.227, 0	0
CINAHL	teamwork, patient safety and quality, nurse	10.321, 320, 19	10
COBISS	Kakovost in varnost, timsko delo, medicinska sestra	2.373, 13, 4	2

Vir: Lastni vir, 2020.

Opis obdelave podatkov pregleda literature

Z kombinacijami ključnih besed in upoštevanjem časovnega obdobja smo iz podatkovnih baz pridobili 58 člankov v slovenskem in angleškem jeziku. Na podlagi vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo 11 raziskav vključili v podroben pregled, s katerimi smo raziskali vpliv timskega dela na kakovost in varnost oskrbe pacientov. Na podlagi pregleda literature je nastala kvalitativna sinteza pridobljenih podatkov, ki smo jih razvrstili v 4 temeljne vsebinske kategorije.

Ocena kakovosti pregleda literature

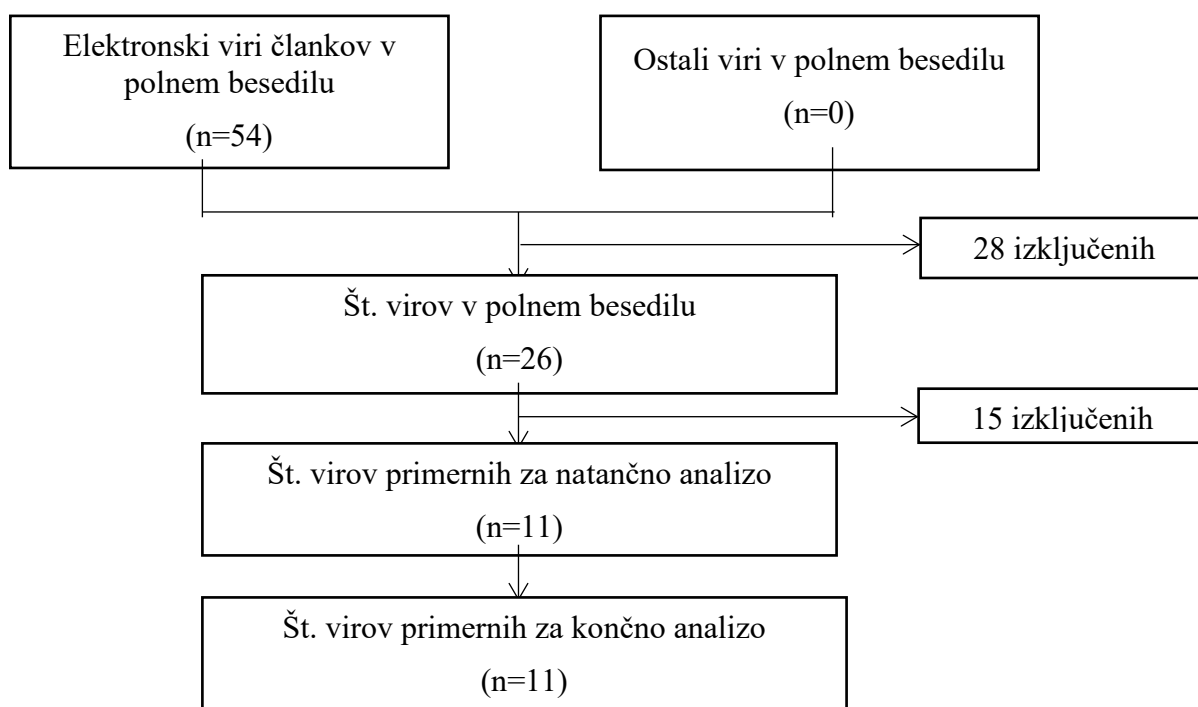
Izbor literature smo izbrali na podlagi dostopnosti, časovne omejitve, dejanske usmerjenosti v raziskovalno področje timsko delo ter kakovost in varnost oskrbe pacientov ter jih uporabili za končno analizo in sintezo.

2.4 Rezultati

Prizma diagram

V prizma diagramu (shema 1) prikazujemo potek po katerem smo z izključevanjem prišli do končnega števila prispevkov, ki smo jih nato pregledali v celotnem obsegu.

Shema 1: Prizma diagram poteka raziskave



Vir: Lastni vir, 2020

Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V nadaljevanju je prikazana analiza 11 prispevkov, ki smo jih vključili v naše kvalitativno raziskovanje.

Tabela 1: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Lorber, 2011	Kvantitativna raziskava	Ugotoviti vpliv timskega dela na kakovost in varnost v zdravstveni negi.	V raziskavo so bile vključene 4 bolnišnice v Sloveniji.	Vodje v zdravstveni negi se premalo zavedajo pomena in vpliva timskega dela na kakovost in varnost zdravstvene nege. Medsebojno sodelovanje in timsko delo za varnost in kakovost pacientov predstavlja temelj uspešne in konkurenčne organizacije. Motivirani in zadovoljni izvajalci zdravstvene nege so ključni dejavnik zagotavljanja kakovostne in varne obravnave pacienta.
Dietz, idr., 2014	Pregled literature	Namen raziskave je ugotoviti prednosti in slabosti obstoječe baze znanja za	Število uporabljenih enot literature ni navedeno.	Timsko usposabljanje in strukturirani protokoli sta najpomembnejši strategiji za izboljšanje kakovosti in varnosti pacientov.

		vodenje prihodnjih raziskav.		
Matziou idr., 2014	Kvantitativna raziskava	Namen raziskave je ugotoviti dojemanje zdravnikov in izvajalcev zdravstvene nege o medsebojnem sodelovanju in komunikaciji.	V raziskavi je sodelovalo 93 zdravnikov in 197 izvajalcev zdravstvene nege.	Ugotovitve kažejo, da izvajalci zdravstvene nege in zdravniki nimajo enakih stališč glede učinkovitosti njihove komunikacije. Raziskava je pokazala, da lahko odsotnost medprofesionalnega sodelovanja med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege povzroči večjo možnost napak v zdravstvu. Zato bi bilo potrebno, da se zdravniki in izvajalci zdravstvene nege zavedajo pomena učinkovite komunikacije.
Mehrabian, idr., 2014	Kvantitativna raziskava	Namen raziskave je bil prikazati razmerje med varnostjo pacientov in timskim delom izvajalcev zdravstvene nege v operacijski dvorani in enoti za intenzivno nego.	V raziskavi je sodelovalo 280 izvajalcev zdravstvene nege.	Raziskava je pokazala, da ima timsko delo pomembno vlogo pri izboljšanju varnosti pacientov.
Weaver idr., 2014	Pregled literature	Namen raziskave je bil pregled trenutnega stanja na področju skupinskega usposabljanja v okoljih za akutno oskrbo.	Število uporabljenih enot literature ni navedeno.	Simulacijski in skupinski treningi lahko izboljšajo procese timskega dela. Izvajanje pa je povezano z večjo varnostjo pacientov. 10 študij je pokazalo pomembnost izboljšanja procesov klinične oskrbe in rezultatov pacientov. Poročali so o večji uspehih tistih, ki so prenesli timsko delo v vsakodnevno prakso.
Hwang idr., 2015	Kvantitativna raziskava	Namen raziskave je preučiti elemente timskega dela ter poročanje o nezaželenih dogodkih.	V raziskavi je sodelovalo 674 izvajalcev zdravstvene nege.	Timsko delo je bilo povezano z večji sporočanjem nezaželenih dogodkov. Vodje bi si morale bolj prizadevati za izboljšanje timskega dela, ki bo posledično privedlo do večjega poročanja o nezaželenih dogodkih in izboljšanju varnosti pacientov.
O'connor idr., 2016	Kvalitativna raziskava	Namen raziskave je bilo analizirati	V raziskavi je sodelovali 28	Slabo timsko delo med mladimi zdravniki in

		<p>primere slabega timskega dela med medicinskimi sestrami in mladimi zdravniki.</p> <p>Prepoznati napake v tiskem delu.</p> <p>Ugotoviti, ali so napake timskega dela povezane z višjo stopnjo tveganja za paciente.</p>	<p>zdravnikov in 8 izvajalcev zdravstvene nege</p>	<p>izvajalci zdravstvene nege se pogosto pojavlja in je povezano z višjo stopnjo tveganja za paciente.</p> <p>Potreben je dobro zasnovan program za razvijanje timskih veščin zdravnikov in izvajalcev zdravstvene nege ter spodbujanje delovnega okolja, kjer je timsko dobro razvito.</p> <p>Raziskava potrjuje, da je neučinkovita komunikacija predstavlja tveganje za varnost pacientov.</p>
Guirardello, 2017	Kvantitativna raziskava	<p>Ugotoviti dojemanje izvajalcev zdravstvene nege v kritičnih delovnih okoljih in njihov odnos do varnosti.</p>	<p>V raziskavi je sodelovalo 114 izvajalcev zdravstvene nege iz oddelka za intenzivno nego učne bolnišnice.</p>	<p>Izvajalci zdravstvene nege, ki imajo pri svojem delu večjo avtonomijo pri delu in boljše medosebne odnose imajo nižjo stopnjo izgorelosti na delovnem mestu.</p>
Elsous idr., 2017	Kvantitativna raziskava	<p>Namen raziskave je ugotoviti kakšen je odnos med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege.</p>	<p>V raziskavi so sodelovali zdravniki in izvajalci zdravstvene nege, ki imajo najmanj 6 mesecev delovne dobe.</p>	<p>Izvajalci zdravstvene nege imajo bolj pozitiven odnos do sodelovanja kot zdravniki.</p> <p>Medsebojno sodelovanje in timsko delo med izvajalci zdravstvene nege je bistvenega pomena za izboljšanje rezultatov zdravljenja pacientov.</p>
Strauss idr., 2018	Kvantitativna raziskava	<p>Ugotoviti, kako odnose med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege ocenjujejo študenti zdravstvene nege in medicine.</p>	<p>V priložnostni vzorec je bilo vključenih 235 študentov zdravstvene nege in 193 študentov medicine.</p>	<p>Ugotovitve kažejo na pomembne razlike v oceni odnosov med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki, glede na spol anketiranih in vrsto študija. V primerjavi med vrsto študija je bila največja razlika glede strinjanja pri trditvi »Na medicinsko sestro je treba gledati kot na zdravnikovo sodelavko in kolegico in ne kot na pomočnico«. Največja razlika glede na spol je bila, da bi morali biti študentje medicine in zdravstvene nege vključeni v timsko delo.</p>

Schmutz, 2019	Pregled literature	Namen raziskave je bilo ugotoviti povezavo med timskim delom in delovno uspešnostjo.	Število uporabljenih enot literature ni navedeno.	Vodje bi se morale zavedati pomena timskega dela ter prizadevati za izboljšanjem timskega dela. Raziskava je tudi pokazala, da je timsko delo pomemben dejavnik za zagotavljanju kakovosti in varnosti pacientov. Ugotovili so tudi, da je timsko delo povezano z uspešnostjo izvajalcev zdravstvene nege pri delu. Pacienti imajo boljše rezultate pri svojem zdravljenju.
---------------	--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vir: Lastni vir, 2020.

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah

<i>Kategorija</i>	<i>Koda</i>	<i>Avtorji</i>
Medsebojno sodelovanje	Izboljšanje kakovosti in varnosti, komunikacija, boljši izidi zdravljenja, sodelovanje pri delu, odgovornost	Guirardello, 2017 Elsous idr., 2017 Lorber, 2011
Trening timskih veščin	Skupinski treningi, simulacijski treningi, varnost, povečana učinkovitost	Dietz idr., 2014 Weaver idr., 2014
Vodja	Komunikativnost, nujna dodatna izobraževanja, motiviranost zaposlenih, vizionarstvo	Lorber, 2011 Schmutz, 2019 Hwang idr., 2015 Lorber, 2011
Učinkovita komunikacija	Varnost pacientov, dvosmerna komunikacija, učinkovitost, prenašanje informacij	Matziou idr., 2014 O'connor idr., 2016 Lorber, 2011

Vir: Lastni vir, 2020.

3 Razprava

S pregledom literature smo želeli ugotoviti, kako timsko delo vpliva na kakovost in varnost oskrbe pacientov. S pregledom literature ugotavljamo, da večina avtorjev navaja, da je timsko delo ključno za zagotavljanje kakovosti in varnosti pacientov. Na podlagi literature je nastala kvalitativna sinteza pridobljenih podatkov, ki smo jih razvrstili v kategorije. Kategorije predstavljajo elemente timskega dela, ki so potrebni za učinkovito opravljanje dela ter za zagotavljanje kakovosti in varnosti oskrbe pacientov.

Številni avtorji ugotavljajo, da je medsebojno sodelovanje med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacientov (Elsous, idr. 2017; Guirardello, 2017; Lorber, 2011). Sodelovanje med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege pomeni sodelovanje pri delu, delitev odgovornosti za reševanje

problemov ter sprejemanje odločitev v korist pacienta (Elsous, Radwan in Mohsen, 2017, str.1). Nekatero raziskavo so potrdile, da so bili nekateri vidiki timskega dela, kot so medsebojna komunikacija, stopnja medsebojnega spoštovanja, skupni cilji povezani s kakovostjo oskrbe pacientov. Nekatero študije so potrdile, da se pacientom zmanjšajo pooperativne bolečine, boljši so rezultati po operativnem posegu ter krajša je bila hospitalizacija pacientov (Manser, 2009). Mušič (2016) navaja, da se izvajalci zdravstvene nege in zdravniki zavedajo pomena odprte komunikacij pri nujenju zdravstvene oskrbe ter vpliva medsebojnega sodelovanja, na končne izide zdravljenja ter rezultate skupnega dela. Korošec (2014) v svoji raziskavi ugotavlja, da timsko delo izboljšuje kakovost dela ter vpliva na učinkovitost in zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege.

Programi treniranja timskih veščin izboljšajo kakovost in varnost oskrbe pacientov (Dietz idr., 2014; Weaver idr., 2014). Robida (2019, str. 463) navaja, da dobro timsko delo omogoča preprečevanje napak v zdravstvu. Če timskega dela ni, potem bodo izidi za paciente slabši in napake se bodo pogosteje dogajale. Pri timskem delu gre za načrtovanje skupnih ciljev in koordinacijo izvedb nalog. Programi treniranje timov pospešijo izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov. Zdravniki in izvajalci zdravstvene nege pridobijo kompetence timskega dela na treningih, ki vsebujejo: vzajemno spremljanje uspešnosti, podporno vodenje, uspešno vodenje tima, odločnost, reševanje konfliktov ter komunikacijo zaprte pentlje.

Avtorji ugotavljajo, da se vodje premalo zavedajo vpliva timskega dela na kakovost in varnost oskrbe pacientov (Lorber, 2011; Schmutz, 2019; Hwang idr., 2015; Lorber, 2011). Naloga vodje je, da poskrbi za enakopravno porazdeljen prispevek vseh članov tima, uspešno komunikacijo in hkrati vzpodbuja dobre medosebne odnose (Lorber, 2011, str. 41). Vodja ima pomembno vlogo pri motiviranju zaposlenih, krepitvi delovnih odnosov na delovnem mestu in ustvarjanju zdravega delovnega okolja. Vodja tudi vzpodbuja izvajalce zdravstvene nege, da sodelujejo pri procesu odločanja, glede oskrbe pacientov (Guirardello, 2017, str. 7).

Učinkovita komunikacija v timu je ključna za preprečevanje nezaželenih dogodkov v zdravstvu. Učinkovita komunikacija je ena izmed veščin timskega dela in pomeni optimalen način prenašanja informacij potrebnih za učinkovito opravljanje dela. Zaradi nerazvitega timskega dela med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege lahko pride do neučinkovite komunikacije in posledično do škode za pacienta (Pahor, 2016, str. 44). Mušič (2016) v svoji raziskavi ugotavlja, da se zdravniki in izvajalci zdravstvene nege zavedajo pomena učinkovite komunikacije, ki je ključna za varno, učinkovito in uspešno delo zdravstvenega tima. Večina zdravnikov in izvajalcev zdravstvene nege je bila mnenja, da je neučinkovita komunikacija vzrok varnostnih zapletov in napak v zdravstvu.

Zagotavljanje timskega dela vpliva na kakovost in varnost oskrbe pacientov ter krepi zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege pri delu. Motivirani in zadovoljni izvajalci zdravstvene nege so ključni dejavnik zagotavljanja kakovostne in varne obravnave pacientov.

Omejitve raziskave

Med omejitve raziskave si lahko štejemo to, da ugotovitve raziskave ne moremo posplošiti na vse izvajalce zdravstvene nege, saj smo med zadetke uvrstili le tiste članke, ki so bili dostopni v celotnem besedilu, ki so bili napisani v časovnem obdobju ter so ustrezali ključnim besedam.

Doprinos za prasko ter nadaljnje raziskovalno delo

Ena najpomembnejših ugotovitev je bilo, da timsko delo vpliva na kakovost in varnost oskrbe pacientov. Pomembno je tudi zavedanje, da se vodje premalo zavedajo pomena timskega dela in učinkovite komunikacije ter da se premalo časa namenja pomenu timskega usposabljanja. Želimo pri vodjih spodbuditi zavedanja pomena timskega dela ter usposabljanja in

izobraževanja. S pregledom literature želimo tudi spodbuditi raziskovanje na drugih področjih, ki vplivajo na kakovost in varnost oskrbe pacientov.

4 Zaključek

S pregledom znanstvenih objav smo preučili vpliv timskega dela na kakovost in varnost oskrbe pacientov. S pregledom literature smo ugotovili, da timsko delo vpliva na kakovost in varnost oskrbe pacientov. Ugotavljamo, da so za učinkovito timsko delo pomembni medsebojni odnosi, učinkovita komunikacija, trening timskih veščin ter vodenje. Pomembna je učinkovita komunikacija med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki za zagotavljanje kakovostne obravnave pacientov predvsem pri informacijah, ki so pomembni za paciente. Učinkovita komunikacija tudi zmanjšuje tveganje za nastanek nezaželenih dogodkov. Ugotavljamo tudi, da je zelo pomembna vloga vodje, ki ima vlogo motivirati izvajalce zdravstvene nege. Ob tem moramo poudariti, da se vodje premalo zavedajo pomena vpliva timskega dela na kakovost in varnost oskrbe pacientov. S pregledom literature smo tudi ugotovili, da je trening timskih veščin najboljša strategija za izboljšanje kakovosti in varnosti pacientov.

Ob tem moramo poudariti, da samo zadovoljni in motivirani izvajalci zdravstvene nege lahko zagotavljajo kakovostno in varno obravnavo pacientov. Vsak izvajalec zdravstvene nege si mora prizadevati, da lahko samo kot tim dosežemo zastavljene cilje ter da bo pacient prejel kakovostno in varno zdravstveno obravnavo.

LITERATURA

1. Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez - Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A. idr. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: what do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *Journal of Critical Care*, 29 (6), 908–914. Pridobljeno 14. 8. 2020, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25001565/>.
2. Elsous, A., Radwan, M. in Mohsen, S. (2017). Nurses and Physicians Attitudes toward Nurses-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*. Pridobljeno 14. 8. 2020, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28326194/>.
3. Guirardello, E. B. (2017). Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. Pridobljeno 28. 5. 2020, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5479367/>.
4. Hwang, J. in Ahn, J. (2015). Teamwork and clinical error reporting among nurses in Korean hospitals. *Asian Nursing Research*, 9, 14–20. Pridobljeno 20. 9. 2020, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25829205/>.
5. Korošec, N. (2014). Dejavniki učinkovitega timskega dela (Diplomsko delo). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
6. Lorber, M. (2011). Vpliv timskega dela na kakovost in varnost v zdravstveni negi. V B. Bregar (ur.), *Varnostni zapleti pri pacientu - priložnost za učenje* (str. 37–43). Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
7. Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *An international journal of anesthesiology intensive care, pain and critical emergency medicine*, 53 (2), 143–151. Pridobljeno 20. 8. 2020, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19032571/>.
8. Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, T. in Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of interprofessional care*, 28 (6), 526–533. Pridobljeno 28. 9. 2020, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25003547/>.

9. Mehrabian, F., Asefzade, S., Klanmehr, S., Nikpey, A. in Adel, A. (2015). Relationship between patient safety and nurse's teamwork in ICU, CCU and operating rooms in health centers of Rasht in 2013. *Journal of Biology and Today's World*, 4 (1), 6–12.
10. Morey, J. C., Simon, R., Jay, G. D., Wears, R. L., Salisbury, M., Dukes, K. A. idr. (2002). Error Reduction and Performance Improvement in the Emergency Department through Formal Teamwork Training: Evaluation Results of MedTeams Project. *Health Services Research*, 37 (6), 1553–1581. Pridobljeno 12. 8. 2020, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12546286/>.
11. Mušič, D. (2016). Vpliv timskega dela na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
12. O'connor, P., O' dea, A., Lydon, S., Offiah, G., Scott, J., Flannery, A. idr. (2016). A mixed-methods study of the cause and impact poor teamwork between junior doctors and nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, 28 (3), 339–345. Pridobljeno 13. 8. 2020, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27090400/>.
13. Pahor, M. (2016). Orodja za učinkovito komunikacijo v medpoklicnem sodelovanju-SBAR. V T. Štemberger Kolnik, A. Kvas, S. Majcen Dvoršak, in D. Klemenc (ur.), *Priložnost zdravstvene in babiške nege skozi odgovornost, varnost in kakovost* (str. 43–45). Bled: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic.
14. Robida, A. (2019). Kakovost in varnost v zdravstvenih organizacijah. V *Management v zdravstvenih organizacijah* (str. 409–510). Ljubljana: Lexpera, GV založba.
15. Schmutz, J. B., Meier, L. in Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9. Pridobljeno 12. 8. 2020, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31515415/>.
16. Strauss, M., Goriup, J., Križmarić, M. in Koželj, A. (2018). Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki: ocena študentov zdravstvene nege in medicine. *Obzornik zdravstvene nege*, 52 (4), 225–232.
17. Weaver, S. J., Dy, S. M. in Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality and Safety*, 23 (5), 359–372. Pridobljeno 14. 8. 2020, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24501181/>.

Procjena kineziološkog aktiviteta djece od 4 do 7 godina od strane roditelja

UDK 796.021-053.4+173.5

KLJUČNE RIJEČI: djeca, roditelji, tjelesna aktivnost, tjelesna neaktivnost

POVZETEK - Većina djece nije dovoljno tjelesno aktivna, što se negativno odražava na njihovo zdravlje. Cilj ovog istraživanja je provjeriti kako roditelji procjenjuju kineziološku aktivnost odnosno neaktivnost svoje djece stare između 4 i 7 godina. Samo 51 % roditelja izjavljuje da potiču djecu na tjelesnu aktivnost i aktivnu igru. Roditelji stari 36 godina ili više smatraju da su njihova djeca općenito sklonija kineziološkom aktivitetu ($p < 0,012$); ali i da se ne vole baviti sportom ($p < 0,006$), da više vole crtati i čitati ($p < 0,019$) te da ne vole aktivne igre ($p < 0,034$). Roditelji imaju vrlo veliku ulogu i odgovornost u poticanju djece na bavljenje tjelesnom aktivnošću. Potrebno je utvrditi različite čimbenike radi kojih se povećava kineziološka neaktivnost djece te ulogu roditelja. Neophodno je educirati roditelje djece o ulozi tjelesne aktivnosti i aktivne igre na zdravlje i razvoj djece.

UDC 796.021-053.4+173.5

KEYWORDS: children, parents, physical activity, physical inactivity

ABSTRACT - Most children are not physically active enough, which has a negative impact on their health. The aim of this research is to check how parents assess the kinesiological activity or inactivity of their children aged between 4 and 7. Only 51% of parents say they encourage their children to be physically active and play actively. Parents aged 36 years or older consider their children were generally prone to kinesiological activity ($p < 0.012$); but also that they do not like to play sports ($p < 0.006$), that they prefer to draw and read ($p < 0.019$) and that they do not like active games ($p < 0.034$). Parents have a very big role and responsibility in encouraging children to engage in physical activity. It is necessary to identify various factors that increase the kinesiological inactivity of children and the role of parents in it. It is necessary to educate parents of children about the role of physical activity and active play on the health and development of children.

1 Uvod

Optimalna tjelesna aktivnost pozitivno utječe na zdravlje i razvoj djece. Ona utječe na tjelesni, motorički, socijalni, kognitivni i emocionalni razvoj djeteta. Djeca, koja se ne kreću u dovoljnoj mjeri, imaju veći rizik za razvoj pretilosti, te pojedinih kroničnih masovnih nezaraznih bolesti, kao što su kardiovaskularne bolesti, dijabetes mellitus tipa 1 i tipa 2, mentalne bolesti, itd. Međutim, i u svijetu i u Hrvatskoj se uočava trend povećanja broja djece koja nisu dovoljno tjelesno aktivna. Na tjelesnu aktivnost djece utječu različiti socioekološki čimbenici. Brojna istraživanja ukazuju da je uloga roditelja velika. Stoga je cilj ovog istraživanja utvrditi kako roditelji procjenjuju kineziološku aktivnost svoje djece, utječe li dob roditelja na njihovu procjenu te potiču li roditelji svoju djecu na aktivnu igru.

2 Metodologija istraživanja

Anketni upitnik se sastojao od dva dijela. Prvi dio upitnika se odnosio na demografske podatke (pitanja vezana za spol i starost djeteta, starost roditelja). Drugi dio upitnika je Upitnik za

procjenu kineziološkog aktiviteta i neaktiviteta djeteta (Netherlands Physical Activity Questionnaire) (Janz idr., 2005). Upitnik čini 7 pitanja koja se odnose na procjenu kineziološkog aktiviteta odnosno kineziološkog neaktiviteta djeteta od strane roditelja. Odgovori su ponuđeni na Likertovoj skali od 1 do 5, pri čemu 1 znači »Uopće se ne slažem«, a 5 »U potpunosti se slažem«. Veći skor označava da roditelj procjenjuje da je njegovo dijete sklonije kineziološkoj neaktivnosti, dok manji skor upućuje na to da roditelj procjenjuje da je njegovo dijete sklonije kineziološkoj aktivnosti. Osim toga, u upitnik su dodana dva pitanja vezano za poticanje djeteta na aktivnost od strane roditelja, te pitanje o tome voli li dijete aktivne igre.

Istraživanje je provedeno anonimno, online, na slučajno odabranom uzorku, metodom snježne grude, u rujnu 2019. godine. U istraživanju je sudjelovalo 47 ispitanika, odnosno roditelja djece stare između 4 i 7 godina. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno. Za statističku analizu korišten je statistički paket IBM SPSS Statistics 19.0. S obzirom na nenormalnu distribuciju rezultata, koja je utvrđena Shapiro - Wilkovim testom, korišten je Mann - Whitney U test za testiranje prve hipoteze, te Pirsonova korelacija za testiranje druge hipoteze. Hipoteze su prihvaćene na $p < 0,05$.

Hipoteza u radu je sljedeća:

IP1: Postoji li razlika u procjeni kineziološkog aktiviteta djece s obzirom na starost roditelja?

H1: Nema razlike u procjeni kineziološkog aktiviteta djece s obzirom na starost roditelja.

3 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 58 ispitanika, od čega su njih 47 zadovoljili osnovni uvjet, odnosno starosna dob djeteta je bila u granicama zadane dobi. Roditelji su odgovarali na sva pitanja, pa tako i ona koja su se odnosila i na djecu. Tako je najmlađe dijete bilo staro 48 mjeseci (4 godine), a najstarije 86 mjeseci (7 godina i 2 mjeseca), pri čemu je medijan iznosio 69 mjeseci (5 godina i 9 mjeseci), dok je standardna devijacija bila 13,55. Dvadeset i dvoje (46,8 %) ispitanika je reklo da ima sina, dok je 25 (53,2 %) reklo da ima kćerku. Preuhranjeno je 5 (10,6 %), a pretilo 3 (6,4 %) djece, dok je 2 (4,3 %) djece pothranjeno, a 1 (2,1 %) dijete je teško pothranjeno. Najmlađi roditelj ima 24, najstariji 48 godina, pri čemu medijan iznosi 35 godina. Do 35 godina starosti ima 25 (53,2 %) ispitanika, dok su ostali ispitanici, njih 22 (46,8 %) stari 36 godina ili više.

Tablica 1. prikazuje deskriptivnu statistiku odgovora na Upitnik za procjenu kineziološkog aktiviteta i neaktiviteta djeteta, dok tablica 2. prikazuje deskriptivnu statistiku za ostale odgovore.

Samo 51 % roditelja izjavljuje da potiču djecu na tjelesnu aktivnost i aktivnu igru.

Tablica 1: Deskriptivna statistika odgovora na Upitnik za procjenu kineziološkog aktiviteta i neaktiviteta djeteta

Pitanje	N	Min	Max	AS	Medijan	SD
Moje dijete se više voli igrati samo, nego s drugom djecom.	47	1	5	1,87	1	1,12
Moje dijete preferira mirne igre.	47	1	5	2,53	2	1,25
Moje dijete se ne voli baviti sportom.	47	1	5	1,55	1	,93
Moje dijete je tiho, mirno, introvertno.	47	1	5	1,66	1	1,05
Moje dijete više voli čitati, pisati, crtati, nego se igrati neke aktivne igre poput trčanja, skakanja.	47	1	5	2,04	2	1,14
Moje dijete se više voli igrati u kući, nego vani.	47	1	5	1,85	1	1,14
Moje dijete je manje tjelesno aktivno od druge djece iste dobi.	47	1	5	1,79	1	1,08
Zbroj bodova Upitnika za procjenu kineziološkog aktiviteta i neaktiviteta djeteta	47	7	34	13,3	13	5,63
N	47					

Legenda: N – broj; Min – minimum; Max – maksimum; AS – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija

Tablica 2: Deskriptivna statistika ostalih odgovora vezanih za tjelesnu aktivnost djece

Pitanje	N	Min	Max	AS	Medijan	SD
Češće potičem dijete na aktivne igre i bavljenje sportom, nego na mirnije igre.	47	1	5	3,38	4	1,438
Moje dijete ne voli aktivne igre, trčanje, skakanje, rolanje, plivanje, itd.	47	1	5	1,47	1	,929

Legenda: N – broj; Min – minimum; Max – maksimum; AS – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija

Zadanu hipotezu se ne može u cijelosti prihvatiti. Na zadanoj razini signifikantnosti nije moguće u potpunosti prihvatiti pretpostavku da nema razlike u procjeni kineziološkog aktiviteta djece s obzirom na starost roditelja, s obzirom na slijedeće rezultate. Postoji statistički značajna razlika u ukupnom skorju Upitnika za procjenu kineziološkog aktiviteta i neaktiviteta djeteta s obzirom na dob roditelja ($Z = -2,51$; $p < 0,012$). Roditelji stari 36 ili više godina procjenjuju da su njihova djeca kineziološki aktivnija u odnosu na mlađe roditelje ($M = 14,91 \pm 4,99$, $N = 22$ naspram $M = 11,88 \pm 5,88$, $N = 25$).

Razmatrajući pojedina pitanja navedenog upitnika postoji statistički značajna razlika u procjeni vezanoj za tvrdnju »Moje dijete se ne voli baviti sportom« s obzirom na dob roditelja ($Z = -2,77$; $p < 0,006$). Roditelji stari 36 godina ili više su skloniji tvrdnji da se njihova djeca ne vole baviti sportom, u odnosu na mlađe roditelje ($M = 1,86 \pm 0,94$, $N = 22$ naspram $M = 1,28 \pm 0,84$, $N = 25$).

Također postoji statistički značajna razlika u procjeni vezanoj za tvrdnju »Moje dijete više voli čitati, pisati, crtati nego se igrati aktivne igre poput trčanja, skakanja« s obzirom na dob roditelja ($Z = -2,34$; $p < 0,019$). Roditelji stari 36 godina ili više su skloniji tvrdnji da njihova djeca više voli čitati, pisati, crtati nego se igrati aktivne igre poput trčanja, skakanja, u odnosu na mlađe roditelje ($M = 2,41 \pm 1,01$, $N = 22$ naspram $M = 1,72 \pm 1,1$, $N = 25$).

U ostalim tvrdnjama nije nađena statistički značajna razlika u procjeni kineziološke aktivnosti odnosno kineziološke neaktivnosti djece stare između 4 i 7 godina.

Međutim, nađena je također statistički značajna razlika vezano za tvrdnju »Moje dijete ne voli aktivne igre, trčanje, skakanje, rolanje, plivanje, itd.« ($Z = -2,12$; $p < 0,034$), a koja nije dio Upitnika za procjenu kineziološkog aktiviteta i neaktiviteta djeteta. Roditelji stari 36 godina ili više su u odnosu na mlađe roditelje skloniji tvrdnji da njihova djeca ne vole aktivne igre, trčanje, skakanje, rolanje, plivanje, itd. ($M = 1,68 \pm 0,95$, $N = 22$ naspram $M = 1,28 \pm 0,89$, $N = 25$).

4 Rasprava

Obitelj u velikoj mjeri utječu na ponašanje pojedinaca (Pišot i Krolej, 2005, str. 13), a upravo su predškolske godine kritično razdoblje rasta i razvoja (Lu idr., 2020, str. 2). Tako u ranom djetinjstvu roditelji imaju veliki utjecaj na ponašanje predškolskog djeteta, daju djetetu podršku, potiču ga, uzor su djetetu. Roditelji su ti koji usmjeravaju i prate djecu kroz razvojne faze vještina kretanja (Cools idr., 2011, str. 650). Vaughn idr. (2013) smatraju da roditelji imaju ključnu ulogu u formiranju stavova djeteta, uključujući stavove povezane s usmjerenošću za bavljenje tjelesnom aktivnošću (str. 1). Smatra se da dovoljno tjelesne aktivnosti tijekom ranih godina života poboljšava zdravlje kostiju i kardiovaskularnog sustava, pomaže u razvoju mentalnog zdravlja i pozitivno utječe na kognitivne funkcije (Carson idr., 2017, str. 854). Za djecu predškolske dobi (3–4 godine) preporučuje se da svakodnevno sudjeluju u najmanje 180 minuta aktivnosti (s najmanje 60 minuta umjerene do intenzivne tjelesne aktivnosti), pri čemu sjedilačko ponašanje pred zaslonom ne bi smjelo biti duži od 1 sata dnevno, odnosno vrijedi pravilo: manje je bolje (WHO, 2019, str. 3). Slične preporuke donosi i Australija za djecu 3–5 godina (Okely idr., 2017). Kanadske smjernice za djecu od 5 do 17 godina preporučuju provođenje najmanje 60 minuta umjerene do intenzivne tjelesne aktivnosti dnevno, te ne sjediti pred zaslonom duže od 2 sata dnevno radi zabave, ograničiti duži vremenski period sjedenja i povremeno sjedenje zamijeniti s tjelesnom aktivnošću (The Canadian Society for Exercise Physiology, 2017a, str. 2).

Kostecka, Bojanowska i Stoma (2017) smatraju da roditelji koji su tjelesno aktivni svojoj djeci usaduju zdrave navike. Međutim, istraživanje provedeno u Hrvatskoj ne pokazuje visoku povezanost između roditeljske i dječje razine tjelesne aktivnosti (Vukelja idr., 2017, str. 321). Neophodno je provoditi daljnja istraživanja kako bi se utvrdilo što točnije stanje.

Istraživanja ukazuju na to da različiti čimbenici povezani s roditeljstvom djeluju na razinu tjelesne aktivnosti djece predškolske dobi. Npr. spol roditelja (Cools idr., 2011, str. 649; Hoyos - Quintero i García - Perdomo, 2019), zaposlenost roditelja (Ardalan, 2012, str. 2), različite obveze roditelja (Hamilton idr., 2012, str. 1, 2), socioekonomski status (Venetsanou i Kambas, 2010, str. 319), itd.

Intervencije koje se baziraju na obitelj, a koje su usmjerene na djecu predškolske dobi, trebale bi uključivati strategije za povećanje roditeljske potpore za zdravstveno usmjerenu tjelesnu aktivnost djece (Loprinzi i Trost, 2010, str. 129).

S obzirom na potrebu za boljim razumijevanjem načina na koji roditelji mogu promicati tjelesnu aktivnost kod djece predškolske dobi, svrha ovog istraživanja bila je provjeriti kako roditelji procjenjuju kineziološku aktivnost svoje djece, utječe li dob roditelja na njihovu procjenu te potiču li roditelji svoju djecu na aktivnu igru.

Rezultati ovog istraživanja upućuju na to da većina roditelja smatra da su njihova djeca sklonija tjelesnom aktivitetu nego neaktivitetu. Nadalje, rezultati ovog istraživanja pokazuju da svega 51 % roditelja potiče svoju djecu na aktivnu igru i tjelesnu aktivnost. Scott - Andrews idr. (2020) napominju da roditelji neaktivne djece nemaju točnu percepciju tjelesne aktivnosti svog djeteta, te svoju djecu procjenjuju aktivnijima nego što jesu (str. 1). Isti autori smatraju da će roditelji, koji točno opažaju ponašanje svog djeteta, biti u boljoj poziciji jer će ranije prepoznati problem i moći će na vrijeme poduzeti određene intervencije (Scott - Andrews idr., 2020, str. 1).

Ovo istraživanje je također pokazalo da dob roditelja utječe na procjenu kineziološkog aktiviteta djece (roditelji stari 36 ili više godina procjenjuju da su njihova djeca kineziološki aktivnija u odnosu na mlađe roditelje). Nije jasno koji su razlozi različite procjene kineziološkog aktiviteta djece. S obzirom da je poznato da razina tjelesne aktivnosti opada s

dobi možda su roditelji koji su sudjelovali u istraživanju, a koji su stariji od 36 godina, u lošijoj kondiciji, te im se čini da su njihova djeca aktivnija u odnosu na drugu djecu.

Roditelje koji smatraju da njihova djeca imaju nisku tjelesnu sposobnost treba poticati da pruže odgovarajuću potporu za povećanje razine tjelesne aktivnosti djeteta (Loprinzi i Trost, 2010, str. 129). Rezultati istraživanja koji su proveli Loprinzi i Trost (2010) sugeriraju da roditelji mogu povećati sudjelovanje svog djeteta u aktivnim igrama kod kuće igrajući se s djetetom, odabirući odgovarajuće prijevozne mogućnosti i neke druge sadržaje povezane s aktivnošću te pružajući veću potporu za sudjelovanje u tjelesnoj aktivnosti djeteta.

5 Zaključak

Nedvojbeno je da roditelji imaju veliku ulogu u formiranju stavova svoje djece. Roditelji bi trebali poticati djecu na aktivno ponašanje, čime bi se prevenirale različite masovne kronične nezarazne bolesti. Da bi se to postiglo neophodno je educirati roditelje djece o ulozi tjelesne aktivnosti i aktivne igre na zdravlje i razvoj djece.

LITERATURA

1. Ardalan, R. (2012). Effects of television viewing on the growth and development of children during middle and late childhood in India and Iran a comparative study. (Doktorska disertacija). Mysore: Department of Journalism and Mass Communication University of Mysore. Pridobljeno 5. 10. 2018, s <http://hdl.handle.net/10603/73613>.
2. Carson, V., Lee, E. Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., ... in Adamo, K. B. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC public health*, 17 (5), 854.
3. Cools, W., De Martelaer, K., Samaey, C. i Andries, C. (2011). Fundamental movement skill performance of preschool children in relation to family context. *Journal of sports sciences*, 29 (7), 649–660.
4. Hamilton, K., White, K. M. i Cuddihy, T. (2012). Using a single-item physical activity measure to describe and validate parents' physical activity patterns. *Research quarterly for exercise and sport*, 83 (2), 340–345.
5. Janz, K. F., Broffitt, B. i Levy, S. M. (2005). Validation evidence for the Netherlands physical activity questionnaire for young children: the Iowa bone development study. *Research quarterly for exercise and sport*, 76 (3), 363–369.
6. Loprinzi, P. D. in Trost, S. G. (2010). Parental influences on physical activity behavior in preschool children. *Preventive medicine*, 50 (3), 129–133.
7. Lu, C., Shen, T., Huang, G. in Corpeleijn, E. (2020). Environmental correlates of sedentary behaviors and physical activity in Chinese preschool children: a cross-sectional study. *Journal of Sport and Health Science*.
8. Okely, A. D., Ghersi, D., Hesketh, K. D., Santos, R., Loughran, S. P., Cliff, D. P. ... in Sherring, J. (2017). A collaborative approach to adopting/adapting guidelines-The Australian 24-Hour Movement Guidelines for the early years (Birth to 5 years): an integration of physical activity, sedentary behavior, and sleep. *BMC Public Health*, 17 (5), 869.
9. Pišot, R. in Kropelj, V. L. (2005). Relations between physical activity, lifestyle and life quality indices of children and youth. V *Sport a kvaliteta života* (str. 124–140). Brno: Masarykova univerzita.
10. Scott - Andrews, K. Q., Wengrovius, C. in Robinson, L. E. (2020). Parents accurately perceive problematic eating behaviors but overestimate physical activity levels in preschool children. *Eating and Weight Disorders: EWD*.
11. The Canadian Society for Exercise Physiology (2017a.). The Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth (ages 5–17 years): An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep. Pridobljeno 9. 3. 2019, s <https://csepguidelines.ca/children-and-youth-5-17/>.

12. Vaughn, A., Hales, D. i Ward, D. S. (2013). Measuring the physical activity practices used by parents of preschool children. *Medicine and science in sports and exercise*, 45 (12), 2369.
13. Venetsanou, F. i Kambas, A. (2010). Environmental factors affecting preschoolers' motor development. *Early childhood education journal*, 37 (4), 319–327.
14. Vukelja, M., Blažević, L. i Šalaj, S. (2017). Correlation between parents' and preschool children's physical activity in capital of Croatia. V D. Milanović, Sporiš, G., Šalaj, S. i Škegro, D. (ur.), In *International Scientific Conference on Kinesiology* (str. 321–324). Zagreb: Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
15. WHO. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age: summary. Pridobljeno 9. 6. 2020, s <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf>.

Nasilje na delovnem mestu in duševno zdravje zdravstvenih delavcev: pregled literature

UDK 614.253:616.89+174

KLJUČNE BESEDE: nasilje na delovnem mestu, stil vodenja, izgorelost, duševno zdravje, zdravstveni delavci

POVZETEK - Nasilje na delovnem mestu (NDM) je pereča problematika, kateri ni namenjeno dovolj pozornosti. Zdravstveni delavci (ZD) so namreč soočeni z različnimi oblikami NDM tako s strani pacientov in njihovih bližnjih, kot tudi s strani sodelavcev in nadrejenih. Znanstvena literatura navaja številne negativne posledice NDM na vedenjski, čustveni, kognitivni in fizični ravni zaposlenih, vključno z izgorelostjo. Poleg tega raziskave nakazujejo močen vpliv način vodenja organizacije na razširjenost NDM. Namen tega članka je s pomočjo pregleda znanstvene literature ugotoviti vpliv stila vodenja na NDM in posledice le-tega na duševno zdravje ZD, vključno z izgorelostjo. Pregled literature je bil izveden s pomočjo različnih podatkovnih baz (PubMed, Cobiss, Web of Science) na podlagi sledečih ključnih besed: healthcare workplace violence, healthcare management style, healthcare burnout, mental health healthcare workers in healthcare workers. Rezultati so pokazali, da stil vodenja signifikantno vpliva na razširjenost NDM. Največji negativni učinek na duševno zdravje ZD ima transakcijski stil vodenja v okviru katerega rezultati nakazujejo najvišjo razširjenost NDM in posledično tudi izgorelost ZD. Način vodenja ima izrazit vpliv na duševno zdravje ZD, zato je v času svetovne zdravstvene krize še toliko bolj pomembno nameniti pozornost optimizacije načina vodenja zdravstvenih ustanov.

UDC 614.253:616.89+174

KEYWORDS: workplace violence, management leadership style, burnout, mental health, healthcare workers

ABSTRACT - Workplace violence (WV) is a pressing issue to which little attention is given. Healthcare workers (HCW) are exposed to various forms of WV perpetrated by patients, patients' significant others, co-workers and their superiors. All of the aforementioned forms of WV have numerous negative consequences for the victims' emotional, behavioural, cognitive and physical wellbeing, resulting also in burnout. Research has also shown that managements' leadership style has a moderating effect on the prevalence of WV. The aim of this literature review was to assess the impact of managements' leadership style on the WV and its' consequences for the HCW's mental health, including burnout. This was done by using databases PubMed, Cobiss and Web of Science by inputting the following key words: healthcare workplace violence, healthcare management style, healthcare burnout, mental health healthcare workers and healthcare workers. The results have shown that managements' leadership style has a significant impact on the prevalence of WV. Moreover, the transactional managements' leadership style was found to have the most negative effect on the mental health of HCW, due to the highest prevalence of WV and consequential high numbers of burnout amongst the HCW. Therefore, it is imperative that during the world health crisis more attention is given to optimising the management leadership style in the health system.

1 Uvod

Na problematiko nasilja na delovnem mestu (NDM) je Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organisation; WHO) prvič opozorila v poznih 90-ih letih prejšnjega stoletja in leta 2002 tudi objavila obširno poročilo z naslovom »Nasilje in zdravje« (Krug idr., 2002). Leta 2008 je bila izvedena prva mednarodna konferenca z naslovom »Nasilje na delovnem mestu v zdravstvu«, na podlagi katere so pripravili prvo izčrpno in poglobljeno strokovno poročilo na dotično tematiko z namenom spodbuditve implementacije ukrepov za zagotovitev bolj varnih

delovnih okolji (Needham idr., 2008). WHO opredeljuje NDM kot vsak »incident na delovnem mestu v katerem je zaposlena oseba zlorabljen, ogrožena, napadena ali izpostavljena katerikoli drugi obliki žaljivega vedenja in je posledica okoliščin povezanih z njihovim delom« (Di Martino, 2003). Vključuje in vpliva lahko na zaposlene, odjemalce in obiskovalce (U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration, 2002). Glede na vir in tarčo nasilja so ločijo tri glavne vrste nasilja na delovnem mestu v zdravstvu: lateralno nasilje (LN) – tj. nasilje med sodelavci; nasilje uporabnikov nad organizacijo; in organizacije nad uporabniki (Campbell idr., 2015). Raziskave (Shea idr., 2017; Volz idr., 2017; Vorderwulbecke idr., 2015) ocenjujejo, da je najvišja stopnja razširjenosti NDM v zdravstvenem sektorju in da so zdravstveni delavci (ZD) najbolj ranljiva poklicna skupina za viktimizacijo¹ na delovnem mestu. NDM pa ima številne negativne posledice za ZD – tako na fiziološki kot tudi vedenjski, čustveni in kognitivni ravni (Lanctot in Guay, 2014). To pa posledično tudi vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe pacientov, kar pa lahko vzbudi dodatne frustracije in negativne odzive deležnikov na ZD (Privitera, 2016).

V zadnjih letih številno nasilnih incidentov na delovnih mestih v zdravstvu v Sloveniji narašča. Splošno javno zavedanje o le-tem pa se je pojavilo šele po tragičnem incidentu avgusta 2016, ko so v strelskem obračunu v izolski bolnišnici 3 osebe izgubile življenje (zdravnik, policist in storilec). Za preprečitev ponovitve takšnega tragičnega dogodka v prihodnje je potrebno zagotoviti delovno okolje in pogoje, ki bodo nudili varnost zaposlenim in hkrati omogočili kakovostno ter varno obravnavo pacientov. Posledično je glavni namen članka s pomočjo pregleda literature ugotoviti vpliv stila vodenja na NDM in posledice le-tega na duševno zdravje ZD.

2 Metodologija

Iskanje strokovne literature, ki je bila objavljena v obdobju od 2010 do 2020, je bil izveden s pomočjo različnih podatkovnih baz (PubMed, Cobiss, Web of Science) na podlagi sledečih ključnih besed: healthcare workplace violence, healthcare management style, healthcare burnout, mental health healthcare workers in healthcare workers. Ključne besede so bile iskane tako v slovenskem kot angleškem jeziku. Skupaj je bilo identificiranih 440 znanstvenih prispevkov, kateri so bili izključeni na podlagi v naprej določenih vključitvenih in izključitvenih kriterijev (tabela 1). Tako je bilo izbranih zgolj 11 člankov, ki so bili tematsko ustrezni.

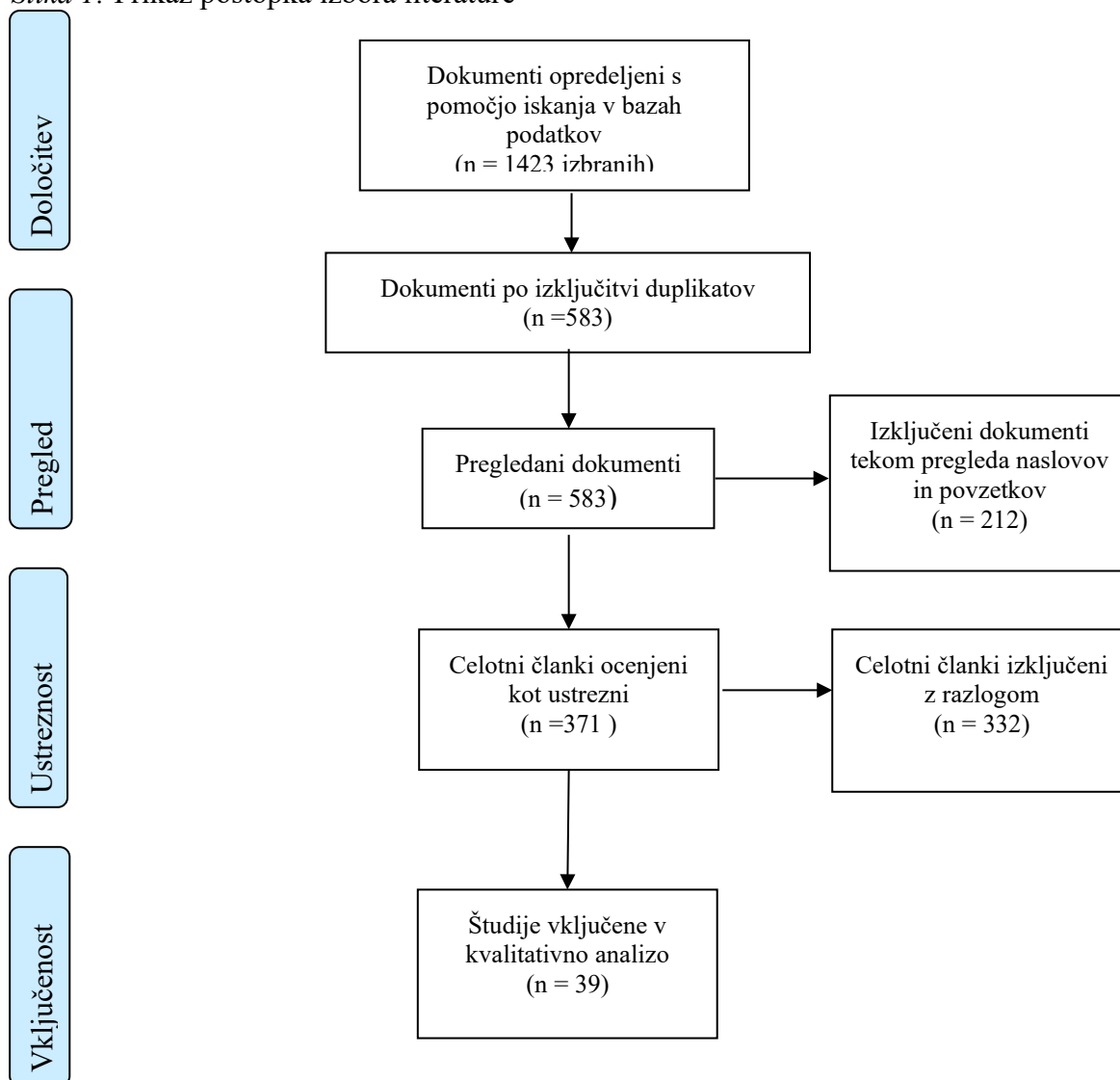
Ker se v znanstveni literaturi izmenično uporabljata izraz nasilje na delovnem mestu in mobing (tj. nasilje na delovnem mestu s strani sodelavcev), je bilo iskanje razširjeno. V zgoraj navedene podatkovne baze so bile vključene tudi naslednje ključne besede v angleškem in slovenskem jeziku: workplace bullying, leadership style, healthcare bullying in healthcare bullying. Prav tako je bil povečan časovni okvir objave prispevkov iz desetih let na 20 let – tj. od 2000 do 2020. Tako je bilo dodanih 983 prispevkov k naboru literature in končno skupno število identificiranih prispevkov je bilo 1423. Ocena primernosti prispevkov je bila izvedena skladno s prikazom na Sliki 1. Iz nabora prispevkov so bilo najprej izključenih 840 duplikatov, nato pa še dodatnih 544 prispevkov na podlagi v naprej določenih vključitvenih oz. izključitvenih kriterijev (Tabela 1). Tako je bilo skupno izključenih 1384 prispevkov in končno skupno število vključenih prispevkov je bilo 39.

¹ Viktimizacija (ang: *victimization*) je opredeljena kot izbira posameznika za tarčo okrutne ali nepošteno obravnave, običajno z uporabo fizičnega ali čustvenega nasilja. (American Psychology Association, 2020)

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

<i>Vključitveni kriteriji</i>	<i>Izključitveni kriteriji</i>
Objavljeno v časovnem obdobju od 1995 do 2020.	Objavljeno pred letom 1995.
Objavljeno v slovenskem ali angleškem jeziku.	Ni bilo objavljeno v slovenskem ali angleškem jeziku.
Dostop do celotnega teksta.	Dostop samo do povzetka ali bibliografskih podatkov.
Izvirni kvantitativni raziskovalni znanstveni članek z veljavno in zanesljivo metodologijo.	Monografija, pregledni znanstveni članek, meta analiza, debatni članki, strokovni članki, pisma poslana uredništvu, kvantitativna raziskava z neustrezno metodologijo.
Tematska ustreznost.	Dokument, ki ni neposredno povezan z našim pregledom.
Izbrane besede v naslovu, ključnih besedah in povzetku.	Literatura, ki se ne nanaša na celotno temo.

Slika 1: Prikaz postopka izbora literature



3 Rezultati

Na podlagi zgoraj opisane metodologije iskanja literature ni bilo identificiranega prispevka, ki bi skupno naslovil vpliv stila vodenja na NDM in posledice le-tega na duševno zdravje ZD. Posledično so bili prispevki razvrščeni v tri tematske sklope – (1) nasilje na delovnem mestu v zdravstvenem sektorju s strani uporabnikov, (2) lateralno nasilje na delovnem mestu v zdravstvenem sektorju ter (3) stil vodenja in nasilje na delovnem mestu, na podlagi katerih je bila v razpravi narejena sinteza rezultatov.

3.1 Nasilje na delovnem mestu v zdravstvenem sektorju s strani uporabnikov

Raziskave kažejo vsesplošno razširjenost NDM v zdravstvenem sektorju s strani uporabnikov (tj. pacienti in obiskovalci) – 46,7 % Brazilija, 75,8 % Bolgarija, 61 % Avstralija, 60 % Portugalska (Di Martino, 2002), 84,8 % Japonska (Ahmed idr., 2018), 44,7 % Turčija (Bayram idr., 2017) in 39–99 % v ZDA (Mento idr., 2020). Liu in sodelavci (2019) so v metaanalizi poročali skupno 61,9 % razširjenost NDM na globalni ravni. Med tem ko so v Aziji zaznali upad NDM iz 77,3 % (1990–1999) na 64,0 % (2010–2018), je v Evropi prišlo do porasta NDM – ZD so od 2000 do 2009 poročali 27,2 % NDM, med leti 2011 in 2018 pa 53,0 % (Liu idr., 2019). V raziskavi, ki jo je izvedel Elliott (1997) pa podatki kažejo, da imajo ZD kar 16–krat višje tveganje za izpostavljenost NDM kot drugi poklici na področju storitev (npr. gasilci, policaji)

ZD so najpogosteje izpostavljeni psihičnemu nasilju (npr. verbalno nasilje, obrekovanje) – globalno 42,5 % ZD poroča psihično nasilje, v Evropi pa v povprečju 29,0 % (Hahn idr., 2008; Liu idr., 2019; Pompeii idr., 2013). Prevalenca groženj fizičnega nasilja variira od 12 do 64 %, med tem ko 2–32 % ZD poroča, da so bili tudi fizično napadeni (Pompeii idr., 2013). V Evropi so ZD v povprečno 20,3 % žrtve fizičnega nasilja na delovnem mestu (Liu idr., 2019).

V Sloveniji je stopnja razširjenosti NDM v zdravstveni negi ocenjena na 72,3 % (Klemenc in Pahor, 2004), od tega so v 74,8 % nasilneži pacienti (Babnik idr., 2012). Stopnja NDM nad ZD zaposleni na intenzivnih psihiatričnih oddelkih je izrazito višja – 92,6 %. Od tega 84,2 % poroča verbalno nasilje, 24,6 % fizično nasilje in kar 63,5 % zaposlenih v zdravstveni negi je utrpela poškodbe zaradi NDM (Gabrovec idr., 2014). Poleg tega raziskave kažejo visoko stopnjo izpostavljenosti NDM ZD zaposlenih v patronažni službi, domovih starejših občanov in reševalni službi – 56,0 %–78,0 % (Gabrovec, 2015; Gabrovec in Eržen, 2016; Gabrovec 2017).

Raziskovalci so identificirale sledeče glavne dejavnike tveganja za viktimizacijo na delovnem mestu v zdravstvenem okolju: izmenično delo, delo v urbanem okolju, delo v zdravstveni negi, poklic zdravnika, višja stopnja delovnih izkušenj in nadurno delo (Liu idr., 2019). Med spoloma niso zaznali razlik v stopnji verbalnega nasilja, vendar nekatere raziskave poročajo višjo stopnjo fizičnega nasilja nad moškimi ZD (Liu idr., 2019; Berlanda idr., 2019). Višji stopnji verbalnega in fizičnega nasilja so izpostavljeni ZD zaposleni na urgentnih enotah in psihiatričnih bolnišnicah (Campbell idr., 2011; Cannavo idr., 2019; Farrell idr., 2014).

Posledice NDM pa so večplastne in ne zgolj fizične. Lancot in Guay (2014) sta identificirala 7 področji, na katerih se na katere vpliva NDM in sicer: fizično, psihično, čustveno, delovno učinkovitost, kakovost oskrbe pacientov, vsakodnevno funkcioniranje in finančno. Največji negativni vpliv NDM se kaže na področju duševnega zdravja ZD. Simptomi post-travmatske stresne motnje (PTSM) so najpogostejša posledica NDM–59 % ZD navaja podoživljanje fizičnega napada (Lancot in Guay, 2014; Zahid idr., 1999). Gerberich in sodelavci (2004) so v svoji raziskavi ugotovili, da tako fizično kot psihično nasilje in večkratna viktimizacija poviša stopnjo intruzivnih spominov na nasilne dogodke. Poleg tega raziskave navajajo tudi simptome anksioznosti, depresije, motnje spanja, povišano stopnjo razdražljivosti, duševne stiske in

izgorelosti (Unsal Atan idr., 2013; Demir in Rodwell, 2012; Gerberich idr., 2004; Sui idr., 2018). Med ZD, ki so bili žrtve NDM, je tudi višja stopnja izgorelosti v primerjavi z ZD, ki niso bili viktimizirani. To se kaže predvsem v višji stopnji čustvene izčrpanosti in depersonalizaciji (Estryn-Behar idr., 2018; Sui idr., 2018).

3.2 Lateralno nasilje na delovnem mestu v zdravstvenem sektorju

V zdravstvu je tudi močno razširjeno LN – tj. nasilje med sodelavci. V sistematičnem pregledu znanstvenih prispevkov Lever in sodelavci (2018) poročajo prevalenco NDM med 3,9 % pa vse do 86,5 %, povprečno združeno oceno LN pa 26,3 %. Povprečno združeno prevalenco LN v Evropi so ocenili na 18,4 %, v severni Ameriki na 24,5 % in 47,1 % v Aziji. Razlog za povišano stopnjo razširjenosti LN v zdravstvu nekateri pripisujejo naravi dela v zdravstvu, ki je čustveno zelo zahtevno, hierarhično strukturirano in z nasprotujočimi prioritetai znotraj multidisciplinarnih ekip.

Rezultati ciljno raziskovalnega projekta Varnost zdravstvenega osebja (Gabrovec idr., 2020) pri obravnavi pacientov so pokazali, da se kar 45,7 % ZD sooča z verbalnim nasiljem na delovnem mestu s strani sodelavcev, od tega kar 27,5 % ZD zelo pogosto (več kot 6-krat letno). ZD so poročali doživljanje psihičnega LN v 31,5 %, fizično LN v 2,2 % in spolno LN v 9,8 % primerih. Psihično in verbalno LN pa so ocenili kot obliko NDM, ki najbolj vpliva na njihovo kakovost opravljenega dela (Gabrovec idr., 2020). Posledično je LN v Sloveniji močno nad evropskim povprečjem stopnje razširjenosti LN v zdravstvenem sektorju.

Glavne žrtve LN so običajno novo zaposleni ZD (še posebej mladi); oseba, ki je dobila napredovanje ali odliko za svoje delo, kar osebi drugi sodelavci zavidajo; oseba, katere delo drugi ZD močno odobravajo; oseba s pomanjkanjem samozavesti; in oseba, ki s težavo sodeluje z drugimi zaposlenimi (Dellasega, 2011; Stokowski, 2010).

Kot NDM s strani uporabnikov zdravstvenih storitev, ima tudi LN nad ZD številne negativne posledice za zdravje ZD – tako za fizično kot duševno zdravje. Na področju duševnega zdravja ZD, ki so žrtve nasilja s strani sodelavcev poročajo simptome anksioznosti, depresije, PTSM, nespečnosti, močne duševne stiske in celo samomorilne misli (Demir in Rodwell, 2012; Nixon in Spector, 2015; Reknes idr., 2014; Sterud idr., 2008). V longitudinalni študiji so Rugulies in sodelavci (2012) ugotovili, da občasno LN (največ enkrat mesečno) poviša verjetnost nastopa simptomov depresije za več kot 2-krat in pogosto LN (dnevno, tedensko) poviša verjetnost depresije za več kot 6-krat v primerjavi z ZD, ki so izpostavljeni LN. Tveganje za razvoj depresije pa ostaja višji za žrtve LN tudi tri leta kasneje, v primerjavi z ZD, ki niso bili soočeni z LN (Loerbroks idr., 2015). Najpogostejši negativni vpliv LN na duševno zdravje ZD pa literatura navaja izgorelost, ki se predvsem odraža kot čustvena izčrpanost in depersonalizacija (Laschinger idr., 2010; Lever idr., 2019). Poleg tega pa ZD, ki se soočajo z LN pogosteje navajajo glavobole, gastrointestinalne težave in vrtoglavico (Lever idr., 2019).

3.3 Stil vodenja in nasilje na delovnem mestu

Vodje in vodstvo zdravstvenih ustanov imajo ključno vlogo, ki močno vplivajo na vedenje zaposlenih, delovno učinkovitost, dobrobit zaposlenih, število odpovedi in bolniških staležev (Chappell in Di Martino, 2006; Inceoglu idr., 2018; Lever idr., 2019). Transakcijski in transformacijski stil vodenja sta dva najbolj razširjena tipa vodenja. Transakcijski stil vodenja se odraža v nagrajevanju uspehov in kaznovanju napak zaposlenih. Tak način vodenja se predvsem poslužuje organizacije z hierarhično ureditvijo kot je npr. zdravstvo (Kumar, 2013; Stordeur idr. 2001). Transformacijski način vodenja pa temelji na spodbujanju proaktivnosti, razvoja zaposlenih in skupinskemu delu (Smith idr., 2015). Med tem ko transakcijski stil vodenja lahko pomaga zdravstvenemu vodstvu dosegati finančne in operativne načrte,

transformacijski stil vodenja spodbuja vnos izboljšav v zdravstveno delovno okolje (Kumar, 2013). Posledično je Smith (2015) predpostavil, da za uspešno vodenje ključna integracija tako vidikov transakcijskega kot tudi transformacijskega stila vodenja. Avolio idr. (1999) pravijo, da so poleg predhodno omenjenih dveh načinov vodenja, v zdravstvu pogosti tudi avtoritarni, avtentični (ali etični) in laissez-fair (tj. vodenje, ki zavzema politiko nevmešavanja) stil vodenja. Za slednji stil vodenja je značilno, da se vodje ne vključijo dokler težave ne nastopijo. Avtentični stil vodenja temelji na transparentnem in etičnem vedenju vodij, ki spodbujajo odprto komunikacijo pri sprejemanju odločitev in upoštevanju predlogov zaposlenih.

Vedno več raziskav pa se osredotoča na vpliv stila vodenja na stopnjo razširjenosti NDM in LN. Rezultati raziskav kažejo, da transformacijski stil vodenja in avtentični stil vodenja signifikantno zmanjšata stopnjo LN in NDM, med tem ko avtoritarni, transakcijski in laissez-fair stil vodenja pozitivno korelirajo z LN in NDM (Cummings idr., 2018; Gilmartin in D'Aunno, 2007; Lega idr., 2017). Hauge in sodelavci (2011) pa poročajo o nižji stopnji viktimizacije tudi med novo zaposlenih ZD v organizacijah, kjer je implementiran avtentični stil vodenja. Med tem pa neučinkovit stil vodenja (npr. laissez-fair) ali delovno okolje, ki ne nudi zadostne podpore zaposlenim, ustvari pogoje za višjo stopnjo NDM in LN (Woodrow in Guest, 2017). Številne raziskave so povezale stil vodenja tudi s stopnjo razširjenosti izgorelosti ZD (Laschinger idr., 2011). Oblikovanje pozitivnega delovnega okolja z implementacijo varne in spodbudne klime negativno korelira s stopnjo izgorelosti, LN, NDM ter zmanjša frekvenco odpovedi zaposlenih in zviša zadovoljstvo zaposlenih (Balogun idr., 2002; Greco idr., 2006; Laschinger idr., 2011).

Clarke (2013) je v svoji metaanalizi ugotovil, da kljub temu, da je transformacijski stil vodenja povezan z pozitivnim delovnim okoljem in večjim zadovoljstvom zaposlenih, so vidiki transakcijskega stila vodenja ključni za zagotavljanje varnega delovnega okolja. Rezultati ciljno raziskovalnega projekta Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov (Gabrovec idr., 2020) so pokazali, da več kot polovica udeležencev meni, da vodstvo nima jasne predstave o varnostnih tveganjih s katerimi se ZD srečujejo pri oskrbi bolnikov. Kar 39 % meni, da vodstvo zdravstvenih organizacij ne pripisuje visokega pomena varnosti zaposlenih in pacientov, niti načrtovanje organizacijskih sprememb za zagotavljanje varnosti ne obravnava vodstvo kot prioritarno. Poleg tega 47,2 % ZD poroča, da jim vodstvo ne nudi ustrezne obravnave ali podpore ko so ZD soočeni z NDM ali LN, niti ob pojavu tovrstnih incidentov ne sledijo ustrezni ukrepi, ki bi zagotovili varnejše delovno okolje v prihodnosti.

4 Razprava

Zagotavljanje varnega delovnega okolja ter varne obravnave pacientov je naloga vodij in vodstva zdravstvenih organizacij. Na podlagi pregledane znanstvene literature je bila ugotovljena vsesplošna razširjenost NDM in LN v zdravstvenih organizacijah, katere prevalenca pa je v veliki meri pogojena s stilom vodenja zdravstvene ustanove. Transformacijski način in avtentični način vodenja imata pozitivni vpliv na ustvarjanje pozitivnega delovnega okolja, ki spodbuja razvoj in odprto komunikacijo, hkrati pa znižujejo pojavnost NDM in LN. Za zagotavljanje varnega delovnega okolja pa se je najučinkovitejši izkazal način vodenja, ki integrira tako komponente transformacijskega kot tudi transakcijskega načina vodenja. Obraten učinek pa se kaže pri implementaciji laissez-fair in transakcijskega stila vodenja, ki pravzaprav ustvarita pogoje za nastop NDM in LN. Nielsen (2013) predpostavlja, da je nastop NDM in LN pri laissez-fair načinu vodenja lahko posledica nejasnih vlog in zadolžitvev, kar posledično v ZD vzbudi višjo stopnjo stresa in frustracije zaposlenih.

Rezultati pregledanih prispevkov kažejo, da ima NDM in LN številne posledice za ZD, predvsem za njihovo duševno zdravje. ZD tako poročajo prisotnost simptomov anksioznosti,

depresije, PTSM, nespečnosti, duševne stiske in izgorelosti. Ti učinki so dolgoročni in imajo negativne posledice tudi za zdravstvene organizacije – višja stopnja bolniških odsotnosti, menjava zaposlitve ZD, kadrovska stiska. Prisotnosti težav v duševnem zdravju ZD pa posledično vpliva na njihovo zmožnost zagotavljanja varne in kakovostne obravnave pacientov.

Večina raziskav kot kazalnik učinkovitosti načina vodenja uporablja zadovoljstvo zaposlenih, število odpovedi, prevalenco NDM in/ali LN ter izgorelost. Raziskav, ki pa bi način vodenja vrednotili skozi bolj poglobljeno oceno duševnega zdravja ZD (npr. z uporabo psiholoških merskih instrumentov za anksioznost, depresijo, nespečnost, PTSM) pa v literaturi ni zaznati. Glede na rezultate navedene v prispevku lahko logično predpostavimo, da način vodenja posredno vpliva na duševno zdravje ZD s tem, ko ustvari oz. omeji nastop pogojev za NDM in LN. Posledično bi bilo potrebno to predpostavko empirično testirati. To bi omogočilo implementacij primernih protokolov, ki bi pomagali vodstvenemu kadru vzpostaviti bolj varno delovno okolje. Poleg tega pa oblikovati preventivne in podporne programe za zaposlene, ki so bili žrtev NDM ali LN.

Glavna pomanjkljivost prispevka je slabša primerljivost izsledkov raziskav zaradi uporabe različnih ocenjevalnih instrumentov in kazalnikov s strani avtorjev. Poleg tega so v raziskavo vključeni prispevki iz različnih držav, kar zaradi kulturnih raznolikosti postavi relevantnost določenih izsledkov pod vprašaj.

NDM in LN je dolgoletna in pereča problematika, ki pesti zdravstvene organizacije na vseh nivojih in je tesno povezana z načinom vodenja. Posledice le-tega za duševno zdravje ZD so izrazite in dolgotrajne. V času svetovne zdravstvene krize pa je pritisk na ZD še toliko večji kot običajno, zaradi česar je še toliko bolj pomembno, da jim vodstvo zagotovi vso potrebno podporo na delovnem mestu.

LITERATURA

1. Ahmed, F., Memon, M. K. in Memon, S. (2018). Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Annals of medicine and surgery*, 25, 3–5.
2. American Psychology Association. (2021). APA Dictionary of psychology. Pridobljeno 21. 1. 2021, s <https://dictionary.apa.org/victimization>.
3. Avolio, B. J., Bass, B. M. in Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. *Journal of occupational and organizational psychology*, 72 (4), 441–462.
4. Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. in Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60, 421–449.
5. Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. in Kopač, N. (2012). Predstavitev rezultatov dela raziskave 'Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu': oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, (46), 147–156.
6. Balogun, J. A., Titiloye, V., Balogun, A., Oyeyemi, A. in Katz, J. (2002). Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists. *Journal of allied health*, 31 (3), 131–139.
7. Bayram, B., Çetin, M., Oray, N. Ç. in Can, İ. Ö. (2017). Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 7 (6).
8. Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M. in de Cordova, F. (2019). Addressing risks of violence against healthcare staff in emergency departments: the effects of job satisfaction and attachment style. *BioMed research international*.
9. Campbell, C. L., Burg, M. A. in Gammonley, D. (2015). Measures for incident reporting of patient violence and aggression towards healthcare providers: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 314–322.

10. Campbell, J. C., Messing, J. T., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., Fowler, B., ... in Bolyard, R. (2011). Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 53 (1), 82–89.
11. Cannavo, M., La Torre, F., Sestili, C., La Torre, G. in Fioravanti, M. (2019). Work related violence as a predictor of stress and correlated disorders in emergency department healthcare professionals. *Clin Ter*, 170 (2), e110–123.
12. Chappell, D. in Di Martino, V. (2006). Violence at work. International Labour Organization.
13. Clarke, S. (2013). Safety leadership: A meta-analytic review of transformational and transactional leadership styles as antecedents of safety behaviours. *Journal of occupational and organizational psychology*, 86 (1), 22–49.
14. Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. in Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 85, 19–60.
15. Dellasega, C. (2011). When nurses hurt nurses: Recognizing and overcoming the cycle of nurse bullying. *Sigma Theta Tau*.
16. Demir, D. in Rodwell, J. (2012). Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 44 (4), 376–384.
17. Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 3–42.
18. Elliott, P. P. (1997). Violence in health care. *Nursing management*, 28 (12), 38.
19. Estry - Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M. in Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing—results from the European ‘NEXT’ Study. *Occupational medicine*, 58 (2), 107–114.
20. Farrell, G. A., Shafiei, T. in Chan, S. P. (2014). Patient and visitor assault on nurses and midwives: An exploratory study of employer ‘protective’ factors. *International journal of mental health nursing*, 23 (1), 88–96.
21. Gabrovec, B. (2015). Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v reševalnih službah. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 49 (4).
22. Gabrovec, B. (2017). Prevalence of Violence Toward Community Nurses: A Questionnaire Survey. *Workplace Health & Safety*.
23. Gabrovec, B., Albrecht, T., Prislán, K., Lobnikar, B., Macur, M., Kršič, I., Jelenc, M., Selak, Š., Crnkovič, N. in Malešević, S. (2020) Končno poročilo: Varstvo zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s, https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/varnost_zdravstvenega_osebja_pri_obravnavi_pacientov_-_koncno_porocilo.pdf.
24. Gabrovec, B., Eržen, I. in Lobnikar, B. (2014). Prevalence and the nature of violence directed at the medical staff in psychiatric health care in Slovenia. *HealthMed*, 8 (2), 228–234.
25. Gabrovec, B. in Eržen, I. (2016). Prevalence of violence towards nursing staff in Slovenian nursing homes. *Slovenian Journal of Public Health*, 55 (3), 212–217.
26. Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., ... in Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses’ Study. *Occupational and environmental medicine*, 61 (6), 495–503.
27. Gilmartin, M. in D’Aunno, T. A. (2007). Chapter 8: Leadership research in healthcare. *The Academy of Management Annals*, 1 (1), 387–438.
28. Greco, P., Laschinger, H. K. S. in Wong, C. (2006). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Nursing Leadership*, 19 (4), 41–56.
29. Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. in Halfens, R. J. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13 (6), 431–441.
30. Hauge, L. J., Einarsen, S., Knardahl, S., Lau, B., Notelaers, G. in Skogstad, A. (2011). Leadership and role stressors as departmental level predictors of workplace bullying. *International Journal of Stress Management*, 18 (4), 305.

31. Inceoglu, I., Thomas, G., Chu, C., Plans, D. in Gerbasi, A. (2018). Leadership behavior and employee well-being: An integrated review and a future research agenda. *The Leadership Quarterly*, 29 (1), 179–202.
32. Klemenc, D. in Pahor, M. (2004). Reducing violence against nurses at work place in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 38 (1), 43–52.
33. Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. in Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360 (9339), 1083–1088.
34. Kumar, R. D. (2013). Leadership in healthcare. *Anaesthesia in Intensive Care Medicine*, 14 (1), 39–41.
35. Lanctot, N. in Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19 (5), 492–501.
36. Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J. in Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of advanced nursing*, 66 (12), 2732–2742.
37. Lega, F., Prenestini, A. in Rosso, M. (2017). Leadership research in healthcare: a realist review. *Health Services Management Research*, 30 (2), 94–104.
38. Lever, I., Dyball, D., Greenberg, N. in Stevelink, S. A. (2019). Health consequences of bullying in the healthcare workplace: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 75 (12), 3195–3209.
39. Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., ... in Zhu, Y. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 76 (12), 927–937.
40. Loerbroks, A., Weigl, M., Li, J., Glaser, J., Degen, C. in Angerer, P. (2015). Workplace bullying and depressive symptoms: A prospective study among junior physicians in Germany. *Journal of psychosomatic research*, 78 (2), 168–172.
41. Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G. in Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 51, 101381.
42. Needham, I., Kingma, M., O'Brien-Pallas, L., McKenna, K., Tucker, R. in Oud, N. (2008). *Workplace violence in the health sector*. Publisher KAVANAH, The Netherlands.
43. Nixon, A. E. in Spector, P. E. (2015). Seeking clarity in a linguistic fog: Moderators of the workplace aggression-strain relationship. *Human performance*, 28 (2), 137–164.
44. Pompeii, L., Dement, J., Schoenfisch, A., Lavery, A., Souder, M., Smith, C. in Lipscomb, H. (2013). Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data. *Journal of Safety Research*, 44, 57–64.
45. Privitera, M. R. (2016). Organizational contributions to healthcare worker (HCW) burnout and workplace violence (WPV) overlap: Is this an opportunity to sustain prevention of both? *Health*, 8 (6), 531–537.
46. Reknes, I., Pallesen, S., Magerøy, N., Moen, B. E., Bjorvatn, B. in Einarsen, S. (2014). Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among Norwegian nurses: results from the prospective SUSSH-survey. *International journal of nursing studies*, 51 (3), 479–487.
47. Rugulies, R., Madsen, I. E., Hjarsbech, P. U., Hogh, A., Borg, V., Carneiro, I. G. in Aust, B. (2012). Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 218–227.
48. Shea, T., Sheehan, C., Donohue, R., Cooper, B. in De Cieri, H. (2017). Occupational violence and aggression experienced by nursing and caring professionals. *Journal of nursing scholarship*, 49 (2), 236–243.
49. Smith, P. O. (2015). Leadership in academic health centers: Transactional and transformational leadership. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 22 (4), 228–231.
50. Sterud, T., Hem, E., Lau, B. R. in Ekeberg, Ø. (2008). Suicidal ideation and suicide attempts in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. *Journal of occupational health*, 50 (5), 406–414.
51. Stokowski, L. A. (2010). A matter of respect and dignity: Bullying in the nursing profession. *Journal of Nursing Academic*, 24 (3), 12–14.

52. Stordeur, S., D'hoore, W. in Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of advanced nursing*, 35 (4), 533–542.
53. Sui, G., Liu, G., Jia, L., Wang, L. in Yang, G. (2019). Associations of workplace violence and psychological capital with depressive symptoms and burn-out among doctors in Liaoning, China: a cross-sectional study. *BMJ open*, 9 (5), e024186.
54. U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration (2002). Factsheet workplaceviolence.pdf. (n.d.). Pridobljeno s, https://www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/factsheet-workplaceviolence.pdf.
55. Unsal Atan, Ş., Baysan Arabaci, L., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Unsal Guler, M., ... in Yazar Tasbasi, F. (2013). Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20 (10), 882–889.
56. Volz, N. B., Fringer, R., Walters, B., in Kowalenko, T. (2017). Prevalence of horizontal violence among emergency attending physicians, residents, and physician assistants. *Western journal of emergency medicine*, 18 (2), 213.
57. Vorderwülbecke, F., Feistle, M., Mehring, M., Schneider, A., in Linde, K. (2015). Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112 (10), 159.
58. Woodrow, C., in Guest, D. E. (2017). Leadership and approaches to the management of workplace bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26 (2), 221–233.
59. Zahid, M. A., Al-Sahlawi, K. S., Shahid, A. A., Awadh, J. A. in Abu - Shammah, H. (1999). Violence against doctors: 2. Effects of violence on doctors working in accident and emergency departments. *European Journal of Emergency Medicine*, 6 (4), 305–309.

Ocena znanja zaposlenih ter uporabnikov v zdravstveni negi in oskrbi

UDK 616-083-057.11+37

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, oskrba, anketiranci, znanje, uporabniki

POVZETEK - Namen raziskave je ugotoviti, kako zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi ocenjujejo znanje, pridobljeno v procesu formalnega izobraževanja, ter kakšne so izkušnje uporabnikov storitev zdravstvene nege in oskrbe. Cilj raziskave je širjenje informacij o zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi glede znanja in kompetenc ter objava predlogov za izboljšanje situacije v zdravstveni negi. V teoretičnem delu so na kratko opisani poklici, ki jih srečujemo v zdravstveni negi in oskrbi, kako se je zgodovinsko razvijala zdravstvena nega in kdo je k temu pripomogel ter katere ustanove izobražujejo program Zdravstvena nega v Sloveniji. Delo temelji na 290 izpolnjenih spletnih anketnih vprašalnikih, ki so jih izpolnili zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi (139) in uporabniki storitev zdravstvene nege in oskrbe (151). Rezultati so pokazali, da zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi v šoli pridobijo največ znanja iz anatomije in fiziologije, najmanj pa iz paliative ter da je izvajanje zdravstvene nege lahko slabše zaradi finančnih primanjkljajev. 51 % uporabnikov storitev zdravstvene nege in oskrbe je odlično zadovoljnih z odnosom in strokovnostjo srednjega kadra in menijo, da je najbolj pomemben poklic v zdravstveni negi in oskrbi srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik

UDC 616-083-057.11+37

KEYWORDS: nursing, care, respondents, knowledge, users

ABSTRACT - The purpose of the research is to find out how workers in nursing and care assess the knowledge acquired in the process of formal education and what the experiences of users of nursing and care are. The aim of the research is to disseminate information about the employees in nursing and care according to the knowledge and competences, and to publish proposals to improve the situation in nursing and care. In the theoretical part professions encountered in nursing and care are briefly described, how nursing and care historically evolved, who has contributed to this and which institutions educate programmes of Nursing care in Slovenia. The work is based on 290 completed online questionnaires, which were filled in by the employees in nursing and care (139) and the users of nursing and care (151). The results showed that employees in nursing and care get the most knowledge, obtained in school, from the anatomy and physiology and the least from palliative. The implementation of nursing care is probably worse because of financial deficit. 51% of nursing care users are excellently satisfied with the attitude and professionalism of the middle staff and think that the most important profession in nursing and care is a female nurse/a male nurse

1 Uvod

Zdravstvena nega (v nadaljevanju tudi ZN) je stroka, ki se stalno razvija, hkrati pa se morajo razvijati tudi njeni izvajalci. Najpomembnejši dejavnik razvoja je izobraževanje (Šket, 2013, str. 1). Na področju zdravstvene nege prihaja do vedno večjih sprememb, ki so plod novih metod in postopkov dela, novih materialov in uporabe novih tehničnih pripomočkov, kar od zaposlenih v zdravstveni negi zahteva vseživljenjsko strokovno izobraževanje (Železnik, 2005, v Šket, 2013, str. 1)

Zaradi staranja prebivalstva in posledično spremenjenih potreb je potrebno temu tudi prilagoditi formalno izobraževanje na področju zdravstvene nege in oskrbe, kar se je v zgodovini že

nekajkrat zgodilo, saj je prišlo večkrat do spremembe izobraževalnega sistema. To pa je imelo za posledico, da so se spremenile kompetence in nazivi.

Zdravstveni tehnik/tehnik zdravstvene nege/srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik je posameznik, ki je končal srednješolski strokovni program zdravstvene nege. Je zdravstveni delavec, usposobljen za vrsto strokovnih del v okviru zdravstvene nege bolnih in zdravih ljudi v vseh obdobjih in okoljih (Cibic, 1999, v Banovec, 2007, str. 8). Medicinska sestra je oseba, ki je končala visokošolski strokovni študijski program zdravstvene nege ter si s slednjim pridobila naziv diplomirana medicinska sestra. Njene poglobitve naloge so načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege pri pacientu (Cibic, 1999, v Banovac, 2007, str. 7).

1.1 Namen raziskave

Namen raziskave je spoznati, kako zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi ocenjujejo pridobljeno znanje v procesu formalnega izobraževanja ter ugotoviti, kaj si ljudje (uporabniki storitev zdravstvene nege in oskrbe) mislijo o zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, kakšne izkušnje imajo z njimi in koliko vedo o kompetencah zaposlenih.

1.2 Cilj raziskave

Cilji raziskave so širjenje znanja, pridobljenega tekom raziskovanja, da lahko ljudje preberejo in spoznajo mnenja zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi glede znanja in kompetenc in hkrati uporabnikov storitev zdravstvene nege in oskrbe o izvajalcih v zdravstveni negi in oskrbi. Cilj je tudi objaviti predloge za izboljšanje situacije v zdravstveni negi in oskrbi.

1.3 Hipoteze

Za potrebe raziskave so bile zastavljene 4 hipoteze, in sicer:

Hipoteza 1: Največji odstotek anketirancev – zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi ocenjuje svoje znanje, pridobljeno v času formalnega izobraževanja, da jim skoraj popolnoma zadošča.

Hipoteza 2: Več kot polovica uporabnikov storitev zdravstvene nege in oskrbe ocenjuje odnos srednje medicinske sestre in srednjega zdravstvenika kot dobro.

Hipoteza 3: Tako anketiranci v zdravstveni negi in oskrbi kot uporabniki storitev zdravstvene nege in oskrbe se najpogosteje strinjajo, da je pridobljeni naziv po končanem štiriletnem šolanju na področju zdravstvene nege ustrezen.

Hipoteza 4: Največ vseh anketirancev meni, da se ne strinjajo s celovito prenovo programa zdravstvene nege.

2 Teoretični del

2.1 Zgodovinski razvoj zdravstvene nege po svetu

Že od nekdaj je bila poglobitna naloga žensk vzgoja otrok in skrb za družino, naloga moških pa skrb za preživetje. S časom se je vse spreminjalo, vendar ena stvar je ostala enaka, in sicer skrb za bližnje ter negovanje in zdravljenje (Fink in Kobilšek, 2014, str. 7).

Razvoj zdravstvene nege delimo v splošnem na 4 obdobja, in sicer (Urbančič, 1996, str. 22):

- intuitivno – empirična doba;
- doba organiziranega priučevanja;
- doba modernega sestrinstva ter
- doba sodobne zdravstvene nege.

Na razvoj zdravstvene nege so vplivali številni dejavniki, med drugim ljudska podoba medicinske sestre iz starega veka, vpliv religije v času novega veka in pa podoba medicinskih sester oz. hišnih pomočnic v novem veku (Urbančič, 1996, str. 22).

2.2 Zgodovinski razvoj zdravstvene nege na Slovenskem

Veliko vlogo je odigrala Marija Terezija in njene reforme na področju zdravstva. Iz Nizozemske je povabila zdravnika Gerharda van Swietna, ki je na Slovenskem ustanovil štiri babiške šole, in sicer:

- leta 1753 v Ljubljani: prva poklicna šola za ženske, učni jezik slovenščina (Verčko Pernat, Kisner, Rozman in Klasinc (2003), 2003, str. 17);
- leta 1754 v Celovcu: učni jezik slovenščina;
- leta 1753 v Gradcu: babiški tečajji, učni jezik nemščina in
- leta 1815 v Trstu: ukinjena leta 1924 (Fink in Kobilšek, 2014, str. 13).

Angela Boškin se je s končano šolo na Dunaju leta 1919 zaposlila v Ljubljani kot prva slovenska medicinska sestra in postavila temelje stroki in poklicu medicinske sestre v Sloveniji. Že leta 1923 je pomagala pri ustanovitvi prve šole za medicinske sestre v Ljubljani. Prav tako je ustanovila posvetovalnico za matere in otroke na Jesenicah (Fink in Kobilšek, 2014, str. 14).

3 Empirični del

3.1 Vzorec

Osnova za obdelavo podatkov je 290 anketnih vprašalnikov, in sicer od tega so jih 139 izpolnili zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi (v nadaljevanju tudi zaposleni) ter 151 uporabniki storitev zdravstvene nege in oskrbe (v nadaljevanju tudi uporabniki).

Vzorec za zaposlene v zdravstveni negi in oskrbi

Od 139 anketirancev je 12 % moških in 88 % žensk.

Glede na starost so odstotki sledeči:

- do 20 let: 3 %;
- od 21 do 30 let: 22 %;
- od 31 do 40 let: 29 %;
- od 41 do 50 let: 29 %;
- od 51 do 60 let: 17 %;
- nad 61 let: 0 %.

Glede na izobrazbo so odstotki sledeči:

- bolničar-negovalec/bolničarka-negovalka: 3 %;
- zdravstveni tehnik/zdravstvena tehničarka: 14 %;
- tehnik zdravstvene nege/tehničarka zdravstvene nege: 9 %;
- srednji zdravstvenik/srednja medicinska sestra: 11 %;
- višji zdravstveni tehnik/višja medicinska sestra: 1 %;
- diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra: 47 %;
- magister zdravstvene nege/magistrica zdravstvene nege: 10 %;
- drugo: 5 % (magister zdravstveno-socialnega managementa, dipl. managerka, univ. dipl. org., specializacija, ing. kem. tehn.).

Ustanove, iz katerih so sodelovali anketirani, so: UKC Maribor, ZD Velenje, ZD Laško, Dom upokojencev Izola, ZD Koper, Pegazov dom, SB Celje, ZD Trbovlje, ZD Ribnica, Dom ob Savinji Celje, Psihiatrični bolnišnici Begunje, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Srednja

zdravstvena in kozmetična šola Maribor, Obalni dom upokojencev Koper, Dom za varstvo odraslih Velenje, Zavod župnije Trnovo - Karitas, Dom Janeza Krstnika, Haus Wittelsbach, Terme Dobrna, Dom Hmelina Radlje ob Dravi, Dom upokojencev Ptuj, ZD Tržič, SB Murska Sobota, Srednja zdravstvena šola Celje, Špesov dom, ZD Ljubljana, Dom Nine Pokorn, UKC Ljubljana, ZD Celje, Zavod Dom Marije in Marte Logatec, na II. Osnovni šoli Rogaška Slatina, Thermana Laško, Dom Lukavci, Dom upokojencev Prebold, ZD Metlika, ZD Koper, ZD Ilirska Bistrica, Naravno zdravilišče Topolšica, SB Trbovlje, Center starejših Zimzelen Topolšica, Zavod svetega Cirila in Metoda Beltinci, Bolnišnica Rakičan in ZD Sevnica.

Vzorec za uporabnike storitev zdravstvene nege in oskrbe

Od 151 anketirancev je 27 % moških in 73 % žensk.

Glede na starost so odstotki sledeči:

- do 20 let: 39 %;
- 21 do 30 let: 11 %;
- 31 do 40 let: 12 %;
- 41 do 50 let: 16 %;
- 51 do 60 let: 17 %;
- nad 61 let: 5 %.

Po izobrazbi so odstotki sledeči:

- osnovnošolska: 19 %;
- srednješolska – dvoletna: 1 %;
- srednješolska – triletna: 4 %;
- srednješolska – štiriletna: 39 %;
- višješolska: 5 %;
- visokošolska: 12 %;
- I. bolonjska stopnja: 4 %;
- univerzitetna: 9 %;
- II. bolonjska stopnja: 1 %;
- znanstveni magisterij: 5 %;
- drugo: 0 %.

Kot delovno mesto so anketiranci napisali: da so zaposleni kot učitelji, ravnatelj/ce, svetovalne delavke, operaterji v elektrarni, poslovne sekretarke, gasilec, vzdrževalec tkalskih strojev, zdravnik specialist, referentka, računovodkinja, gospodinja, uslužbenka, maser, pomočnik vodje vzdrževanja, v razvozu, kot analitik, diplomirani zdravstvenik, receptor, vodstvena delavka, administrator, psihoterapevt, kozmetičarka, direktor, medicinski tehnik, izdelovalec stavbnega pohištva, strojni tehnik, vodja endoskopij, bolničar-negovalec, pedagoginja, čistilka, knjižničarka, animator. Odgovori so bili tudi: nezaposlen, se šolajo, upokojenec.

3.2 Čas raziskave

Spletno anketiranje je potekalo meseca decembra in januarja, in sicer od 28. 12. 2016 do 17. 1. 2017.

3.3 Rezultati in razprava

Opredelitev zdravstvene nege ni preprosta. Same medicinske sestre se ne strinjajo z eno samo definicijo. Tako je verjetno zaradi zgodovinskega ozadja zdravstvene nege. Napredek tehnologije na področju zdravstva, spreminjajoča se področja specializacij, različne smeri izobraževanja in spreminjajoča se okolja v praksi silijo medicinske sestre, da oblikujejo nekaj odgovorov, tako zase kot za javnost. Sam naziv medicinska sestra pove zelo malo o tem, kdo

je ta oseba. Naziv nič ne pove o delovnem mestu in izobrazbenem ozadju. Enak naziv se uporablja za najrazličnejše aktivnosti v zdravstveni negi, v več različnih kliničnih okoljih in za ljudi (MS) z različno izobrazbo. Od medicinskih sester v različnih položajih so vselej zahtevali, da sprejemajo velike odgovornosti (Urbančič, 1996, str. 21).

Pri analizi anketnega vprašalnika o zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi se prvo vprašanje nanaša na oceno znanja na sedanjem delovnem mestu, ki so ga zaposleni dobili v času formalnega izobraževanja. Na to vprašanje je vezana prva hipoteza, ki se glasi, da zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi v največjem odstotku ocenjujejo svoje znanje, ki so ga pridobili v času formalnega izobraževanja, na sedanjem delovnem mestu, da jim skoraj popolnoma zadošča. Hipoteza ni potrjena, saj je tako odgovorilo 20 %, največji odstotek anketirancev (29 %) pa je odgovoril, da jim znanje zadošča.

78 % zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi meni, da bi morali pridobiti več znanja na področjih, ki so jih sami navedli, in sicer praksa, komunikacija, paliativna nega, psihologija in psihiatrija. Raziskava (Terbuc, 2013, str. 29) je na vzorcu 40 patronažnih medicinskih sester pokazala, da jih 97 % pravi, da bi moralo v študijskem programu biti več ur paliativne oskrbe.

Več kot polovica anketiranih, ki so zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi, svoje znanje, ki so ga pridobili v času formalnega izobraževanja s področja kakovosti v zdravstveni negi, varnosti pri delu, higijene in mikrobiologije, anatomije in fiziologije, zdrave prehrane in dietetike, specialnih zdravstvenih neg, življenjskih aktivnosti in negovalnih intervencij, diagnostično-terapevtskih postopkov in posegov, zdravstvene terminologije oz. latinščine, prve pomoči in nujne medicinske pomoči, etike in praktičnega pouka, ocenjujejo kot popolnoma ustrezno oz. ustrezno, 77 % anketiranih ocenjuje, da so največ znanja pridobili pri anatomiji in fiziologiji, 73 % pa pri higijeni in mikrobiologiji. Da je znanje delno ustrezno pa jih je več kot tretjina anketiranih odgovorilo za paliativno ZN (38 %), patologijo (37 %), farmakologijo (35 %), psihologijo (34 %). Da je pridobljeno znanje popolnoma neustrezno oz. neustrezno pa anketirani menijo največ za področja: ZN oseb s posebnimi potrebami (44 %), paliativno ZN (35 %), ZN v geriatrični dejavnosti (29 %), komunikacijo in varnost pri delu (21 %), farmakologijo in patologijo (20 %). Raziskava (Mohar, 2016, str. 36, 40) je pokazala, da anketiranci, ki so vključeni v zdravstveni sistem, znanje iz paliativne oskrbe, ki so ga pridobili v času šolanja/študija, najslabše ocenjujejo.

63 % zaposlenih meni, da v tem trenutku za uspešno opravljanje svojega dela potrebujejo dodatna znanja, ki so jih tudi izpostavili, in sicer znanja s področja komunikacije, organizacije, geriatrije, paliative, zakonodaje, stresa, prakse, farmakologije in psihiatrije. 30 % anketiranih uporabnikov prav tako meni, da zaposleni potrebujejo dodatna znanja na področju novosti, varnosti pacientov, psihologiji ter morali in etiki. Tekom izobraževanja se pridobi splošno znanje, delodajalci pa zahtevajo znanje na zgoraj omenjenih področjih, zato je potrebno ves čas nadgrajevati svoje znanje.

88 % anketiranih zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi je zadovoljnih z delom, ki ga opravljajo, 80 % opravlja delo, ki ustreza njihovim pričakovanjem, 66 % je imelo realne predstave o poklicu, ko so se zanj odločali, tri četrtine se jih ne strinja, da je delo, ki ga opravljajo, preveč zahtevno za njihovo strokovno izobraženost, kar kaže na to, da so prepričani v svoje delo in ga opravljajo strokovno, 84 % se je za ta poklic odločilo, ker so želeli pomagati ljudem in odstotek manj jih meni, da jih pacienti cenijo, 91 % svoje delo ocenjujejo kot pomembno, 86 % se jih tudi strinja s trditvijo, da jih sodelavci upoštevajo, 77 % pa, da jih upoštevajo nadrejeni, ter 78 % jih ocenjuje obseg dela na njihovem področju kot zadosten, in ti podatki kažejo na to, da je zaupanje in/ali odnos v timu zdravstvene nege zadovoljiv. Na svojem delovnem mestu so zadovoljni ter se čutijo kompetentne. Pri zadovoljivem delu jih ovirajo finance ter premalo materiala.

43 % anketiranih, ki so zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi, meni, da so kompetence v zdravstveni negi dobro razmejene med posameznimi profili. 52 % jih meni, da je sodelovanje med profili dobro. 61 % jih meni, da je znanje, ki ga pridobijo v šolanju na srednji zdravstveni šoli, ustrezna podlaga za študij na tem področju. Da je naziv medicinska sestra primeren samo za diplomirano medicinsko sestro se ne strinja 64 % anketiranih zaposlenih, prav tako se v 86 % ne strinjajo, da bi njihovo delo lahko opravljali ljudje z opravljenim tečajem, polovica pa se jih strinja, da je odnos diplomirane medicinske sestre do bolnika, ki je zaključila program Zdravstvena nega, boljši od tistih, ki so zaključile gimnazijski program. 73 % anketiranih, zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi meni, da bi morali biti profili v zdravstveni negi in oskrbi samostojni, 79 % pa jih meni, da je sestava trenutnega tima zdravstvene nege ustrezna.

Zaposlenim v zdravstveni negi in oskrbi se zdi najbolj pomemben poklic srednjega zdravstvenika/srednje medicinske sestre (95 %), nato diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre (94 %), sledita bolničar-negovalec/bolničarka-negovalka in višji zdravstveni tehnik/višja medicinska sestra (79 %), potem magister zdravstvene nege/magistrica zdravstvene nege (51 %), na zadnjem mestu pa je doktor zdravstvene nege/doktorica zdravstvene nege (47 %). Ti podatki kažejo na to, da imajo srednje medicinske sestre še vedno pomembno mesto v zdravstvu in so nujno potrebne.

40 % anketiranih zaposlenih meni, da je potrebna dokvalifikacija srednjega strokovnega kadra na področju dela v timu, urgence, pediatrije, kirurgije, patologije, komunikacije in kakovosti. Izpostavili so, da se srednji kader neposredno povezuje z diplomiranim kadrom in bi zato morali pridobiti nekaj kompetenc več tudi z njihovega področja. Da srednji kader potrebuje dokvalifikacijo na področju zdravstvene nege, se strinja 34 % anketiranih uporabnikov.

36 % anketiranih zaposlenih meni, da ne morejo opravljati nalog tako kot so se naučili v času formalnega izobraževanja, in ta podatek bi se definitivno moral zmanjšati, saj anketirani opozarjajo, da je delo manj kvalitetno zaradi prilagajanja finančnemu stanju.

V zadnjem času je 64 % anketiranih uporabnikov imelo stik s srednjim kadrom, in sicer največ v zdravstvenem domu (58 %). Nihče ne meni, da je bila strokovnost srednjega kadra nezadostna, 51 % pa jih meni, da sta njihova strokovnost in odnos odlična. Na to se navezuje druga hipoteza, ki se glasi, da več kot polovica uporabnikov storitev zdravstvene nege in oskrbe ocenjuje odnos srednje medicinske sestre in srednjega zdravstvenika kot dobro. Hipoteza ni potrjena, saj je tako odgovorilo 13 % vprašanih. V odgovorih, kjer so pojasnjevali svoje prejšnje odgovore, so se največkrat pojavljale besede prijaznost, korektnost, pripravljenost pomoči, natančnost in hitro, samo en odgovor je govoril o nespoštljivosti medicinske sestre, dva pa o nepotrpežljivosti in pomanjkanju strokovnosti.

97 % anketiranih uporabnikov zdravstvene nege in oskrbe ocenjuje delo srednjega strokovnega kadra kot pomembno in ga spoštuje, 69 % se jih strinja, da je obseg nalog srednjega strokovnega kadra zadosten, 51 % se jih ne strinja, da je naziv medicinska sestra primeren samo za diplomirano medicinsko sestro, da so na področju srednjega kadra potrebne spremembe, se jih strinja 40 %, 37 % pa jih je neodločenih. Ti podatki kažejo na to, da imajo ljudje večinoma pozitiven odnos do zdravstva.

Tretja hipoteza se glasi, da se tako anketiranci v zdravstveni negi in oskrbi kot uporabniki storitev zdravstvene nege in oskrbe najpogosteje strinjajo, da je pridobljeni naziv po končanem štiriletnem šolanju na področju zdravstvene nege ustrezen. Hipoteza je potrjena, saj je tako odgovorilo 62 % zaposlenih in kar 76 % uporabnikov.

Da bi delo srednjega strokovnega kadra lahko opravljali ljudje z opravljenim tečajem s področja zdravstvene nege, se jih strinja 14 % anketiranih uporabnikov, ne strinja pa se jih 66 %.

46 % anketiranih uporabnikov se strinja, da je odnos diplomirane medicinske sestre do bolnika, ki je zaključila srednješolski program zdravstvene nege boljši od tistih, ki so zaključile gimnazijski program, nasprotnega mnenja jih je 16 %

Četrta hipoteza se glasi, da tako anketiranci v zdravstveni negi in oskrbi kot uporabniki storitev zdravstvene nege in oskrbe v največjem odstotku menijo, da se ne strinjajo s celovito prenovo programa zdravstvene nege. Tako zaposleni (38 %) kot uporabniki (44 %) se najpogosteje glede trditve, da je program Zdravstvena nega potreben celovite prenove, niso opredelili, zato hipoteza ni potrjena.

Nad 70 % anketiranih uporabnikov meni, da je poklic bolničar-negovalec/bolničarka-negovalka, srednji zdravstvenik/srednja medicinska sestra, višji zdravstveni tehnik/višja medicinska sestra in diplomirani zdravstveni tehnik/diplomirana medicinska sestra pomemben, 66 % pa jih meni, da je poklic magister zdravstvene nege/magistrica zdravstvene nege in doktor zdravstvene nege/doktorica zdravstvene nege pomemben.

4 Zaključek

Ljudje imajo pozitivno podobo o srednjih medicinskih sestrah/srednjih zdravstvenikih, kar je zelo razveseljujoče, saj so rezultati pokazali, da skoraj vsi anketiranci ocenjujejo srednjo medicinsko sestro oz. srednjega zdravstvenika kot najpomembnejši poklic v zdravstveni negi. Prav tako so najbolj izobražene postavili na konec lestvice. Pohvalno je, da so ljudje zadovoljni z njihovim delom, saj skoraj vsi uporabniki ocenjujejo njihovo delo kot pomembno in ga spoštujejo. Tudi srednje medicinske sestre oz. srednji zdravstveniki menijo, da so kompetentni za delo, ki ga opravljajo. Polovica uporabnikov se ne strinja, da je naziv medicinska sestra primeren samo za diplomirano medicinsko sestro, kar kaže na to, da bo za bolnike medicinska sestra vsaka, ne glede na to, ali je diplomirana, srednja ali višja.

V zdravstvu smo vsi povezani, tako zaposleni kot pacienti. Ključ do uspešnega dela je znanje in delavnost, ki ju pridobimo v šoli ter primeren odnos, ki ga ob izobraževanju in delu z ljudmi veliko bolje razvijamo.

LITERATURA

1. Banovac, Ž. (2007). Problematika zaposlovanja tehnikov zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana (Diplomsko delo). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede. Pridobljeno 5. 3. 2017, s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=6151>.
2. Fink, A. in Kobilšek, P. V. (2014). Osnove zdravstvene nege. Učbenik za modul zdravstvena nega v izobraževalnem programu Zdravstvena nega. Ljubljana: Grafenauer.
3. Mohar, S. (2016). Pridobivanje znanja v zdravstvu in paliativna oskrba. Magistrska naloga. Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije, magistrski študijski program 2. stopnje Management znanja. Celje. Pridobljeno 6. 3. 2017, s https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=raziskave+na+podro%C4%8Dju+zdravstvene+nege+in+oskrbe&start=10&*.
4. Šket, B. (2013). Vpliv znanja zaposlenih v zdravstveni negi na zadovoljstvo na delovnem mestu (Magistrska naloga). Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije. Pridobljeno 5. 3. 2017, s https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=zaposleni+v+zdravstveni+negi+in+oskrbi,+diplomsko+delo&start=10&*.
5. Terbuc, K. (2013). Paliativna zdravstvena nega (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, diplomsko delo. Pridobljeno 12. 12. 2020, s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=55882>.
6. Urbančič, K. (1996). Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. Obzornik zdravstvene nege, 30 (1/2), 21–28. Pridobljeno 13. 2. 2017, s <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1996.30.1.21>.

7. Verčko Pernat, S., Kisner, N., Rozman, M. in Klasinc, M. (2003). Zdravstvena nega 1. Učbenik za predmet zdravstvena nega v programu tehnik zdravstvene nege za 1. letnik srednje zdravstvene šole. Maribor: Obzorja.

Vpliv ukrepov preprečevanja okužb s covid-19 na življenje stanovalcev v domu za starejše

UDK 364-54-053.9+616.9

KLJUČNE BESEDE: koronavirus, covid-19, starostnik, dom za starejše

POVZETEK - Nalezljiva bolezen covid-19 je aktualna tema v svetovnem merilu. Najranljivejša skupina prebivalstva so starejši. Domovi za starejše so prepoznani za žarišča širjenja okužb, zato so sprejeli ukrepe za preprečevanje okužb s koronavirusom, tudi prepoved in omejitve obiskov. Ugotavljali smo, ali so v prvem valu bolezni stanovalci spremljali novice o koronavirusu, na kakšen način so ohranjali stike s svojci ter katere organizirane aktivnosti, ki se v času pandemije niso izvajale, so najbolj pogrešali. Podatke smo zbirali s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika, na katerega je v mesecu avgustu 2020 odgovorilo 48 stanovalcev Doma starejših občanov Ljubljana Vič Rudnik, enota Bokalce. Ena od anketiranih stanovalcev je v času pandemije odšla v domače okolje. 40 stanovalcev je v času pandemije spremljalo novice o širjenju bolezni, največ preko televizije in radia. V obdobju prepovedi obiskov je 45 stanovalcev imelo stike s svojci, največ preko telefona. Najbolj so pogrešali fizični stik s svojci, aktivnosti fizioterapije in delovne terapije ter prireditve. V času samoizolacije si je največ stanovalcev zapolnilo dan ob gledanju televizije in z branjem. Rezultati raziskave so pokazali, da je večina stanovalcev spremljala novice o širjenju bolezni, za stike s svojci pa le posamezniki uporabljajo sodobne tehnologije in socialna omrežja. Stanovalcem so najpomembnejši fizični stiki s svojci, kar so v času prepovedi obiskov tudi najbolj pogrešali.

UDC 364-54-053.9+616.9

KEYWORDS: coronavirus, covid-19, elderly, nursing home

ABSTRACT - Infectious disease covid-19 is a trending topic worldwide. The most vulnerable group of the population are the elderly, so measures have been taken to prevent coronavirus infections, including a ban and restrictions on visits. We determined whether the residents followed the news about the coronavirus in the first wave of the disease, how they kept in touch with the relatives and which organized activities that were not carried out during the pandemic were most missed. Data was collected with the help of an anonymous survey questionnaire, which was answered by 48 residents of DSO Ljubljana Vič Rudnik, Bokalce unit in August 2020. One of the surveyed residents went to the home environment during the pandemic. 40 residents followed the news of the spread of the disease, mostly on television and radio. During the ban on visits, 45 residents had contact with their relatives mostly by phone. They missed physical contact with relatives the most, they also missed physiotherapy and occupational therapy activities and events. During the period of self-isolation, most residents filled their day watching television and reading. Most residents followed the news about the spread of the disease and only few individuals used modern technologies and social networks to keep in touch with their relatives. Physical contact with relatives is the most important thing to nursing home residents.

1 Uvod

Nalezljive bolezni so že od nekdaj predstavljale enega izmed najpogostejših vzrokov obolevnosti in umrljivosti, tako je tudi danes. Velik izziv na področju obvladovanja nalezljivih bolezni predstavlja nenehno hitro genetsko spreminjanje mikroorganizmov, kar omogoča nepredvidljivo porajanje novih, bolj patogenih bakterij in virusov. Postavljeni smo tudi pred izzive, ki jih prinaša naraščajoča odpornost proti antibiotikom, vedno številčnejša starejša

populacija, naraščajoče število okužb imunsko pomanjkljivih oseb, porast bolnišničnih okužb, migracijski toki in drugo (Nalezljive bolezni, 2016, b.s.).

Danes se svet sooča z novo nalezljivo boleznijo covid-19, ki jo povzroča nedavno odkriti sev koronavirusa SARS-CoV-2. Do prvega zaznanega izbruha tega virusa in bolezni je prišlo decembra 2019 v Wuhanu na Kitajskem (Coronavirus disease, 2020, b.s.), kasneje pa se je bolezen razširila po svetu. Pri večini okuženih z virusom covid-19 se pojavijo blage do zmerne bolezni dihal (Coronavirus, b. d.). Najpogostejši simptomi so vročina, suh kašelj in utrujenost. Drugi, manj pogosti simptomi pa so tudi bolečine, glavobol, izcedki iz nosu, vnetje očesne veznice, vneto grlo, driska, izguba okusa ali vonja. Ti simptomi so običajno blagi in se začnejo postopoma, pri nekaterih okuženih prepoznamo le zelo blage simptome. (Coronavirus disease, 2020, b.s.). Pri večini okuženih poteka okrevanje brez potrebnega bolnišničnega zdravljenja (približno 80 %). Resnejši zapleti bolezni se pogosteje pojavljajo pri starejših in ljudeh z drugimi zdravstvenimi težavami in boleznimi, kot so srčno-žilne bolezni, diabetes, kronične bolezni dihal in rakava obolenja (Coronavirus, b. d.). Bolezen se širi kapljično in kontaktno, z majhnimi kapljicami iz nosu in ust. Kapljice, okužene z virusom, lahko vdahnemo ali jih preko dotika različnih predmetov in površin vnesemo v svoje telo in se pri tem okužimo (Coronavirus disease, 2020, b.s.). Da bi omejili širjenje okužbe s covid-19 je Nacionalni inštitut za javno zdravje izdal priporočila, ki nam priporočajo izogibanje tesnim stikom z ljudmi s priporočeno varnostno razdaljo vsaj 1,5 metra, pogosto in temeljito umivanje rok z vodo in milom, po potrebi tudi razkuževanje, ne dotikamo se nosu, oči ter ust, upoštevamo higieno kašlja, izogibamo se zaprtim prostorom, prostore redno zračimo, v primeru obolelosti ostanemo doma in pokličemo osebnega zdravnika, redno spremljamo aktualne novice iz zanesljivih virov ter se ravnamo po priporočilih zdravstvene stroke (Kaj lahko storim, b. d.). Za uspešno preprečevanje in upočasnitev prenosa bolezni je torej potrebna dobra obveščenost o bolezni (Coronavirus, b. d.).

Tako kot po svetu so tudi v Sloveniji mediji poročali o izzivih omejevanja širjenja koronavirusa med stanovalci domov za starejše, ki naj bi predstavljali žarišča novega koronavirusa. Domovi za starejše so ustanove za institucionalno varstvo starejših in so namenjeni odpravljanju osebnih stisk in težav starejših od 65 let dalje in drugih oseb, ki zaradi bolezni, starosti ali drugih razlogov ne morejo živeti doma. Domovi za starejše tako nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine z nudenjem bivanja, organizirane prehrane, varstva in zdravstvenega varstva (Splošno o domovih, b.d.).

Populacija starejših, ki biva v domovih za starejše, je zaradi pridruženih osnovnih obolenj še toliko bolj življenjsko ogrožena v primeru okužbe s koronavirusom. Zaradi naraščajočega števila okuženih s koronavirusom v Sloveniji in zaradi varovanja zdravja stanovalcev je Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti 6. marca 2020 pozvalo vse izvajalce institucionalnega varstva starejših, da začnejo izvajati programe preprečevanja in obvladovanja širjenja okužb, ter da nemudoma sprejmejo ukrep popolne prepovedi obiskov v domovih za starejše. Ustrezno ukrepanje je primarna skrb, naloga in obveza vseh izvajalcev storitev za starejše s ciljem zaščite zdravja uporabnikov (Popolna prepoved obiskov, 2020). Skupnost socialnih zavodov Slovenije opozarja, da izvajalci institucionalnega varstva starejših nimajo enotnih in jasnih navodil, nov pojav okužb s koronavirusom v domovih za starejše pa smo pričakali brez sistemske ureditve, ki bi zagotavljala nujno potrebno hitro osamitev vseh obolelih stanovalk in stanovalcev izven doma. V Skupnosti dodajajo, da Ministrstvo za zdravje kljub nenehnim opozorilom, da večina domov nima niti osnovnih prostorskih, tehničnih, kadrovskih in drugih virov ter pogojev za izvajanje popolne osamitve, ni zagotovilo ustrezne lokacije ali več lokacij za osamitev izven domov za starejše, od slednjih pa še naprej zahteva vzpostavitev treh ločenih con, kar pa v večini primerov ni izvedljivo (Ob novih okužbah, 2020). Na Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti zagotavljajo, da skupaj z

Ministrstvom za zdravje še vedno iščejo oziroma preučujejo rešitve, ki bi bile za stanovalce domov najboljše. Ministrstvi sta predlagali možnosti, da bi za okužene stanovalce zagotovili mobilne enote in jih tako ločili od neokuženih stanovalcev, domovom, kjer bi se okužbe pojavile, bi pomagali z zagotavljanjem zaščitne opreme, za zagotavljanje kadrovske problematike pa naj bi namenili dodatna sredstva (Domovi za starejše, 2020).

Na Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti pravijo, da večina stisk, s katerimi se danes srečujejo domovi in na kar opozarja tudi Skupnost socialnih zavodov Slovenije, kot tudi nekatere nevladne organizacije, med njimi tudi Srebrna nit, izhaja iz dejstva, da je stanje v domovih za starejše posledica več kot 15-letnega zanemarjanja tega področja, zaradi česar je v domovih nastala kadrovska in prostorska stiska. Poudarjajo, da je potrebno skupaj v ospredje postaviti in ščititi predvsem interese ljudi, interese posameznikov, ki potrebujejo domsko ali bolnišnično oskrbo. To je bila vseskozi osnovna skrb in bo tudi v prihodnje, saj je zdravje in varnost oskrbovancev in zaposlenih vselej na prvem mestu in pozivajo k dialogu v dobro vseh (Domovi za starejše, 2020).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako so obdobje razglašene pandemije covid-19 doživljali stanovalci Doma starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik, enota Bokalce, kjer so bile marca in aprila 2020 zaznane okužbe s koronavirusom med stanovalci in zaposlenimi. Ugotavljali smo, ali so v prvem valu bolezn stanovalci spremljali novice o koronavirusu ter preko katerih virov, ali je med stanovalci vladal strah pred okužbo in kako je potekal njihov dan v času samoosamitve v sobah ter katere organizirane aktivnosti, ki se v času pandemije niso izvajale, so najbolj pogrešali. Zaradi prepovedi obiskov med 6. marcem in 11. majem 2020 nas je zanimalo tudi, na kakšen način so ohranjali stike s svojci in prijatelji.

2 Metoda

V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodo dela s tehniko anketiranja. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz dveh sklopov vprašanj, in sicer smo v prvem sklopu ugotavljali sociodemografske značilnosti anketirancev, v drugem sklopu smo zastavili petnajst vprašanj, ki so se nanašala na raziskovalno temo. Pri zbiranju podatkov smo upoštevali vsa raziskovalna načela. Anketiranje je bilo izvedeno v mesecu avgustu 2020, nanj je odgovorilo 48 stanovalcev Doma starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik, enota Bokalce. Vsi so bili seznanjeni o namenu raziskave, sodelovanje je bilo prostovoljno in anonimno. Pred izvedbo empiričnega dela raziskave smo pregledali domače in tuje vire na temo koronavirusa ter priporočila in ukrepe za preprečevanje širjenja okužbe s covid-19.

3 Rezultati

Ena od 48 anketiranih stanovalcev je v času pandemije odšla v domače okolje, zato bodo v nadaljevanju predstavljeni rezultati 47 stanovalcev, ki so v času pandemije bivali v domu starejših, torej 8 stanovalcev ter 39 stanovalk. Povprečna starost med moškimi znaša 79,5 let, med ženskami 85,4 let, povprečna starost vseh anketiranih stanovalcev pa znaša 84,4 let. 15 anketiranih stanovalcev biva v enoposteljni sobi, 24 v dvoposteljni, 8 anketiranih stanovalcev pa v večposteljnih sobah. Moški v povprečju v Domu starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik, enota Bokalce bivajo 2,3 leta, ženske 3,8 let, povprečen čas bivanja vseh anketiranih stanovalcev pa znaša 3,6 leta.

40 anketiranih stanovalcev (33 žensk in 7 moških) je v času pandemije covid-19 redno spremljalo novice o širjenju bolezni, 6 stanovalcev (5 žensk in 1 moški) je novice spremljalo občasno, le ena stanovalka pa novic o covid-19 ni spremljala. Najpogostejši vir informacij je

predstavljala televizija, preko katere je novice spremljalo 38 anketiranih stanovalcev (31 žensk in 7 moških). Novice je 25 stanovalcev spremljalo tudi preko radia (20 žensk in 5 moških), 18 stanovalcev (16 žensk in 2 moška) je novice preko telefonskih klicev poiskalo pri svojcih, 11 stanovalcev (9 žensk in 2 moška) je prebiralo novice o covid-19 v časopisu, nekaj stanovalcev pa je novice pridobilo preko pogovora z zaposlenimi (5 stanovalcev), sostanovalci doma (3 stanovalci), uporabe interneta (3 stanovalci) in spremljanja obvestil na oglasni deski (2 stanovalca). 40 anketiranih stanovalcev uporablja lasten mobilni telefon (32 žensk in 8 moških), 28 stanovalcev ima v sobi radio, 23 televizijo, 4 izmed anketiranih stanovalcev (2 ženski in 2 moška) pa imajo svoj računalnik.

V času popolne prepovedi obiskov med 6. marcem in 11. majem 2020 je 45 anketiranih stanovalcev (37 žensk in 8 moških) ohranjalo stike s svojci in/ali prijatelji, najpogosteje preko telefonskih pogovorov (34 žensk in 6 moških), po en anketiranec pa je stike ohranjali tudi preko videoklica, elektronske pošte, klasične pošte in preko pogovora z balkona sobe. Na te načine je bilo 18 anketiranih stanovalcev (16 žensk in 2 moška) dnevno v stiku s svojci in/ali prijatelji, 2 stanovalki v tem obdobju nista imeli stikov. V obdobju po 11. maju 2020, ko so bili ponovno omogočeni fizični stiki ob upoštevanju priporočil za preprečevanje širjenja okužbe s COVID-19, ima 22 anketiranih stanovalcev (21 žensk in 1 moški) obisk 2x tedensko, 20 stanovalcev (15 žensk in 5 moških) ima obisk svojcev in/ali prijateljev 1x tedensko, ostali anketirani stanovalci pa imajo obiske redkeje, 1 stanovalka nima obiskov.

Zaradi preprečevanja širjenja okužb je bilo v domu starejših okrnjeno tudi družabno življenje, skupinske aktivnosti znotraj delovne terapije in fizioterapije. 36 anketiranih stanovalcev (30 žensk in 6 moških) je pogrešalo fizični stik s svojci, 29 stanovalcev (24 žensk in 5 moških) je pogrešalo aktivnosti delovne terapije, 20 stanovalcev (16 žensk in 4 moški) pa aktivnosti fizioterapije. 16 anketiranih je pogrešalo druženje med sostanovalci, 15 stanovalcev pa je pogrešalo obisk domske kavarnice. Nekaj stanovalcev je v času samoosamitve v sobi pogrešalo tudi obiske trgovin in drugih ustanov, uporabo kavomata, eden stanovalcev je izrazil željo po lastnem radiu, saj bi si s poslušanjem krajšal čas in se bolje informiral o bolezni covid-19.

Izmed organiziranih skupinskih aktivnosti, ki potekajo v okviru delovne terapije je 13 anketiranih stanovalcev (8 žensk in 5 moških) pogrešalo telovadbo, 11 stanovalk je pogrešalo kreativne aktivnosti, 8 (7 žensk in 1 moški) terapijo s pomočjo psa, nekaj anketiranih stanovalcev pa je izpostavilo tudi bralno-pogovorno skupino, trening za kognicijo, zeliščarske aktivnosti ter umetnostno zgodovino. Na področju družabnega življenja je 14 stanovalk pogrešalo prireditve, po ena stanovalka pa skupinsko praznovanje rojstnih dni ter branje s prostovoljko. Od ostalih aktivnosti je 12 anketiranih stanovalcev (9 žensk in 3 moški) pogrešalo mašo, 5 stanovalk je pogrešalo skupino starih ljudi za samopomoč, po 2 anketirana pa sta izpostavila molitveno skupino ter žoga-bend.

V času ohromitve družabnega življenja v domu starejših in samoosamitve stanovalcev po sobah je 27 anketiranih stanovalcev (21 žensk in 6 moških) več časa namenilo gledanju televizije, 26 stanovalcev (23 žensk in 3 moški) je bralo knjige, 13 (12 žensk in 1 moški) jih je pogosteje kot običajno poslušalo radio. 9 stanovalcev (6 žensk in 3 moški) je več časa izkoristilo za posedanje na balkonu sobe, po 7 stanovalcev pa je več časa namenilo tudi reševanju križank, ročnemu ustvarjanju ter sprehodom v senzornem parku doma. Manjše število anketiranih stanovalcev je več časa namenilo tudi pogovoru s sostanovalcem v sobi, uporabi računalnika, telefoniranju, telovadbi v sobi oziroma na balkonu sobe, barvanju pobarvank in molitvi.

V času pandemije je 26 (22 žensk in 4 moški) od 47-ih anketiranih stanovalcev doživljalo strah pred okužbo s covid-19. V času anketiranja (avgust 2020) je strah pred okužbo še vedno doživljajo 23 stanovalcev (19 žensk in 4 moški). Kot pglavitne razloge za doživljanje strahu pred okužbo s covid-19 pa je 11 anketiranih stanovalcev (11 žensk) izpostavilo strah pred

potekom bolezni, 5 stanovalcev (3 ženske in 2 moška) se boji izolacije in onemogočenih stikov, 4 stanovanke se bojijo odvisnosti od tuje pomoči. 2 stanovalca (1 ženska in 1 moški) se bojita smrti kot posledice okužbe s covid-19, po en anketiranec pa je izpostavil strah pred hospitalizacijo ali diskriminacijo zaradi okužbe. Kot najverjetnejšo možnost okužbe 24 stanovalcev (18 žensk in 6 moških) vidi v obisku zunanjih ustanov, kot so obisk trgovin ali zdravniški pregled, 22 stanovalcev (20 žensk in 2 moška) meni, da bi se lahko okužili preko zaposlenih, 8 stanovalcev (7 žensk in 1 moški) pa meni, da bi se lahko okužili preko obiskovalcev.

Vsi anketirani stanovalci menijo, da bo koronavirus prinesel spremembe življenja v domu starejših. 35 stanovalcev meni, da bomo tudi v prihodnje morali upoštevati priporočila za preprečevanje okužb s covid-19, 18 stanovalcev predvideva, da bo manj druženja, število prireditev bo upadlo, obiski pa bodo potekali pod posebnimi pogoji. 4 stanovalci menijo, da bo zdravstvena kriza prešla v gospodarsko krizo, kar bo vplivalo na življenje v domu starejših. 2 stanovalca sta v obdobju pandemije dobila občutek manjvrednosti starostnikov, ki bivajo v domovih za starejše, saj se jih glede na sprejem v bolnišnico ob okužbi s covid-19 obravnava drugače kot preostale državljane. 2 stanovalca menita, da jih je čas koronavirusa zblížal z domačimi, saj čas, ki jim je na razpolago za fizične stike preživijo kakovostnejše, odnosi so pristnejši.

4 Razprava

Nalezljiva bolezen covid-19, ki je bila odkrita decembra 2019 na Kitajskem se je hitro razširila po vsem svetu. Skupnost socialnih zavodov Slovenije je ob mednarodnem dnevu starejših, ki ga obeležujemo 1. oktobra, opozorila na posledice pandemije koronavirusa za zdravje, počutje in blagostanje, ki je prizadela vse ljudi, največje breme koronavirusa pa nosijo starejši. Ob občutno višjemu tveganju za resen potek bolezni se starejši v večji meri kot ostali soočajo še s številnimi manj vidnimi učinki pandemije, kot so nižja kakovost življenja, otežen dostop do zdravstvenih storitev, poslabšanje počutja in duševnega zdravja, osamljenost in zapostavljenost ter tudi stigmatizacija (Pandemija razgalila posledice, 2020).

Koronavirusna bolezen je v obdobju pandemije (pomlad 2020) močno vplivala na življenje in delo v domovih za starejše, še posebno v tistih, kjer se je med stanovalci in zaposlenimi pojavila okužba s covid-19. Okužbe so bile v prvem valu bolezni zaznane tudi v Domu starejših Ljubljana Vič-Rudnik, enota Bokalce. Z doslednim upoštevanjem ukrepov in priporočil za preprečevanje širjenja okužbe, z reorganizacijo dela, pomočjo zunanjih sodelavcev, močno voljo, solidarnostjo in optimizmom zaposlenih in stanovalcev ter vzpodbudo svojcev in ostalih je bilo nadaljnje širjenje zajezeno in premagano.

Okužbe s koronavirusom so v izbranem domu med zaposlenimi in svojci sprožile nešteto vprašanj. S pomočjo raziskave smo ugotavljali ali so stanovalci doma starejših spremljali novice o koronavirusu ter preko katerih virov, ali so okužbe med stanovalci povzročale strah, kako so preživljali čas samoosamitve v sobah ter na kakšen način so ohranjali stik s svojci.

Raziskava, ki je bila izvedena avgusta 2020 med 48 stanovalci Doma starejših Ljubljana Vič-Rudnik, enota Bokalce je pokazala, da je večina stanovalcev v obdobju pandemije (pomlad 2020) redno spremljala novice o koronavirusu, najpogosteje preko televizije, radia ter telefonskih klicev s sorodniki in prijatelji. Telefonski pogovori so predstavljali tudi glavni stik stanovalcev s svojci in/ali prijatelji v času prepovedi obiskov, kar so stanovalci v času samoosamitve po sobah poleg aktivnosti delovne terapije, fizioterapije, druženja s sostanovalci, obiska domske kavarnice in udeležbe na prireditvah tudi najbolj pogrešali. V tem obdobju so anketirani stanovalci več časa namenili gledanju televizije, branju, poslušanju radia, reševanju

križank, ročnemu ustvarjanju ter sprehodom. Stanovalci so izpostavili pomen balkona, na katerem so lahko preživljali čas.

Kar polovica stanovalcev doživlja strah pred okužbo s covid-19, kot razlog strahu pa so najpogosteje izpostavili potek bolezni, izolacijo in onemogočanje stikov ter odvisnost od tuje pomoči.

S pomočjo rezultatov raziskave ugotavljamo, da je zagotavljanje fizičnih stikov stanovalcev in njihovih svojcev ter redno izvajanje delovno-terapevtskih in fizioterapevtskih programov ključnega pomena pri ohranjanju kakovosti bivanja v domovih za starejše. V prihodnje bi bilo dobro s podobnimi raziskavami spremljati, ali je strah pred okužbo s koronavirusom med stanovalci še vedno navzoč ter jim po potrebi nuditi redno psihološko pomoč. Zavedamo se, da je bila raziskava opravljena na majhnem vzorcu, zato bi bilo dobro raziskavo opraviti z večjim številom stanovalcev, ki bivajo v različnih domovih za starejše po celotni Sloveniji.

Vsi anketirani stanovalci menijo, da bo pandemija pustila trajne posledice, tudi na življenje in kakovost bivanja v domovih za starejše. Večina jih meni, da bo potrebno tudi v prihodnje dosledno upoštevati priporočila za preprečevanje okužb. Lapanje (2020) poudarja, da je kriza epidemije koronavirusa spremenila svet, posegla je na vsa področja našega življenja, Skupnost socialnih zavodov (Pandemija razgalila posledice, 2020) pa poudarja pomembnost upoštevanja vseh preventivnih ukrepov ter poziva vse prebivalke in prebivalce k doslednemu upoštevanju le-teh. Le s skupnim odgovornim ravnanjem bomo lahko kot družba, ki dejansko ceni bogat prispevek starejših k družbenemu razvoju, raznolikosti in kakovosti življenja, v kar največji možni meri zaščitili vse ranljive skupine, med katere sodijo tudi starejši.

LITERATURA

1. Coronavirus disease (covid-19). (17. 4. 2020). World Health Organization. Pridobljeno, s <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>.
2. Coronavirus. (b. d.). World Health Organization. Pridobljeno, s https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
3. Domovi za starejše ostajajo naša glavna skrb. (31. 7. 2020). Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Pridobljeno, s <https://www.gov.si/novice/2020-07-31-domovi-za-starejse-ostajajo-nasa-glavna-skrb/>.
4. Kaj lahko storim, da preprečim širjenje novega koronavirusa SARS-CoV-2019. (b.d.). Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno, s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/plakat_navodila_prepreditev-sirjenja.pdf.
5. Lapanje, M. (2020). Krizno upravljanje in vloga izvajalcev nalog zaščite in reševanja v času epidemije novega koronavirusa SARS-CoV-2 v Sloveniji (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Mariboru. Fakulteta za varnostne vede.
6. Nalezljive bolezni so še vedno eden izmed najpogostejših vzrokov obolevnosti in umrljivosti. (14. 10. 2016). Slovensko zdravniško društvo. Pridobljeno, s <https://www.szd.si/nalezljive-bolezni-so-se-vedno-eden-izmed-najpogostejših-vzrokov-obolevnosti-in-umrljivosti/>.
7. Ob novih okužbah s koronavirusom brez systemske ureditve, skladne z zakonodajo, in brez lokacij za osamitev obolelih izven domov za starejše. (6. 7. 2020). Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Pridobljeno, s <http://www.ssz-slo.si/ob-novih-okuzbah-s-koronavirusom-brez-systemske-ureditve-skladne-z-zakonodajo-in-brez-lokacij-za-osamitev-oboelih-izven-domov-za-starejse/>.
8. Pandemija razgalila posledice dolgoletnega zanemarjanja skrbi za starejše v Sloveniji. (30. 9. 2020). Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Pridobljeno, s <http://www.ssz-slo.si/pandemija-razgalila-posledice-dolgoletnega-zanemarjanja-skrbi-za-starejse-v-sloveniji/>.
9. Popolna prepoved obiskov v domovih za starejše. (6. 3. 2020). Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno, s <https://www.gov.si/novice/2020-03-06-popolna-prepoved-obiskov-v-domovih-za-starejse/>.

9. Popolna prepoved obiskov v domovih za starejše. (6. 3. 2020). Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno, s <https://www.gov.si/novice/2020-03-06-popolna-prepoved-obiskov-v-domovih-za-starejse/>.
10. Splošno o domovih za starejše. (b.d.). Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Pridobljeno, s <http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih/>.

Vpliv uporabe informacijsko komunikacijske tehnologije na vsakodnevno življenje mladih

UDK 659.23:004-053.6

KLJUČNE BESEDE: mladi, informacijsko komunikacijska tehnologija, medsebojni odnosi, vsakodnevno življenje, zasvojenost

POVZETEK - Elektronski ali digitalni mediji dandanes v vseh svojih oblikah vplivajo na vsakodnevne izkušnje mladostnikov oziroma že otrok in s tem igrajo pomembno vlogo pri razvoju. Veliko otrok in mladostnikov digitalne medije uporablja prekomerno, kar lahko vodi k nenadzorovani uporabi in posledično zasvojenosti. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako informacijsko komunikacijska tehnologija vpliva na vsakodnevno življenje mladih oziroma na njihove medsebojne odnose in kakšne so razlike med študenti in dijaki glede vpliva informacijsko komunikacijske tehnologije na vsakodnevno življenje mladih. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Kot instrument za raziskavo smo uporabili vprašalnik. V raziskavo so bili vključeni vsi študenti rednega študija Univerze v Novem mestu, Fakultete za zdravstvene vede (UNM FZV) in dijaki ene izmed srednjih šol v Ljubljani. Spletno anketiranje za študente UNM FZV je potekalo marca 2019, na srednji šoli pa smo anketiranje dijakov izvedli v fizični obliki junija 2019. V raziskavi je sodelovalo 427 anketirancev. Ugotovili smo, da imajo mladi igranje iger in uporabo interneta pod nadzorom. Čas, ki ga preživijo ob igranju iger in uporabi interneta, bistveno ne vpliva na njihovo vsakodnevno življenje, saj zaradi igranja ne zapostavljajo in zanemarjajo osnovnih življenjskih potreb in hobijev, prav tako se zaradi igranja iger in uporabe interneta njihova učna/delovna uspešnost ni znižala in je ne zanemarjajo.

UDC 659.23:004-053.6

KEYWORDS: youth, information and communication technology, interpersonal relationships, everyday life, addiction

ABSTRACT - Today, electronic or digital media in all their forms influence the daily experiences of young people or children and thus play an important role in their development. Many children and young people overuse digital media, which can lead to uncontrolled use and, as a consequence, to addiction. The aim of the research was to find out how information and communication technology affects the daily life of young people or their relationships and what the differences between students are regarding the impact of information and communication technology on young people's daily lives. The research was based on a quantitative working method. We used a questionnaire as a research tool. All full-time students of the University of Novo mesto, the Faculty of Health sciences (UNM FZV) and students of one of the secondary schools in Ljubljana were included in the research. An online survey for students of UNM FZV was conducted in March 2019, and at the secondary school we conducted a survey of students in a physical form in June 2019. The survey involved 427 respondents. We found out that young people are in control of playing games and using the Internet. The time they spend playing games and using the Internet does not have a significant impact on their daily lives, as they do not neglect the basic necessities and hobbies. Playing games and using the Internet also don't decrease their learning/work performance, which are not neglected in any way.

1 Teoretična izhodišča

Vpliv tehnike na naše življenje se je povečal z razvojem sodobne digitalne tehnologije, ki posega na vsa področja našega življenja. Razmah svetovnega spleta je omogočil povezavo različnih računalnikov med seboj in s tem ustvarjanje digitalnega oz. virtualnega sveta. Z razvojem mobilnih telefonov in tablic pa je zagotovljena možnost stalne prisotnosti v

digitalnem svetu (Globokar, 2019, str. 12). Večina mladih je priključenih na družabna omrežja, ki omogočajo, da so nenehno povezani s svojimi prijatelji, da objavljajo dogodke iz svojega življenja, svoje ideje, misli, fotografske utrinke, delijo izkušnje, vzpostavljajo nove prijateljske vezi, da so informirani o vseh stvareh, ki jih zanimajo, da lahko posežejo po različnih oblikah zabave, da lahko igrajo igrice in tekmujejo z ljudmi z vsega sveta, da gledajo filme, poslušajo glasbo (Globokar, 2019, str. 13).

Elektronski ali digitalni mediji dandanes v vseh svojih oblikah vplivajo na vsakodnevne izkušnje mladostnikov oziroma že otrok in s tem igrajo pomembno vlogo pri razvoju. V začetkih pojava televizije, računalnika in družbenih medijev so starejše generacije s strahom in negativno gledale nanje. Z leti so jih začele pozitivno sprejemati, saj so uvidele, da lahko zmerna in varna uporaba medijev otrokom celo koristi. Veliko otrok in mladostnikov digitalne medije uporablja prekomerno, kar lahko vodi k nenadzorovani uporabi in posledično zasvojenosti. Zasvojenost ima velik vpliv na več področij posameznikovega življenja. Vplivi se pojavijo na družbenem, zdravstvenem in čustvenem področju. Pod težo zasvojenosti se postopoma začne spreminjati stil oblačenja, komunikacije. Zasvojeni spreminja odnos do sebe, bližnjih in tudi zunanjega sveta (Gold, 2015, str. 45; Kramli, 2010, v Kramli, Spazzapan in Kunčič, 2010, str. 3; Repa, 2010, str. 22). Socialne posledice zasvojenosti se pokažejo najprej v ožji družini, v odnosih, za katere je značilna ljubezen in navezanost (Rozman, 2013, str. 41).

Otroci so najbolj ranljivi uporabniki zaslonskih naprav, saj še niso dovolj zreli, da bi zmogli sami ustrezno presojati, koliko časa bodo prebili pred zasloni. Prav tako še niso dovolj kritični do resničnosti informacij in kakovosti vsebin, ki jih gledajo, prebirajo in poslušajo. Velikokrat se niti starši ne zavedajo škodljive izpostavljenosti medijsko intenzivnemu okolju. In ne nazadnje nas mora skrbeti sama bližina elektronskih naprav zaradi škodljivega elektromagnetnega sevanja. Dandanes trditev, da se mladi učijo od starejših, žal ne drži več. V dobi digitalne tehnologije so njihov najljubši učitelj elektronski mediji. Alarmantna statistika in rezultati raziskav nas opozarjajo, da preživljanje časa pred zasloni postaja vse večji javnozdravstveni problem (Praprotnik, 2017, str. 33). Mladostniki danes živijo popolnoma drugačno življenje, kakršnega do danes sploh nismo poznali. Družbene spremembe sta nam prinesla predvsem razvoj tehnologije, podaljšano izobraževanje in s tem svojevrstne oblike vedenja ter drugačen stil življenja mladostnikov. Uporaba mobilne tehnologije in interneta je obnorela svet, še najbolj pa mladostnike, in tako lahko na nek način zapišemo, da mladostniki danes živijo dvojno življenje, eno življenje v realnem svetu, drugo življenje pa v virtualnem svetu. Glede na čas in na število uporabnikov bi lahko rekli, da so mladostniki na nek način celo zasvojeni z novo tehnologijo (Kolander, 2012, str. 14).

Zaslonski mediji posredno, a uspešno uničujejo tudi navezanost, pripadnost in empatičnost med družinskimi člani. Prosti čas, ki je bil včasih rezerviran za druženje, je zamenjalo ukvarjanje z zasloni. Starši nimajo časa ali pa sami niso dovolj osveščeni glede rabe zaslonske tehnologije. Drugi starši mogoče nimajo dovolj starševskega občutka za vzgajanje svojih potomcev. Tretji morda nimajo možnosti ali volje zaradi težkih življenjskih izkušenj. Otroci niso navajeni na preživljanje prostega časa skupaj s starši in sorojenci, zato ne čutijo potrebe po navezanosti, zaupnosti, toplini in niso sposobni empatije. Čas, ki ga družinski člani preživijo na internetu, skrajšuje ali popolnoma izničuje čas, ki bi ga sicer preživeli drug z drugim (Praprotnik, 2017, str. 34). Zaslonski napoli praznino – praznino odnosov, družine in bližine, praznino življenja, dela in igre. Lahko bi dejali, da so zaslonski postali največji tatovi naših odnosov in naših življenj. Tudi v svetu odraslih je na žalost velikokrat podobna zgodba. Zaslonski so pravzaprav postali vzporedni svet, kamor se pobegne pred tem svetom in realnim življenjem. Zaslonski so za mnoge postali edini vir zabave in sprostitve. Vsak pobeg od življenja pa vodi v odvisnost (Kristovič, 2019, str. 10).

2 Metoda

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako informacijsko komunikacijska tehnologija vpliva na vsakodnevno življenje mladih, na njihove medsebojne odnose oziroma kakšne so razlike med študenti in dijaki glede vpliva informacijsko komunikacijske tehnologije na njihovo vsakodnevno življenje in ali njihova uporaba povzroča zasvojenost pri mladih. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Primarni podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko anketiranja. Za potrebe teoretičnega dela smo uporabili strokovno in znanstveno literaturo, ki smo jo pridobili s pomočjo mednarodnih podatkovnih baz s področja zasvojenosti (bibliografske baze podatkov, PubMed, CINAHL, Cobiss). Kot instrument za raziskavo smo uporabili vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda tuje in domače literature (Rozman, 2013; Repa, 2010; LOGOUT Center pomoči pri prekomerni uporabi interneta, b.d.; Livingstone, Haddon, Görzig in Ólafsson, 2011; Sekhon, 2018; Bányai idr., 2017, Kramli, Spazzapan in Kunčič, 2010). Vprašalnik vsebuje vprašanja zaprtega tipa in dve Likertovi lestvici, kjer so anketiranci odgovarjali na zastavljene trditve. Prvi sklop vprašanj vsebuje demografske podatke (spol, starost, tip družine, sorojenci). V drugem sklopu se vprašanja nanašajo na uporabo informacijske komunikacijske tehnologije (igranje video igrice in uporabo interneta) na vsakodnevno življenje mladih in njihove medsebojne odnose. V prvi del raziskave so bili vključeni vsi študenti rednega študija Univerze v Novem mestu, Fakultete za zdravstvene vede (UNM FZV). V drugi del raziskave smo za primerjavo njenih rezultatov vključili tudi dijake ene izmed srednjih šol v Ljubljani. Predviden raziskovalni vzorec je bil okrog 200 študentov in 200 dijakov. Pričakovali smo vsaj 80 % realizacijo vzorca. Za zbiranje podatkov smo v prvem delu uporabili spletno anketiranje za študente UNM FZV. Potekalo je preko aplikacije za spletno anketiranje na domeni www.1ka.si marca 2019. Na srednji šoli je bilo anketiranje dijakov izvedeno v fizični obliki junija 2019. Pridobili smo soglasji obeh ustanov. Zagotovili smo anonimno in prostovoljno anketiranje. Zbrane podatke smo računalniško obdelani s programom Microsoft Office Excel, ugotovitve pa zapisali v razpravi in zaključku. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov smo upoštevali etična načela raziskovanja.

3 Rezultati

V anketi je sodelovalo 427 anketirancev, od tega je bilo 186 (44 %) študentov in 241 (56 %) dijakov. Anketiranih je bilo 71 (17 %) moških in 356 (83 %) žensk. Stari do 18 let so bili 4 (2 %) študenti, 76 (41 %) študentov je starih med 18 in 20 let, 94 (51 %) anketiranih študentov je starih med 21 in 25 let, v četrto starostno skupino, ki šteje 26 let in več, pa se je uvrstilo 11 (6 %) študentov. Dijaki so se glede na starost razvrstili v šest starostnih skupin. 15 in 16 let je starih 80 (33 %) dijakov, 137 (57 %) dijakov je starih 17 in 18 let, 25 (10 %) dijakov pa sodi v starostno skupino 19 in 20 let. Več kot 20 let ni star nihče od dijakov. Dvostarševsko družino ima 359 (84 %) anketirancev. Sledi enostarševska družina, v kateri živi 45 (11 %) anketirancev. Rekonstruirano ali razširjeno družino ima 22 (5 %) anketirancev. Edincev je 20 (11 %) anketirancev, 132 (71 %) ima enega ali dva sorojenca in 32 (17 %) ima tri sorojence ali več. Anketiranci imajo precej vsakodnevnih obveznosti. Vsakodnevno doma pospravlja 389 (93 %) anketirancev, 347 (81 %) jih pomiva posodo, 282 (66 %) anketirancev kuha, 280 (66 %) jih obeša in zлага perilo, 146 (34 %) jih lika, pomoč starejšim pa nudi 118 (28 %) anketirancev. Tem dejavnostim sledi varstvo mlajših sorojencev, kar vsakodnevno opravlja 111 (26 %) anketirancev. 89 (21 %) anketirancev vrtnari, 87 (20 %) jih uči sorojence in 78 (18 %) jih pomaga na kmetiji. 142 (33 %) anketirancev vsakodnevna zgoraj navedena opravila opravlja približno dve uri na dan. 135 (32 %) anketirancev za vsakodnevna opravila porabi eno uro na dan, v pol ure vsakodnevna opravila opravi 62 (15 %) anketirancev, tri ure si za opravila vzame

59 (14 %) anketirancev. V petih urah opravila opravi 7 (2 %) anketirancev, enemu anketiranemu pa ta opravila dnevno vzamejo tudi sedem ur ali več.

Rezultati kažejo, da se mladi (študenti in dijaki) s trditvami, da igranje iger vpliva na njihovo vsakodnevno življenje, ne strinjajo, saj so povprečne vrednosti manjše od 3,5. Mladi se tako ne strinjajo s trditvami »Prehranjujem se pred računalnikom / napravo« ($\bar{x} = 2$; $\sigma = 1,3$), »Zgodi se mi, da igram več časa, kot sem sprva nameraval/a« ($\bar{x} = 1,9$; $\sigma = 1,3$), »Uporaba spletnih iger me sprošča« ($\bar{x} = 1,8$; $\sigma = 1,2$), »Ko lahko končno spet igram, se razveselim« ($\bar{x} = 1,7$; $\sigma = 1,0$), »Zaradi igranja zapostavljam osnovne življenjske potrebe (spanje, hranjenje, spolnost)« ($\bar{x} = 1,6$; $\sigma = 1,0$) in »Zaradi igranje trpi moja učna/delovna uspešnost« ($\bar{x} = 1,6$; $\sigma = 1,0$). Še slabše je strinjanje s trditvami »O igri in nalogah razmišljam tudi, kadar ne igram«, »Zanemarjam svoje hobije« ($\bar{x} = 1,5$; $\sigma = 0,9$), »Če mi želi kdo preprečiti igranje, postanem slabe volje in nemiren/na«, »Kadar mi gre vse narobe, več igram« ($\bar{x} = 1,4$; $\sigma = 0,9$), »Uporaba spletnih iger mi pomeni najpomembnejšo zabavo« in »Menim, da sem zasvojen/a z uporabo spletnih iger« ($\bar{x} = 1,3$; $\sigma = 0,7$). Rezultati trditev še kažejo, da ni bistvenih razlik med dijaki in študenti.

Zelo slabo je strinjanje mladih s trditvami, da igranje iger vpliva na njihove medsebojne odnose, in sicer »Odkar več igram, imam manj časa za prijatelje« ($\bar{x} = 1,5$; $\sigma = 0,9$), »Zaradi igranja prihajam v konflikte z drugimi«, » Če bi ukinit/a spletne igre, bi bilo moje družabno življenje zelo okrnjeno« ($\bar{x} = 1,4$; $\sigma = 0,8$) ter »Ostalim prikrivam čas igranja iger« ($\bar{x} = 1,3$; $\sigma = 0,7$).

Glede trditev, povezanih z uporabo interneta in vplivom na vsakodnevno življenje mladih, se mladi najbolj strinjajo s trditvijo »Lahko bi se odpovedal/a uporabi družbenih omrežij« ($\bar{x} = 3,3$; $\sigma = 1,2$) oziroma so skoraj neopredeljeni. V nadaljevanju rezultati pokažejo, da se mladi s trditvami ne strinjajo, saj so vse povprečne vrednosti pod 3,5. Slabše je tako strinjanje s trditvama »Po internetu brskam brez razloga« in »Zgodi se, da med iskanjem konkretnih informacij pozabim, kaj sem iskal, in spremljam čisto nekaj drugega« ($\bar{x} = 2,9$; $\sigma = 1,3$). Ne strinjajo se tudi s trditvami »Sem neprespan« ($\bar{x} = 2,5$; $\sigma = 1,5$), »Življenje brez interneta se mi zdi dolgočasno« ($\bar{x} = 2,5$; $\sigma = 1,2$), »Kadar nimam dostopa do interneta, se vznemirim« ($\bar{x} = 2,2$; $\sigma = 1,2$), »Menim, da sem zasvojen/a z uporabo družbenih omrežij« ($\bar{x} = 2,2$; $\sigma = 1,1$), dalje »Uporaba spletnih omrežij mi vzame toliko časa, da zaradi tega zanemarjam svoje študijske obveznosti« ($\bar{x} = 2,1$; $\sigma = 1,2$), »Kadar se mi zgodi kaj neprijetnega, se zatečem k internetu« ($\bar{x} = 2,0$; $\sigma = 1,1$) in »Postanem nemiren/a in razdražljiv/a, če me kdo moti med dejavnostmi na internetu« ($\bar{x} = 1,8$; $\sigma = 1,1$). Pri trditvah »Na internetu ostajam dlje, kot je bilo načrtovano« ($\bar{x} = 2,9$; $\sigma = 1,2$), »Uporaba spletnih družbenih omrežij me sprošča« ($\bar{x} = 2,7$; $\sigma = 1,3$), »Svoj prosti čas preživljam na internetu ali v družbi mobilne naprave« ($\bar{x} = 2,8$; $\sigma = 1,2$) in »Moja učinkovitost/uspešnost v šoli/sluzbi se je zaradi uporabe interneta znižala« ($\bar{x} = 2,1$; $\sigma = 1,2$) je zaznati večje nestrinjanje s trditvami pri študentih kot pri dijakih.

Tudi pri trditvah o uporabi interneta pri mladih in vplivu na njihove medsebojne odnose, rezultati pokažejo, da se mladi z njimi ne strinjajo, saj so vse povprečne vrednosti pod 3,5. Slabše je tako strinjanje s trditvami »Uporaba spletnih družbenih omrežij mi pomeni najpomembnejši stik s prijatelji« ($\bar{x} = 1,9$; $\sigma = 1,0$), »Odkar več časa posvečam dejavnostim na internetu, imam manj »offline« prijateljev« ($\bar{x} = 1,8$; $\sigma = 0,9$), »Če bi okrnil/a družbeno omrežje, bi bilo moje družabno življenje okrnjeno« ($\bar{x} = 1,9$; $\sigma = 1,0$), »Prikrivam in lažem o času, ki ga preživim za računalnikom« ($\bar{x} = 1,5$; $\sigma = 0,9$). Pri trditvi »Zaradi uporabe interneta prihajam v konflikte z družinskimi člani« je nestrinjanje s trditvijo pri študentih ($\bar{x} = 1,6$; $\sigma = 1,0$) večje kot pri dijakih ($\bar{x} = 2,0$; $\sigma = 1,2$). Tudi pri trditvi »Bližnji me opozarjajo, da preveč časa preživim za računalnikom«, je nestrinjanje pri študentih ($\bar{x} = 1,8$; $\sigma = 1,1$) večje kot pri dijakih ($\bar{x} = 2,5$; $\sigma = 1,4$).

4 Razprava

Na nastanek zasvojenosti vpliva veliko dejavnikov, med katerimi je tudi družina in družinske razmere. Zato smo mlade povprašali po sorojencih. Odnosi med otrokom in njegovimi sorojenci gradijo osebnostni razvoj posameznika, zato je pri nastanku zasvojenosti tudi ta ključnega pomena. Z raziskavo ugotavljamo, da ima velika večina mladih sorojence, 11 % je edincev. Končnik-Goršič (2004, str. 16–18) navaja, da se otrokova občutja in tudi njegovo vedenje začne spreminjati, ko se rodi sorojenec, saj spozna, da ni več v središču pozornosti. Tako se pojavi potreba po uveljavljanju, tekmovalnosti, to pa se spremeni v ljubosumje. Starši lahko med sorojenci sprožijo tudi neustrezno tekmovalnost s potiskanjem »najbolj pridnega« sorojenca v ospredje in stalno primerjanje drugih sorojencev z njim. S tem si otroci oblikujejo slabo samopodobo in doživljajo stalen pritisk, da bodo dohiteli »pridnega sorojenca«. Ker je otrok pod stalnim pritiskom in ima slabo samopodobo, se lahko hitro zateče k zasvojenosti. Pri edincih pa je težava ta, da so redkeje deležni kritike odraslih, zato le te težje sprejmejo oziroma prenašajo, kar lahko zaradi prevelike občutljivosti vodi k zasvojenosti.

Med mladostniki in starši postanejo odnosi zahtevnejši, bolj razumski in manj čustveni, zmanjšuje se bližina in povečuje konfliktnost. Spori lahko pri starših povzročijo občutek, da izgubljajo nadzor in vpliv nad mladostnikom, ne vedo, kaj počne, kje je in s kom se družijo (Končnik - Goršič, 2014, str. 22).

Rezultati raziskave so pokazali, da imajo mladi igranje iger in uporabo interneta pod nadzorom. Čas, ki ga preživijo ob uporabi informacijsko komunikacijske tehnologije, bistveno ne vpliva na njihovo vsakodnevno življenje, saj zaradi igranja ne zapostavljajo in zanemarjajo osnovnih življenjskih potreb (spanja, hranjenja, spolnosti) in hobijev. Raziskave namreč kažejo, da uporaba digitalnih medijev lahko vodi v manj spanja, kar spremljajo druge težave, kot so čezmerna teža, izguba spomina in anksioznost. Dokazano je, da mladostniki spijo 37 minut manj na noč, kot kažejo priporočila, ki priporočajo 8 ur \pm 1 ura na noč. Vse digitalne naprave oddajajo modro svetlobo, ki nam preprečuje zaspiti, posledično ostanemo na napravi več časa, kot smo nameravali. To smo z našo raziskavo skoraj dokazali, saj se mladi ne morejo opredeliti, ali na internetu ostanejo dlje, kot so načrtovali, a menijo, da imajo čas igranja iger pod nadzorom. Vsebina tehnologije vpliva na količino in kakovost spanca. Nasilne igre lahko bolj moteče delujejo na spanec kot nenasilne. Kakršnokoli gledanje vsebin, neprimernih otrokovi starosti, vpliva na količino in kakovost spanca (Gold, 2015, str. 50–53). Čezmerna uporaba digitalnih medijev ne vodi le k motnjam spanja, lahko vodi k debelosti in motnjam v presnovi.

Kirbiš (2011a, 2011b) je med slovensko populacijo preučeval nekatere učinke uporabe računalnika in informacijsko-komunikacijske tehnologije na mlade. Kirbiš (2011a, str. 266–268) ugotavlja, da je v zadnjem desetletju pri slovenski mladini prišlo do precejšnjih sprememb v načinu preživljanja prostega časa. Povečala se je zlasti uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije, pri čemer je izpostavljena zlasti uporaba računalnikov, povečale pa so se tudi nekatere druge dejavnosti mladih (družbene dejavnosti, aktivna kulturna participacija, šport). Izkazalo se je, da so družabne dejavnosti, npr. druženje s prijatelji in vrstniki, ter družbeno-kulturne dejavnosti povezane s kazalniki nekoliko slabšega psihosocialnega stanja mladostnikov. Kirbiš (2011b, str. 288–289) v nadaljnji analizi ugotavlja, da je pogosta uporaba spletnih strani za socialno mreženje tista, ki se v precejšnji meri povezuje z nekaterimi psihosocialnimi konstrukti mladih (npr. anomičnost, narcistična grandioznost, izkoriščevalnost, hedonistična in fatalistična usmerjenost v sedanost), pa tudi s pogostejšim doživljanjem stresa in manjšim zadovoljstvom z zdravjem pri mladih. Mladi, ki več časa preživijo na spletnih socialnih omrežjih, poleg tega v povprečju spijo več časa kot njihovi vrstniki, v nekoliko večji meri pa izkazujejo tudi vse tiste strahove, ki so povezani z različnimi področji življenja (strah pred brezposelnostjo, pred neuspehom v šoli, poklicem, službo, pred

izgubo zaposlitve, pred pomanjkanjem denarja in strah zaradi stanovanjskih problemov). Kirbiš (2011b, str. 283–284) dalje ugotavlja, da so tisti, ki medije pogosteje uporabljajo oz. se pogosteje poslužujejo nekaterih oblik virtualne komunikacije (zabavno-razvedrilne medijske vsebine, računalnik, internet, spletna socialna omrežja, pogovarjanje po telefonu), bolj družabni v realnem okolju oz. se več neposredno družijo s svojimi prijatelji in vrstniki. Izjema so le tisti mladi, ki izkazujejo višjo stopnjo spremljanja informativno-političnih medijev. Uporaba informacijsko-komunikacijskih tehnologij glede na rezultate omenjene raziskave med slovensko mladino torej ni nadomestila neposrednega komuniciranja.

Dalje smo ugotovili, se zaradi igranja iger in uporabe interneta učna/delovna uspešnost pri mladih ni znižala in je ne zanemarjajo. Večina mladih anketirancev doma opravlja številna gospodinjstva opravila kot so pospravljanje, pomivanje posode, kuhanje, obešanje in zlaganje perila, tretjina jih tudi lika, pomaga starejšim in varuje mlajše sorojence. Manjši delež anketirancev vrtnari, uči sorojence in pomaga na kmetiji. Ko nimajo dostopa do interneta, se ne vznemirjajo, pred računalnikom oziroma napravo se tudi ne prehranjujejo. Mladi zaradi uporabe interneta in igranja iger niso nenaspani, svojega prostega časa ne preživljajo na internetu ali v družbi mobilne naprave, po internetu ne brskajo brez razloga in ne spremljajo nečesa čisto drugega, kar so imeli namen iskati prvotno. Menijo, da življenje brez interneta ni dolgočasno in, da niso zasvojeni z uporabo spletnih iger in družbenih omrežij. Prekomerno igranje iger in povečana uporaba interneta lahko vplivata na medsebojne odnose, saj lahko zaradi tega prihaja do konfliktov, laži, prikrivanja in zapostavljanja prijateljev. Vse to anketiranci v naši raziskavi zanikajo, saj menijo, da v njihovem primeru ne drži. Zaradi igranja in uporabe interneta ne prihajajo v konflikte z drugimi, kadar več časa porabijo za internet in igranje iger, imajo še vedno enako časa za prijatelje in enako »offline« prijateljev. Drugim ne lažejo ter ne prikrivajo časa, ki ga preživijo za računalnikom, in časa, ki ga porabijo za igranje iger. Najpomembnejšega stika s prijatelji jim ne pomeni uporaba spletnih družbenih omrežij. Menijo, da ukinitvev oziroma zmanjšanje uporabe družbenih omrežij in spletnih iger ne bi drastično spremenilo njihovega družabnega življenja.

Med dijaki in študenti nismo zaznali razlik glede vpliva interneta in igranja iger na vsakodnevno življenje mladih. Poleg tega moramo upoštevati, da internet danes ponuja toliko različnih dejavnosti (npr. poslušanje glasbe, komuniciranje, iskanje informacij, gledanje posnetkov), da je igranje iger le ena izmed mnogih, ki pa očitno med našimi anketiranci ni tako priljubljena.

LITERATURA

1. Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maraz, A., Elekes, Z., Griffiths, M. D. idr. (2017). Problematic Social Media Use: Results from a Large-Scale Nationally Representative Adolescent Sample. *PLOS ONE*, 12 (1), 1–13.
2. Globokar, R. (2019). Digitalni domorodci. *Vzgoja*, 21/1 (81), 12.
3. Gold, J. (2015). Vzgoja v digitalni dobi: priročnik za spodbujanje zdravega odnosa do digitalne tehnologije od rojstva do najstniških let. *Radovljica: Didakta*.
4. Kirbiš, A. (2011a). Ustvarjalnost, kultura, prosti čas. V M. Lavrič (ur.), *Mladina 2010: družbeni profil mladih v Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad RS za mladino; Maribor: Aristej.
5. Kirbiš, A. (2011b). Virtualizacija vsakodnevnega življenja. V M. Lavrič (ur.), *Mladina 2010: družbeni profil mladih v Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad RS za mladino; Maribor: Aristej.
6. Kolander, J. (2012). Vpliv mobilnika kot socialnega medija na mladostnike (Magistrsko delo). Nova Gorica: Fakulteta za uporabne družbene študije.
7. Končnik - Goršič, N. (2014). *Moj otrok odrašča*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

8. Kramli, M., Spazzapan, B. in Kunčič, S. (2010). Zasvojenost s spletnimi igrami na srečo: značilnosti in zdravljenje: vodič za zdravstvene delavce. Nova Gorica: Zdravstveni dom, Osnovno varstvo.
9. Kristovič, S. (2019). Zasloni – električni pastirji. *Vzgoja*, 21/1 (81), 10.
10. Livingstone, S., Haddon, L., Görzig, A. in Ólafsson, K. (2011). Risks and safety on the internet: The perspective of European children. London: EU Kids Online.
11. LOGOUT Center pomoči pri prekomerni uporabi interneta. (b. d.). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 15. 5. 2019, s <https://www.logout.si/sl/>.
12. Praprotnik, N. (2017). Uničujoči vplivi elektronskih naprav. *Vzgoja*, 19/3 (75), 33–34.
13. Repa, J. (2010). Zasvojenost z internetom. Ljubljana: Salve.
14. Rozman, S. (2013). Umirjenost: kako prepoznati zasvojenost, jo razumeti in poiskati pot iz nje. Ljubljana: Modrijan.
15. Sekhon, A. (2018). Gender difference in mobile phone addiction and its association with stress among medical students. *Indian Journal of Health and Well-being*, 9 (2), 232–234.
16. Strasburger, V. C. (2011). Children, Adolescents, Obesity, and the Media. *Pediatrics*, 128 (1), 201–208.

Higiena rok medicinskih sester med epidemijo covid-19

UDK 614.2+613:616-036.22

KLJUČNE BESEDE: epidemija covid-19, higiena rok, poglobljeni intervjuji

POVZETEK - Medicinske sestre imajo ključno vlogo pri oskrbi pacientov, zato lahko delujejo kot prenosniki zdravstvenih okužb na sebe, družinske člane, kolege in paciente. Ključnega pomena za preprečevanje navzkrižnega prenosa je ustrezna stopnja higiene rok pri vsakdanjem delu, še posebej pa med epidemijo. Cilji raziskave so bili ugotoviti 1) pomembnost higiene rok za medicinske sestre, 2) samo-oceno prakse izvajanja higiene rok med medicinskimi sestrami, 3) njihovo znanje o higieni rok, 4) ključne ovire in napake pri izvajanju higiene rok, 5) negativne izkušnje pri izvajanju higiene rok in 6) možne spremembe prakse higiene rok po epidemiji covid-19. Med epidemijo, aprila 2020, je bilo izvedenih 19 poglobljenih intervjujev z medicinskimi sestrami, ki delajo v bolnišnici v JV Sloveniji. Rezultati poglobljenih intervjujev kažejo, da higieno rok medicinskih sester motivira samozaščita in zaščita družinskih članov ter pacientov. Medicinske sestre so izrazile velik pomen higiene rok za preprečevanje navzkrižne okužbe med pacienti in njimi. Večina je trdila, da je bila higiena rok pomembna pred epidemijo covid-19, v obdobju epidemije pa se je doslednost izvajanja higiene rok zaradi večje možnosti zdravstvene okužbe še povečala.

UDC 614.2+613:616-036.22

KEYWORDS: covid-19 epidemic, hand hygiene, in-depth interview

ABSTRACT - Nurses play a key role in patient care, so they can act as carriers of health infections to themselves, family members, colleagues, and patients. Adequate level of hand hygiene in daily work, especially during an epidemic, is crucial to prevent cross-transmission. The objectives of the study were to determine 1) the importance of hand hygiene for nurses, 2) self-assessment of the practice of hand hygiene among nurses, 3) their knowledge of hand hygiene, 4) key barriers and errors in the implementation of hand hygiene, 5) negative experiences in the implementation of hand hygiene and 6) proposals for changes in practice after the COVID-19 epidemic. In April 2020, we conducted 19 in-depth interviews with nurses. The results of in-depth interviews show that nurse hand hygiene is motivated by self-protection and the protection of family members and patients. Nurses expressed the great importance of hand hygiene to prevent cross-infection between patients and them. Most argued that hand hygiene was important before the covid-19 epidemic, but during the epidemic period, the consistency of hand hygiene was further increased, due to the increased possibility of health infection.

1 Teoretična izhodišča

Človeška roka je osredni medij prenosa okužbe v vsakdanjem življenju, še posebej je lahko velik vir okužbe v bolnišnici, kjer je virov okužbe v izobilju. Medicinske sestre, ki imajo ključno vlogo pri oskrbi pacientov (Lajoie idr., 2015), lahko delujejo kot prenosniki zdravstvenih okužb na sebe, družinske člane, kolege in paciente (Horan, Andrus in Dudeck, 2008). Obstajajo različni viri zdravstvenih okužb, kot so različne bakterije, virusi, glive in paraziti, ki se prenašajo s posrednim ali neposrednim stikom, aerogeno in prek kontaminiranih predmetov in pripomočkov (Kaučič, 2010).

V razvitih državah so zdravstvene okužbe v bolnišnicah velik problem, celo večji od tipičnih nalezljivih bolezni, saj predstavljajo veliko grožnjo za zdravje pacientov, obenem pa tudi veliko

breme za nacionalne zdravstvene storitve (Donaldson, 2006). Ključnega pomena za preprečevanje navzkrižnega prenosa je ustrezna stopnja higijene rok (Stone, Teare in Cookson, 2001; Teare, Cookson in Stone, 2001). Ker zdravstvenih okužb ni mogoče povsem preprečiti, jih lahko omejimo, za kar je pomembno dosledno izvajanje higijene rok, redno izobraževanje vseh zaposlenih in pa tudi redni notranji nadzor izvajanja prakse higijene rok (Donaldson, 2006). Zaradi zdravstvenih okužb sta povečani obolevnost in umrljivost ljudi. Spremljanje in dokazovanje pomena ustrezne higijene rok ter s tem zmanjšanje bolnišničnih okužb spada med prednostne naloge Svetovne zdravstvene organizacije, saj je uvrščena med pete najpomembnejše aktivnosti, ki promovirajo učinkovito in sistematično zbiranje podatkov o stanju higijene rok v različnih okoljih po vsem svetu (WHO, 2009).

Med higijeno rok uvrščamo umivanje rok, razkuževanje rok, nego kože rok, uporabo medicinskih rokavic in tehnika ne dotikanja (Dragaš in Škerl, 2004). Osnovni namen higijene rok je preprečevanje prenosa mikroorganizmov prek zdravstvenega osebja od pacienta do pacienta in s potencialno umazanih površin na pacienta ter s pacienta na zaposlene ali obiskovalce (Zore, Strojani in Djekić, 2008).

Umivanje rok je osnovni in hkrati najpreprostejši ukrep preprečevanja širjenja nalezljivih bolezni, saj lahko s temeljitim umivanjem rok odplaknemo prehodno bakterijsko floro z naših rok in tako preprečimo pot prenosa mikroorganizmov ter s tem razvoj bolezni (Jereb, 2009). Roke umivamo, kadar so vidno umazane ali mokre, po načelih osebne higijene (po uporabi toaleta, kihanju, kašljanju in hranjenju), po prihodu in odhodu z dela; kadar so kontaminirane s krvjo ali drugimi izločki roke umijemo in šele suhe razkužimo (edini primer kombinacije umivanja in razkuževanja), pred vsemi aseptičnimi posegi in postopki (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2009).

V preteklosti je bilo v ospredju umivanje rok, vendar se je s časom v praksi razkuževanje izkazalo kot veliko bolj transparentno in pomembno, saj se z razkuževanjem odstrani 100– do 1000–krat več bakterij, te uničimo, z umivanjem pa se jih samo mehanično odstrani, razkuževanje manj škodi koži rok, je hitrejše, porabi se do 30 sekund, pri umivanju do 2 minuti, zaposleni bolje sodelujejo (80 %) kot pri umivanju (40 %), ne kontaminiramo okolice, doseže se visoka higienska varnost, z umivanjem pa le boljši čistilni učinek (Ahec in Pristavec, 2012). Razkuževanje z rok ne odstranjuje umazanije, zato se razkužujejo le tiste roke, ki niso vidno onesnažene. Zaščitne rokavice se uporabi, ko se pričakuje stik s telesnimi izločki pacienta ali kadar so roke poškodovane, da se prepreči okužba pacienta s svojo patogeno floro.

Za zmanjševanje poškodb kože po umivanju in razkuževanju rok je treba vedno uporabljati izdelke, ki ustrezajo kriterijem evropskega standarda. Mila morajo biti koži prijazna oziroma neagresivna in mikrobiološko neoporečna. Omejiti se mora uporaba razkužilnih mil, katera se uporablja le pred aseptičnimi posegi, pri delu z občutljivimi pacienti, ali za odstranjevanje prehodne mikrobne populacije.

Doslednost higijene rok v kliničnem okolju se običajno meri glede na »Pet trenutkov higijene rok«, ki jih priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2009):

- 1. trenutek: higijena rok pred stikom s pacientom,
- 2. trenutek: higijena rok pred aseptičnim in čistim postopkom,
- 3. trenutek: higijena rok po možnem stiku s pacientovimi izločki,
- 4. trenutek: higijena rok po stiku s pacientom,
- 5. trenutek: higijena rok po stiku s pacientovo okolico.

Nedosledno izvajanje higijene rok je prisotno v vseh okoljih in razlogi so odvisni so od okolja, infrastrukture, kulturnih razlik in celo od verskega prepričanja. Najpomembnejši dejavniki, ki vplivajo na nedosledno izvajanje higijene rok, so: poklicna kategorija zdravstvenih delavcev (npr. zdravniki, bolničarji, fizioterapevti ...), delo na posebnih področjih zdravstvene oskrbe

(intenzivna nega, kirurgija, urgenca, anesteziologija), pomanjkanje kadra in prekomerna zasedenost postelj ter uporaba zaščitnih plaščev in rokavic (Zupanc, 2013). Najmanj upoštevani so prav trenutki, ki najbolj vplivajo na možen prenos mikroorganizmov, kot na pred stikom z bolnikom in pred izvajanjem čistega posega (Pittet, Allegranzi in Storr, 2008). Med drgnjenjem so najpogosteje zapostavljeni deli zapestje, palec, prsti, dlani in konice prstov (Arias idr., 2016). Namen študije je bil ugotoviti stališča medicinskih sester o higieni rok v bolnišnici v JV Sloveniji med epidemijo covid-19. Raziskava je potekala v okviru projekta »Promocija preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb«, ki ga je sofinancirala Republika Slovenija in Evropska Unija iz Evropskega socialnega sklada v okviru razpisa Projektno delo z negospodarskim in neprofitnim sektorjem – Študentski inovativni projekti za družbeno korist 2016–2020 za študijsko leto 2019/2020.

2 Metoda

Cilji raziskave so bili ugotoviti 1) pomembnost higiene rok za medicinske sestre, 2) samo-oceno prakse izvajanja higiene rok med medicinskimi sestrami, 3) njihovo znanje o higieni rok, 4) ključne ovire in napake pri izvajanju higiene rok, 5) negativne izkušnje izvajanja higiene rok in 6) morebitne spremembe prakse po epidemiji covid-19.

Uporabili smo tehniko poglobljenih intervjujev, ki je uporabna za pridobivanje celovitega vpogleda v znanje, vrednote in stališča posameznikov do predmeta obravnave (Sounders, Lewis in Thornhill, 2016), v naši študiji znanja, vrednote in stališč do higiene rok. Po vzoru kvalitativne raziskave Erasmus in drugi (2009) smo oblikovali vprašanja za izvedbo poglobljenih intervjujev, ki so vsebovala naslednje ključne teme: pomembnost higiene rok, praksa izvajanja higiene rok, znanje o higieni rok, ovire in napake pri izvajanju higiene rok, negativne izkušnje izvajanja higiene rok in izboljšave pri higieni rok po epidemiji covid-19.

Aprila 2020 smo po predhodni pridobitvi dovoljenja izvedli intervjuje s pomočjo medicinske sestre, ki je koordinatorica kliničnega usposabljanja. Ti so potekali ob upoštevanju vseh higienskih ukrepov. Poglobljeni intervjuji so bili izvedeni med viškom epidemije covid-19 v Sloveniji (5. 4. 2020–20. 4. 2020), da bi pridobili vpogled v stališča do higiene rok v času epidemije in morebitne spremembe prakse na podlagi krizne situacije, ki je zahtevala dosledno izvajanje standardov higiene rok. Izvedenih je bilo 19 intervjujev z medicinskimi sestrami, starimi od 24 do 56 let, ki delajo na različnih oddelkih bolnišnice v JV Sloveniji. Intervjuvanci so bili srednje izobraženi (9), diplomirani (8) ali z magisterijem (2).

Sledili smo postopku tematske analize, ki je najpogostejša analiza za kvalitativne podatke, ki se uporablja za iskanje skupnih vzorcev v zbirki podatkov (Rubin in Rubin, 2005). Proces kodiranja je bil izveden za iskanje ključnih tem o higieni rok. Vzročni vzorci in odnosi med njimi in znotraj njih so bili določeni, da bi razkrili podobnosti, razlike in nasprotja. Oblikovali smo skladno naracijo, ki vključuje citate iz analiziranega prepisa.

3 Rezultati

3.1 Pomembnost in praksa izvajanja higiene rok

Vse intervjuvanke so izjavile, da je higiena rok zelo pomembna pri delu in v domačem okolju. Glavna prednost higiene roke je preprečevanje navzkrižnih okužb. Večina medicinskih sester je dejala, da dosledna higiena rok pomembna tako za zaščito pacientov kot samozaščito ter zaščito družinskih članov. Večina je tudi dejala, da je bila higiena rok pomembna že pred epidemijo, med epidemijo pa še toliko bolj: »Že pred epidemijo bila zelo pomembna, med epidemijo pa še bolj« (Intervjuvanka 1).

Na vprašanje, zakaj je higiena rok pomembna, je bil prevladujoč odgovor zaščita pred navzkrižno okužbo: »Ja, mislim, da večina ljudi to počne sama, da se zaščiti. Najprej za sebe, pa da zaščiti družinske člane. Seveda pa tudi paciente in sodelavce« (Intervjuvanka 3). Dodatno naveden razlog je bil hitrost širjenja okužb: »Zaradi hitrega širjenja okužbe in prenosa z rokami« (Intervjuvanka 2).

Glede doslednega izvajanja higiene rok pred in med epidemijo je večina intervjuvank dejala, da so pred epidemijo izvajali higieno rok dosledno po standardu ali po navodilih stroke, v času epidemije pa pogosteje oziroma povsem dosledno po navodilih. V času epidemije so intervjuvanke bolj dosledno izvajale predvsem razkuževanje rok, kot je povedala Intervjuvanka 8: »Pogosteje izvajamo razkuževanje roke zaradi zmanjšanja možnosti prenosa okužbe«, in ker je »še bolj potrebno in učinkovito od umivanja rok«, je dodala Intervjuvanka 11. Intervjuvanka 14 je menila, da se povečano razkuževanje rok v času epidemije lahko pripiše tudi pomanjkanju umivalnikov sobah: »Več se razkužujemo, ker umivalnikov ni v vseh sobah«. Nekatere intervjuvanke so dodale, da intenzivneje izvajajo higieno rok zaradi »psihološkega pritiska«, ker se bojijo, da bi same zbolele za covid-19 (Intervjuvanka 9). Samo dve intervjuvanki sta dejali, da izvajata higieno rok na enak način pred in med epidemijo.

»Dosledno«, »po standardu«, »po protokolu in še več«, »redno«, »neprestano« in »poostreno« so bili pridevniki, s katerimi so intervjuvanke opisale, kako dosledno izvajajo higieno rok. Pri opisu prakse higiene rok sodelavcev so uporabile manj presežnikov, npr. »redno«, »zelo dosledno«, »dokaj dosledno«, »v veliki meri dosledno«, »dobro«, »še kar« in »več ali manj izvajajo«. Nekatere so jasno izpostavile razliko med lastno prakso in prakso higiene rok svojih sodelavcev, ki jo manj dosledno izvajajo: »Sem prepričana, da manj kot jaz« (Intervjuvanka 4). Ena intervjuvanka je poudarila, da je higiena rok pri sodelavcih slaba, zato bi bilo treba izvajati več nadzora nad kakovostjo izvajanja higiene rok: »Potrebno je bolj kontrolirati in opozarjati pri nepravilnih korakih« (Intervjuvanka 5).

3.2 Znanje

Večina intervjuvank je navedla naslednje ukrepe preprečevanja bolnišničnih okužb: umivanje rok, razkuževanje rok, razkuževanje površin/okolice, uporaba osebne varovalne opreme, v glavnem rokavice in maske, in izolacija pacientov. Posamezne intervjuvanke so dodale opozarjanje pacienta o higieni rok, izobraževanje o higieni rok, visoka stopnja zavedanja o zaježitvi okužb in upoštevanje ukrepov.

Na vprašanje, kdaj si je nujno potrebno umiti roke in ne samo razkužiti, je večina dejala, da je potrebno nujno umiti roke takrat, ko so vidno umazane, po uporabi stranišča in pred jedjo, nekaj jih je poudarilo, da nujno potrebno umiti roke in ne samo razkužiti predvsem ob prihodu in odhodu iz službe, posameznice pa so tudi dodale ob večjih posegih, po uporabi rokavic, po večkratnem razkuževanju, pred prevezo, ob rizičnih kontaktih oziroma ob delu s kužnimi materiali, kot so kljuke vrat.

Večina intervjuvank je trdila, da razkuževanje lahko nadomesti umivanje rok med izvajanjem negovalnih intervencij, več kot pol jih je tudi navedla, da po uporabi rokavic, četrtnina pa, da razkuževanje nikoli ne more nadomestiti umivanja rok. Posamezne intervjuvanke pa so še dodale, da lahko razkuževanje nadomesti umivanje rok takrat, ko ni možno umivanje, pred vstopom v zdravstvene prostore, pred in po stiku s pacientom in med tehničnimi posegi. Ena intervjuvanka je na splošno dejala, da razkuževanje lahko nadomesti umivanje rok takrat, »kadar je bolj učinkovito« (Intervjuvanka 7).

3.3 *Negativne izkušnje*

Več kot polovica intervjuvank je dejala, da nima negativnih izkušenj, druga polovica intervjuvank pa, da ima zaradi agresivnih razkužil suho kožo, manjše razpoke na koži ali celo razjede na rokah, ena intervjuvanka pa je dodala, da tudi alergijo: »Agresivna razkužila povzročajo suho kožo, razpoke in alergijo« (Intervjuvanka 9).

Tri intervjuvanke so tudi dopolnile negativne izkušnje z izjavo glede razkužil. V bolnišnici naj bi pre pogosto menjavali vrsto razkužil, po sobah naj bi bilo premalo razkužil in na splošno naj bi bilo premalo razkužil oziroma «negativno je, da je premalo razkužil na splošno» (Intervjuvanka 7).

3.4 *Ovire in napake*

Na vprašanje, katere so najpogostejše ovire doslednega upoštevanja standardov stroke, je manj kot polovica intervjuvancev dejala, da jih ni, ostali pa so dodali, da so ovire alergije in (občasno) pomanjkanje zaščitnih sredstev na vseh mestih in razkužil: »Največja ovira je pomanjkanje zaščitnih sredstev, kot so maske, in včasih manjkajo razkužila« (Intervjuvanka 9).

Ključne napake so po mnenju večine intervjuvank nezadostno umite oziroma razkužene roke, ki nastanejo zaradi preobremenjenosti, hitenja in pomanjkanja časa. Tako je Intervjuvanka 3 dejala, da »se ne razkužuje po standardih, ampak kar nekaj po svoje, na hitro zaradi pomanjkanja časa«.

Šest intervjuvank je dejalo, da je pomanjkanje časa tudi krivo, da intervjuvanke in njihove sodelavke napačno izvajajo higieno rok oziroma ne počakajo, da se roke po umivanju oziroma razkuževanju posušijo: »Ne počakamo, da se roka posuši po umivanju, ni dobro zbrisano, po razkuževanju se ne počaka, da se posuši« (Intervjuvanka 10).

Naslednja ključna ovira, ki jo je navedla več kot četrtnina intervjuvank, za napačno oziroma premajhno razkuževanje, je pomanjkanje razkužila za vse dele roke: »Premalo razkužila, ki ne zadošča za razkuževanje vseh ključnih delov roke«, je dejala Intervjuvanka 6. Poleg pomanjkanja razkužila so številne intervjuvanke tudi poudarile pomanjkanje zaščitnih mask: »Manjkajo tudi maske« (Intervjuvanka 7).

3.5 *Izboljšave*

Malo več kot četrtnina intervjuvank je izjavila, da glede na izkušnje s prakso higiene rok v času epidemije covid-19 ne bi nič spremenile, saj gre za ustaljeno prakso po standardu higiene rok zaradi preprečevanja okužb. »Nič ne bi spremenila, saj bi si morali umivati in razkuževati v vsakem primeru po standardu in z zavedanjem zmanjšanja prenosa okužb,« je izjavila Intervjuvanka 3.

Nekaj intervjuvank je poudarilo, da je potrebno v prihodnje bolj dosledno upoštevati standarde higiene rok oziroma bolj dosledno umivanje in razkuževanje rok, treba je tudi izboljšati nabavo razkužil oziroma nabaviti dovoljšno količino razkužil, ki bi pa morala biti – po mnenju treh intervjuvank – manj agresivna do kože. Nekateri so posebej poudarili, da je treba manj hiteti med delom in bolje razporejati delo s pacienti: »Naučili smo se, da je treba pravilno razporejati paciente med delavnikom« (Intervjuvanka 2).

Tri intervjuvanke so posebej opozorile na drugačen način nadzora prakse higiene rok, kot se izvaja sedaj: »Potrebno bi bilo uvesti drugačno opazovanje razkuženosti rok«, je dejala Intervjuvanka 16. Ena intervjuvanja je tudi dejala, da bi bilo treba pogosteje nadzorovati doslednost razkuževanja rok pri zdravstvenih delavcih in poročati o nepravilnostih na način individualnega opozarjanja: »Poročanje pri nadzorih imensko oziroma individualni pogovori«, kot je dejala Intervjuvanka 4.

4 Razprava

Rezultati poglobljenih intervjujev kažejo, da higieno rok medicinskih sester motivira samozaščita in zaščita družinskih članov ter pacientov. Medicinske sestre so izrazile velik pomen higijene rok za preprečevanje navzkrižne okužbe med pacienti in njimi. Večina je trdila, da je bila higijena rok pomembna pred epidemijo covid-19, v obdobju epidemije pa se je doslednost izvajanja higijene rok zaradi večje možnosti zdravstvene okužbe še povečala.

Večina se je ocenila, da zelo dosledno izvaja higieno rok, za svoje sodelavce pa je menila, da manj dosledno izvajajo higieno rok. V času epidemije so intervjuvanke bolj dosledno izvajale predvsem razkuževanje rok. Večina je poznala ukrepe preprečevanja bolnišničnih okužb in trenutke izvajanja higijene rok. Kot ključne ovire je večina intervjuvank navedla tehnične in organizacijske ovire, kot so pomanjkanje umivalnikov v sobah, kar so identificirale tudi druge študije (Smith idr., 2008), pomanjkanje razkužila, agresivnost mil in razkužil, ki jim povzročajo suho kožo, razpokane roke in alergije, kar tudi potrjujejo druge študije (Hammerschmidt in Manser, 2019). Ključne napake so po mnenju večine intervjuvank nezadostno umite oziroma razkužene roke, ki nastanejo zaradi organizacijskih dejavnikov preobremenjenosti in hitenja zaradi pomanjkanja časa. Presenetljivo intervjuvanke niso navedle osebnih razlogov, kot je nedoslednost izvajanja zaradi nepozornosti ali neznanja.

Intervjuvanke so tudi opozorile, da bi bilo treba na podlagi izkušenj iz krizne situacije v epidemiji covid-19 v prihodnje še bolj dosledno upoštevati standarde higijene rok, izboljšati nabavo razkužil in varovalne opreme (mask), manj hiteti med delom in boljše razporejati delo s pacienti. Da bi izboljšali kakovost higijene, so intervjuvanke predlagale drugačen način nadzora prakse higijene rok, pogostejši nadzor doslednosti izvajanja higijene rok in individualno poročanje o nepravilnostih izvajanja higijene rok.

Glede na pridobljene rezultati smo oblikovali tudi spodbude za izvajanje higijene rok v zdravstvenih ustanovah. Če na higieno rok dejansko vpliva predvsem želja po samo-zaščiti in zaščiti družinskih članov in pacientov, potem lahko delavnice, ki se osredotočajo samo na zaščito bolnikov, nimajo velikega učinka. Metode za izboljšanje higijene rok lahko vključujejo spodbujanje zdravstvenih delavcev pri samozaščiti in ustvarjanje podpornega okolja z lahko dostopno opremo za higieno rok (umivalnik v vseh dobah), vedno dovoljšno količino razkužil in druge zaščite. Strinjamo se z Randle in sodelavci (2006), ki trdijo, da se lahko kljub preobremenjenosti in pomanjkanju časa s pravimi strategijami izboljša higieno rok, kot so dodajanje razkužil neposredno v pacientovo okolico, obešanje plakatov in drugih (tudi elektronskih) tabel, ki opominjajo zaposlene na higieno rok, večkratne nadzore nad higieno rok ter dodatna izobraževanja za novo zaposlene in tiste zdravstvene delavce, ki so na svojih delovnih mestih že dalj časa. Upoštevati je tudi treba ugotovitve študije Whitby, McLaws in Ross (2006), da je praksa higijene rok določene zdravstvene skupnosti, npr. praksa izvajanja higijene rok večine zaposlenih na bolnišničnem oddelku, prepričanje o prednosti higijene rok, pritisk sodelavcev na dosledno izvajanje higijene rok in modeliranje vlog (starejši sodelavci kot vzor dosledne higijene rok) napovedovalci pravilnega vedenja higijene rok v zdravstvenem okolju.

LITERATURA

1. Ahec, L. in Pristavec, T. (2012). Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v okviru akreditacije v Splošni bolnišnici Jesenice. V M. Bahun, Z. Kramar in B. Skela Savič (ur.), *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov* (str. 61–63).

2. Arias, A. V., Garcell, H. G., Ochoa, Y. R., Arias, K. F. in Miranda, F. R. (2016). Assessment of hand hygiene techniques using the World Health Organization's six steps. *Journal of Infection and Public Health*, 6, 366–369.
3. Donaldson, L. (2006). *Dirty hands ... the human cost*. London: UK Department of Public Health.
4. Dragaš, A. Z. in Škerl, M. (2004). *Higiena in obvladovanje bolnišničnih okužb izbrana poglavja*. Ljubljana, Slovenija: Založba ZRC, ZRC SAZU.
5. Erasmus, V., Brouwer, W., Van Beeck, E. F., Oenema, A., Daha, T. J., Richardus, J. H., Vos, M. C. in Brug, J. (2009). A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: Lack of Positive role models and a convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 30 (5), 416–419.
6. Hammerschmidt, J. in Manser, T. (2019). Nurses' knowledge, behaviour and compliance concerning hand hygiene in nursing homes: a cross-sectional mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 19, 547–535.
7. Horan, T. C., Andrus, M. in Dudeck, M. A. (2008). CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *American Journal of Infection Control*, 36, 309–332.
8. Jereb, G. (2009). Umivanje rok kot osnovni higienski ukrep pri preprečevanju bolezni. Pridobljeno 15. 5. 2016, s <http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/umivanje-rok-kot-osnovni-higienski-ukrep-pri-preprecevanju-bolezni/>.
9. Kaučič, M. B. (2010). Higiensko umivanje in razkuževanje rok v zdravstvu. V B. Skela Savič (ur.), *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege* (str. 109–115). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
10. Lajoie, P., Aronson, K. J., Day, A. in Tranmer, J. (2015) A cross-sectional study of shift work, sleep quality and cardiometabolic risk in female hospital employees. *BMJ Open*, 5, e007327.
11. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2009). *Strokovne podlage in smernica za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo*. Pridobljeno 7. 5. 2020, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/str_smernice_okuzbe_feb_2010/MZ_Naslovnica_Smernice_2009.pdf.
12. Pittet, D., Allegranzi, B. in Storr, J. (2008). The WHO » Clean care is Safer care programme: field testing to enhance sustainability and spread of hand hygiene improvements. *Infection of Public Health*, 1 (1), 4–10.
13. Randle, J., Clarke, M. in Storr, J. (2006). Hand hygiene compliance in healthcare workers. *Journal of Hospital Infection*, 64 (3), 205–209.
14. Smith, A., Carusone, S. C. in Loeb, M. (2008). Hand hygiene practices of health care workers in long-term care facilities. *American Journal of Infection Control*, 36, 492–494.
15. Sounders, M., Lewis, P. in Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students*. Harlow: Pearson.
16. Stone, S., Teare, L. in Cookson, B. (2001). Guiding hands of our teachers. *Hand hygiene Liaison Group. Lancet*, 357, 479–480.
17. Sue, L. K. P., Wong, J. W. S., Lo, K. Y. K. in Ali, T. K. H. (2019). The use of hand scanner to enhance hand hygiene practice among nursing students: a single-blinded feasibility study. *Nurse Education Today*, 76, 137–147.
18. Teare, L., Cookson, B. in Stone, S. (2001). Hand hygiene. *BMJ*, 323, 411–412.
19. Whitby, M., McLaws, M. L. in Ross, M. W. (2006). Why healthcare workers don't wash their hands: A behavioral explanation. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 27 (5), 484–492.
20. WHO (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care*. Geneva.
21. Zore, A., Strojan N. in Djekić, B. (2008). Primerjava učinka umivanja in razkuževanja rok. *Obzornik zdravstvene nege*, 42 (4), 251–259.
22. Zupanc, U. (2010). Preprečevanje prenosa okužb pri bolnikih na rehabilitaciji. V R. Petkovšek Gregorin (ur.), *Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega* (str. 83–88). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Vpliv epidemije covid-19 na duševno zdravje zdravstvenih delavcev in kakovost obravnave pacientov

UDK 614.2+616.89+616.9

KLJUČNE BESEDE: epidemija covid-19, duševno zdravje zdravstvenih delavcev, razpoloženske motnje, kakovost obravnave pacientov

POVZETEK - Pri obvladovanju nalezljivih bolezni se zdravstveni delavci srečujejo s številnimi izzivi, ki negativno vplivajo na njihovo duševno zdravje. Ob nastopu epidemije pa nastopijo dodatni dejavniki, kot npr. oskrbovanje obolelih sodelavcev, konstantno višanje števila okuženih pacientov, prekomeren obseg dela, pomanjkanje zaščitne opreme in zdravstvene opreme, ki povzročijo dodatno obremenitev duševnega zdravja zaposlenih. V času epidemije covid-19 je bilo v Sloveniji v prvem mesecu od vseh okuženih z novim covid-19 virusom kar 15,46 % zdravstvenih delavcev. Čeprav je prišlo do upada primerov, se sedaj ponovno kaže porast okužb. Namen članka je s pomočjo pregleda znanstvene literature ugotoviti vpliv epidemije covid-19 na duševno zdravje zdravstvenih delavcev in posledično kakovost obravnave pacientov. Pregled literature je potekal po podatkovnih bazah PubMed, Cobiss in Web of Science. Za analizo literature so bile uporabljene sledeče ključne besede v angleškem jeziku: covid-19 mental health, epidemic mental health, healthcare workers mental health, patient care quality in covid-19 healthcare workers. Rezultati so pokazali pomemben negativni učinek epidemije covid-19 na duševno zdravje zaposlenih v zdravstvenem sistemu. Porast se kaže predvsem v razširjenosti simptomov depresije, akutne stresne motnje, anksioznosti in izgorelosti.

UDC 614.2+616.89+616.9

KEYWORDS: covid-19 epidemic, healthcare workers' mental health, mood disorders, patient care quality

ABSTRACT - Infectious disease outbreaks have various negative effects on the healthcare workers' mental health. These adverse effects are exacerbated when faced by an epidemic as additional challenges arise – e.g. caring for infected co-workers, constant rise in the number of infected patients, excessive workload, lack of protective equipment. During the first month of covid-19 epidemic in Slovenia, 15,46 % of all covid-19 cases were healthcare workers. Despite the initial drop of covid-19 cases, we are once again confronted by an increased number of positive covid-19 tests. The aim of this article was to conduct a literature review in order to identify the effect of covid-19 epidemic on the mental health of healthcare workers. The literature review was performed by using the PubMed, Cobiss and Web Science databases by inputting the following key words for searching: covid-19 mental health, epidemic mental health, healthcare workers mental health, patient care quality and covid-19 healthcare workers. The results showed a significant negative impact of covid-19 on the mental health of healthcare workers. More specifically, the negative effects are manifested as an increase in symptoms of depression, anxiety, acute stress disorder and burnout. Additionally, results indicate that healthcare workers who are involved in caring for patients and co-workers infected by covid-19, are at higher risk for developing post-traumatic stress disorder after the epidemic.

1 Uvod

Od izbruha novega virusa SARS-CoV-2 (covid-19) v kitajskem mestu Wuhan decembra 2019 do 4. oktobra 2020 je bilo globalno skupno potrjenih 34.8 milijonov primerov okužb in več kot milijon smrtnih izidov. V Sloveniji je bilo v tem enakem časovnem obdobju skupno zabeleženih

6330 primerov okužbe in 140 smrtnih izidov ¹(World Health Organization [WHO], 2020). Vendar je slika med prvim valom (od razglasitve epidemije 12. marca do 1. junija 2020) in drugim valom epidemije (razglasitev epidemije 18. oktobra 2020) v Sloveniji močno razlikuje v številu aktivnih okužb, številu hospitalizacij na posamičen dan ter številu smrti. V prvem valu epidemije je bilo v enem dnevu največje število na novo potrjenih okužb 56 (1. april 2020), hospitaliziranih 112 oseb (30. 3. in 31. 3. 2020), 37 oseb na zdravljenju na intenzivnem oddelku (10. 4. 2020) ter 6 smrtnih izidov (4. 4. 2020). V drugem valu pa so najvišje dnevne številke sledeče: 2605 število potrjenih okužb (27. 10. 2020), 1261 število hospitalizirani (14. 11. 2020), 206 število oseb na intenzivnem oddelku (14. 11. 2020) in 41 potrjenih smrti (11. 11. in 13. 11. 2020) (RSGoV, 2020). Takšno število obolelih in hospitaliziranih predstavlja hudo preobremenitev zdravstvenega sistema, predvsem zaradi kadrovske stiske.

V času prvega vala je bilo od skupnega števila obolelih 15 % zdravstvenih delavcev (ZD). V drugem valu je bilo v tednu od 2. 11. do 8. 11. 2020 je bilo s covid-19 okuženih kar 1031 ZD in sodelavcev (NIJZ, 2020). Soočenje z obolelimi sodelavci, posledična kadrovska stiska in daljši delovni čas predstavlja veliko breme na ZD. Posebej ranljivi pa so ZD, ki so neposredno vključeni v oskrbo okuženih pacientov s covid-19. Ti imajo izrazito povišano možnost za okužbo z novim virusom, kar pa v njih lahko vzbudi strah pred okužbo in še posebej strah pred tem, da bi okužili bližnje (Nickell idr., 2004). Ta strah pa dodatno poglubi pogosto pomankanje primerne medicinske zaščitne opreme, kar skupaj s povečanim obsegom dela, številnim naduram, visoka stopnja stresa in čustveno zahtevno delo lahko vodi v nastop težav v duševnem zdravju ZD (Vieta idr., 2020). Raziskave vpliva epidemije akutne respiratorne stiske (SARS) in bližnjevzhodnega respiratornega sindroma (MERS-CoV) na duševno zdravje ZD so pokazale visoko stopnjo razširjenosti duševnih stisk med ZD (32,3 %–40,9 %). Kar 45,7 % ZD je poročalo prisotnost anksioznosti v času MERS-CoV epidemije in 36,8 % ZD je med epidemijo SARS navajalo simptome depresije. Raziskave pa so pokazale tudi visoko stopnjo razširjenosti post-travmatske stresne motnje (PTSM) med ZD po MERS-CoV (35 %) in nižjo stopnjo PTSM po SARS epidemiji (9,6 %), kar gre najverjetneje pripisati nižji stopnji umrljivosti med SARS pacienti (2020; Yan idr., 2020). Prav tako so rezultati longitudinalne študije, ki jo je izvedel Maunder in sodelavci (2006), so pokazali prisotnost čustvene izčrpanosti 2 leti po SARS epidemiji pri kar 30,4 % ZD, ki so neposredno oskrbovali okužene paciente.

Namen prispevka je s pomočjo pregleda znanstvene literature oceniti vpliv epidemije Covid-19 na duševno zdravje ZD. Ker pa raziskave kažejo, da izgorelost in težave v duševnem zdravju ZD vplivajo na kvaliteto oskrbe pacientov (McHugh idr., 2011; Weigl idr., 2016), bo izveden tudi pregled znanstvene literature vpliva povišane stopnje razširjenosti simptomov duševnih motenj med ZD na kvaliteto oskrbe pacientov.

2 Metodologija

Iskanje strokovne literature je bilo izvedeno v treh podatkovnih bazah – PubMed, Web of Science in Cobiss objavljene v časovnem obdobju od decembra 2019 do vključno septembra 2020. Za iskanje so bile uporabljene sledeče ključne besede: covid-19 mental health, epidemic mental health, healthcare workers' mental health, patient care quality in Covid-19 healthcare workers. Iskanje je potekalo v različnih kombinacijah ključnih besed v angleškem in slovenskem jeziku. Besede so bile iskane v naslovih, ključnih besedah in povzetkih v različnih kombinacijah. Pregledani članki so bili objavljeni v strokovnih znanstvenih revijah, mednarodnih dokumentih in raziskovalnih študijah Evropske Unije. Vključeni so bili izvorni

¹Podatki pridobljeni od WHO (WHO podatke posreduje Ministerstvo za zdravje) odstopajo od podatkov na spletni strani Urada za komuniciranje Republike Slovenije, ki v enakem časovnem obdobju navaja skupno 6574 pozitivnih oseb na covid-19 ter 157 umrlih. Vir: <https://www.gov.si/teme/koronavirus-sars-cov-2/aktualni-podatki/>

prispevki s kvantitativno metodologijo, ki je uporabila veljavna in zanesljiva metodološka orodja za merjenje ciljnih konstruktov.

Skupno je bilo identificiranih 1014 prispevkov, katerih ocena primernosti za vključitev v raziskavo je bila izvedena kot prikazano na sliki 1. Postopek se je pričel z izključitvijo duplikatov, sledila je aplikacija vključitvenih oz. izključitvenih kriterijev, ki so bili v naprej določeni (tabela 1). Na podlagi predhodno določenih kriterijev je bilo izločenih 950 prispevkov in 64 člankov je bilo v celoti ocenjenih za primernost vključitve v raziskavo. Končno število izbranih strokovnih prispevkov ($n = 20$) je bilo analizirano v skladu z deskriptivno metodologijo. V tem prispevku prikazujemo stopnje razširjenosti težav v duševnem zdravju pri ZD. Dejavnike tveganja smo v tem prispevku izpustili.

Slika 1: Prikaz postopka izbora literature

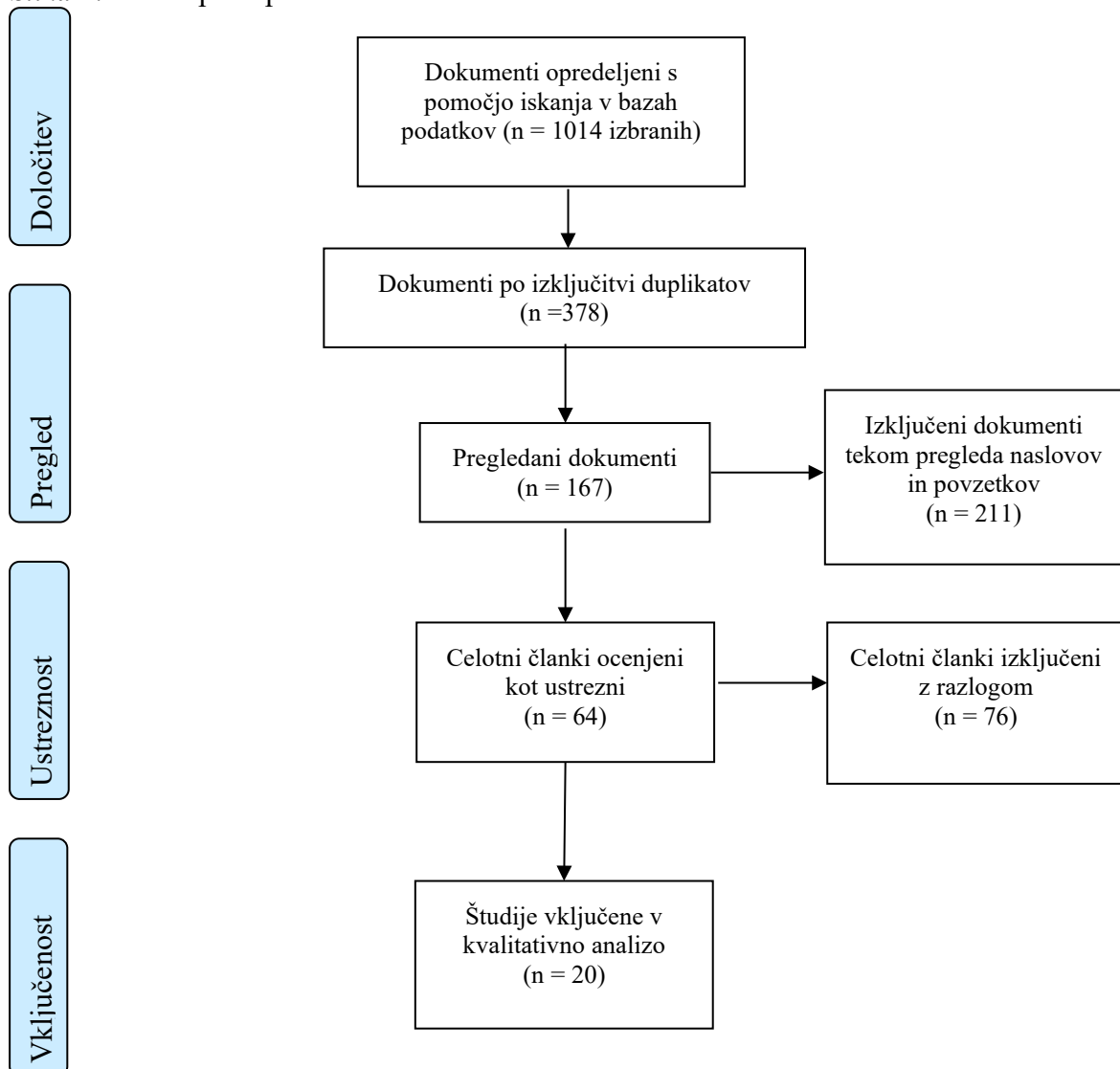


Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

<i>Vključitveni kriteriji</i>	<i>Izključitveni kriteriji</i>
Objavljeno v časovnem obdobju od decembra 2019 do septembra 2020.	Objavljeno pred decembrom 2019 ali po septembru 2020.
Objavljeno v slovenskem ali angleškem jeziku.	Ni bilo objavljeno v slovenskem ali angleškem jeziku.
Dostop do celotnega teksta.	Dostop samo do povzetka ali bibliografskih podatkov.
Izvirni kvantitativni raziskovalni znanstveni članek z veljavno in zanesljivo metodologijo.	Monografija, pregledni znanstveni članek, meta analiza, debatni članki, strokovni članki, pisma poslana uredništvu, kvantitativna raziskava z neustrezno metodologijo.
Tematska ustreznost.	Dokument, ki ni neposredno povezan z našim pregledom.
Izbrane besede v naslovu, ključnih besedah in povzetku.	Literatura, ki se ne nanaša na celotno temo.

3 Rezultati

Iskanje znanstvenih izvirnih kvalitativnih prispevkov je potekalo v podatkovnih bazah PubMed, Web of Science in Cobiss. Po pregledu 1014 prispevkov je 20 člankov bilo vključeno v pregled. Ti so bili zbrani na podlagi v naprej oblikovanih vključitvenih in izključitvenih kriterijev. Niti ena raziskava ni naslovlila tematike vpliva duševnega zdravja ZD na kakovost oskrbe pacientov v času epidemije covid-19. Za potrditev rezultatov je bilo izvedeno dodano iskanje člankov preko drugih podatkovnih baz, vendar do danes ni bilo izvedene en študije, ki bi raziskala kakovost zdravstvene oskrbe pacientov v času epidemije covid-19 v povezavi z duševnim zdravjem ZD. Vseh 21 študij vključenih v članek se je osredotočilo na duševno zdravje ZD – 19 presečnih študij in 2 longitudinalni študiji.

Raziskave so pokazale, da ZD poročajo simptome anksioznosti (44,6 %–64,4 %), depresije (50,4 %–70,7 %), nespečnosti (34,0 %–58,05 %) in povišano stopnjo stresa (71,5 %) (Lai idr., 2020; Wankowicz idr., 2020). ZD skupno poročajo višjo stopnjo težav v duševnem zdravju v primerjavi z zdravstvenimi sodelavci in administratorji (60,8 % vs. 48,0 %; Maciaszek idr., 2020).

Večina študij se je osredotočila na primerjavo vplivov dela na oddelkih z in brez pacientov okuženih z covid-19 na duševno zdravje ZD (AlAreeq idr., 2020; Buselli idr., 2020; Cai idr., 2020; Hacimusalar idr., 2020; Kang idr., 2020; Lai idr., 2020; Liang idr., 2020; Pouralizdeh idr., 2020; Tu idr., 2020; Wang idr., 2020; Wankowicz idr., 2020; Yin idr., 2020). Na splošno ZD, ki so neposredno vključeni v oskrbo covid-19 pacientov, poročajo višjo stopnjo težav v duševnem zdravju (52,6 %–64,0 %), v primerjavi z ZD, ki niso neposredno vključeni v zdravljenje covid-19 pacientov (34,0 %) (Cai idr., 2020; Kang idr., 2020). Podoben trend je zaznati tudi, ko so raziskave primerjale stopnjo anksioznosti, depresije in nespečnosti med skupinama. ZD, ki so neposredno vključeni v oskrbo Covid-19 pacientov so poročali višjo stopnjo anksioznosti – od 21,6 % do 52,6 %, v primerjavi z ZD, ki niso oskrbovali Covid-19 pacientov – od 14,9 % do 34,0 % (AlAreeq idr., 2020; Cai idr., 2020; Hacimusalar idr., 2020; Huang idr., 2020; Wankowicz idr., 2020). Wang in sodelavci (2020) pa v svoji raziskavi niso zaznali razlik med stopnjo razširjenosti anksioznosti in depresije med dvema skupinama ZD.

Hacimusalar in sodelavci (2020) pa so v svoji raziskavi ugotovili, da med tem ko ZD pogosteje poročajo anksiozna stanja (tj. občutijo anksioznost v točno določenih okoliščinah), splošna populacija poroča višje splošno anksiozno počutje nevezano na specifičen trenutek. ZD na oddelkih s covid-19 pacienti poročajo tudi višjo stopnjo razširjenosti simptomov depresije (od 14,3 % do 55,2 %) v primerjavi z ZD na drugih oddelkih (10,1 %) (AlAreeq idr., 2020; Cai idr., 2020). Poleg tega rezultati kažejo, da imajo ZD na oddelkih s covid-19 pacienti imajo tudi slabšo kvaliteto spanja v primerjavi z ZD na drugih oddelkih (od 23,6% do 60 % v primerjavi z 17 % do 29,1 %) (Cai idr., 2020; Tu idr., 2020; Wang idr., 2020).

Prav tako sekundarna travmatizacija in izgorelost pozitivno korelirata s stopnjo anksioznosti in depresije (Buselli idr., 2020). Yin in sodelavci (2020) poročajo o 3,8 % razširjenosti PTSM med ZD, med katerimi prevladujejo predvsem simptomi intruzivnih spominov (44,5 %). Poleg tega so imeli ZD s PTSM slabšo kvaliteto spanja kot ZD brez PTSM, neodvisno od tega ali so oskrbovali paciente s Covid-19 ali ne. Kvaliteto spanja poročajo tudi kot popolnoma posredovalni učinek med stopnjo izpostavljenosti Covid-19 pacientom in diagnozo PTSM (Yin idr., 2020).

Que in sodelavci (2020) so se v svoji raziskavi osredotočili na vpliv epidemije na specifične poklice ZD – dipl. zdravstvenik, zdravnik, zdravnik specializant, javnozdravstveni delavec. Skupno je 46,04 % ZD navajalo simptome anksioznosti, največ dipl. zdravstvenik (51,44 %), najmanj pa zdravniki specialisti (38,99 %). Simptome depresije je poročalo skupaj 44,73 % ZD, od tega najmanj zdravniki specialisti (40,53 %) in največ javnozdravstveni delavci (48,80 %). Od skupno 28,75 % ZD s težavami nespečnosti, so dipl. zdravstveniki navajali najvišjo stopnjo nespečnosti (33,17 %) in najnižjo zdravniki specialisti (24,53 %). Poklic dipl. zdravstvenika kot dejavnik tveganja za višjo stopnjo simptomov anksioznost ali depresijo navaja tudi več drugih raziskav (AlAteeq idr., 2020; Huang idr., 2020; Khanal idr., 2020; Lai idr., 2020; Martinez - Lopez idr., 2020).

Sasaki in sodelavci (2020) so v svoji longitudinalni študiji se osredotočili na spremembo v stopnji strahu in zaskrbljenosti povezane s covid-19 ter duševne stiske ZD v primerjavi z splošno populacijo. Rezultati so pokazali signifikantno povišano stopnjo anksioznosti, depresije, utrujenosti in duševne stiske ZD na drugi točki testiranja v primerjavi s splošno populacijo. Obe skupini udeležencev pa sta poročali povišano stopnjo zaskrbljenosti in strahu glede covid-19 na drugi točki testiranja (Sasaki idr., 2020). Chew in sodelavce (2020) pa je zanimala sprememba primarnega psihološkega odziva ZD na pandemijo covid-19 skozi čas v povezavi z demografskimi dejavniki in tehnikami spoprijemanja s stresom. Rezultati so pokazali, da izogibajoči stil spoprijemanja s stresom in stopnja zaznane stigmatizacije s strani družbe pozitivno korelira z stopnjo stresa in travmatičnim stresom. Uporaba obrambne strategije iskanja socialne opore na drugi točki testiranja je pozitivno napovedala visoka stopnja travmatičnega stresa na prvi točki testiranja. Poleg tega pa je stopnja zaznane stigmatizacije s strani družbe pozitivno korelirala z uporabo izogibajočega spoprijemanja s stresom in stopnjo travmatičnega stresa na obeh točkah testiranja (Chew idr., 2020).

4 Razprava

Namen članka je bilo izvesti sistematični pregled literature za identifikacijo vpliva epidemije covid-19 na duševno zdravje ZD in posledično kakovost obravnave pacientov. V raziskavo je bilo vključenih 20 izvornih kvantitativnih znanstvenih prispevkov na podlagi predhodno določenih vključitvenih in izključitvenih kriterijev.

Rezultati nakazujejo vsesplošno razširjenost težav na področju duševnega zdravja ZD – anksioznost (44,6 %–64,4 %), depresija (50,4 %–70,7 %), nespečnost (34,0 %–58,05 %),

povišana stopnja stresa (71,5 %) in PTSM (3,8 %) (Lai idr., 2020; Wankowicz idr., 2020; Yin idr., 2020). Ob primerjavi ZD na oddelkih z covid-19 pacienti in ZD, ki niso neposredno vključeni v oskrbo Covid-19 pacientov, prvi poročajo signifikantno višje stopnje anksioznosti, depresije in nespečnosti (AlAreeq idr., 2020; Cai idr., 2020; Hacimusalar idr., 2020; Huang idr., 2020; Wankowicz idr., 2020). Longitudinalni študiji pa sta pokazali, da ZD skozi čas poročajo višjo stopnjo anksioznosti, depresije, utrujenost, duševne stiske in travmatičnega stresa (Chew idr., 2020; Sasaki idr., 2020). Ti podatki so tudi primerljivi z rezultati metaanalize vpliva Covid-19 na duševno zdravje ZD de Pablota in sodelavcev (2020), kjer so rezultate primerjali tudi s prevalenco simptomov duševnih motenj v času epidemije SARS in MERS-CoV. V času SARS je anksioznost poročalo 45,7 % ZD, 36,8 % ZD depresijo, 29,5 % nespečnost, 40,9 % povišana stopnja stresa in pri 16,7 % ZD so se nakazovali simptomi PTSM. Izrazito višjo stopnjo PTSM (40,7 %) so poročali v času MERS-CoV epidemije, kar je moč pripisati tudi višji stopnji umrljivosti zaradi virusa MERS-CoV (de Pablo idr., 2020).

V naši raziskavi sta dva znanstvena prispevka naslovlila tematiko izgorelosti, vendar noben ne poroča o splošni razširjenosti izgorelosti med ZD v času epidemije covid-19 (Buselli idr., 2020; Martinez-Lopez idr., 2020). ZD so že na splošno izredno ranljiva populacija za izgorelost in v povprečju 26 % dipl. zdravstvenik zaposlenih na urgenci dosega klinične kriterije izgorelosti (Adriaenssens idr., 2015), v raziskavi Kim in Choi (2016) je izgorelost pojasnila 47,3 % variance v času epidemije MERS-CoV. Rezultati metaanalize pa kažejo na 34,4 % prevalenco izgorelosti med ZD v času epidemij covid-19, SARS in MERS-CoV (de Pablo idr., 2020).

Med skupno 21 vključenih raziskav ni niti eden prispevek naslovil tematiko vpliva duševnega zdravja ZD v času epidemije covid-19 na kakovost obravnave pacientov, kar predstavlja velik raziskovalni primanjkljaj. Raziskave kažejo, da dipl. zdravstveniki nudijo tudi do 3-krat manj kvalitetno oskrbo pacientom v bolnišnicah s kadrovsko stisko in nezadostnimi viri podpore v primerjavi z dipl. zdravstveniki zaposlenimi v bolnišnici z zadostnimi kadrovskimi kapacitetami in primernimi viri podpore (Aiken idr., 2002; Boamah idr., 2017). Ker se delovna obremenitev izrazito poveča v času epidemije, je ključno, da se takrat zmanjša število pacientov na ZD, omogoči večjo fleksibilnost in samostojnost zaposlenim ter se jih opolnomoči (Maunder idr., 2006). Zato je ključno, da se v prihodnosti izvede raziskava, ki bo preučila vpliv duševnega zdravja ZD med epidemijo covid-19 na kakovost obravnave pacientov. Potrebno bi bilo identificirati kazalnike slabše oskrbe, ki bi nakazovali na slabše duševno zdravje ZD. To bi nam omogočilo tako nuditi primerno podporo zaposlenim kot tudi zagotoviti varno in kakovostno obravnavo pacientov.

5 Zaključek

Epidemija je tako slovenski zdravstveni sistem pripeljala na rob zmogljivosti, katerih posledic ne nosijo zgolj pacienti temveč tudi ZD. Raziskave kažejo visoko stopnjo razširjenosti simptomov duševnih stisk in motenj med zaposlenimi v zdravstvu. Posebej ranljivi so tisti, ki neposredno oskrbujejo paciente okužene s covid-19, pri tem pa nimajo na voljo zadostne zaščitne opreme. Vodstvo zdravstvenih ustanov kot tudi klinične vodje ekip bi mogli skupaj zagotoviti, da se ZD v teh še posebej zahtevnih časih nudi zadostna količina virov, ki bo pomagala zmanjšati tveganje za razvoj duševnih stisk in motenj ter hkrati zagotoviti, da se ohrani visoka stopnja varnosti in kakovosti obravnave pacientov.

LITERATURA

1. Adriaenssens, J., De Gucht, V. in Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (2), 649–661.
2. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M. in International Hospital Outcomes Research Consortium. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14 (1), 5–14.
3. AlAteeq, D. A., Aljhani, S., Althiyabi, I. in Majzoub, S. (2020). Mental health among healthcare providers during coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 13 (10), 1432–1437.
4. Boamah, S. A., Read, E. A. in Spence Laschinger, H. K. (2017). Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (5), 1182–1195.
5. Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V. ... in Carmassi, C. (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to SARS-CoV-2 (covid-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (17), 6180.
6. Cai, Q., Feng, H., Huang, J., Wang, M., Wang, Q., Lu, X., ... in Ouyang, K. (2020). The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak in China: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 275, 210–215.
7. Chew, Q. H., Chia, F. L. A., Ng, W. K., Lee, W. C. I., Tan, P. L. L., Wong, C. S. ... in Phua, E. J. (2020). Perceived Stress, Stigma, Traumatic Stress Levels and Coping Responses amongst Residents in Training across Multiple Specialties during covid-19 Pandemic-A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (18), 6572.
8. De Pablo, G. S., Serrano, J. V., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F. ... in Fusar - Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*.
9. Hacimusalar, Y., Kahve, A. C., Yasar, A. B. in Aydin, M. S. (2020). Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 181–188.
10. Huang, L., Wang, Y., Liu, J., Ye, P., Chen, X., Xu, H. ... in Ning, G. (2020). Factors influencing anxiety of health care workers in the radiology department with high exposure risk to covid-19. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e926008-1.
11. Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., ... in Hu, S. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*.
12. Khanal, P., Devkota, N., Dahal, M., Paudel, K. in Joshi, D. (2020). Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. *Globalization and Health*, 16 (1), 1–12.
13. Kim, J. S. in Choi, J. S. (2016). Factors influencing emergency nurses' burnout during an outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus in Korea. *Asian nursing research*, 10 (4), 295–299.
14. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... in Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3 (3), e203976-e203976.
15. Liang, Y., Wu, K., Zhou, Y., Huang, X., Zhou, Y. in Liu, Z. (2020). Mental health in frontline medical workers during the 2019 novel coronavirus disease epidemic in China: A comparison with the general population. *International journal of environmental research and public health*, 17 (18), 6550.
16. Maciaszek, J., Ciulkowicz, M., Misiak, B., Szczesniak, D., Luc, D., Wiczorek, T. ... in Rymaszewska, J. (2020). Mental Health of Medical and Non-Medical Professionals during the Peak

- of the covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Nationwide Study. *Journal of Clinical Medicine*, 9 (8), 2527.
17. Martínez - López, J. Á., Lázaro - Pérez, C., Gómez - Galán, J. in Fernández - Martínez, M. D. M. (2020). Psychological impact of covid-19 emergency on health professionals: Burnout incidence at the most critical period in Spain. *Journal of Clinical Medicine*, 9 (9), 3029.
 18. Maunder, R. G., Lancee, W. J., Balderson, K. E., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S., Fernandes, C., Goldbloom, D., Gupta, M., Hunter, J., McGillis Hall, L., Nagle, L. M., Pain, C., Peczeniuk, S., Raymong, G., Read, N., Rourke, S., Steinberg, R., Stewart, T., ... in Wasylenki, D. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*, 12 (12), 1924.
 19. McHugh, M. D., Kutney - Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M. in Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30 (2), 202–210.
 20. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2020). Število potrjenih primerov s covid-19 (Številka poročila 14112020). Center za nalezljive bolezni. Pridobljeno 15. 11. 2020, s <https://www.nijz.si/sl/dnevno-spremljanje-okuzb-s-sars-cov-2-covid-19>.
 21. Nickell, L. A., Crighton, E. J., Tracy, C. S., Al - Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S. ... in Upshur, R. E. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Cmaj*, 170 (5), 793–798.
 22. Pouralizadeh, M., Bostani, Z., Maroufizadeh, S., Ghanbari, A., Khoshbakht, M., Alavi, S. A. in Ashrafi, S. (2020). Anxiety and depression and the related factors in nurses of Guilan University of Medical Sciences hospitals during covid-19: A web-based cross-sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13, 100–233.
 23. Que, J., Le Shi, J. D., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., ... in Ran, M. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General psychiatry*, 33 (3).
 24. Republika Slovenija Portal GoV.si (n.d.). Aktualni podatki o epidemiji covid-19 v Sloveniji: covid-19 vsi podatki. Pridobljeno 15. 11. 2020, s <https://www.gov.si teme/koronavirus-sars-cov-2/aktualni-podatki/>.
 25. Sasaki, N., Kuroda, R., Tsuno, K. in Kawakami, N. (2020). The deterioration of mental health among healthcare workers during the covid-19 outbreak: A population-based cohort study of workers in Japan. *Scandinavian journal of work, environment & health*.
 26. Tu, Z. H., He, J. W. in Zhou, N. (2020). Sleep quality and mood symptoms in conscripted frontline nurse in Wuhan, China during covid-19 outbreak: a cross-sectional study. *Medicine*, 99 (26).
 27. Vieta, E., Pérez, V. in Arango, C. (2020). Psychiatry in the aftermath of covid-19.
 28. Wang, W., Song, W., Xia, Z., He, Y., Tang, L., Hou, J. in Lei, S. (2020). Sleep disturbance and psychological profiles of medical staff and non-medical staff during the early outbreak of COVID-19 in Hubei Province, China. *Frontiers in psychiatry*, 11, 733.
 29. Wańkiewicz, P., Szylińska, A. in Rotter, I. (2020). Assessment of mental health factors among health professionals depending on their contact with covid-19 patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (16), 5849.
 30. Weigl, M., Müller, A., Holland, S., Wedel, S. in Woloshynowych, M. (2016). Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. *BMJ quality & safety*, 25 (7), 499–508.
 31. World Health Organization (2020). Coronavirus disease (covid-19) (Številka poročila 20201005). Emergency situational update. Pridobljeno, s <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---5-october-2020>
 32. Yan, Y., Shin, W. I., Pang, Y. X., Meng, Y., Lai, J., You, C., ... in Pang, C. H. (2020). The first 75 days of novel coronavirus (SARS-CoV-2) outbreak: Recent advances, prevention, and treatment. *International journal of environmental research and public health*, 17 (7), 2323.
 33. Yin, Q., Sun, Z., Liu, T., Ni, X., Deng, X., Jia, Y., ... in Liu, W. (2020). Posttraumatic Stress Symptoms of Health Care Workers during the Corona Virus Disease 2019 (covid-19). *Clinical Psychology & Psychotherapy*.

Ovire in prednosti za izvajanje holistične obravnave pacienta

UDK 616-083-021.361

KLJUČNE BESEDE: holistična oskrba, celosten pristop, komplementarne in alternativne metode, pacient, diplomirana medicinska sestra

POVZETEK - Holistična obravnava upošteva biološke, psihološke, socialne in duhovne potrebe pacienta, saj je oseba biopsihosocialno bitje v stalni interakciji z nenehno spreminjajočim se okoljem. Ker mnogi avtorji navajajo, da je koncept holistične oskrbe slabo razumljen, nas je v raziskavi zanimalo, v koliki meri diplomirane medicinske sestre poznajo koncept holistične oskrbe ter kakšne so prednosti in ovire za izvajanja holistične obravnave pacienta. Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, podatke smo zbrali z anketnim vprašalnikom, ki je obsegal 3 vprašanja zaprtega in 4 vprašanja odprtega tipa. V raziskavo je bilo vključenih 20 diplomiranih medicinskih sester in 2 diplomirana zdravstvenika, ki so zaposleni na internističnem oddelku in v specialističnih ambulantah na Onkološkem Inštitutu. Odgovore na zastavljena vprašanja smo kvalitativno analizirali. Z analizo odgovorov ugotavljamo, da vključeni v raziskavo menijo, da koncept holistične oskrbe pomeni celostno obravnavo pacienta. Kot glavno oviro za izvajanje holistične oskrbe anketirani navajajo: preobremenjenost kadra in premalo zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege. Kot glavne prednosti koncepta holistične oskrbe pa anketirani navajajo: individualni pristop k pacientu in boljša kakovost zdravstvene nege, ter posledično večje zadovoljstvo pacientov. Holistična oskrba pomeni več kot le celostno obravnavo pacienta, saj avtorji navajajo, da gre za način razmišljanja, za prakso s specifičnimi pristopi v oskrbi pacienta.

UDC 616-083-021.361

KEYWORDS: holistic care, holistic approach, complementary and alternative methods, patient, graduate nurse

ABSTRACT - Holistic treatment takes into account the biological, psychological, social and spiritual needs of a patient, who is a biopsychosocial being in a continuously changing environment. As many authors state, the concept of holistic care is poorly understood. In this research we were interested in determining to which extent are the registered nurses familiar with the concept of holistic care and the barriers and benefits of holistic patient treatment. We used a qualitative research approach and collected data with a questionnaire, which included 3 closed-ended questions and 4 open-ended questions. The research included 22 registered nurses in the internistic department and specialist clinics at the Oncology Institute. The answers we received were qualitatively analysed. By analysing the answers, we found out that the participants in the research believe that the concept of holistic care means a comprehensive patient treatment. As the main obstacle to the implementation of holistic care, the respondents state staff overload and insufficient number of nursing care employees. As the main benefits of the holistic care concept the respondents state individual approach and better quality of nursing care, which consequently leads to a greater patient satisfaction. Holistic care is more than just a comprehensive patient treatment. As authors state, it is a way of thinking, a practice with specific approaches in patient care, a professional and personal responsibility.

1 Teoretična izhodišča

Človek je enkratna osebnost, z lastno preteklostjo, lastnimi občutki, razmišljanji, življenjskimi navadami, problemi, pričakovanji in željami (Hajdinjak in Meglič, 2012). Človek je bio-psihosocialno in duhovno bitje, zato nas v zdravstveni oskrbi ne smejo zanimati le njegovi telesni simptomi, temveč človek kot celota. Če torej govorimo, da je pacient celota, potem potrebuje celostno, holistično obravnavo, kar pomeni, da moramo v zdravstveni oskrbi upoštevati vse

njegove potrebe, ki izhajajo iz bio-psiho-socialnih in duhovnih dimenzij človeka (Filej in Kaučič, 2015).

Izraz »holizem« je leta 1926 skoval filozof Jan Smuts. Izraz izhaja iz grške besede »hólos« in pomeni »cel, oziroma biti, ali postati cel«. Bistvo holizma je opisal Aristotel, grški filozof, v svojem delu Metafizika in sicer, da je »celota več kot vsota njenih delov«. Holizem v zdravstvu je umetnost in znanost v skrbi za pacienta na način, da upošteva njegovo telo, um, duhovnost in čustveno stanje v odnosu do drugih in okolja (Iqbal, 2013).

Holistični pristop v obravnavi pacienta temelji na dejstvu, da um in telo težita k ravnovesju. Če je obremenjen en del celote, to vpliva na druge dele, npr. stalna čustvena napetost lahko povzroči telesno izčrpanost. Holistični pristop išče odgovore na porušeno zdravje mnogo širše, ne le kot prepoznavanje bio – fizičnih simptomov, temveč tudi kot proučevanje načina življenja, prehranjevalnih navad, življenjskega okolja, družine in prijateljev, mentalnega zdravja in sposobnosti, telesnih aktivnosti itd. (Filej in Kaučič, 2013).

V holistični oskrbi so upoštewane vse pacientove potrebe, vključno s fizičnimi, čustvenimi, socialnimi in izobraževalnimi potrebami, upoštevana je njegova kultura in duhovno dobro počutje. Holistična oskrba spoštuje človekovo dostojanstvo, odnos med zdravstvenimi strokovnjaki in pacienti temelji na spoštovanju, odprtosti, enakosti in vzajemnosti (Jasemi, Valizadeh, Zamanzadeh in Keogh, 2017).

Alternativne ideje in tehnike zdravstvene nege nenehno vplivajo na negovalno prakso. Ti alternativni načini prakse še naprej kažejo razumevanje zdravstvene nege kot samostojne prakse, do te mere, da nekatere tehnike in dejavnosti, kot so aromaterapija, poslušanje glasbe in refleksoterapija, pogosto nagonsko obravnavamo kot alternativne ali dopolnilne terapije. Uporaba teh tehnik v zdravstveni negi se pogosto razume kot vidike zdravstvene nege, ki temeljijo na perspektivi holizma. Te dejavnosti temeljijo na spoznanju, da so »osebe celotne.« Takšno razumevanje je ključnega pomena za vrednotenje zdravstvene nege. Alternativna in dopolnilna terapija sta se pojavili kot praksa holizma, zaradi napredka zdravstvene nege (Locsin, 2002, str. 11–12).

1.1 Komplementarno in alternativno zdravljenje kot del holistične obravnave pacienta

Komplementarna in alternativna medicina (KAM) zajema širok spekter različnih pristopov h krepitvi in ohranjanju zdravja ter k zdravljenju. Rezultati novih študij prikazujejo, da je uporaba KAM razširjena med populacijo tudi v zahodnih državah. Na primer, ocenjena enoletna razširjenost v nekaterih državah se giblje od 12,4 % v Kanadi do 44,0 % v Združenem kraljestvu in 48,7 % na Norveškem. Ocene razširjenosti KAM v nekaterih vzhodnoevropskih državah so bistveno nižje, in sicer okoli 6 % v Sloveniji, 7 % v Romuniji in 13 % na Madžarskem (Milanović in Pavić, 2014).

Komplementarni načini zdravljenja se uporabljajo kot dodatek ali dopolnilo konvencionalni medicini. Dopolnjujejo konvencionalno (alopatsko) zdravljenje, vendar ga ne nadomeščajo. Ko tradicionalno zahodno (alopatsko) medicino uporabljamo skupaj s komplementarnimi pristopi in tehnikami, govorimo o integrativni medicini. Alternativni terapevtski pristopi se uporabljajo namesto konvencionalne medicine, komplementarni terapevtski pristopi pa skupaj s konvencionalnimi načini zdravljenja. Konvencionalna medicina se ukvarja predvsem s simptomi, komplementarna pa gleda na posameznika kot na celoto (življenjski slog ter fizično in čustveno zdravje) (Zaloker in Zaloker, 2011).

Hrvaško združenje za naravno, energijsko in duhovno medicino predlaga naslednje oblike KAM: naravna medicina (aromaterapija, ajurveda, kitajska medicina, fitoterapija, homeopatija, biofeedback, naravna hrana), energetska medicina (akupunktura, masaža, avtogeni trening,

bioenergija, joga, kristalna terapija, reiki, kiropraktika) in duhovna medicina (verske molitve, egzorcizem, zdravilni pogled). Pri onkoloških pacientih je uporaba KAM večja kot pri splošni populaciji. Razširjenost uporabe pri pacientih z rakom se razlikuje glede na lokacijo. Evropska študija kaže na največjo razširjenost KAM pri bolnikih z rakom trebušne slinavke, jeter, kosti, možganov, sledijo bolniki z rakom dojke, rakom debelega črevesja in danke, ter urogenitalnega sistema. Najmanjša razširjenost KAM je bila ugotovljena pri pacientih z rakom pljuč in glave ter vratu. Pri ženskah z rakom dojke se uporaba KAM giblje med 63 % in 83 %. Najpogosteje uporabljene KAM terapije so homeopatija, zeliščni pripravki, vitamini in minerali, masaža in duhovno zdravljenje (Armano, Petrak in Kern, 2017).

1.2 Holistična medicinska sestra

Holistične medicinske sestre pomagajo posameznikom in skupinam, da dostopajo do svojega največjega zdravnega potenciala v običajnih in dopolnilnih sistemih. Številne holistične medicinske sestre so specializirane za enega ali več komplementarnih, alternativnih ali integrativnih načinov zdravljenja in vzdržujejo usposobljenost za izvajanje teh načinov zdravljenja. Holistične medicinske sestre negujejo celoto tako, da vrednotijo fizične, duševne, čustvene, duhovne in okoljske moči, ocenjujejo izzive vsake osebe ter spoštujejo njene vrednote, prepričanja o zdravju in zdravstvene izkušnje (American Holistic Nurses Association, 2020).

Holistična oskrba je celovita oskrba, katere cilj je izboljšati ali spodbujati integriteto osebe od rojstva do smrti. Florence Nightingale je celostno oskrbo razširila na negovanje in poudarila, da mora medicinska sestra uporabiti svoje roke, srce in moč misli pri ustvarjanju terapevtskega okolja za nego telesa, duše in uma pacienta. Kljub vsem pozitivnim učinkom holistične oskrbe študije kažejo na šibkost izvajanja le-te, saj so medicinske sestre najpogosteje usmerjene k fizičnim, manj k duševnim in socialnim in najmanj k duhovnim dimenzijam pacientov. Prav tako je bilo izvedenih le nekaj študij o ugotavljanju percepcije pacientov o holistični zdravstveni negi. V razvitih državah je večina raziskav, ki so proučevale upoštevanje pacientove avtonomije in njegovih pravic, pokazala, da medicinske sestre menijo, da je skrb za zadovoljevanje pacientovih čustvenih ali psihosocialnih potreb pacientov pomembnejša. Kljub majhnemu številu študij o skrbnem vedenju medicinskih sester, ki so bile izvedene v Iranu, so rezultati študij pokazali, da medicinske sestre bolj zanimajo fizični vidiki oskrbe in pogosto zanemarjajo psihosocialne razsežnosti pacientov, kar vodi do nezadovoljstva pacientov (Rajabpour, Rayyani in Mangolian, 2019).

Holizem postaja vse bolj pomemben koncept v današnji zdravstveni oskrbi, saj medicinski model vse pre pogosto vidi pacienta le kot bolezen in ne kot posameznika (Iqbal, 2013).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, v koliki meri diplomirane medicinske sestre poznajo koncept holistične oskrbe ter kakšne so prednosti in ovire za izvajanja holistične obravnave pacienta.

2 Metoda

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, metodo utemeljene teorije ter tehniko anketiranja. Kot instrument raziskave smo uporabili vprašalnik s tremi vprašanji odprtega tipa: (i) Kaj je holistična zdravstvena nega? (ii) Katere so prednosti izvajanja holistične zdravstvene nege? (iii) Katere so ovire za izvajanje holistične zdravstvene nege?

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec. V raziskavo smo vključili 20 diplomiranih medicinskih sester in 2 diplomirana zdravstvenika, ki so zaposleni na internističnem oddelku in v specialističnih ambulantah na Onkološkem inštitutu. Anketirancem smo razdelili vprašalnik, ki so ga po izpolnitvi vrnili. Odgovore na zastavljena vprašanja smo kvalitativno

analizirali. Najprej smo pregledali odgovore na posamezna vprašanja. V odgovorih, ki so bili zapisani v obliki strnjenegega teksta ali v obliki besed, smo iskali ključne pomene – kode. V nadaljevanju smo sorodne kode oziroma kode, ki se nanašajo na podobne pojave, združili v kategorije, ki smo jih smiselno poimenovali.

Sodelujočim v raziskavi smo zagotovili pravico do anonimnosti, zasebnosti in zaupnosti.

3 Rezultati

Tipični odgovori na vprašanje, kaj je holistična zdravstvena nega so:

- 18 anketiranih je odgovorilo, da je to celostna obravnava pacienta.
- 2 osebi sta odgovorili na zastavljeno vprašanje, da je: holistična obravnava pacienta širok pojem, je način razmišljanja ter osebna in profesionalna odgovornost do pacienta. Holistična ali celostna obravnava pacientov v zdravstveni negi pomeni, da pri obravnavi pacienta upoštevamo vse njegove potrebe, ki izhajajo iz bio-psiho-socialnih in duhovnih potreb. 1 oseba je odgovorila da je: holistična zdravstvena nega obravnava, ki temelji na celostni obravnavi pacienta, vendar je poudarek na spoštovanju, individualni obravnavi, celovitosti, ter opolnomočenju pacienta. 1 oseba pa je bila mnenja, da je holistična zdravstvena nega pravzaprav samo filozofija v zdravstveni negi.

Z analizo odgovorov na zastavljeno vprašanje: Katere so prednosti izvajanja holistične zdravstvene nege? smo izluščili 23 kod, ki smo jih nato združili v 3 podkategorije, in sicer: proces obravnave, izid obravnave z vidika pacienta in izid obravnave z vidika medicinske sestre (tabela 1).

Tabela 1: Prikaz kategorije »Prednosti za izvajanje holistične zdravstvene nege«

Podkategorije	Kode
Proces obravnave	široka obravnava individualni pristop celostna obravnava procesna obravnava drugačna filozofija obravnave možnost odločanja vključenost v obravnavo vključenost svojcev obrnava vzrokov psihična in duhovna podpora individualni pogovor uvajanje komplementarnih in alternativnih oblik obravnave
Izid obravnave z vidika pacienta	boljši izid zdravljenja večje zadovoljstvo večje zaupanje v odnosu do medicinske sestre boljše počutje
Izid obravnave z vidika medicinske sestre	večja kakovost in varnost obravnave večja učinkovitost obravnave boljša komunikacija s pacientom sodelovanje z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki zmanjšanje možnosti za konflikte

Na zastavljeno vprašanje: Katere so ovire za izvajanje holistične zdravstvene nege? smo izluščili 18 kod, ki smo jih nato združili v 3 podkategorije, in sicer: organizacijske ovire, osebne ovire in komunikacijske ovire (tabela 2).

Tabela 2: Prikaz kategorije »Ovire za izvajanje holistične zdravstvene nege«

<i>Podkategorije</i>	<i>Kode</i>
Organizacijske ovire	pomanjkanje kadra pomanjkanje časa preobremenjenost kadra veliko število telefonskih klicev preveč dokumentiranja krajše hospitalizacije pacientov večje število pacientov glede na standard preobremenjenost nezanimanje vodstva za holistični pristop k obravnavi pacienta
Osebne ovire	premalo znanja premalo izobraževanja nemotiviranost medicinskih sester
Komunikacijske ovire	manjko komunikacijskih spretnosti slaba komunikacija v timu podrejenost medicinskih sester zdravniku pomanjkanje časa za komunikacijo s pacientom

4 Razprava

Na podlagi analize rezultatov raziskave odgovarjamo na zastavljena raziskovalna vprašanja in ugotavljamo, da medicinske sestre poznajo koncept holistične obravnave pacienta, saj je 18 anketiranih navedlo, da je to celostna obravnava pacienta. Ta koncept zajema tudi metodo filozofije v holistični obravnavi, ki zagotavlja oskrbo vseh delov pacienta.

Holistična oskrba povečuje samozavedanje in samozavest pri pacientih ter medicinskim sestram omogoča, da bolje razumejo učinke bolezni na celotno življenje pacienta in njegove resnične potrebe. Prav tako izboljšuje harmonijo med duhom, telesom in čustvi v nenehno spreminjajočem se okolju. Spoštovanje pacienta v postopku zdravljenja, njegovo sodelovanje v procesu in spodbujanje samooskrbe je še en vidik holistične obravnave, ki vodi k terapevtskemu posvetovanju, upanju, dostojanstvu, samodisciplini, družbeni rasti, občutku avtonomije, moči in vitalnosti (Zamanzadeh, Jasemi, Valizadeh, Keogh in Taleghani, 2015).

Holistična medicinska sestra je tista, ki uporablja celovit pristop (um-telo-duh-čustva) v praksi tradicionalne zdravstvene nege. Holistična zdravstvena nega temelji na zbirki znanja, na dokazih temelječih raziskavah, izpopolnjenih sklopih spretnosti, opredeljenih standardih prakse in filozofiji življenja in bivanja, ki temelji na skrbi, odnosih in medsebojni povezanosti. Medtem ko holistična zdravstvena nega ni odvisna pri uporabi kakršnih koli posebnih načinov imajo pogosto ta orodja manj škodljivih učinkov in imajo malo ali nič interakcij z drugimi zdravstvenimi sredstvi, zato jih je enostavno vključiti v zdravstveno nego. Za celostno prakso je najpomembnejše, da temelji na znanju, teorijah, strokovnem znanju in intuiciji, da medicinske sestre strmiijo k temu, da postanejo terapevtski partnerji s pacienti v procesu, ki se razvija v smeri zdravljenja in holizma (American Holistic Nurses Association, 2020).

Holistične medicinske sestre uporabljajo različne zdravilne in integrativne terapije. Redno uporabljajo posnetke, vizualizacijo, sprostitve, tehnike globokega dihanja, obvladovanje stresa in aromaterapijo za paciente v bolnišnicah in zasebnikih (Thornton, 2019).

Na onkološkem internističnem oddelku uporabljajo aromaterapijo za paciente, ter glasbo na oddelčnih hodnikih. Zaradi pomankanja časa in preobremenjenih medicinskih sester, vključijo v proces obravnave prostovoljce, ki si vzamejo čas in se pogovarjajo s pacienti. Kadar prihaja

božični čas, prostovoljci igrajo različne glasbene inštrumente in pojejo slovensko glazbo na vsakem oddelku in tako razveselijo onkološke paciente.

Bahcecioglu Turan, Yanmis in Gunduz Oruc (2020), so izvedli opisno študijo za določitev uporabe komplementarne in alternativne terapije (CAT) pri pacientih z rakom. V raziskavi je sodelovalo 250 onkoloških pacientov. Ugotovili so, da 71,2 % (178 oseb) uporablja CAT. 44,4 % pacientov je uporabilo psihološko komplementarno in alternativno terapijo, uporabljali so verske metode. Pacienti so tudi uporabljali vitaminko / farmakološko CAT, saj so ugotovili, da je 28,1 % pacientov uporabljalo kalcij in 36 % uporabljalo zeliščne / prehranske alternativne in komplementarne terapije. V 79,8 % primerov so bili zdravniki ali medicinske sestre seznanjeni z uporabo CAT pri pacientih. Zdravstveni delavci bi morali redno ocenjevati in voditi posameznike s kronično boleznijo, kateri uporabljajo CAT. MS bi jih morale izobraževati ter svetovati o varni uporabi takega načina zdravljenja. V zdravstveni negi bi morali obstajati vprašalniki za zbiranje informacij o pacientu, če uporablja komplementarno in alternativno zdravljenje. Mnogi pacienti z rakom iščejo komplementarno in alternativno terapijo (CAT), da bi ublažili neželene učinke kemoterapije ali obsevanja. Nekateri pacienti verjamejo, da CAT nudi druge koristi, kot so promocijo zdravja, obvladovanje simptomov bolezni, preprečevanje bolezni ali izboljšanje imunske funkcije. Nekateri verski ali kulturni dejavniki vplivajo na izbiro CAT, pri čemer CAT pogosto velja za »naravnega«, zato nekateri pacienti menijo, da je uporaba CAT v skladu z njihovimi prepričanji. Komplementarne in alternativne terapije (CAT) so širok nabor nenavadnih praks, vključno z uporabo naravnih izdelkov, terapijami duha in telesa in celotnimi medicinskimi sistemi. CAT se uporabljajo za podporo znanstveni medicini, za izboljšanje kakovosti življenja, za zmanjšanje simptomov in neželenih učinkov. V naši raziskavi sta 2 anketirana mnenja, da je holistična medicinska sestra tista, ki zadovoljuje pacientove fizične, duhovne, psihične in socialne potrebe, po sodobnejših smernicah pa vključuje tudi komplementarno in alternativno medicino.

V naši raziskavi je 9 anketiranih odgovorilo, da MS mora v holistični obravnavi upoštevati celostni pristop vključno z duhovno in psihično podporo pacienta.

Babnik in Karnjuš (2014) sta v kvantitativni raziskavi odkrila, da je zdravstvenim delavcem najboljše poznana duhovna potreba pacientov in sicer, potreba po viru upanja in moči, ki ji sledi potreba po izvajanju duhovnih vaj oziroma izražanju pojma Boga ali božanstva. Zaposleni v zdravstveni negi so mnenja, da duhovno oskrbo prepoznajo kot sestavni del svojega dela. Anketirani elemente duhovne oskrbe prepoznajo kot: zagotavljanje zasebnosti, komunikacijo, ki omogoča pacientom prostor za izražanje duhovnosti, strpnost in spoštovanje raznolikosti, kar so temelji kakovosti duhovne oskrbe pacientov.

Zdravstvena nega temelji na osnovnih človekovih potrebah. Virginia Henderson je izražanje pacientovih potreb in čustev ter opravljanje verskih obredov natančno definirala v Osnovnih načelih ZN. Pomoč pacientu pri komunikaciji z drugimi in izražanje mnenj in čustev opisuje kot dejavnosti, pri katerih se MS zaveda, da so čustva neizogibno povezana s telesno spremembo in pomaga pacientu pri tem, da razume samega sebe, da odstrani vzroke slabega počutja in sprejme neizogibno. Bolj kot je MS razumevajoča, bolj ji pacient in njegovi bližnji zaupajo in s tem lažje pomaga pacientu premagati psihične stiske, ki jih spremlja bolezen. Ne glede na okoliščine MS pomaga pacientu oblikovati in ohranjati ustrezne načine izražanja potreb, zanimanj in želja (Šolar in Mihelič Zajec, 2007).

9 anketiranih je mnenja, da je uspešna komunikacija med pacientom in medicinsko sestro v holistični obravnavi pomembna, saj vodi h kakovostni in varni zdravstveni negi.

Komunikacija v zdravstvu je sestavni del poklicnega delovanja medicinskih sester, saj preko komunikacije posreduje informacije, pomaga pacientu izražati občutke na bolezen in mu pomaga pri zadovoljevanju svojih potreb.

Dvosmerna komunikacija med medicinsko sestro in pacientom je pomemben element v zdravstveni negi, saj mora medicinska sestra dobiti potrebne informacije o pacientu in družini, da skupaj zgradita zaupljiv odnos. Ko se pacient zaupa medicinski sestri, je dostop do oskrbe olajšan, pacient se skupaj z družino odloča o pravih odločitvah, MS spremlja vedenjske spremembe pri pacientu, da se mu zdravstveno stanje ne slabša, ampak da strmijo k istemu cilju za izboljšanje zdravja pacienta (Epstein, Fiscella, Lesser in Stange, 2010). Ni pomembno, koliko dolgo ste preživeli interakcijo s pacientom, ampak kako ste porabili čas, ki ste ga imeli z njim. Medicinske sestre bi si morale prizadevati, da bi kratek čas, ki ga imajo z vsakim pacientom, vedno najbolje izkoristile. Ule (2010) pravi, da so motivi podpornega empatičnega komuniciranja različni in kompleksni. Odvisni so predvsem od sposobnosti empatije in od osebnih značilnosti udeležencev. Empatično komuniciranje je eno izmed ključnih elementov terapije - zaupanje.

V naši raziskavi je 13 anketiranih mnenja, da je naloga holistične medicinske sestre, dobro voden proces zdravstvene nege od ocenjevanja do evalvacije rezultatov v holistični obravnavi. Proces zdravstvene nege prispeva k večji organiziranosti in povezanosti pri izvajanju vseh aktivnosti in intervencij v okviru holistične obravnave. Izboljša stopnjo fleksibilnosti med opravljeno zdravstveno nego in zmanjšuje verjetnost za opuščanje določenih aktivnostih. Holistični pristop ne pomeni le zdravljenje simptomov, temveč je povezan s skrbjo, ljubeznijo, sočutjem in ustvarjalnostjo in se je razvil z vključevanjem idej filozofije, sistemske teorije in holističnega procesa oskrbe.

Vloga medicinske sestre je da, sodeluje z multidisciplinarnimi timi in jim sporoča potrebe pacientov, da pomagajo pri usklajevanju napotitvenih služb za podporo pacientu in njegovi družini v kriznih situacijah, ko je potrebno. Ocenjevanje pacientov je pomembna negovalna veščina in predstavlja osnovo tako za začetno kot tudi za trajno oskrbo pacienta. Izčrpna celovita presoja je prvi korak v procesu zdravstvene nege, ocena pa vsebuje odločitve o diagnozi, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvene nege. To je ključni korak, saj informacije, zbrane med ocenjevanjem, določajo začetne faze zdravstvene nege. Obstaja šest vidikov celostne ocene; fiziološka, psihološka, socialna, razvojna, duhovna in kulturna ter ocenjevalna faza postopka. Pri ocenjevalni fazi medicinska sestra zbira tako subjektivne kot objektivne podatke o pacientu in njihovi družini. Proces zdravstvene nege podpira usklajen pristop k zdravstveni oskrbi s poudarkom na optimalnih izidih pacientov, varnosti pacientov in na dokazih temelječi praksi. Prva in verjetno najpomembnejša faza se začne z oceno biopsihosocialnih in duhovnih vidikov pacientovega življenja. Pri holističnem pristopu imajo medicinske sestre vodilno vlogo pri zagotavljanju oskrbe pacientov, ki je osredotočena na pacienta, in ne na oskrbo, osredotočeno na »medicinske probleme«. Ocenjevanje pacientovih potreb mora biti stalno in ciklično, da se oceni učinkovitost oskrbe, ovrednoti izboljšanje stanja pacienta in čim prej ugotovi poslabšanje zdravstvenega stanja (Wallace, 2013).

V naši raziskavi je na vprašanje, katere so ovire za izvajanje holistične zdravstvene nege odgovorilo 10 anketiranih, da je pomankanje kadra glavna ovira in prepreka za izvajanje take obravnave. 9 anketiranih pa je mnenja, da je pomankanje časa velika ovira, saj se ne upošteva vseh pacientovih potreb, ki bi jih bilo potrebno pri holistični obravnavi. Premalo časa pa je posledica premalo kadra oziroma zaposlenih. Trije pa so odgovorili, da DMS nima oz. ima premalo znanja s področja holistične obravnave, ter nezainteresiranost ustanov v holistično oskrbo bolnikov.

(Prosen, 2001) trdi, da je zadovoljstvo z delom pomemben indikator uspešnosti in učinkovitosti za organizacijo in medicinske sestre, kot tudi posreden indikator zadovoljstva pacientov.

Na žalost obstajajo prepričljivi dokazi, da se je večina medicinskih sester izobraževala z biomedicinsko alopatsko usmeritvijo in slabo razumejo pomen holistične oskrbe. Poleg tega je

bilo predlagano, da medicinske sestre ne poznajo celostne oskrbe, zanemarjajo ta model skrbi in upoštevajo le telesne potrebe pacientov. Duševne, duhovne in socialne potrebe pacientov se zanemarjajo pa so včasih večji problem, kakor telesne potrebe. V mnogih državah, kot so Velika Britanija, Avstralija in Iran so holistični vidiki potreb pacientov pogosto spregledani. Podobne študije, izvedene v ZDA, so pokazale, da 67 % Ameriških pacientov v bolnišnicah ni deležnih holistične oskrbe. Študija, izvedena v Angliji, pa je pokazala, da je bilo le 5% hospitaliziranih pacientov deležnih holistične oskrbe. To predstavlja veliko krizo za negovalni poklic. Glede na rezultate študij o holistični obravnavi negativno vplivajo nekateri dejavniki, kot so: neustrezen čas, neprimerni medsebojni poklicni odnosi, nepopolna predaja službe medicinskih sester, neustrezen klinični nadzor, nerazpoložljivost virov, omejeno znanje ter motivacijski in organizacijski dejavniki (Zamanzadeh, Jasemi1, Valizadeh, Keogh in Taleghani, 2015).

5 Zaključek

Večina anketiranih je seznanjena s holistično obravnavo, saj je bil najpogostejši odgovor, da je holistična obravnava pacienta pravzaprav celostna obravnava. Drugi najpogostejši napisani odgovor je bil, da primanjkuje medicinskih sester, da imajo MS premalo časa, in da so preobremenjene, za izvajanje take obravnave. Holistično obravnavo je mogoče izvajati v katerem koli zdravstvenem okolju. Med prednostmi izvajanja holistične zdravstvene nege so anketirani navajali, da je pri taki obravnavi boljša vključenost pacienta in svojcev na poti k okrevanju pri bolezni. Prednost je tudi v tem, da medicinska sestra učinkovito komunicira s pacienti in različnimi člani tima o tem kako bo pacient izboljšal kakovost svojega življenja. Medicinska sestra pomaga drugi osebi, da raste k celoti, k ravnovesju telesa, razuma in duše, ali pomaga drugemu pri okrevanju po bolezni ali med boleznijo. Poudarek je tudi, na individualni obravnavi pacienta, da je vključen v proces zdravstvene nege in ima možnost odločanja. Omejitve študije je majhen vzorec, ki ne daje reprezentativnih rezultatov. Za bolj poglobljeno osvetlitev te tematike bi bilo potrebno raziskavo izvesti na večjem vzorcu. Ob primerjanju pridobljenih rezultatov z rezultati iz literature smo ugotovili, da bi bilo tudi zanimivo izvesti raziskavo, v kateri bi ugotavljali razumevanje stališča do holistične obravnave pri pacientih.

LITERATURA

1. American Holistic nurses association. (b. d). Pridobljeno 6. 10. 2020, s <https://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing>.
2. Armano, J., Petrak, O. in Kern, J. (2017). Iskustva onkoloških bolesnika u primjeni alternativnih i komplementarnih metoda liječenja. Pridobljeno 30. 9. 2020, s https://www.researchgate.net/profile/Josipa_Kern/publication/317867358_Iskustva_onkoloskih_bolesnika_u_primjeni_alternativnih_i_komplementarnih_metoda_lijecenja/links/59e5a36baca272390edfdf80/Iskustva-onkoloskih-bolesnika-u-primjeni-alternativnih-i-komplementarnih-metoda-lijecenja.pdf.
3. Bahcecioglu, T. G., Yanmis, S. in Gunduz, O. F. (2020). Cancer Patients' Use of Complementary and Alternative Treatments. *International Journal of Caring Sciences*, 13, 1297-1304. Pridobljeno 1. 11. 2020, s <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=4e124146-56f5-4ebc-a02e-a388b8fb3427%40sdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=146255993&db=c8h>.
4. Barry, M. J. in Edgman - Levitan, S. (2012). Shared decision making — The pinnacle patient-centered care. Pridobljeno 1. 6. 2020, s <https://psycnet.apa.org/record/2012-05864-001>.
5. C. Locsin, R. (2002). Culture Perspectives; Holistic Healing: A Practice of Nursing. Pridobljeno 4. 10. 2020, s <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=8706e04b-14d4-4590-855f-fae60690ca15%40sdc-v-sessmgr03>.

6. Filej, B. in Kaučič, B. M. (2013). Holistic nursing practice. *South Eastern Europe Health Sciences Journal*, 3 (1), 1–7.
7. Filej, B. in Kaučič, B. M. Koncepti metaparadigme v holistični obravnavi. V B.M. Kaučič, B. Filej idr. (ur.), *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev* (str. 12–20). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju. Pridobljeno, s https://www.researchgate.net/publication/333719085_HOLISTICNA_IN_K_PACIENTU_UPORA_BNIKU_USMERJENA_OSKRBA.
8. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
9. Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. in Keogh, B. (2017). A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian Journal of Palliative care*, 23, 71–80. Pridobljeno 21. 9. 2020, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5294442/>.
10. Kundan, I. (2013). The importance of holism in medical care today and ways this can be promoted. Pridobljeno 7. 10. 2020, s https://translate.google.com/translate?hl=sl&sl=en&u=http://www.bhma.org/media/download_gallery/BHMA%2520Student%2520essay%25202013%25201st%2520prize%2520Kundan%2520Iqbal.doc&prev=search&pto=aue.
11. M. Epstein R., Fiscella, K., S. Lesser, C. in C. Stange, K. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-Centered health care. *Health Affairs*, 29 (8), 1489–1495.
12. Milanović, G. in Pavić, Ž. (2014). Komplementarna i alternativna medicina u Hrvatskoj: testiranje triju hipoteza. Pridobljeno 30. 9. 2020, s https://scholar.google.si/scholar?hl=sl&as_sdt=0%2C5&q=alternativna+medicinska+sestra&btnG=.
13. Rajabpour, S., Rayyani, M. and Mangolian, P. (2019). The relationship between Iranian patients' perception of holistic care and satisfaction with nursing care. Pridobljeno 19. 9. 2020, s <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0374-7>.
14. Šolar, B. in Mihelič Zajec, A. (2007). Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in Splošni bolnišnici Jesenice. *Obzornik zdravstvene nege*, 41 (2/3), 137–146.
15. Thornton, L. (2019). A Brief History and Overview of Holistic Nursing. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 18, 32–34. Pridobljeno 21. 10. 2020, s <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=4e124146-56f5-4ebc-a02e-a388b8fb3427%40sdc-v-sessmgr03>.
16. Ule, M. (2010). Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. V B. Skela Savič (ur.), *Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi* (str. 17–24). Jesenice : Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
17. Wallace, S. (2013). The importance of holistic assessment –A nursing student perspective. *Nuritinga*, 12, 24–29. Pridobljeno 28. 9. 2020, s <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=afefd545-c231-44cc-8727-79c4bcff2910%40sessionmgr4008>.
18. Zaloker, A. in Zaloker. U. (2011). Komplementarna in integrativna medicina. Pridobljeno 30. 9. 2020, s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-AV4UYMUW>.
19. Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B. in Taleghani, F. (2015). Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21, 214–224. Pridobljeno 2. 10. 2020, s <https://www.jpalliativecare.com/article.asp?issn=0973-1075;year=2015;volume=21;issue=2;spage=214;epage=224;aulast=Zamanzadeh>.

Oglaševanje zdravega načina življenja

UDK 659.1:613(497.4)

KLJUČNE BESEDE: oglaševanje, skrb za lastno zdravje, kampanja »obiščite zdravnika«, strokovna in laična javnost, Slovenija

POVZETEK - Skrb za zdravje postaja v 21. stoletju zelo pomembna dejavnost tako posameznika kot družbe kot celote, saj zdravstveno stanje posameznika vpliva na njegovo kakovost življenja, zdravstveno stanje prebivalcev pa tudi na gospodarsko uspešnost države. Aktivna skrb za lastno zdravje je v času pandemije covid-19 še toliko bolj pomembna. Vedno več ljudi išče informacije, kako okrepiti imunski sistem in s tem preprečiti bolezní ali vsaj omiliti in skrajšati njihov potek. Pri tem se poslužujejo različnih virov informacij, tudi oglaševanja. Oglaševanje zdravil je v Sloveniji zelo regulirano. Tako se lahko neposredno potrošnikom oglašuje samo zdravila brez recepta in različne prehranske dodatke, medtem ko je oglaševanje zdravil na recept dovoljeno samo strokovni javnosti. Poleg tega poznamo tudi t. i. oglaševalske kampanje »obiščite zdravnika«, ki naj bi potrošnika vzpodbudile k skrbi za lastno zdravje. V prispevku predstavimo odnos slovenske strokovne in laične javnosti do t. i. kampanj »obiščite zdravnika«. Ugotovljamo, da sta jim obe skupini anketirancev naklonjeni, pri čemer pa nobena od anketiranih strani ne dvomi v koristnost na ta način posredovanih informacij, ki naj bi imele tudi izobraževalno vlogo.

UDC 659.1:613(497.4)

KEYWORDS: advertising, health care, "visit-the-doctor" campaign, professional and lay public, Slovenia

ABSTRACT - In the 21st century, health care is becoming a very important activity both for the individual and society as a whole, as the health status of the individual affects the quality of life, the health status of the population and the economic success of the country. Active care for one's own health is all the more important during the pandemic COVID-19. More and more people are looking for information on how to strengthen the immune system and thus prevent diseases or at least mitigate and shorten their course. They use various sources of information, including advertising. Advertising in this area is strongly regulated in Slovenia. Thus, advertising directly to consumers is only allowed for non-prescription drugs and various dietary supplements, while prescription drugs can only be advertised by the professional public. In addition, there are also the so-called "visit-the-doctor" advertising campaigns, which are designed to encourage consumers' concern for their own health. In this article, we present the attitude of the Slovenian professional (doctors) and lay public (consumers) towards the so-called "visit-the-doctor" campaigns. We found out that they are preferred by both groups of respondents, while none of the respondents questioned the usefulness of the information provided in this way, which should also have an educational function.

1 Uvod

Zdravje je ena najvišje ocenjenih vrednot sodobnega človeka. Ne presenečajo tako ugotovitve, da je področje zdravja eno najbolj pogostih tematik, iskanih na spletu. Raziskave kažejo vse večje zanimanje javnosti za zdravje in proizvode, povezane z zdravjem. Prav tako pa je opaziti, da posamezniki postajamo vedno bolj zainteresirani za aktivnejšo vlogo pri skrbi za lastno zdravje. Vse navedeno pa posledično vodi do tega, da se tudi na to področje vedno pogosteje prenašajo prakse z drugih trgov. Tako opažamo iz leta v leto vse večjo težnjo po prenašanju metod, orodij in aktivnosti podjetništva oz. zakonitosti trga na področje zdravstva. Danes tako že lahko govorimo o potrošništvu tudi na področju medicine oz. zdravstva in o tržni orientiranosti podjetij s tega področja. Stalnica so tako postali oglasi za zdravila brez recepta, prehranska dopolnila, oglasi o zdravem življenjskem slogu in tudi o ponudnikih določenih

storitev, povezanih z zdravjem. Prav odnos laične in strokovne javnosti do oglasov, ki oglašujejo zdrav življenjski slog, bomo predstavili v nadaljevanju, po kratkem teoretičnem uvodu.

2 Komuniciranje in tržno komuniciranje

Komunikacija je vseživljenjska dejavnost, saj posameznik komunicira z okolico od svojega rojstva in vse do smrti. Komuniciranje lahko opišemo kot dajanje in prejemanje informacij (Možina idr., 2004, str. 34) oz., kot najdemo v Terminološkem slovarju trženja, gre za prenašanje sporočil ali informacij med posamezniki ali organizacijami (Potočnik in Umek, 2004, str. 64). Komunikacija je dejavnost osrednjega pomena, je vsesplošen pojav, ki oblikuje pomemben in nujen del našega vsakdana. Dejstvo namreč je, da razvoj sodobne človeške civilizacije temelji na medsebojnem sodelovanju (Ferjan, 1998, str. 7). Komuniciranje je torej družben proces in osrednja socialna dejavnost ljudi (Ule, 2005, str. 9, 14, 20). Pomembno mesto pa ima tudi na področju sporočanja informacij podjetij potrošnikom.

Ljudje smo življenjsko odvisni od nenehnega pretoka sporočil in od tega, kako spretni smo v sprejemanju in predelavi sporočil (Ule, 2005, str. 53). To še posebej velja za sodobno družbo, za katero je značilno, da so komunikacije in informacijski tokovi temeljni vir uspešne proizvodnje in s tem bogastva, kapitala in moči (Ule in Kline, 1996, str. 10). Za podjetja v času globalizacije ni dovolj, da imajo samo dober izdelek, ki ga po ustreznih prodajnih poteh ponujajo na trgu po ugodnih cenah. Pomembno mesto zavzema poslovno komuniciranje, ki je namenjeno tako postavljanju ciljev kot doseganju le-teh. Poteka lahko navzven – komuniciranje z odjemalci, dobavitelji, konkurenti, oblastmi – in znotraj organizacije – na različnih ravneh organizacije, med posameznimi funkcijami, z namenom, da sodelavce motivira in doseže, da pravilno razumejo cilje in naloge (Horovitz in Jurgens Panak, 1997, str. 73). Človekovo obnašanje v zvezi s potrošnjo je namreč skoraj vedno posledica komuniciranja (Ferjan, 1998, str. 88). Poslovno komuniciranje je torej ciljna dejavnost, saj je namenjeno doseganju koristnih ciljev za organizacijo, zato naj bodo ti merljivi, dosegljivi in izzivni (Možina et al., 1998, str. 18). Če vzamemo pod drobnogled poslovno komuniciranje navzven, ugotovimo, da obsega celotno sporočanje in sprejemanje sporočil med organizacijo ter njenimi trženjskimi partnerji in konkurenti. Ob tem izpostavimo t. i. trženjsko komuniciranje, s pomočjo katerega komunicirajo predvsem s potrošniki (Florjančič in Ferjan, 2000, str. 163).

2.1 Tržno komuniciranje

Tržno komuniciranje kot eden izmed elementov trženjskega spleta predstavlja komunikacijo med podjetjem in potrošniki oz. organizacijo in ciljnim občinstvom z namenom vplivati na njihov odnos in obnašanje (Crane, 2013, str. 169). Na splošno lahko rečemo, da je tržno komuniciranje oblikovano z namenom, da obvešča potrošnike o proizvodu, sproži nakup ali strinjanje z nečim, ustvari pozitivno mnenje o proizvodu in/ali da slednjemu simboličen pomen oz. pokaže, kako lahko posamezen proizvod reši potrošnikov problem bolje kot proizvod konkurence (Schiffman idr., 2008, str. 285). Blythe in Megicks (2010, str. 149 in 192) ob tem poudarjata, da je tržno komuniciranje še posebej pomembno pri uvajanju proizvoda na trg, medtem ko so učinki pozicioniranja izdelka pri potrošnikih, ki so že imeli izkušnjo s proizvodom, manjši. Ob tem celo opozarja, da je uporaba nekaterih orodij lahko celo škodljiva za ugled blagovne znamke, zato mora podjetje pri oblikovanju komunikacijskega spleta imeti v mislih veliko dejavnikov, še posebej potrošnikove potrebe ter poznavanje, kaj jim je všeč in kaj ne.

To še posebej velja danes, ko se podjetja srečujejo s težavo, kako doseči, da bi tržno komuniciranje doseglo ciljne skupine in, kar je še pomembnejše, da bi pri njih zbudilo želeno

ravnanje, saj nas vsakovrstna sporočila dobesedno preplavljajo. Raziskave kažejo, da je potrošnik v povprečju dnevno izpostavljen od 800 do 3.000 oglasom (Grivec, 2017, str. 60). Uspešno komuniciranje mora tako ob zaznavi sporočila spremeniti potrošnikovo vedenje in poskrbeti, da si bo potrošnik oglaševani proizvod zapomnil (Clow in Baack, 2007, str. 164). Crane (2013, str. 169) ob tem pravi, da je cilj komuniciranja dokaj preprost, in sicer vplivati na obnašanje ciljnega občinstva. Cilj naj bi tako bil doseči 3-A, in sicer ustvariti zavedanje blagovne znamke (create brand awareness), doseči ugodno mnenje o blagovni znamki (build favorable brand attitudes) in na koncu spodbuditi dejanje – nakup (encourage brand action). Vse to pa doseže z oblikovano trženjsko strategijo, kar ponazarja tudi spodnja shema. Dejstvo namreč je, da je končni cilj komunikacije zadovoljen potrošnik, saj se bo le tak vračal.

Shema 1: Identifikacija »strategije zadovoljstva«



Vir: Hill, M.E. (2013). Marketing Strategy: The Thinking Involved. Los Angeles: Sage Publications, Inc., str. 29.

Tržno komuniciranje, ki ga v potrošnem trženju večino opravi trženjska funkcija (Možina idr., 2004, str. 30), je prepričevalno komuniciranje, s katerim podjetje pošilja ključna trženjska sporočila izbranim ciljnim javnostim (Wells idr., 1998, str. 94). Namen teh sporočil je informirati, prepričati, spomniti in spodbuditi k nakupu. Prav nakup z zadovoljstvom potrošnika je končni cilj komuniciranja. Ni pa nujno, da vsaka komunikacija pripelje do tega, saj so cilji odvisni od stopnje pripravljenosti trga za nakup (Habjanič in Ušaj, 2000, str. 99). Tako lahko trženjsko komuniciranje definiramo kot komunikacijo na vseh ravneh, ki skuša ravnodušnega in nevednega potrošnika pripraviti do odločitve in dejanja. V tem primeru gre za trud, da nekdo postane stranka ali da podjetje stranko obdrži (Theaker, 2004, str. 248–249). Ključ za to pa je medsebojno zaupanje (Možina idr., 2004, str. 85). Hill (2013, str. 177–178) ob tem dodaja, da komuniciranje predstavljajo vsi napor, ki jih ponudnik uporabi, da vzpostavi kanal za pretok informacij in prepričevanj, ki rezultirajo v prodaji proizvodov oz. storitev oz. služijo za promocijo posamezne ideje. Tudi za promocijo zdravega življenjskega sloga, ki je osrednja tematika prispevka. V ta namen se med drugim uporablja oglaševanje.

2.2 Oglaševanje

Oglaševanje, ki predstavlja velik del trženjskega komuniciranja (Usunier, 2000, str. 455) in je od vseh trženjskih orodij najbolj vidno javnosti (Žakelj, 2004 v: Grivec, 2009, str. 7), je vsaka plačana oblika neosebne predstavitve in promocije zamisli, proizvodov ali storitev, ki jo plača znani naročnik (Kotler, 2004, str. 590), da preko medijev informira in prepriča ciljni trg. Poleg informiranja je namen oglaševanja tudi ustvarjati zavedanje o proizvodih oz. storitvah in

vplivati na raven poznavanja le-teh (Hill, 2013, str. 177) ter tako prepričevati in vplivati na spremembo določenih stališč in s tem posredno na ustrezno akcijo potrošnika, s čimer podjetje dosega svoje cilje (Arens, 2006, str. 14).

Na področju oglaševanja se pojavljata dve teoriji (shema 2). Tako smer, poimenovana »the strong theory«, navaja, da ima oglaševanje izjemno moč, ki lahko spremeni prepričanje, in kot tako pomembno prispeva k znanju posameznika. Po teoriji, poimenovani »the weak theory of the advertising«, pa oglaševanje lahko potrošnika le spodbudi v smeri, v katero se že giblje, in ga tako ne prepričuje, ampak utrjuje njegovo prepričanje (Blythe, 2006, v: Grivec, 2009, str. 7).

Shema 2: »Šibka in močna« teorija oglaševanja



Vir: Blythe, J. (2006). Principles & Practice of Marketing. London: Thomson, str. 481.

Na moč oglaševanja vpliva tudi prejemnikov interes za komunikacijo. Raziskave kažejo, da oglas, ki se ujema s trenutno dejavnostjo potrošnikov, izzove 60 % boljši priklic od oglasa, plasiranega v času nekompatibilne dejavnosti (Žorž Miketek, 2011, str. 31). Ule in Kline (1996, str. 117) ob tem dodajata, da je bolj zainteresiran potrošnik bolj toleranten do razlik in bolj pripravljen za spremembo stališč. Prav tako moramo vedeti, da potrošnika, ki je odločen, da se ne bo dal prepričati, ne bodo prepričali še tako dobri argumenti. Na dovzetnost za prepričevanje pa vplivajo tudi osebni profil in lastnosti prejemnika sporočil (Ule in Kline, 1996, str. 113). Seveda pa na dovzetnost na oglase vpliva tudi aktivnost posameznika v trenutku, ko ga oglas doseže.

Vse pomembnejšo vlogo ima oglaševanje tudi v segmentu zdravja. Če je še nekaj časa nazaj veljalo, da smo potrošniki informacije o boleznih, načinih zdravljenja in zdravilih pridobivali zgolj pri zdravnikih in farmacevtih v lekarnah, je danes drugače. Viri informacij so različni in vključujejo novice, splet in oglaševanje ter ostala orodja trženjskega komuniciranja (DeLorme idr., 2010, str. 18–19). Pri tem avtorji opozarjajo, da so nekatera izpostavljenja informacijam o zdravilih naključna, spet druga pa načrtna. Lahko se namreč zgodi, da posameznik naključno naleti na informacije pri listanju revij, gledanju televizije ali brskanju po spletu. V primeru konkretnega problema pa seveda načrtno iščemo informacije na spletu, pregledujemo brošure ali pa povprašamo strokovnjake. DeLorme idr. (2010, str. 19) kot razloga, da načrtno iščemo informacije o zdravilih tudi drugod, ne samo pri zdravnikih in farmacevtih v lekarnah, navajajo,

da smo potrošniki bolj informirani in se želimo vključiti v proces zdravljenja (Perri idr., 1999) ter da od zdravnikov dobimo premalo pozornosti in posledično informacij. Zavedamo pa se, da je za pravilno odločitev nujna prava informacija (DeLorme idr., 2007, v: DeLorme, 2010, str. 19). V svetu se tako čedalje pogosteje pojavljajo oglasi, v katerih se ljudi spodbuja k odgovornemu ravnanju do lastnega zdravja oz. t.i. kapanje »obiščite zdravnika«.

3 Metodologija

3.1 Namen in cilji

Namen prispevka je preveriti, kakšen je odnos strokovne in laične javnosti do t. i. kampanj »obiščite zdravnika«, s katerimi v nekaterih državah farmacevtska podjetja brez omembe blagovne znamke predstavljajo posamezna bolezenska stanja in načine zdravljenja. Cilji raziskave so ugotoviti:

- v kolikšni meri proučevani skupini podpirata tovrstno uvedbo kampanj »obiščite zdravnika«,
- kakšno je mnenje proučevanih skupin glede vsebine oglasov za t. i. kampanje »obiščite zdravnika« z vidika kakovosti,
- kakšno je mnenje proučevanih skupin glede vsebine oglasov za t. i. kampanje »obiščite zdravnika« z vidika vplivov in posledic na potrošnike in družbo.

3.2 Raziskovalna vprašanj in hipoteze

Glede na namen in cilje raziskave smo oblikovali:

- raziskovalno vprašanje: Kakšno stališče imajo o morebitni uvedbi t. i. kampanj »obiščite zdravnika« v Sloveniji zdravniki in kakšnega potrošniki?
- hipotezo: Potrošniki v Sloveniji so bolj naklonjeni uvedbi t. i. kampanj »obiščite zdravnika« kot strokovna javnost – zdravniki.

3.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Da bi odgovorili na raziskovalna vprašanja oziroma preverili hipoteze, smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer metodo anketiranja. Metoda anketiranja je postopek, s katerim na podlagi ankete raziskujemo in zbiramo podatke, informacije, stališča in mišljenja o raziskovalnem predmetu (Ivanko, 2007, str. 19; Zelenika, 1990, str. 203).

Anketa je ena najbolj poznanih in pogosto uporabljenih tehnik zbiranja podatkov. S pomočjo ankete hitro in preprosto zbiramo podatke od ljudi na osnovi njihovih odgovorov na vprašanja o problemu, ki ga proučujemo (Cencič, 2009, str. 58). Avtorji ob tem poudarjajo, da anketiranje predstavlja eno osrednjih komponent družboslovne metodologije. Primerna je zlasti takrat, kadar želimo z raziskavo zajeti velik krog ljudi (Cencič, 2009, str. 58), a hkrati pridobiti čim bolj kakovostne podatke hitro in ob čim manjših stroških ter čim manjši porabi drugih virov (Grivec, 2017, str. 151). To je danes še posebej lahko z uporabo spleta, ki postaja vedno pomembnejši.

Uporabili smo tudi induktivno-deduktivno metodo, ki jo bomo uporabili za pojasnjevanje ugotovljenih in odkrivanje novih spoznanj na področju odnosa do kampanj »obiščite zdravnika«. Prav tako smo jo uporabili za dokazovanje postavljenih trditev in preverjanje postavljenih hipotez. Prav tako pa smo uporabili statistično metodo, v okviru katere smo s programskim paketom IBM SPSS Statistics 21 analizirali rezultate ankete, jih prikazali tabelarično ter prikazali vzročno-posledične odnose med proučevanimi spremenljivkami.

3.4 Potek zbiranja podatkov

Raziskava med laično javnostjo je potekala od 1. aprila do 9. maja 2014. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vsem anketirancem pa je bila zagotovljena anonimnost. Po začetnem pozivu smo čez nekaj dni poslali opomnik za izpolnjevanje ankete. Čez štirinajst dni smo vsem naslovnikom posredovali zahvalo in hkrati opomnik, da v kolikor še niso izpolnili ankete, naj to še naredijo. Kasnejša dodatna posredovanja niso več imela učinka, da bi se nanje odzvali novi anketiranci.

Populacijo strokovne javnosti smo nagovorili s pomočjo Zdravniške zbornice Slovenije. Ta je tako povabila zdravnikom k sodelovanju v raziskavi in povezavo do spletne ankete vključila v Bilten ZZZS, in sicer je bilo obvestilo o anketi vključeno v 278. Bilten ZZZS (13. 3. 2014), 279. Bilten ZZZS (20. 3. 2014) in v 282. Bilten ZZZS (10. 4. 2014). Zaradi slabega odziva smo dodatno posredovali e-pošto s povezavo do ankete tudi sami, in sicer smo za pomoč, da povezavo do ankete posredujejo svojim zdravnikom, prosili direktorje zdravstvenih domov v Sloveniji. Tako kot anketo za laično javnost smo tudi to anketo zaključili 9. maja 2014.

3.5 Predstavitev vzorcev

V vzorec laične javnosti je bilo vključenih 995 prebivalcev Slovenije, med katerimi je bilo 71 % žensk (706 oseb). Največ, 27 % anketiranih, je bilo starih med 30 in 39 let. Temu sledijo stari od 20 do 29 let (26 % anketiranih) ter od 40 do 49 let (24 % anketiranih). Več kot 60 let pa je bilo starih 6 % anketirancev.

Osebe v vzorcu so prihajale iz vseh delov Slovenije, pri čemer jih je največ, in sicer 42 %, bilo iz jugovzhodne Slovenije, 27 % anketirancev je bilo iz osrednjeslovenske regije, 7 % iz spodnjeposavske regije in 6 % iz podravske regije. Ostale regije pa so bile zastopane s 5 % anketirancev ali manj. V vzorcu so bili približno enakomerno zastopani anketiranci tako iz mesta kot podeželja.

Anketiranci so se razlikovali tudi po izobrazbeni strukturi. In sicer je 31 % anketirancev imelo zaključeno štiriletno srednjo šolo, sledili so anketiranci z zaključeno visoko šolo oz. prvo bolonjsko stopnjo (30 % anketirancev), univerzitetni študij oz. drugo bolonjsko stopnjo je imelo dokončano 18 % anketirancev. Po 3 % oseb, ki so bile zajete v vzorec, pa so imeli končano triletno srednjo šolo, znanstveni magisterij in doktorski študij. Le 1 % anketirancev je imel dokončano samo osnovno šolo ali manj.

Največ anketirancev (64 %) je bilo zaposlenih. V vzorcu sledijo z 11 % dijaki in študenti, z 9 % brezposelni in s 7 % upokojenci. Med anketiranci je bilo 6 % samozaposlenih in 2 % tudi tako imenovanih prekarnih delavcev, saj so kot zaposlitveni status navajali avtorske in podjemne pogodbe oz. pogodbe o delu. 1 % vzorca pa so predstavljali kmetje in gospodinjce.

V vzorec strokovne javnosti so bili zajeti 104 zdravniki, med katerimi je bilo 66 % žensk (69 oseb), ki so bili različne starosti in so posledično imeli različno delovno dobo. In sicer so bili v vzorec zajeti zdravniki iz vseh razredov delovne dobe približno enakomerno. Največ, in sicer 24 %, je bilo takih, ki so imeli do 10 let delovne dobe, najmanj med njimi pa je bilo takih, ki so imeli že nad 40 let delovne dobe (17 % anketirancev).

Tudi zdravniki, zajeti v vzorec, so prihajali iz vseh delov Slovenije. Prav tako kot potrošnikov jih je bilo največ, in sicer 30 %, iz jugovzhodne Slovenije. 28 % anketiranih zdravnikov pa je bilo iz osrednjeslovenske regije, medtem ko so ostale regije bile zastopane z 8 % anketirancev v vzorcu ali manj.

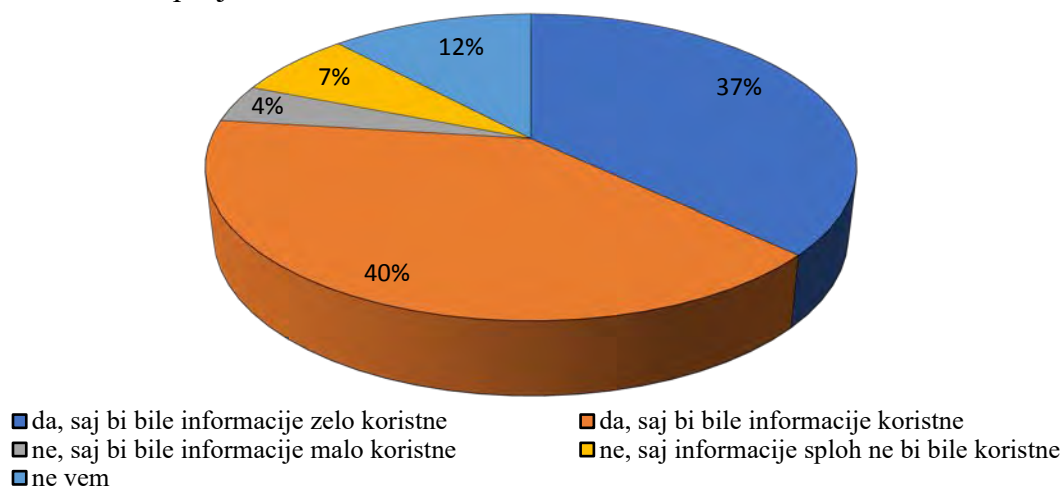
Za razliko od potrošnikov, kjer so bila vsa območja enakomerna zastopana, v vzorcu zdravnikov prevladujejo tisti, ki delujejo v mestnem okolju, saj je teh kar 72 %. Je pa res, da

pogosto ambulante iz mestnih okolij oskrbujejo tudi paciente iz okoliških vasi oz. s podeželja, saj tam ni zdravstvenih domov, bolnišnice pa imamo izključno v mestih. Tudi ko smo preverjali obliko zaposlitve, smo ugotovili, da je 63 % anketirancev zaposlenih v javnih zdravstvenih domovih in 21 % v bolnišnicah. So bili pa v vzorec zajeti tudi zasebniki s koncesijo (8 %), zdravniki, zaposleni v farmacevtskem podjetju in tudi zasebniki (8 %).

4 Rezultati in interpretacija

Najprej smo anketirance vprašali, kako vidijo oglase za promocijo zdravja. Iz grafa 1 vidimo, da 77 % anketiranih potrošnikov meni, da bi tovrstno oglaševanje prinašalo koristne oz. zelo koristne informacije. 7 % med njimi jih je nasprotnega mnenja, torej da informacije sploh ne bi bile koristne. Je pa 12 % še takih, ki se ne zmorejo opredeliti do dane trditve.

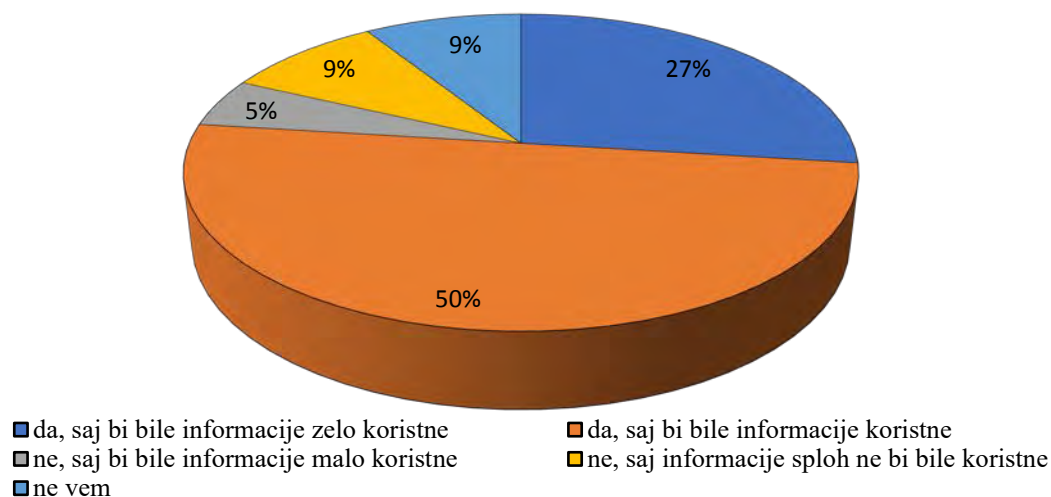
Graf 1: Mnenje potrošnikov o smotrnosti uvedbe oglaševanja zdravega načina življenja oz. t. i. kampanje »obiščite zdravnika«



Vir: Anketa, 2014.

Podobnega mnenja o koristnosti tovrstnega oglaševanja so tudi zdravniki, saj jih ravno tako 77 % meni, da bi bile na ta način posredovane informacije koristne (graf 2).

Graf 2: Mnenje zdravnikov o smotrnosti uvedbe oglaševanja zdravega načina življenja oz. t. i. kampanje »obiščite zdravnika«



Vir: Anketa, 2014.

Za osnovnim vprašanjem smo potem preverili, kaj menijo anketiranci obeh skupin o kakovosti vsebine takih oglasov. Kot vidimo iz spodnje tabele, se obe skupini najbolj strinjata ($\bar{x} = 4,2$, $SD = 0,74$ oz. $SD = 0,72$), da je pomembno, da potrošniki dobro poznajo svojo bolezen ter načine zdravljenja. Se pa obe skupini anketirancev tudi strinjata, da bi take oglaševalske akcije imele izobraževalno vlogo in omogočale možnost zgodnejšega odkrivanja bolezni. Prav tako naj bi ozaveščanje o boleznih izboljšalo potrošnikovo informiranost, saj naj bi bil cilj teh kampanj informirati potrošnika.

Tabela 1: Presoja vsebine oglasov za t. i. kampanje »obiščite zdravnika« z vidika kakovosti

Trditev	Potrošniki		Zdravniki	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Verjamem, da je pomembno, da se potrošniki čim bolj podučijo o svojih boleznih in načinih zdravljenja.	4,2	0,74	4,2	0,72
Kampanje »obiščite zdravnika« bi imele izobraževalno vlogo in omogočale možnost zgodnejšega odkrivanja bolezni.	3,9	0,79	3,8	0,77
Ozaveščanje o boleznih bi izboljšalo potrošnikovo izobrazbenost/ informiranost.	3,9	0,75	3,7	0,77
Cilj kampanj »obiščite zdravnika« bi bil informirati potrošnika.	3,8	0,82	3,6	0,86
Kampanje »obiščite zdravnika« bi potrošniku pomagale sprejemati boljše odločitve o lastnem zdravju.	3,7	0,84	3,6	0,79
Informacijam v kampanjah »obiščite zdravnika« bi lahko zaupali.	3,6	0,78	3,4	0,94
Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi bile nepristranske in zanesljive.	3,3	0,9	3,2	0,93
Potrošniki nimajo ustreznega znanja, da bi pravilno razumeli kampanje »obiščite zdravnika« in sprejemali ustrezne ukrepe.	3,1	0,9	2,9	0,96
Menim, da bi bile kampanje »obiščite zdravnika« neetične.	2,6	0,91	2,5	0,83

Vir: Anketa, 2014.

Vidimo torej, da so vsi anketiranci tovrstnim akcijam naklonjeni in jih tudi ne označujejo kot neetične. Zanimivo je, da so tovrstnim oglasom bolj naklonjeni zdravniki ($\bar{x} = 2,5$, $SD = 0,83$) kot potrošniki ($\bar{x} = 2,6$, $SD = 0,96$). Prav tako se ti tudi nekoliko manj strinjajo ($\bar{x} = 2,9$, $SD = 0,96$) s trditvijo, da potrošniki nimajo ustreznega znanja, da bi vsebine tovrstnih oglasov pravilno razumeli in na podlagi tega sprejemali ustrezne odločitve.

V nadaljevanju so anketiranci odgovarjali tudi na vprašanja o vplivu in posledicah oglasov za promocijo zdravja na potrošnike in družbo. Iz tabele 2 je razvidno, da se obe skupini anketirancev s povprečno stopnjo strinjanja 3,8 najbolj strinjata, da bi tovrstne kampanje potrošnike spomnile, da morajo bolj skrbeti za svoje zdravje. S povprečno stopnjo strinjanja 3,7 se obe skupini anketirancev strinjata tudi s trditvijo, da bi tovrstne kampanje lahko potrošnike seznanile z boleznimi, ki jih sicer pri sebi ne bi prepoznali. Z isto povprečno stopnjo strinjanja ocenjujejo potrošniki tudi trditev, da bi na ta način bili seznanjeni z načini zdravljenja, za katere sicer ne bi vedeli. So pa do tega bolj kritični zdravniki ($\bar{x} = 3,5$, $SD = 0,70$), ki očitno menijo, da oglaševanje ni najboljši vir informiranja o potekih zdravljenja posameznih bolezni. Se pa bolj kot potrošniki strinjajo, da bi te vrste informiranja vodile do pogostejših zahtev po specifičnih zdravilih ter povečanja števila obiskov pri zdravnikih ($\bar{x} = 3,9$), pri katerih bi potrošniki zahtevali dodatna zdravila ($\bar{x} = 3,7$).

Tabela 2: Presoja vsebine oglasov za t. i. kampanje »obiščite zdravnika« z vidika vplivov in posledic na potrošnike in družbo

Trditev	Potrošniki		Zdravniki	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi potrošnike spomnile, da morajo bolj skrbeti za svoje zdravje.	3,8	0,78	3,8	0,65
Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi lahko potrošnike seznanile z boleznimi, ki jih sicer pri sebi ne bi prepoznali.	3,7	0,75	3,7	0,58
Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi potrošnike seznanile z načini zdravljenja, za katere sicer ne bi vedeli.	3,7	0,75	3,5	0,70
Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi spodbudile razpravo o zdravstvenih vprašanjih.	3,7	0,72	3,8	0,60
Ozaveščanje o boleznih bi vodilo do pogostejših zahtev po specifičnih zdravilih.	3,6	0,79	3,9	0,87
Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi povečale intenzivnost komunikacije med zdravniki in pacienti.	3,6	0,75	3,6	0,75
Ozaveščanje o boleznih bi prispevalo k povečanju števila obiskov pri zdravnikih.	3,5	0,80	3,9	0,79
Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi izboljšale kakovost odnosa med zdravniki in pacienti.	3,4	0,86	3,2	0,77
Kampanje »obiščite zdravnika« bi povzročile, da bi potrošniki zahtevali dodatna zdravila.	3,4	0,85	3,7	0,83
Ozaveščanje o boleznih bi povzročilo zmedo med potrošniki.	3,1	0,93	3	0,98
Kampanje »obiščite zdravnika« bi zmanjšale vrednost zdravnika kot specialista.	2,6	0,94	2,4	0,91

Vir: Anketa, 2014.

Ne glede na izrazito pozitivno naravnost do potencialnih koristi kampanj samo 17 % potrošnikov meni, da bi se zaradi tega zmanjšala vrednost zdravnika kot specialista. To je gotovo povezano tudi s tem, da anketiranci tudi kar se tiče informiranja v povezavi z zdravjem in zdravili brez recepta najbolj zaupajo zdravnikom in farmacevtom v lekarnah. Šele potem se poslužujejo informacij na spletu. Rezultati so hkrati pokazali, da potrošniki ne zaupajo najbolj informacijam v revijah in časopisih ter v oglasih.

V prispevku smo predpostavili, da so zdravniki bolj kritični do uvedbe t. i. kampanj »obiščite zdravnika« kot potrošniki. To hipotezo smo preverili z dvema sklopoma vprašanj, in sicer z vidika presojanja trditev obeh skupin anketirancev z vidika kakovosti vsebine teh kampanj (tabela 3) ter z vidika vplivov in posledic na potrošnike in družbo kot celoto (tabela 4).

Tabela 3: Rezultati enosmernih t-testov za neodvisne vzorce za razlike v naklonjenosti uvedbi t. i. kampanj »obiščite zdravnika« med potrošniki in zdravniki z upoštevanjem kakovosti vsebine sporočil kampanj

	Trditev	Potrošnik		Zdravniki		t	df	p
		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
1.	Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi bile nepristranske in zanesljive.	3,33	,905	3,18	,931	1,318	817	,188
2.	Cilj kampanj »obiščite zdravnika« bi bil informirati potrošnika.	3,80	,820	3,57	,861	2,182	818	,029*
3.	Informacijam v kampanjah »obiščite zdravnika« bi lahko zaupali.	3,55	,775	3,44	,937	,995	79,36 2	,323
4.	Menim, da bi bile kampanje »obiščite zdravnika« neetične.	2,59	,912	2,49	,826	,842	823	,400
5.	Kampanje »obiščite zdravnika« bi imele izobraževalno vlogo in omogočale možnost zgodnejšega odkrivanja bolezni.	3,86	,789	3,80	,768	,576	821	,565
6.	Kampanje »obiščite zdravnika« bi potrošniku pomagale sprejemati boljše odločitve o lastnem zdravju.	3,71	,838	3,65	,795	,555	819	,579
7.	Ozaveščanje o boleznih bi izboljšalo potrošnikovo izobraženost/informiranost.	3,89	,748	3,75	,769	1,521	819	,129
8.	Verjamem, da je pomembno, da se potrošniki podučijo čim bolj o svojih boleznih in načinih zdravljenja.	4,16	,744	4,17	,717	-,112	819	,911

* Razlike so statistično pomembne na ravni $p < ,05$.

Vir: Anketa, 2014.

Anketirani potrošniki so do vsebine sporočil kampanje »obiščite zdravnika« v povprečju manj kritični kot zdravniki, vendar na podlagi narejenega t-testa pri stopnji značilnosti $p < ,05$ ne ugotovimo statistično značilne razlike v aritmetičnih sredinah med potrošniki in zdravniki. Ne moremo torej trditi, da so potrošniki bolj naklonjeni uvedbi t. i. kampanj »obiščite zdravnika« kot strokovna javnost – zdravniki.

Tabela 4: Rezultati enosmernih t-testov za neodvisne vzorce za razlike v naklonjenosti uvedbi t. i. kampanj »obiščite zdravnika« med potrošniki in zdravniki z upoštevanjem vplivov in posledic kampanje na potrošnike in družbo

	Trditev	Potrošniki		Zdravniki		t	df	p
		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
1.	Ozaveščanje o boleznih bi prispevalo k povečanju števila obiskov pri zdravnikih.	3,54	,801	3,91	,787	- 3,680	801	,000*
2.	Ozaveščanje o boleznih bi vodilo do pogostejših zahtev po specifičnih zdravilih.	3,55	,786	3,85	,868	- 2,984	802	,003*
3.	Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi lahko potrošnike seznanile z boleznimi, ki jih sicer pri sebi ne bi prepoznali.	3,68	,748	3,69	,580	-,131	89,18 2	,896
4.	Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi povečale intenzivnost komunikacije med zdravniki in pacienti.	3,61	,752	3,62	,754	-,105	800	,916
5.	Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi potrošnike seznanile z načini zdravljenja, za katere sicer ne bi vedeli.	3,70	,754	3,54	,703	1,679	800	,094

6.	Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi potrošnike spomnile, da morajo bolj skrbeti za svoje zdravje.	3,82	,779	3,76	,649	,587	796	,558
7.	Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi izboljšale kakovost odnosa med zdravniki in pacienti. (VplivKam8)	3,37	,863	3,16	,765	2,091	83,55 7	,040*
8.	Informacije v kampanjah »obiščite zdravnika« bi spodbudile razpravo o zdravstvenih vprašanjih.	3,70	,720	3,77	,602	-,789	799	,430
9.	Kampanje »obiščite zdravnika« bi povzročile, da bi potrošniki zahtevali dodatna zdravila. (VplivKam11)	3,38	,848	3,67	,834	- 2,695	800	,007*

* Razlike so statistično pomembne na ravni $p < ,05$.

Vir: Anketa, 2014.

Na podlagi narejenega t-testa ugotavljamo, da pri stopnji značilnosti $p < ,05$ ne ugotovimo statistično značilnih razlik v aritmetičnih sredinah med potrošniki in zdravniki, ko preverjamo njihov odnos do vplivov in posledic uvedbe t. i. kampanj »obiščite zdravnika« na potrošnike in družbo (statistično zaznane razlike so samo pri štirih trditvah od devetih). Ne moremo torej trditi, da so potrošniki bolj naklonjeni tovrstnim aktivnostim kot zdravniki oz. da slednji to področje presojuje bolj kritično.

Če povzamemo oba obravnavana pogleda na problematiko, *ne moremo potrditi hipoteze*, da so potrošniki bolj naklonjeni uvedbi t. i. kampanj »obiščite zdravnika« kot strokovna javnost – zdravniki.

Ugotavljamo torej, da sta obe anketirani skupini naklonjeni tovrstnemu oglaševanju oz. oglasom za promocijo zdravja, torej oglasom, ki opozarjajo na določene bolezni in bolezenske znake, brez da bi ob tem navedli konkretno blagovno znamko za odpravo teh težav. Je pa zanimivo, da Robida (2009, str. 18) nasprotno ugotavlja, da se mnogi zdravstveni strokovnjaki čutijo danes že ogrožene zaradi vse večje ozaveščenosti pacientov in njihovih vse večjih zahtev. Ob tem opozarja, da to kaže na nezadostnost sistema, da se spopade s problemi, pri čemer velja, da bodo ti še večji. Kot razloge za to Almasi idr. (2006, str. 287) navajajo dejstvo pomanjkljivega znanja potrošnikov. Dejstvo namreč je, da ima le malo ljudi potrebna znanja, da pravilno ovrednotijo vsebino oglasov. Zato obratno od naših ugotovitev trdijo Almasi idr. (2006, str. 288), ko pravijo, da bi bilo potrebno prepovedati vse oglaševanje, vključno z oglaševanjem pomena skrbi za zdravje. Prav tako poudarjajo nujnost natančne kontrole spletnih strani farmacevtskih podjetij in sporočil za javnost. Priložnost za ozaveščanje o zdravju in porabi zdravil pa vidijo v izobraževalnih institucijah. Glavno prednost vidijo v nepristranskosti organizacij, saj od prodaje zdravil za razliko od farmacevtskih podjetij ne bi imele nič.

5 Zaključek

Življenje v 21. stoletju je prežeto z vsemi vrstami podatkov, ki pa niso vedno kakovostni, zato tudi odločitve posameznikov na različnih področjih življenja niso enostavne. Če so na nekaterih področjih napake dovoljene, pa zdravje teh napak prav gotovo ne dovoljuje. Zato je toliko pomembneje, da posameznik razpolaga z ustreznimi informacijami, ko sprejema odločitve. K temu nedvomno lahko prispevajo tudi oglasi, ki pa jih je treba spremljati preudarno in kritično.

LITERATURA

10. Almasi, E. A. idr. (2006). What Are the Public Health Effects of Direct-to-Consumer Drug Advertising? *The PLoS Medicine Debate*, 3 (3), 284–288.
11. Arens, F. W. (2006). *Contemporary advertising*. Boston (Mass.): McGraw-Hill.
12. Blythe, J. (2006). *Principles & Practice of Marketing*. London: Thomson.
13. Blythe, J. in Megicks, P. (2010). *Marketing Planing: Strategy, environment and context*. Harlow, England, New York: Financial Times, Prentice Hall.
14. Cencič, M. (2009). Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
15. Clow, K. in Baack, D. (2007). *Integrated Advertising, Promotion, and Marketing Communications*. Upper Saddle River (N.J.): Pearson Prentice.
16. Crane, F. G. (2013). *Marketing for Entrepreneurs: Concepts and Applications for New Ventures*. Los Angeles: Sage Publications, Inc.
17. DeLorme, D. E. idr. (2010). Evaluation, Use, and Usefulness of Prescription Drug Information Sources Among Anglo and Hispanic Americans. *Journal of Health Communication*, 15 (1), 18–38.
18. Ferjan, M. (1998). *Poslovno komuniciranje: skripta*. Kranj: Moderna organizacija.
19. Florjančič, J. in Ferjan, M. (2000). *Management poslovnega komuniciranja*. Kranj: Moderna organizacija.
20. Grivec, M. (2009). *Tržno komuniciranje in etično sporna dejanja ponudnikov na trgu (Magistrsko delo)*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
21. Habjanič, D. in Ušaj, T. (2000). *Osnove trženja*. Ljubljana: I&S Aladin.
22. Hill, M. E. (2013). *Marketing Strategy: The Thinking Involved*. Los Angeles: Sage Publications, Inc.
23. Hill, M. E. (2013). *Marketing Strategy: The Thinking Involved*. Los Angeles: Sage Publications, Inc.
24. Horovitz, J. in Jurgens Panak, M. (1997). *Za popolno kupčevo zadovoljstvo: nauki iz petdesetih podjetij z vrhunsko kakovostjo storitev*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
25. Ivanko, Š. (2007). *Raziskovanje in pisanje del. Metodologija raziskovanja in pisanja strokovnih in znanstvenih del*. Kamnik: Cubus image d.o.o.
26. Kotler, P. (2004). *Management trženja*. Ljubljana: GV Založba.
27. Možina, A. idr. (1998). *Poslovno komuniciranje*. Maribor: Obzorja.
28. Možina, S. idr. (2004). *Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti*. Maribor: Obzorja.
29. Perri, M. in Nelson, A. A. (1987). An Exploratory Analysis of Consumer Recognition of Direct-to- Consumer Advertising of Prescription Medications. *Journal of Health Care Marketing*, 7 (1), 9–17.
30. Potočnik, V. in Umek, A. (2004). *Terminološki slovar trženja: angleško-slovenski, slovensko-angleški*. Ljubljana: GV založba.
31. Robida, A. (2009). *Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljšanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
32. Schiffman, L. G. idr. (2008). *Consumer Behaviour: A European Outlook*. Harlow: FT Pretince Hall.
33. Theaker, A. (2004). *Priročnik za odnose z javnostmi*. Ljubljana: GV Založba.
34. Ule, M. (2005). *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
35. Ule, M. in Kline, M. (1996). *Psihologija tržnega komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
36. Ule, M. in Kline, M. (1996). *Psihologija tržnega komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

37. Usunier, J. C. (2000). *Marketing across cultures*. Harlow (England): Financial Times/Prentice Hall.
38. Wells, W. idr. (1998). *Advertising: Principles & Practice*. Upper Saddle River (New Jersey): Prentice-Hall.
39. Zelenika, R. (1990). *Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela*. Ljubljana: Partizanska knjiga.
40. Žorž Miketek, A. (2011). *Radioinfuzija ali Naj igra radio: (ABC radijskega oglaševanja)*. Ljubljana: Medijski partner.

Sigurnost pacijenata iz perspektive studenata sestrinstva

UDK 616-083:378+614.8

KLJUČNE RIJEČI: sigurnost, pacijent, studenti sestrinstva, vježbovna nastava

POVZETEK - Sigurnost pacijenta smatra se važnim pokazateljem kvalitete zdravstvene skrbi, a medicinske sestre/tehničari su u prvom redu odgovorni za održavanje sigurnosti pacijenta. Studenti na vježbovnoj nastavi su aktivni članovi tima i sudjeluju uz nadzor u procesu zdravstvene skrbi. Cilj rada bio je istražiti stavove i mišljenja studenata preddiplomskog studija sestrinstva o sigurnosti pacijenata, te jesu su oni osobno ili netko iz njihove okoline doživjeli iskustvo neželjenog događaja. Provedeno je kvantitativno istraživanje u kojem je sudjelovalo 80 studenata. Kao instrument korišten je standardizirani upitnik modificiran za potrebe istraživanja. Anketa je provedena online putem. Čak 56,3 % studenata smatra da se na odjelu poduzimaju mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata, 66,2 % nije primijetio niti jedan neželjeni događaj. Razinu sigurnosti kao vrlo dobru ocjenjuje 37,5 % studenata, 33,8 % kao odličnu i 27,5 % kao prihvatljivu. Što se tiče osobnog iskustva 32,5 % izjasnilo se da je doživjelo neželjeni događaj, 48,7 % njih navodi bolničku infekciju. Studenti na vježbovnoj nastavi doživljavaju razinu sigurnosti pacijenata kao prihvatljivu. Smatraju kako se na odjelima provodi timski rad i navode kako većina odjela radi na poboljšanju sigurnosti pacijenata.

UDC 616-083:378+614.8

KEYWORDS: safety, patients, nursing students, clinical practice

ABSTRACT - Patient safety is considered as an important indicator of health care quality and nurses are primarily responsible for maintaining patients' safety. Nursing students on their clinical practice are active members of the team and participate under supervision in the health care process. The aim of the study was to investigate the attitudes and opinions of undergraduate nursing students about patient safety and their personal experience of an adverse event. The methodology included data collection through a quantitative survey with a sample of 80 nursing students. A standardized questionnaire modified for research purposes was used as an instrument. The survey was conducted online. As many as 56.3% of students believe that measures are being taken in the ward to improve patient safety, 66.2% have not noticed any adverse events. The level of safety is assessed as very good by 37.5% of students, 33.8% as excellent and 27.5% as acceptable. Regarding personal experience, 32.5% stated that they had experienced an adverse event, 48.7% of them reported that the hospital acquired infections. On their clinical practice nursing students perceive the level of patient safety as acceptable. They believe that teamwork is carried out in the wards and state that most wards work to improve patient safety.

1 Uvod

Mnogi na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu gledaju kao štit koji čini pacijenta sigurnim. Već u povijesti, drevni filozofi poput Aristotela i Platona razmišljali su o kvaliteti i njezinim svojstvima (Mitchell, 2008, str. 1). Harteloh je istraživao različite koncepte o kvaliteti i opisao je zanimljivom definicijom: »Kvaliteta je optimalna ravnoteža ostvarenih mogućnosti i okvira normi« (Harteloh, 2003, str. 259). Neki autori definiraju kvalitetu u obliku standarda, odnosno stupanj pružene zdravstvene usluge za pojedinca i zajednicu, u skladu s time povećati će se pozitivnih ishodi uvjetovani profesionalnim znanjem (Lohr, 1990, str. 375).

Sestrinstvo se bavilo definiranjem i mjerenjem kvalitete mnogo prije trenutnog naglaska na poboljšanju kvalitete na nacionalnoj i državnoj razini. Florence Nightingale analizirala je podatke o smrtnosti među britanskim umrlim vojnicima 1855. godine i postigla značajno smanjenje smrtnosti kroz bolju organizaciju i higijenske uvjete. U prošlosti smo često promatrali odgovornost sestrinstva u sigurnosti pacijenta u uskim aspektima njege pacijenta, na primjer, izbjegavanje pogrešaka u lijekovima i sprečavanje pada pacijenta. Iako su ove dimenzije sigurnosti i dalje važne u sestrijskom djelokrugu rada, opseg sigurnosti i poboljšanja kvalitete pacijenta seže daleko dublje. (Goldie, 1988, str. 326).

Sigurnost pacijenta temelj je visokokvalitetne zdravstvene zaštite. Velik dio rada na definiranju sigurnosti pacijenta i praksi koje sprečavaju štetu usredotočeni su na negativne ishode skrbi, poput smrtnosti i morbiditeta. Medicinske sestre su ključne za nadzor i koordinaciju koji smanjuju takve nepovoljne ishode. Preostaje mnogo posla za procjenu utjecaja njege na pozitivne pokazatelje kvalitete, poput odgovarajućeg zbrinjavanja i drugih mjera poboljšanog zdravstvenog stanja (Mitchell, 2008, str. 4).

Ciljevi istraživanja su prikazati mišljenje studenata sestrinstva o sigurnosti pacijenata na odjelima na kojima obavljaju vježbovnu nastavu te prikazati osobno iskustvo studenata o sigurnosti pacijenata. Postavljena su sljedeća istraživačka pitanja: »Kako studenti percipiraju međuljudske odnose i organizaciju rada koji utječu na sigurnost pacijenata?«; »Percipiraju li studenti rad na poboljšanju sigurnosti pacijenata na odjelima?«; »Kako studenti percipiraju razinu sigurnosti pacijenata na odjelima na kojima su obavljali vježbovnu nastavu?« i »Jesu li studenti u svom privatnom životu doživjeli neželjeni događaj osobno ili u svojoj okolini?«.

2 Metode rada

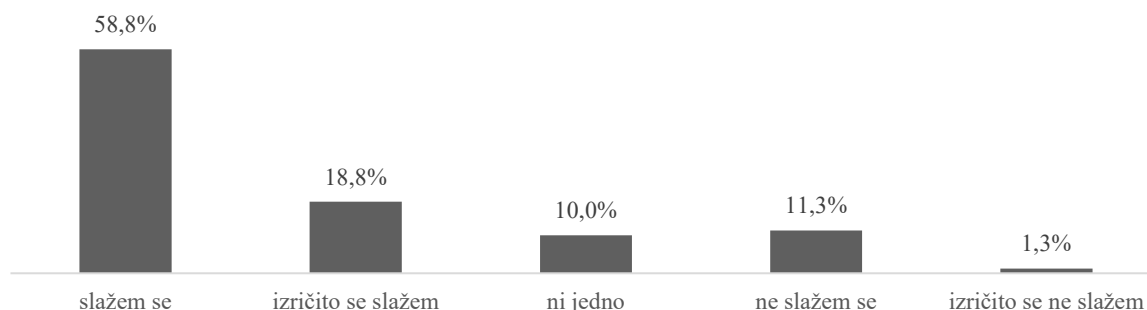
U istraživanju je korišten kvantitativni istraživački pristup te je napravljeno presječno istraživanje. Kako tehnika prikupljanja podataka korištena je anketa. Anketa je provedena online, putem Google obrasca tijekom mjeseca rujna 2020. godine. Rješavanje ankete je bilo dobrovoljno i anonimno. Za potrebe istraživanja korištena je Anketa o kulturi sigurnosti pacijenata u bolnici (Izvor, AHRQ, prijevod na hrvatski, Ivan Šklebar, tajnik HD-za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, HLZ) koja je za potrebe ovog istraživanja prilagođena studentima studija sestrinstva. Upitnik se sastojao od šest pitanja kojim su se ispitali sociodemografski podaci. Zatim deset tvrdnji kojima se ispituje percepcija studenata o sigurnosti pacijenata u zdravstvenim ustanovama te dva pitanja kojim se ispituje osobno iskustvo neželjenog događaja kod studenata. Na tvrdnje su sudionici odgovarali na Likertovoj ljestvici (izričito se slažem – izričito se ne slažem). U istraživanju je sudjelovalo 80 sudionika. Kriterij za uključivanje u istraživanje bio je da su sudionici studenti preddiplomskog studija sestrinstva. U radu je korištena deskriptivna statistika. Rezultati su prikazani grafički izraženi u frekvencijama i postotcima.

3 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 80 sudionika, od toga 86,3 % ženskog te 13,8 % muškog spola. Najviše sudionika, 42,5 % pohađa 3. godinu studija sestrinstva, 31,2 % pohađa 2. godinu studija, a preostalih 26,3 % sudionika studenti su 1. godine studija sestrinstva. Najveći broj sudionika 67,5 % navodi da je nezaposleno, dok je na poslovima medicinske sestre/tehničara zaposleno 16,2 %. Zadnju vježbovnu nastavu sudionici su obavljali u Općoj bolnici Varaždin (42,5 %), u Županijskoj bolnici Čakovec (47,5 %), u općoj Bolnici Tomislav Bardek Koprivnica (8,8 %) te u Kliničkoj bolnici Dubrava (1,2 %).

U nastavku su prikazani odgovori sudionika na tvrdnje o sigurnosti pacijenata. Na tvrdnju da zaposlenici podupiru jedni druge na odjelu na kojem su obavljali zadnju vježbovnu nastavu, većina sudionika (58,8 %) navelo je da se slaže, 18,8 % se izričito slaže, dok se 11,3 % sudionika ne slaže s tvrdnjom (graf 1).

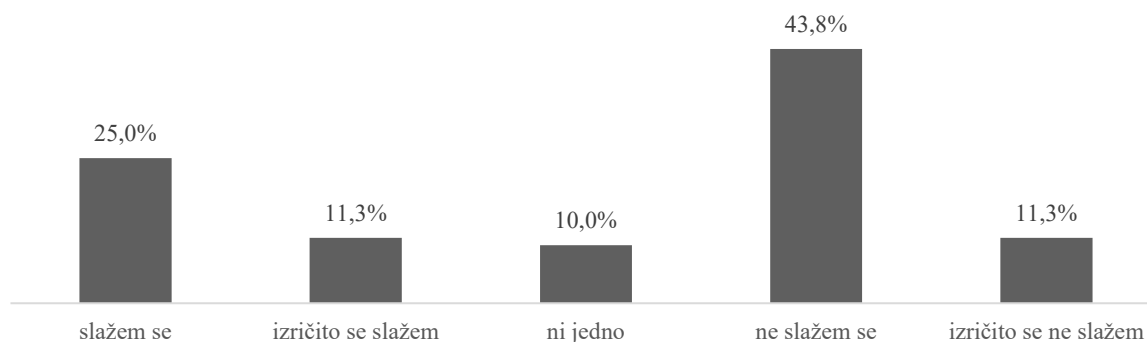
Graf 1: Prikaz odgovora na tvrdnju »Na tom odjelu zaposlenici podupiru jedni druge«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

S tvrdnjom da na odjelu ima dovoljno osoblja za obavljanje radnih zadaća, 43,8 % sudionika se ne slaže, dok se 25 % sudionika slaže s tvrdnjom (graf 2).

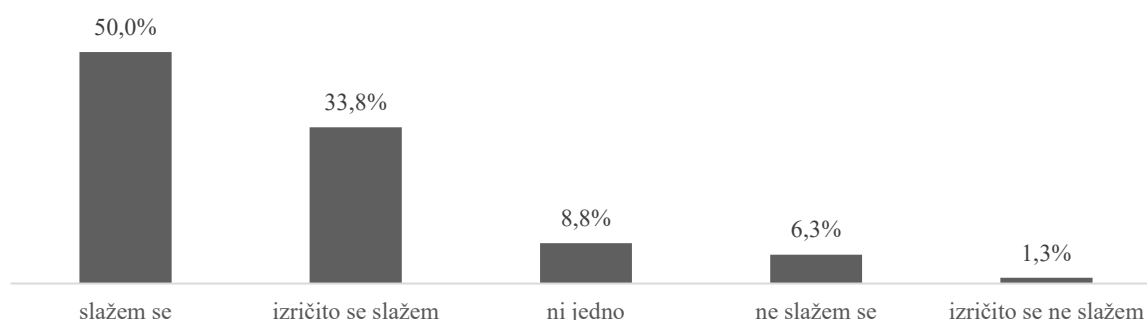
Graf 2: Prikaz odgovora na tvrdnju »Na odjelu ima dovoljno osoblja za obavljanje radnih zadaća«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

S tvrdnjom »Kad treba puno posla obaviti u kratko vrijeme na odjelu rade kao tim da bi se posao dovršio« se većina sudionika slaže (50 %) ili u postpunosti slaže (33,8 %) (graf 3).

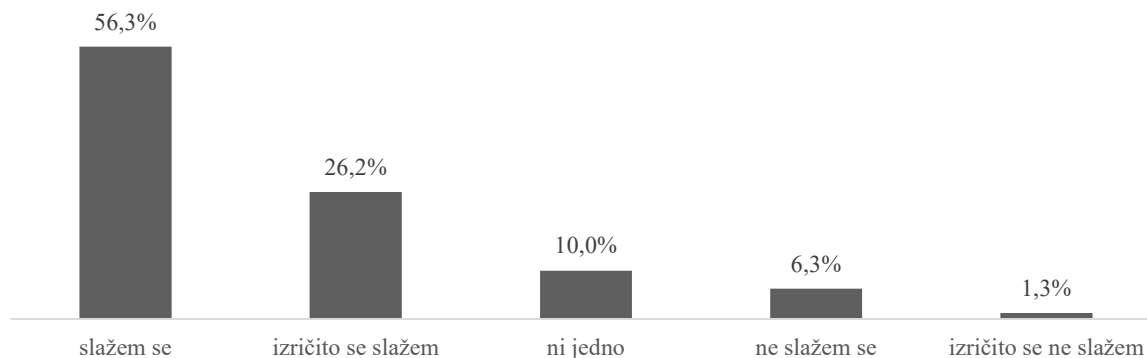
Graf 3: Prikaz odgovora na tvrdnju »Kad treba puno posla obaviti u kratko vrijeme na odjelu rade kao tim da bi se posao dovršio«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Na tvrdnju »Na tom odjelu se aktivno poduzimaju mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata« 56,3 % sudionika navelo je da se slaže, 26,2 % sudionika se izričito slaže, dok se 10 % sudionika niti slaže, niti ne slaže s tvrdnjom (graf 4).

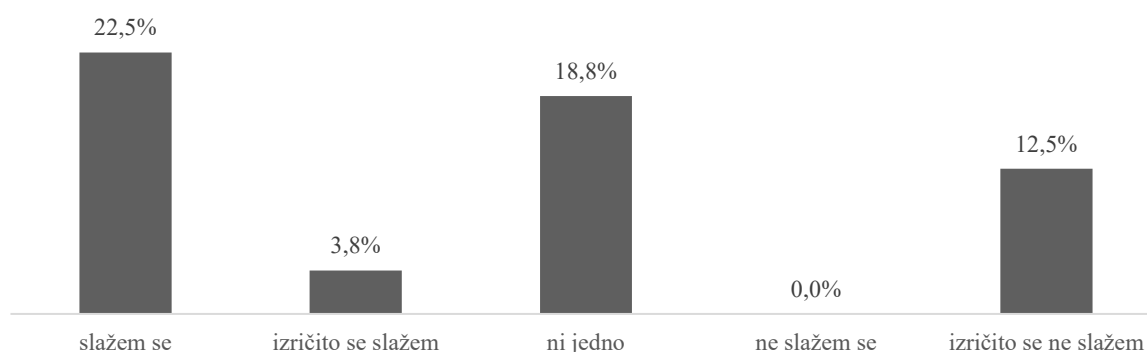
Graf 4: Prikaz odgovora na tvrdnju »Na tom odjelu se aktivno poduzimaju mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

S tvrdnjom »U slučaju povećane količine posla rukovoditelj traži od osoblja da radi brže, čak i po cijenu rada na prečac« slaže se 22,5 % sudionika, 18,8 % sudionika se niti slaže, niti ne slaže, dok se 12,5% sudionika izričito ne slaže s tvrdnjom.

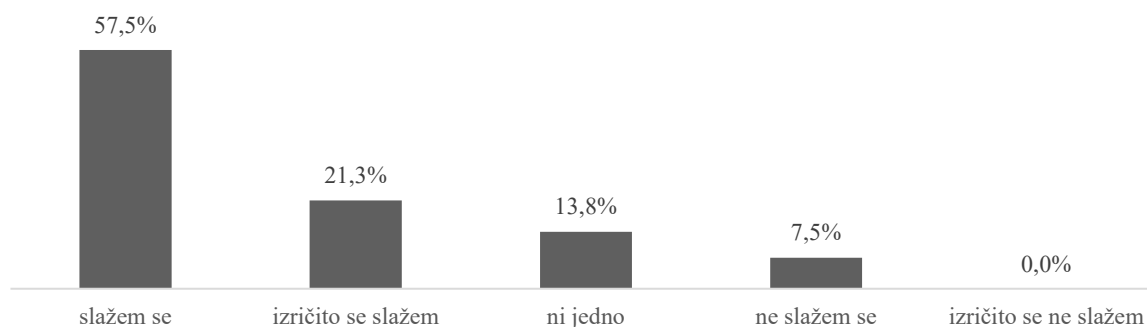
Graf 5: Prikaz odgovora na tvrdnju »U slučaju povećane količine posla rukovoditelj traži od osoblja da radi brže, čak i po cijenu rada na prečac«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Kod tvrdnje »Osoblje je informirano o pogreškama koje se dogode na odjelu« 57,5 % sudionika izrazilo je svoje slaganje s tvrdnjom; 21,3 % se izričito slaže; dok se 13,8 % niti slaže, it i ne slaže s tvrdnjom (graf 6).

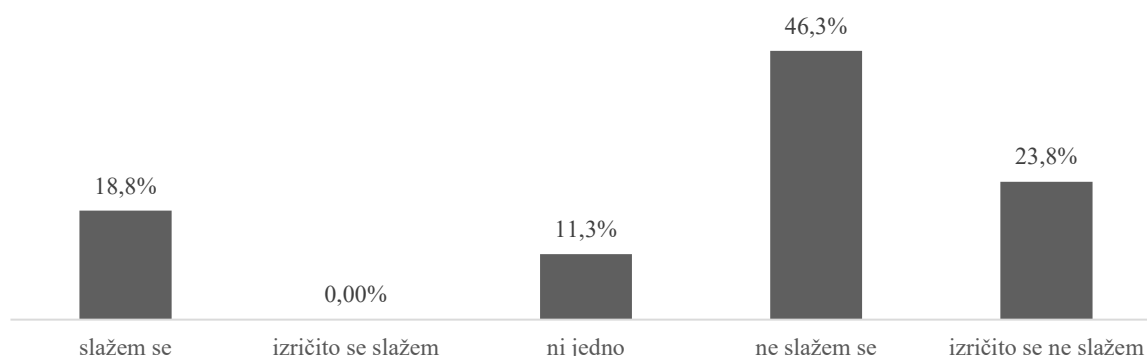
Graf 6: Prikaz odgovora na pitanje »Osoblje je informirano o pogreškama koje se dogode na odjelu«.



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Kod tvrdnje »Osoblje se boji postavljati pitanja kad im se čini da nešto nije u redu« 46,3 % sudionika navelo je kako se ne slaže s tvrdnjom; 23,8 % se izričito ne slaže; dok se 18,8 % sudionika slaže s tvrdnjom (graf 7).

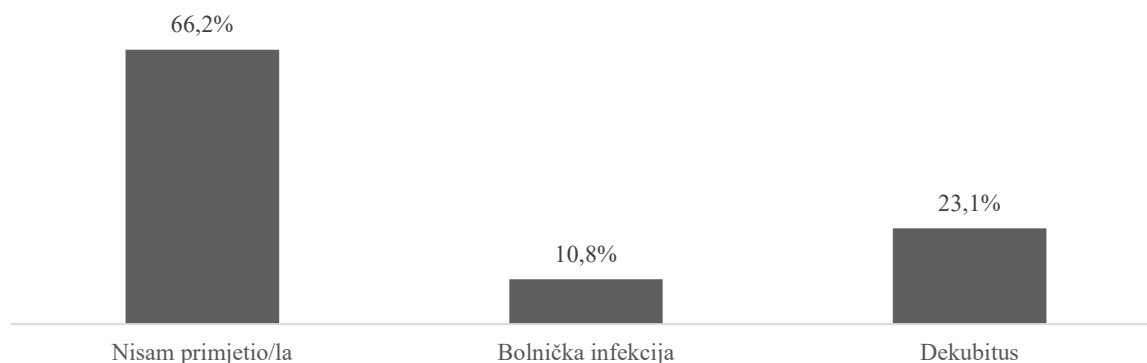
Graf 7: Prikaz odgovora na tvrdnju »Osoblje se boji postavljati pitanja kad im se čini da nešto nije u redu«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Na grafu 7 prikazano je kako 66,2 % sudionika nije primjetilo nikakav neželjeni događaj na posljednoj vježbovnoj nastavi; 23,1 % sudionika primjetilo je dekubitus; a 10,8 % primjetilo je bolničku infekciju.

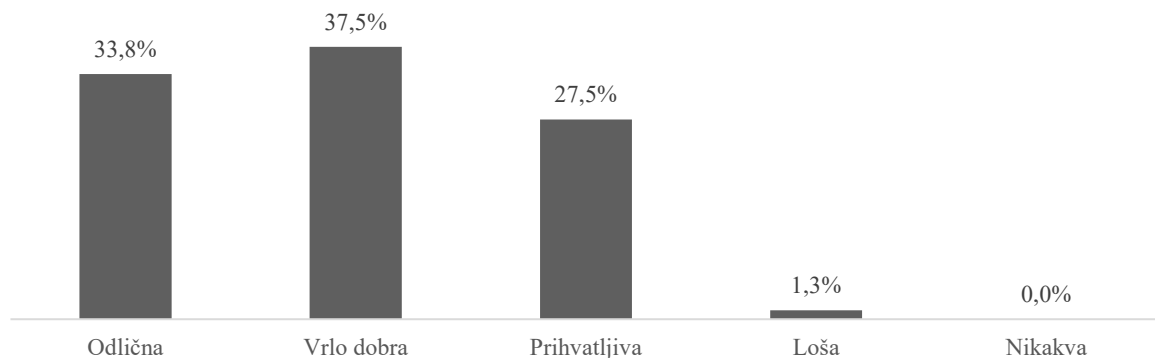
Graf 8: Prikaz odgovora na pitanje »Jeste li na posljednoj vježbovnoj nastavi primjetili neki od neželjenih događaja?«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Prosječnu razinu sigurnosti pacijenata na odjelu sudionici su većinom ocijenili vrlo dobrom (37,5 %) ili odličnom (33,8 %). Prihvatljivom je ocijenilo je prosječnu sigurnost pacijenata 27,5 % sudionika (graf 9).

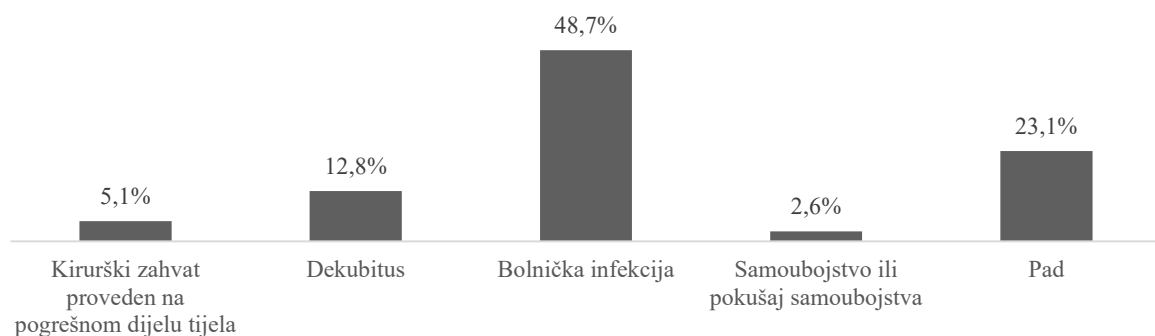
Graf 9: Prikaz ocjene prosječne razine sigurnosti pacijenata na odjelu



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Na pitanje Jeste li Vi ili netko u Vašoj okolini doživjeli neprikladno postupanje/neželjeni događaj u pružanju zdravstvene skrbi 67,5 % sudionika je odgovorilo ne, dok je 32,5 % odgovorilo s da. Kao neželjeni događaj koji su doživjeli osobno ili ga je doživio netko iz njihove okoline navode bolničku infekciju (48,7 %), pad (23,1 %), dekubitus (12,8 %), instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata (5,1 %), kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela (5,1 %) te samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi ili unutar 72 sata od otpusta (5,1 %) (graf 10).

Graf 10: Prikaz osobnog iskustva neželjenog događaja



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

4 Rasprava

Na tvrdnje koje se odnose na međuljudske odnose sudionici su odgovarali pozitivno, što bi značilo da studenti studija sestrinstva na vježbovnoj nastavi percipiraju osoblje na odjelu kao tim koji zajedno radi i u kojem zaposlenici podupiru jedni druge. Pokazalo se kako su upravo nedostatne interpersonalne vještine, neprofesionalno ponašanje zdravstvenih djelatnika te loše organizirana i koordinirana skrb za pacijente, povezane s pojavim neželjenih događaja ili pogrešaka u skrbi za pacijente (Delnoij, 2013, str. 118). Sayek (2010, str. 115) navodi kako su timski rad i interdisciplinarna suradnja zdravstvenih djelatnika put prema povećanju sigurnosti pacijenata.

Što se tiče organizacije rada na odjelu, studenti smatraju kako na odjelima nema dovoljno osoblja za obavljanje radnih zadataka, većina ih je stekla dojam da u slučaju veće količine posla, rukovoditelj traži da se posao obavi brže i pod cijenu rada na prečac, no pozitivno je što su vidjeli kako osoblje slobodno postavlja pitanja ukoliko im se čini da nešto nije u redu. U nekim zdravstvenim ustanovama ne postoji sustav prijavljivanja i analiziranja pogrešaka, dok je u drugim ustanovama sustav prisutan, no ignoriran od strane zdravstvenih djelatnika (General Medical Council i Medical Schools Council, 2015). U Republici Hrvatskoj kvaliteta zdravstvene zaštite regulirana je Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite (NN 118/18) koji nalaže da svaka zdravstvena ustanova mora imati ustrojenu jedinicu za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite. Pravilnikom o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11) se nalaže da zdravstvene ustanove moraju imati načine za prepoznavanje i otkrivanje prevalencije i ozbiljnosti incidenata koji utječu ili prijete sigurnosti pacijenata i osoblja. To uključuje medicinske pogreške i neželjene događaje. Dokumentirani sustav sigurnosti pacijenata i osoblja koji mora omogućavati otkrivanje i prijavljivanje neželjenih događaja, preventivne i popravne radnje, procjenu sigurnosti pacijenata i ostalo. U istraživanju autorica Neuberg i Cikač (2019, str. 356) s tvrdnjom »U Republici Hrvatskoj postoji siguran sustav zdravstvene zaštite«, 52 % sudionika se »niti slaže, niti ne slaže«, dok se 20 % »u potpunosti slaže« s tvrdnjom.

Vežano za doživljaj sigurnosti pacijenata na odjelima na kojima su obavljali vježbovnu nastavu, većina studenata se slaže ili se izrazito slaže s tvrdnjom da se na odjelu aktivno poduzimaju mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata. Također su stekli dojam da je osoblje informirano o pogreškama koje se dogode na odjelu. Na samoj vježbovnoj nastavi, studenti navode (više od 60 % njih) kako nisu primjetili neki od neželjenih događaja na posljednjoj vježbovnoj nastavi, a prosječnu sigurnost na odjelu na kojem su boravili ocijenili su vrlo dobrom ili odličnom. World Health Organization (2012) ističe kako prepoznavanje rizika za nastanak pogrešaka te razvoj strategija za učenje iz pogrešaka smanjuje njihovu pojavu. Za osiguranje i održavanje sigurnosti pacijenata, neophodan je razvoj kulture sigurnosti. Kultura sigurnosti može se definirati kao supkultura organizacijske kulture koja utječe na smanjenje nezgoda i ozljeda na radu (Palačić, 2010, str. 105). Mardon (2010, str. 226) navodi kako veća kultura sigurnosti doprinosi boljim ishodima kod pacijenta.

Što se tiče osobnog iskustva neželjenog događaja, većina studenata navodi kako se nisu susreli s neželjenim događajem, a od onih koji su se susreli osobno ili u svojoj bliskoj okolini, navode bolničku infekciju, dekubitus i pad kao najčešće neželjene događaje. Prema World Health Organization (2017) najčešći neželjeni događaji povezani s kirurškim zahvatima (27 %), zatim s pogreškama u primijeni lijekova (18,3%) te infekcijama povezanim s zdravstvenom skrbi (12,2 %).

LITERATURA

1. Clancy C. M., Farquhar M. B. in Sharp B. A. (2005). Patient safety in nursing practice. *J Nurs Care Qual.*, 20 (3),193–197.
2. Delnoji, D. (2013). Patients' experiences and patient safety. Patient safety, rights and medication safety in primary care in Poland. U *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks* (str. 118–141). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
3. General Medical Council i Medical Schools Council. (2015). First, do no harm. Enhancing patient safety teaching in undergraduate medical education. A joint report by the General Medical Council and the Medical Schools Council. Pridobljeno 10. 10. 2020, s https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/First_do_no_harm_patient_safety_in_undergrad_education_FINAL.pdf_62483215.pdf.

4. Goldie, S. M. (1988). *I Have Done My Duty Florence Nightingale in the Crimean War 1854–1856*. Manchester University Press, 326.
5. Harteloh, P. P. M. (2003). The Meaning of Quality in Health Care: A Conceptual Analysis. *Health Care Analysis*, 11 (3), 259–267.
6. Lohr, N. K. (1990). *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, DC: National Academy Press, Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare.
7. Mitchell, P. H. (2008). *Defining Patient Safety and Quality Care*. Agency for Healthcare Research and Quality.
8. Neuberg, M. i Cikač, T. (2019). Jesmo li sigurni u zdravstvenom sustavu? - Sigurnost pacijenta iz perspektive studenata sestinstva. U Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacijenta* (str. 353–360). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
9. Palačić, D. (2010). Istraživanje razvoja i utjecaja kulture sigurnosti na sustav upravljanja sigurnošću. *Sigurnost*, 52 (2), 105–112.
10. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. (2011). Narodne novine br. 79. (29. 6. 2011.). Pridobljeno 9. 10. 2020, s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html.
11. Sayek, F. (2010). Relationship of teamwork and patient safety. U M. Çakmakçı in E. Akalın (ur.). *Patient Safety: Turkey and World. The Reports of TMA/Books of Füsün Sayek* (str. 110–116). Ankara: Publications of Turkish Medical Association.
12. World Health Organization. (2012b). To Err is Human. Why applying human factors is important for patient safety. Doc. 1.3. Pridobljeno 11. 10. 2020, s https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/Curriculum_Tools/en/index3.html.
13. World Health Organization. (2017). *Patient Safety. Making health care safer*. Geneva: World Health Organization.
14. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite. (2018). Narodne novine br. 118. (01.01.2019.). Pridobljeno 9. 10. 2020, s <https://www.zakon.hr/z/1763/Zakon-o-kvaliteti-zdravstvene-za%C5%A1tite>.

Self Sufficiency as an Important Factor of Quality of Life of the Elderly

UDC 316.728-053.9

KEYWORDS: self-sufficiency, quality of life, support, facilities for seniors

ABSTRACT - The aim of this work was to determine how the quality of life of the elderly is perceived. Performance falls in old age and the onset of chronic diseases develops a series of malfunctions, which consequently leads to impaired self-sufficiency and dependence. In this work we selected a sample of 386 respondents, with two standardized questionnaires: WHOQOL – BREF and ADL tests, which surveyed the relationship between self-sufficiency and the quality of life of the senior's population. In our work we used Mann - Whitney test. Based on the statistical comparisons we found poorer self-sufficiency in geriatric patients (rough score in the ADL test = 11,65) compared with residents in facilities for the elderly (rough score in the ADL test = 8,92). Our study confirmed a clear dependence on the level of self-sufficiency and the quality of life of seniors ($p < .001$). The stated results prove our supposition that increasing deficit of self-sufficiency causes the decline of life quality of geriatric patients and of residents in the facilities for the elderly. Care giving interventions in clinical practice should enable quality life not only the survival of geriatric population in somatic, psychical and social area.

UDK 316.728-053.9

KLJUČNE BESEDE: samooskrba, kakovost življenja, podpora, storitve za starejše

POVZETEK - Cilj tega dela je bil ugotoviti, kako se dojema kakovost življenja starejših. V starosti pade uspešnost, pri pojavu kroničnih bolezni pa nastane vrsta okvar, ki posledično privede do oslabiljene samozadostnosti in odvisnosti. V tem delu smo izbrali vzorec 386 respondentov z dvema standardiziranimi vprašalniki: WHOQOL - BREF in ADL test, s katerima smo raziskali razmerje med samozadostnostjo in kakovostjo življenja starejše populacije. Pri delu smo uporabili Mann - Whitneyev test. Na podlagi statističnih primerjav smo ugotovili slabšo samooskrbo pri geriatričnih bolnikih (groba ocena v testu ADL = 11,65) v primerjavi s stanovalci v ustanovah za starejše (groba ocena v ADL testu = 8,92). V naši študiji je bila potrjena jasna odvisnost od stopnje samooskrbe in kakovosti življenja starejših ($p < .001$). Navedeni rezultati dokazujejo našo domnevo, da naraščajoči primanjkljaj samooskrbe povzroča upad kakovosti življenja geriatričnih bolnikov in stanovalcev v ustanovah za ostarele. Posegi v klinični praksi bi morali omogočiti kakovostno življenje, ne samo preživetje geriatrične populacije na somatskem, psihičnem in socialnem področju.

1 Introduction

Functional decline impacts prolongation of hospital stay and nursing care. Changes in mobility represent a reduction in a basic ADL scale (bathing, dressing, transferring from bed to chair, using the toilet) and/or an instrumental scale (IADL - shopping, housekeeping, preparing meals, taking medications, handling finances, using public transportation) (Hoogerduijn et al., 2007). Increasing age and the presence of chronic diseases influence the whole series of functional defects what makes self sufficiency worse and develops the dependence of handicapped individuals (Bayliss et al., 2008).

Self sufficiency can be easily detected by I-ADL test (Instrumental Activity of Daily Living) that is insufficient already in early state of functional defect, in the following period the absence of basic daily activities comes along what we find out by ADL test (Activity of Daily Living)

(Curless et al., 2003). Nemeth et al. (2011) point out the need for complex geriatric evaluations, ensured by standard and timely detection of illnesses, as well as effectiveness of treatment and rehabilitation which result in increased potential for recovery of geriatric patients and decreased dependence. In evaluating the dependence in a group of 1028 respondents, Autor found the worst results among the group of seniors with impaired self-sufficiency (in score range 60-41 which meant value $p < 0.05$), as well as in the group of seniors with the worst impairment of self-sufficiency (score less than 40 points). This proves the fact that physical activity in advanced age is very important.

The aim of this research was to evaluate the proportion of relation of life quality from the self sufficiency in basic daily activities of patients hospitalized at geriatric departments and residents in facilities for elderly. We supposed that the level of self sufficiency of geriatric patients and residents in facilities for elderly statistically differs and is important factor of their subjective evaluation of own life quality.

2 Methodology

Altogether 204 patients of Geriatric department of Faculty hospital J.A.Reiman Presov and 182 residents of Facility for elderly in Presov (Slovakia) took part in survey. The whole sample contained 386 respondents.

In our survey we used causal - comparable research. For selecting individual components we used in research the method of gaining the information with the help of two batteries of standardized tests:

- test of life quality WHOQOL – BREF. It is a standardized questionnaire finding out the quality of life associated with health (value of Crombach alpha as a parameter of reliability of used method moved between the interval of 0,7184 – 0,8418 for individual items);
- test of self serving daily activities ADL test (Barthel test – it is a standardized self judging scale that finds out the level of managing the self serving activities performed daily; the value of Crombach alpha of used method moved between the interval of 0,8217 – 0,9122 for individual items).

For statistical comparison of surveyed groups we used the test for two independent selections, Mann - Whitney test. This unparametrical method enabled us to find out statistically the major differences between the groups in researched parameters. For evaluation of mutual relationships between parameters we used the unparametrical Spearman's correlation parameter.

3 Results

We list the results of surveyed groups in self-sufficiency according to test ADL. The values are evidently different in all tested items – toilette, food income, dressing, appearance, mobility and bathing (tab. 1).

Table 1: Statistical results of search of differences between both groups found out by Mann – Whitney test

Parameter	Geriatric patients		Facilities for seniors		Z
	M	SD	M	SD	
Toilette ADL	2,00	1,36	1,48	0,97	- 4,264***
Food income ADL	1,66	1,05	1,16	0,41	- 5,283***
Dressing ADL	1,83	1,12	1,25	0,52	- 5,557***
Appearance ADL	2,02	1,10	1,61	0,81	- 3,658***
Mobility ADL	2,64	1,45	2,33	1,48	- 2,541**
Bathing ADL	2,08	1,08	1,63	1,02	- 2,541***
ADL rough score	11,65	5,82	8,92	3,53	- 4,885***

M - Median, SD - Standard Deviation, Z – Z Score. Level of importance: *p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

From the results in table 1 it is obvious that there is a major dependence of level of self-sufficiency from the life quality of seniors (***) p<.001). The results of ADL test evaluated the self-sufficiency of researched people where worse results were measured with geriatric patients (M = 11,65) than with residents of facilities for elderly (M = 8,92).

For finding out the mutual relationships among parameters, we used the unparametrical Spearman's correlation parameter. We offer the results of search of Spearman's correlations between the items of ADL questionnaire and rough score of BREF questionnaire of geriatric patients (tab. 2) and of residents of facilities for elderly (tab. 3).

Table 2: Statistical results of researching Spearman's correlations between items of ADL test and rough score of BREF of geriatric patients

	Toilette	Meals	Dressing	Appearance	Mobility	Bathing	RS ADL	RS BREF
Toilette	-	0,668***	0,706***	0,673***	0,602***	0,681***	0,817***	- 0,487***
Meals	0,668***	-	0,772***	0,785***	0,624***	0,729***	0,798***	-0,485***
Dressing	0,706***	0,772***	-	0,826***	0,685***	0,791***	0,858***	-0,562***
Appearance	0,673***	0,785***	0,826***	-	0,718***	0,808***	0,891***	-0,498***
Mobility	0,602***	0,624***	0,685***	0,718***	-	0,750***	0,824***	-0,432***
Bathing	0,681***	0,729***	0,791***	0,808***	0,750***	-	0,897***	-0,513***
RS ADL	0,817***	0,798***	0,858***	0,891***	0,824***	0,897***	-	-0,544***
RS BREF	- 0,487***	-0,485***	-0,562***	-0,498***	-0,432***	-0,513***	-0,544***	-

Legend: level of importance: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0 .001, RS – Rough Score

From the stated correlations, it is obvious that the individual items of ADL test significantly positively mutually depend on each other despite that the quality of life is proportionally decreasing with increasing deficit of self-sufficiency of geriatric patients and thus their correlation relationship is negative.

Table 3: Statistical results of researching Spearman's correlations between items of ADL test and rough score of BREF of residents of facilities for elderly

	<i>Toilette</i>	<i>Meals</i>	<i>Dressing</i>	<i>Appearance</i>	<i>Mobility</i>	<i>Bathing</i>	<i>RS ADL</i>	<i>RS BREF</i>
Toilette	-	0,688 ***	0,702 ***	0,555 ***	0,591 ***	0,549 ***	0,714 ***	- 0,304 ***
Meals	0,688 ***	-	0,683 ***	0,559 ***	0,504 ***	0,521 ***	0,613 ***	-0,334 ***
Dressing	0,702 ***	0,683 ***	-	0,669 ***	0,622 ***	0,606 ***	0,705 ***	-0,309 ***
Appearance	0,555 ***	0,559 ***	0,669 ***	-	0,712 ***	0,753 ***	0,855 ***	-0,386 ***
Mobility	0,591 ***	0,504 ***	0,622 ***	0,712 ***	-	0,708 ***	0,911 ***	-0,319 ***
Bathing	0,549 ***	0,521 ***	0,606 ***	0,753 ***	0,708 ***	-	0,844 ***	-0,484 ***
HS ADL	0,714 ***	0,613 ***	0,705 ***	0,855 ***	0,911 ***	0,844 ***	-	-0,428 ***
HS BREF	- 0,304 ***	-0,485 ***	-0,309 ***	-0,386 ***	-0,319 ***	-0,484 ***	-0,428 ***	-

Legend: level of importance: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001, RS – Rough Score

On the basis of stated facts we can say that the correlative relationships of both groups among evaluated parameters have comparable power and direction.

4 Discussion

The role of the National Programme for the protection of the elderly is to maintain their self-sufficiency, social participation, integration and thus promote the quality of life of the senior.

The stated results prove our supposition that increasing deficit of self-sufficiency causes the decline of life quality of geriatric patients and of residents in facilities for elderly. That means that their correlative relationship is negative.

The physical and mental quality of the individual gradually decline and old age is burdened by polymorbidity and deterioration of physical fitness and self-sufficiency. For seniors living at home and in the institutional environment the ability to be independent is a very important factor that affects their quality of life. At the item bathing the rough score with ADL test is 0,897, with BREF test is -0,513, at the item mobility is rough score with ADL test 0,824, with BREF test is -0,432, at the item adjustment of appearance is rough score with ADL test 0,891, with BREF test -0,498 and similar results are with the rest of the tested items.

In our research we found out the diminished self sufficiency (rough score with ADL test = 11, 65) with geriatric patients in comparison to residents of facilities for elderly (rough score with ADL test = 8,92). Farský, Solárová (2010) emphasise the necessity to deal with the quality of life of the seniors living institutionalised environments. The aim of the study is to evaluate the certain determinants of the quality of life of the seniors living at long-term care institutions, and, eventually, assess the specifics related to the care of senior citizens. The focus group included 60 seniors, 30 of whom lived in apartments for the elderly in social facilities and 30 of the respondents lived in nursing homes. The average age of the respondents was 74.2 years. The quality of life has been assessed by means of PCASEE scale, WHO Well-Being Questionnaire and ADL tool for assessing the dependence level in activities of daily living. The meaning of life has been evaluated by the LOGO-test (the higher the score, the greater the

existential frustration). The elderly in nursing homes were provided with health and social care, whereas the residents in apartments for the elderly were provided mostly with the social care. The findings have shown significant discrepancies between the given types of the care provided. The clients in nursing homes experienced a lower total quality of life and a higher number of biological, psychological, sociological and spiritual issues; moreover, the clients' evaluation of their own health conditions was negative and overall, they expressed less satisfaction with staying at the institution than seniors in social facilities. The seniors in nursing homes were of the higher average age and had spent a longer period of time at the given institution. The quality of life of the seniors living in communal institutions is far from optimal. It is advisable for the seniors and the relatives to use questionnaires to assess their contentment, which would serve as a certain form of audit at the respective institutions.

Observing the daily routine activities of seniors in social institutions in Slovakia performed within his comparative study Bartošovič et al. (2004). He compared the progress of dependence and self-sufficiency in the group of 407 inhabitants in 8 social institutions, in the years 2000–2004. At work he used questionnaire ADL of daily routine activities. In all 10 tested activities the values have statistically majorly worsened in year 2004 in comparison to 2000 ($p > 0,001$). In the run of 4 years the dependence of medium and severe level has increased more than 3 times (from 8, 1% to 25, 5%). As it is from this work obvious, the dependence of older population from daily routine activities can increase up to 3 times more within the short period. In our research, we used the similar scale for self-sufficiency which evaluated 6 areas and proved the dependence especially of geriatric patients with all daily activities ($p < 0,001$). In our work we focused on the relationships between self-sufficiency and life quality of seniors. It would be certainly interesting to perform the comparative research according to Bartošovič et al. (2004) example with respondents of our work in 3 years time.

Our results proved that less self-sufficient are especially hospitalized geriatric patients in comparison to clients of institutions for seniors. Rough score of ADL questionnaire in relation to scale of BFEF (-0,544) with geriatric patients and results with residents in facilities for elderly (-0,428). That is why within care giving and rehab care we should stimulate the patients into active participation on recovery regime instead of position of passively accepting help. ADL test should be the main functional test for disclosing self-sufficiency (or lack of it) with geriatric patients and support of their self-sufficiency should be the domain of geriatric caregivers. Positive task can play various compensation aid gadgets for increasing self-sufficiency of patients in all its areas (Dainty, 2007; Hegyi & Bartošovič, 2006).

Wilhelmson et al. (2005) have carried out a study (in Sweden) in which seniors' perception of the quality of life was assessed. The elimination criteria included social reasons, unfavourable health conditions and lack of interest. The interviews were performed via a semi-structured questionnaire and the disability assessment with 138 respondents (77 men and 61 women). The highest priority within the research has been given to social relations, health conditions, activities, functional abilities, well-being, personal creeds and attitudes. The study has confirmed the fact that social relations, functional abilities and activities do have an impact on seniors' quality of life as much as their health conditions do. The meaning of life of the seniors included in our study to a greater extent, matches the perception of the quality of life of the analysed persons ($M = 3,90$), despite the fact that, via a Spearman correlation quotient, a statistically significant correlation has not been confirmed between the meaning of life perception, the joy of life perception and the quality of life evaluation ($\text{sig.} = 0,009$).

For maintaining the adequate physical capabilities, it is necessary to provide for seniors various mobility activities by the form of every day exercises and common mobility programs. Equally

important is the psychical support of seniors that are from the point of their age and functional conditions always a risk group for medicine and care giving.

5 Conclusion

Aging of population almost everywhere in the world is the challenge for all who plan and provide social and health welfare of senior population so that they would look after not only medical intervention but their functional status as well (Hegyi et al., 2009).

The task of National program of protection of seniors that was accepted by Slovak government in 2001 is to maintain their self-sufficiency, social participation, integration and thus to support the quality of life of seniors. Geriatric age has many specific characteristic features. Satisfaction of seniors we look after either in hospital or in institutions of social care is important indicator of quality of care from the point of medical procedures and care giving (Avlund et al., 2003; Hudáková, Majerníková, 2013). Care giving interventions in clinical practice should enable quality life not only survival of geriatric population in somatic, psychical and social area.

Conflict of interest statement

The authors declare that they have no conflict of interest.

Acknowledgements

The contribution was created within the project: KEGA: 002PU-4/2020: Proposal of a methodology for evaluating the quality of life of patients with multiple sclerosis.

LITERATURE

1. Avlund, K., Vass, M. & Hendriksen, C. (2003). Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role of tiredness in daily activities. *Age and Ageing*, 6 (32), 579–584.
2. Bartošovič, I., Hegyi, L. & Krajčík, Š. (2004). Development of daily activities for seniors in social facilities. *Geriatrics*, 10 (4), 149–154.
3. Bayliss, E. A., Edwards, A. E., Steiner, J. F. and Main, D. S. (2008). Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practice*, 25 (4), 287–293.
4. Curless, W. et al. (2003). Pain in Geriatric Cancer Patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 1 (3).
5. Dainty, P. (2007). Comprehensive geriatric assessment: Review. *Br. J. Hosp. Med.*, 68 (8), 133–135.
6. Farský, I. & Solárová, M. (2010). Quality of Life of Seniors Living in Community Settings. *Profese On line* 3/1.
7. Hegyi, L. & Bartošovič, I. (2006). Seniors in facilities for the elderly. *Geriatrics*, 12 (2), 96–103.
8. Hegyi, L., Krajčík, Š. & Konečná, M. (2009). The current state of health care for the elderly in Slovakia. *Geriatrics*, 10 (3), 4–7.
9. Hoogerduijn, Jg., Schuurmans, Mj., Duijnste, Msh., De Rooij, Se. & Grypdonck, Mfh. (2007). A systematic review of predictors and screening Instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (1), 46–57.
10. Hudáková, A. & Majerníková, E. (2013). Quality of life of seniors in the context of nursing. Praha: Grada Publishing.
11. Németh, F., Derňárová, E. & Hudáková, A. (2011). Comprehensive geriatric assessment and nursing care for the elderly. Prešov: University of Presov, Faculty of Care.
12. Wilhelmson, K., Andersson, Ch., Waern, M. & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing & Society*, 25 (7), 585–600.

Keratokonus in uporaba kontaktnih leč

UDK 617.713+617.74

KLJUČNE BESEDE: keratokonus, roženica, slabšanje vida, kontaktne leče

POVZETEK - Za ohranjanje dobrega vida je izrednega pomena skrb za zdravje oči ter varovanje pred poškodbami in okužbami. Pri obolenjih roženice je tako pomemben čimprejšnji obisk specialista oftalmologa, ki s pomočjo preiskav postavi diagnozo in predpiše ustrezen način zdravljenja. Eno izmed roženičnih obolenj je keratokonus, ki povzroči zamegljenost oziroma slabšanje vida. Bolezen se pogosto pojavi v puberteti, zato je pomembna zgodnja diagnostika keratokonusa saj lahko vpliva na uspešnost zdravljenja. Bolnikom s keratokonusom lahko pomaga tudi predpis kontaktnih leč. S pomočjo pregleda literature smo ugotavljali pomen uporabe kontaktnih leč pri bolnikih s keratokonusom. Preučili smo postopke varne in pravilne uporabe kontaktnih leč za zmanjšanje tveganja poškodb oči in prenosa okužb. Kontaktne leče omogočajo dobro korekcijo vida vendar je za njihov optimalni učinek izrednega pomena upoštevanje tako osebne higiene kot higiene kontaktnih leč, da zmanjšamo oziroma preprečimo tveganje za okužbe. Pomembno vlogo pri osveščanju pacientov o pravilni uporabi kontaktnih leč ima zdravstveno vzgojno delo oftalmološke medicinske sestre v ambulanti za kontaktne leče, kjer se pacienti naučijo pravilnega vstavljanja in odstranjevanja kontaktnih leč iz oči. Pridobljeno znanje pacientom omogoča višjo kvaliteto življenja.

UDC 617.713+617.74

KEYWORDS: keratoconus, cornea, visual impairment, contact lenses

ABSTRACT - For maintaining ocular health a good eye care and protection against injuries and infections are extremely important. When noticing corneal disease symptoms, it is important to visit an ophthalmologist as soon as possible for early diagnosis and treatment. One of the most common cornea conditions is keratoconus, which causes blurred vision. Keratoconus often occurs in puberty, therefore, early diagnosis of keratoconus strongly influences the success of treatment. Contact lenses can help with the visual improvement in patients with keratoconus. The importance of the use of contact lenses in patients with keratoconus was determined by a literature review of several important published articles. We examined the procedures for safe and proper use of contact lenses to reduce the risk of an eye injury and the transmission of infections. Contact lenses enable a good vision correction, but for their optimal effect it is extremely important to observe both hand hygiene and the hygiene of contact lenses in order to reduce or prevent the risk of infections. An important role in raising the patients' awareness of the proper use of contact lenses is played by the health educational work of an ophthalmological nurse in an outpatient contact lens clinic, where patients learn how to properly insert and remove contact lenses. The acquired knowledge enables patients to have a higher quality of life.

1 Uvod

Oči so pomemben organ vida, ki zaznava svetlobo in s pomočjo katerega sprejememo iz okolja do 90 % vseh informacij. Z zdravim načinom življenja in preventivnimi obiski pri specialistu oftalmologu pripomoremo k ohranjanju dobrega vida in zdravja oči. Včasih se zgodi, da ravno preventivni pregledi pri oftalmologu lahko, med drugim, razkrijejo tudi različne bolezni roženice. Eno izmed teh obolenj je tudi keratokonus. Pri obolenjih roženice je pomemben čimprejšnji obisk specialista oftalmologa, ki s pomočjo preiskav postavi diagnozo in predpiše ustrezen način zdravljenja.

Eden izmed uspešnih načinov zdravljenja keratokonusa je tudi pravilna uporaba kontaktnih leč. Pomembno je tudi zdravstveno-vzgojno delo medicinske sestre pri uporabi kontaktnih leč saj

brez poučenosti pacienta kdaj ne sme nositi kontaktnih leč, brez upoštevanja higienskih minimumov glede rokovanja z lečami in neupoštevanja navodil glede shranjevanja in nošenja kontaktnih leč, zdravljenje s kontaktnimi lečami ne more biti učinkovito.

2 Keratokonus

Keratokonius je napredujoče degenerativno nevnetno obolenje roženice, za katero je značilno stanjšanje roženice in njeno nepravilno izbočenje. Običajno se pojavlja na obeh očesih ter se s časom poslabšuje (Mikek, Morela in Pahor, 2010, str. 1–89).

Pogosto se bolezen začne v puberteti ter napreduje do tretjega in četrtega desetletja, ko se večinoma ustavi (Štabuc Šilih, 2005, str. 563). Najbolj je torej prizadeta mlajša generacija, pri katerih ima keratokonus negativen vpliv na njihovo kakovost življenja (Mikek, Morela in Pahor, 2010, str. 1–89). Prizadene lahko oba spola in vse etnične skupine. Na nastanek ter potek bolezni vplivajo tako okoljski kot genetski dejavniki (Gordon - Shaag, Millodot, Shneor in Liu, 2015, str. 11). Pogosteje se pojavlja pri ljudeh, ki si več let drgnejo oči (alergija, razvada, ...) ter ob dolgotrajnem nošenju kontaktnih leč (Štabuc Šilih, 2005, str. 563).

Tanjšanje roženice povzroči nepravilno ukrivljenost roženice ali astigmatizem ter kratkovidnost ali miopijo roženice (Morela in Mikek, 2002, str. 2–39). Posledica je meglen vid ali popačena slika, monokularni dvojni vid, hitre spremembe v refrakciji, bleščanje, ... (Čokl in Kosec, 2012, str. 76).

2.1 Zdravljenje keratokonusa

Zdravljenje keratokonusa je odvisno predvsem od napredovanja obolenja. Uporabo očal svetujemo bolnikom, ko je bolezen še v zgodnji fazi čeprav le-ta ne morejo korigirati nepravilne ukrivljenosti roženice (Morela in Mikek, 2002, str. 2–39). Pri večini bolnikov pa lahko dosežemo izboljšanje vida s poltrdimi ali trdimi kontaktnimi lečami (Mikek, Morela in Pahor, 2010, str. 1–90). Pri tem je bistvenega pomena umerjanje kontaktnih leč ter preprečevanje komplikacij, ki so povezani z njihovo uporabo (Morela in Mikek, 2002, str. 2–39). Ko s kontaktnimi lečami ne dosežemo več željenega učinka se priporoči bolniku kirurški način zdravljenja npr. epikeratoplastika, fotorefraktivna keratektomija in roženični obročki. Žal omenjene metode ne zaustavijo napredovanja bolezni temveč le popravijo refrakcijsko napako (Mikek, Morela in Pahor, 2010, str. 1–90). Obstaja tudi novejša metoda zdravljenja imenovana križna vezava (cross linking) roženičnega kolagena z riboflavinom ter ultraviolečnimi žarki A, ki izboljša trdnost roženice in zmanjša napredovanje keratokonusa (Štabuc Šilih, 2005, str. 566).

2.2 Kontaktne leče

Kontaktne leče so optični pripomoček, ki lebdi na roženici v solznem filmu. Omogočajo boljši vid ter pomagajo pri bleščanju (Kosec, 2018, str. 78). Glede na vrsto materiala ločimo hidrogelne in silikon hidrogelne kontaktne leče (Kosec, 2018, str. 79). Z ozirom na trdnost ter fleksibilnost leč ločimo: mehke kontaktne leče, poltrde kontaktne leče in trde kontaktne leče. Glede na funkcionalnost jih razvrstimo na korektivne, kozmetične ter terapevtske leče. Glede na priporočen čas nošenja kontaktnih leč pa ločimo: dnevne, štirinajstdnevne, mesečne ter letne kontaktne leče (Vrhovec, 2008, str. 24).

Tako pri trdih (polimetil-metakrilat) kot mehkih kontaktnih lečah je pomembna propustnost za kisik (Dk), bazna krivina ter premer kontaktne leče. Propustnost materiala pri kontaktnih lečah je izražena z vrednostjo Dk to je zmnožkom med difuzijsko (angl. diffusion) konstanto ter konstanto topnosti kisika v danem materialu (angl. solubility constant). Še bolj pomembna je

vrednost Dk/t , ki upošteva propustnost kontaktnih leč z ozirom na njeno debelino (t), ki je pri različnih lečah lahko zelo različna (Štabuc Šilih, 2016, str. 111). Med bolj priljubljenimi modeli leč za korekcijo vida pri bolnikih s keratokonusom so poltrde plinoprepustne kontaktne leče (RGP), ki vzdržujejo pravilno obliko roženice (Watts in Colby, 2017, str. 187).

3 Zdravstveno-vzgojno delo oftalmološke medicinske sestre

Z zdravstveno vzgojo poskušamo vplivati na ljudi, da postanejo aktivni saj bodo le na ta način lahko prevzeli svoj del odgovornosti za lastno zdravje. To je možno doseči le v primeru, da so ustrezno obveščeni ter motivirani, zato je pomembno, da imajo dostop do informacij in seveda možnost nadziranja dejavnikov, ki vplivajo na zdravje (Hoyer, 2005, str. 1). Medicinske sestre lahko izvajajo zdravstveno vzgojo v smislu direktnega ter bližnjega stika s pacienti, posamezniki, družinami ter skupnostmi, zelo pogosto v trenutkih, ko so posamezniki bolj dovzetni ter motivirani za spremembe v življenjskem stilu in za vedenje, ki je v podporo zdravju (Bahun, 2011, str. 363).

Oftalmološka medicinska sestra ima ključno vlogo pri izobraževanju pacientov za pravilno uporabo kontaktnih leč. S poučevanjem pacientov o pravilni tehniki vstavljanja in odstranjevanja leč; vzdrževanju posodice za shranjevanje leč; pravilni uporabi izdelkov za nego kontaktnih leč; rednem čiščenju ter razkuževanju; ustrezni higieni pred rokovanjem z njimi, ki vključuje umivanje rok ter vzdrževanje kratkih in čistih nohtov; upoštevanju navodil o predpisanem času nošenja leč in rednih kontrolnih pregledih pri oftalmologu lahko medicinska sestra pripomore k zmanjšanju neželenih dogodkov ob nošnji kontaktnih leč (Vadapalli, 2014, str. 12).

Delo oftalmološke medicinske sestre v ambulanti za kontaktne leče, poleg zdravstveno-vzgojnega dela, vključuje tudi vodenje pacientove zdravstvene dokumentacije, priprava pacienta na pregled, opravljanje meritev kot so: Schirmerjev test, keratorefraktometrija, topografija, vidna ostrina, priprava testnih kontaktnih leč po navodilih zdravnika, vstavljanje ter odstranjevanje testnih kontaktnih leč, uvajanje v nošenje kontaktnih leč, seznanitev pacienta z neželenimi dogodki kot posledica neupoštevanja navodil za varno nošenje kontaktnih leč, naročanje na prve ter na kontrolne preglede (Vrhovec, 2008, str. 26).

Medicinska sestra/zdravstveni vzgojitelj si mora prizadevati, da poveča interes za določeno učenje. Pripravi si tiste učne pripomočke, ki so za pacienta/varovanca vir informacij ter pomagajo pri doseganju vzgojnega cilja. Ob tem si lahko pomaga z različnim gradivom tako pisnim kot slikovnim ali filmskim na temo, ki jo obravnava npr. vstavitev in odstranjevanje kontaktne leče (Hoyer, 2005, str. 108).

Prostor, kjer se izvaja zdravstvena vzgoja naj bo udoben, svetel, prezračen. Pomembna je tudi osebna urejenost predvsem kratko prstriženi nohti ter čiste roke (Vrhovec, 2008, str. 27). Če želimo, da pacient/varovanec sprejme naša navodila ter nasvete potem moramo upoštevati posebnosti komuniciranja v zdravstvu, ki izhajajo iz etičnih načel, kot so: spoštovanje osebnosti pacienta/varovanca, njegovih pravic ter dolžnosti, kulture, starosti, njegove bolezni ter stopnje prizadetosti (Prebil, Mohar in Drobne, 2009, str. 87).

Na pravilno ter varno uporabo kontaktnih leč ima velik pomen higiena rok pred rokovanjem z lečami; urejenost nohtov, da se prepreči poškodba oči in leč; ustreznost razlaga o vrsti leč ter režimu nošenja le-teh; o lastnostih materiala ter s tem povezana prehrana roženice s kisikom. Prav tako je ključnega pomena pravilno vstavljanje in odstranjevanje leč iz oči. V izogib zapletom se priporoča, da se kontaktne leče nosi samo preko dneva ter se jih zvečer odstrani (Novak, 2018, str. 84).

Pri mnogih bolnikih s keratokonusom se lahko doseže izboljšanje vida s poltrdimi ali trdimi kontaktnimi lečami, zelo redko z očali (Mikek, Morela in Pahor, 2010, str. 1–90). Očala namreč ne morejo korigirati iregularnega astigmatizma, ki ga povzroča nepravilna oblika roženice zato mnogo boljše korekcijo dosežemo s kontaktnimi lečami. Pri zgodnji obliki keratokonusa zadostujejo mehke torične kontaktne leče, pri bolj napredovali obliki se uporabljajo poltrde kontaktne leče, v nekaterih primerih pa tudi trde leče. Pri zelo napredovalem keratokonusu, ko ni več možna nošnja kontaktnih leč, ker izpadajo iz očesa ali pa jih bolnik ne more prenašati, se bolniku predlaga operativni poseg (Štabuc Šilih, 2005, str. 565).

4 Zaključek

Pomembni dejavniki, ki vplivajo na izbiro optimalne leče pri bolnikih s keratokonusom so življenjski stil posameznika, spretnost, poklic ter zdravje oči. Kot ugotavlja avtorica Hoyer (2005) je za vsako človekovo dejavnost in še posebno za učenje zelo pomembna motivacija posameznika. Tako tudi motivacija za izobraževanje/učenje uravnava pacientovo učinkovitost pri pridobivanju novega znanja, razvijanju spretnosti, navad, novih pogledov, stališč ter osebnostnih opredelitev

Oftalmološka medicinska sestra v ambulanti za kontaktne leče z zdravstveno-vzgojnim delom spodbuja motivacijo posameznikov za učenje pravilne in varne uporabe kontaktnih leč ter hkrati prenaša znanje na druge.

Kontaktne leče omogočajo dobro korekcijo vida ter izboljšajo kvaliteto življenja posameznika s keratokonusom vendar je za optimalni učinek izrednega pomena upoštevanje tako osebne higijene kot higijene kontaktnih leč, da zmanjšamo oziroma preprečimo tveganje za okužbe.

LITERATURA

1. Bahun, M. (2011). Stališča medicinskih sester do zdravstvene vzgoje. V B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zurec in K. Skinder Savič (ur.), Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo / 4. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu (str. 361–367). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
2. Čokl, N. in Kosec, D. (2012). Incidenca keratokonusa pri mladih. V M. Hawlina in B. Stirn - Kranjc (ur.), Končni program in zbornik povzetkov/9. slovenski oftalmološki kongres z mednarodno udeležbo (str. 76). Ljubljana: Združenje oftalmologov Slovenije.
3. Gordon - Shaag, A., Millodot, M., Shneor, E. in Liu, Y. (2015). The Genetic and Environmental Factors for Keratoconus. *BioMed Research International*, 2015, str. 1–19. Pridobljeno s, <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=28560de4-9b11-44be-900c-9efdec87a97d%40sessionmgr4008>.
4. Hoyer, S. (2005). Zdravstvena vzgoja, promocija zdravja, zdravje. V S. Hoyer (ur.), Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji (str. 1–10). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
5. Hoyer, S. (2005). Motivacija za vzgojo za zdravje. V S. Hoyer (ur.), Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji (str. 99–114). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
6. Kosec, D. (2018). Otrok in kontaktne leče. V L. Grudnik (ur.), Otrok v oftalmologiji: zbornik predavanj (str. 77–82). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v oftalmologiji.
7. Mikek, K., Morela, V. in Pahor, D. (2010). Srednjeročni rezultati zdravljenja keratokonusa z metodo cross-linking pri 28 očeh z napredovalo obliko keratokonusa. *Zdravniški vestnik*, 79 (1) 89–95.
8. Morela, V. in Mikek, K. (2002). Keratoplastika pri keratokonusu. *Zdravniški vestnik*, letnik 71 (2), 39–41.

9. Novak, B. (2018). Zdravstveno vzgojno delo z otrokom v ambulanti za kontaktne leče na očesni kliniki Ljubljana. V L. Grudnik (ur.), *Otrok v oftalmologiji: zbornik predavanj*, (str. 83–88). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v oftalmologiji.
10. Prebil, A., Mohar, P., in Drobne, J. (2009). Pomen učinkovitega komuniciranja v zdravstvu. V A. Prebil, P. Mohar in J. Drobne (ur.), *Komunikacija v zdravstvu* (str. 87–98). Celje: Celjska Mohorjeva družba.
11. Štabuc Šilih, M. (2005). Smernice za odkrivanje ter zdravljenja keratokonusa. *Zdravniški vestnik*, 74 (10), str. 563–567.
12. Štabuc - Šilih, M. (2016). Dejavniki tveganja za zaplete pri uporabi kontaktnih leč. *Zdravniški vestnik*, 85 (2), 109–118.
13. Vadapalli, S. T. (2014). Red Eye Due to Contact Lenses. *Insight: The Journal of the American Society of Ophthalmic Registered Nurses*, 39 (2), 11–12. Pridobljeno s, <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=28560de4-9b11-44be-900c-9efdec87a97d%40sessionmgr4008>.
14. Vrhovec, A. (2008). Kontaktne leče – predstavitev učenja. V Đ. Sima (ur.), *Diagnostične metode v oftalmologiji – Koraki h kakovostni obravnavi v oftalmološki zdravstveni negi: zbornik predavanj*, (str. 23–33). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v oftalmologiji.
15. Watts, A. in Colby, K. (2017). Contact Lenses for Keratoconus. V J. L. Alió (ur.), *Keratoconus: Recent Advances in Diagnosis and Treatment* (str. 187–194). Switzerland: Springer International Publishing AG.

Tveganje za nastanek samomora pri bolnikih z rakom

UDK 616-006:179.7

KLJUČNE BESEDE: onkologija, samomor, rak

POVZETEK - Diagnoza rak sproži močne in čustvene reakcije pri bolnikih, kar lahko privede do možnih samomorilnih misli, ali celo do samomora. Podatkov o samomorih bolnikov z rakom v Sloveniji je zanemarljivo malo. Zaradi pomanjkljivih podatkov smo želeli bolje predstaviti vpliv diagnoze rak na posameznika in odkrivanja zgodnjih znakov za pojav samomorilnih misli, ter s tem zmanjšati tveganje za nastanek samomorov. Pri 9 pacientih, ki so soočeni z diagnozo rak smo izvedli polstrukturiran intervju. Proučili pa smo tudi pregled domače in tuje literature o tveganju za samomor pri onkoloških bolnikih v Sloveniji in drugih državah po svetu. Tveganje za samomor pri onkoloških bolnikih je povezano z diagnozo maligne bolezni, z diagnozo možganskega tumorja, depresijo, z duševnim in fizičnim zdravjem, slabim rezultatom zdravljenja, kroničnimi posledicami zdravljenja in bolečino. 5 od 9 bolnikov se je med zdravljenjem srečalo z vsaj enim od teh simptomov. 1 bolnik je poskušal narediti samomor in 1 je o njem razmišljal. Samomor je velika javnozdravstvena skrb povsod po svetu. Vsako leto zaradi samomora umre milijon ljudi po svetu. Onkološki bolniki so veliko bolj izpostavljeni visokemu tveganju za nastanek samomorilnega vedenja kot ostala populacija. Raziskave kažejo, da so nekateri tipi raka, kot je rak trebušne slinavke in možganski tumor veliko bolj povezani s samomorilnostjo bolnikov, kot druge bolj ozdravljive vrste.

UDC 616-006:179.7

KEYWORDS: oncology, suicide, cancer

ABSTRACT - Being diagnosed with cancer triggers strong and emotional reactions, which can lead to possible suicidal thoughts or even actual suicide. The information about the number of committed suicides among oncology patients in Slovenia is very poor. Based on the insufficiency of acquired information, we decided to present the impact of cancer on an individual and how to recognise the early signs of patients' suicidal thoughts, which can lead to preventing and lowering the risk of committed suicides among oncology patients. We did a semi-structured interview with 9 patients who are faced with the diagnose of cancer. We researched domestic and foreign literature about the risk of oncology patients committing suicide among Slovenian oncology patients and patients throughout the world. The risk of oncology patients committing suicide is connected with malignant disease, brain tumor diagnosis, depression, mental and physical health, bad treatment outcome, chronic consequences of the treatment and pain. 5 out of 9 patients have encountered at least one of these symptoms. 1 patient tried to commit suicide and 1 patient considered committing suicide. Suicide is a big public health problem throughout the world. Every year a million people dies due to committing suicide. Oncology patients are much more exposed to the high risk of suicidal behaviour compared to other population. Research shows that some types of cancer such as pancreatic cancer and brain tumor are much more related to possible suicide than other more curable types of cancer.

1 Teoretična izhodišča

Samomor je velika javnozdravstvena skrb povsod po svetu. Vsako leto po svetu zaradi samomora umre milijon ljudi (Cooke, Gotto, Mayorga in Lynn, 2013, str. 1–7). Onkološki bolniki so veliko bolj izpostavljeni visokemu tveganju za nastanek samomorilnega vedenja kot ostala populacija (Diaz - Frutos, Baca - Garcia, Mahillo - Fernandez, Garcia - Foncillas in Lopez - Castroman, 2016, str. 261–271). Podatki o raziskavah onkoloških bolnikov govorijo o tem, da

je pri teh bolnikih nevarnost samomora dvakrat večja kot v splošni populaciji in je nevarnost samomorov zato pogosto podcenjena (Snoj in Ličina, 2002, str. 50–54).

Pri bolnikih diagnoza rak sproži močne, čustvene reakcije in možne samomorilne misli. Tveganje za samomor je pri onkoloških bolnikih največje prvo leto po znani diagnozi, zlasti v prvem mesecu po postavitvi diagnoze (Johnson, Garlow, Brawley in Master, 2012, str. 351–356). Razmišljanje o samomoru je lahko prisotno še mnogo let po končanem zdravljenju in visoko tveganje za samomor ugotavljajo tudi med odraslimi, ki preživijo raka. Tveganje je povezano z diagnozo maligne bolezni, z diagnozo možganskega tumorja, depresijo, z duševnim in fizičnim zdravjem, slabim rezultatom zdravljenja, kroničnimi posledicami zdravljenja in bolečino (Snoj in Ličina, 2002, str. 50–54).

Dejavniki, ki pri bolnikih z rakom povezujejo tveganje in samomorilna dejanja, so slaba prognoza in napredovala bolezen, depresija in občutek brezupa, slabo kontrolirana bolečina, delirij, predhodna psihiatrična anamneza, predhodni poskusi samomora ali anamneza samomora v družini, nedavna smrt bližnje osebe, zloraba alkohola, slaba podpora okolja, moški spol in starost (Škodlar in Berta, 2013, str. 147–148). Prav tako so pomembni tudi drugi faktorji okolja kot so čas od postavitve diagnoze, obseg bolezni in druge pridružene bolezni (Diaz - Frutos idr., 2016, str. 261–271).

Motnje v duševnem zdravju so pogost dejavnik tveganja za potencialni samomor. Izvajalci zdravstvene nege menijo, da so bolj izpostavljeni samomoru bolniki, ki so kazali znake depresije (obup, žalost), težave s prehranjevanjem in težave s spanjem. Izvajalci zdravstvene nege prav tako pravijo, da obstaja večja verjetnost za pojav samomora pri onkoloških bolnikih, ki imajo že od prej psihiatrično ozadje oziroma hudo duševno bolezen (Granek, Nakash, Merav Shapira in Ariad, 2018, str. 148–154).

Izvajalci zdravstvene nege onkoloških bolnikov menijo, da je najbolj enostaven način za prepoznavo samomorilnosti pri bolnikih z rakom komunikacija z bolnikom in njegovimi svojci, ter ostalimi izvajalci zdravstvene nege (Granek idr., 2018, str. 148–154). Prav tako morajo izvajalci zdravstvene nege rutinsko opazovati in ocenjevati pri bolnikih dejavnike tveganja, ki lahko kažejo na samomorilno vedenje. (Aiello - Laws, 2010, str. 687–691).

Zamanzadeh idr. (2015) navajajo, da morajo izvajalci zdravstvene nege upoštevati vse bolnikove vrednote, prepričanja, potrebe in dejavnike tveganja, ki povečujejo tveganje za nastanek samomora, vendar opravljene raziskave kažejo, da večina izvajalcev zdravstvene nege temu ne posveča zadostne pozornosti.

Medicinske sestre, ki delajo z onkološkimi bolniki imajo stresno službo in so pogosto preobremenjene, pogosto jim zmanjka časa, ki ga potrebujejo, da bi bolnika obravnavale celostno in tako opazile dejavnike tveganja za nastanek samomora (Granek idr., 2018, str. 148–154). Pomanjkanje časa in vsakodnevna preobremenjenost izvajalcev zdravstvene nege sta torej en izmed glavnih razlogov neizvajanja celostne oskrbe bolnikov (Filej in Kaučič, 2015, str. 1–8).

Florence Nightingale je bila prva medicinska sestra, ki je poudarila pomen celostne oskrbe bolnika. Filozofija celostne oskrbe temelji na enotnosti in humanističnem pogledu na bolnika, ki naj bi se uporabljala na vseh področjih zdravstvene nege (Jasemi, Valizadeh, Zamanzadeh in Keogh, 2017, str. 71–80). Celostna obravnava bolnikov v zdravstveni negi pomeni, da pri obravnavi bolnika upoštevamo vse njegove potrebe, ki izhajajo iz bio-psiho-socialnih in duhovnih potreb (Filej in Kaučič, 2015, str. 1–8).

Zaradi pomanjkljivih podatkov tako v Sloveniji kot v tujini smo želeli boljše predstaviti vpliv diagnoze rak na posameznika in proučiti načine odkrivanja zgodnjih znakov za pojav samomorilnih misli, s katerimi lahko zmanjšamo tveganje za nastanek samomorov.

2 Metode

Kvalitativna raziskava je bila izvedena septembra 2020. Pred izvedbo empiričnega dela pa smo opravili tudi pregled domače in tuje literature o tveganju za samomor pri onkoloških bolnikih v Sloveniji in drugih državah po svetu z uporabo brskalnika Google Učenjak, CINAHL, Pubmed in bibliografske baze Cobiss. Uporabili smo slednje iskalne nize:

- samomor IN rak,
- onkologija IN samomor,
- onkološki pacienti IN samomor,
- onkološki bolniki IN samomor.

Vsi naštetih iskalni nizi so bili uporabljeni tudi v angleškem jeziku. Spletno iskanje člankov je bilo izvedeno z uporabo spletnega brskalnika Google Chrome, v katerega smo vnašali prej omenjene iskalne nize.

V raziskavi je sodelovalo 9 onkoloških bolnikov, ki so bili izbrani naključno.

Vsi so bili seznanjeni z namenom raziskave, sodelovanje je bilo prostovoljno in anonimno. V povprečju je polstrukturiran intervju s posameznim bolnikom trajal eno uro in pol. Pregledana je bila tudi bolnikova zdravstvena dokumentacija.

Vprašalnik za polstrukturiran intervju je vseboval naslednja začetna vprašanja:

- Na kakšen način in kdaj so vas seznanili z diagnozo rak?
- Koliko časa se že zdravite in kakšna je vaša prognoza bolezni?
- Na kaj ste najprej pomislili, ko so vas soočili z diagnozo rak?
- Katere so vaše pridružene bolezni?
- Kako usklajujete dosedanje obveznosti in samo zdravljenje raka?
- Ali ste med samim zdravljenjem kdaj potrebovali psihološko podporo?
- Ali ste po znani diagnozi rak kdaj pomislili na samomor?
- Kakšna so vaša pričakovanja o prihodnosti?

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 9 onkoloških bolnikov (4 moški in 5 žensk) starih od 35 do 71 let. Povprečna starost bolnikov znaša 58,5 let, povprečna dolžina zdravljenja od postavljene diagnoze pa znaša 3 leta.

Pri petih od devetih bolnikov je prišlo vsaj enkrat do progressa bolezni. Pri eni bolnici je prišlo do ponovitve bolezni. 7 od 9 bolnikov ima poleg diagnoze rak diagnosticirano še drugo diagnozo in sicer: atrijska fibrilacija, srčno popuščanje, pljučna embolija, stanje po srčnem infarktu, KOPB, arterijska hipertenzija in psoriaza.

Samomorilno vedenje je bilo prisotno pri dveh bolnikih. Eden izmed bolnikov je zaradi dolge hospitalizacije, bolečin, naveličanosti in vedno znova progressa bolezni v bolnišnici dvakrat poskušal narediti samomor. Bolnik se je vsega skupaj zdravil slabo leto in nam je dejal »želim si samo umreti, pustite me umreti«. En bolnik pa je odkrito spregovoril o tem, da je o samomoru razmišljal zaradi zdravljenja, ki traja že 13 let. Povedal nam je, da je vsega skupaj naveličan in da po vsaki novi terapiji vedno pride do progressa bolezni, ter da je zato obupal nad zdravljenjem. Rekel nam je »stalno sem po bolnišnicah, če to ni zaradi zdravljenja pa je zaradi zapletov, ki nastanejo po zdravljenju, nič nimam več od življenja«. Ta bolnik tudi ni želel psihološke podpore, saj je po njegovem mnenju ne rabi.

Sedem od devetih bolnikov se je srečalo z naslednjimi dejavniki tveganja za nastanek samomora: žalost, samota, depresija, progres bolezni, relaps bolezni, slaba prognoza bolezni,

brezup, dolge hospitalizacije in bolečina. Pet bolnikov je bilo obravnavanih s strani psihoonkologa. Eden izmed devetih bolnikov, ki je kazal znake depresije, žalosti in samote je pomoč s strani psihoonkologa zavrnil, dejal nam je »jaz tega ne potrebujem«. Bolnik, ki pa je v bolnišnici dvakrat poskušal narediti samomor je bil obravnavan s strani psihiatra, vendar ne po njegovi želji.

Dve bolnici od devetih se nista srečali z nobenim od dejavnikov tveganja za nastanek samomora, na svet gledata optimistično in upata na čimprejšnjo ozdravitev. Ena izmed bolnic nam je dejala »na samomor nočem niti pomisliti, življenje je prelepo«. Njun čas trajanja zdravljenja boleznii pa je slabo leto od postavljene diagnoze.

Tabela 1: Najpogostejši dejavniki tveganja za nastanek samomora pri anketiranih bolnikih

	<i>Najpogostejši dejavniki tveganja za nastanek samomora pri anketiranih bolnikih</i>							
	<i>Depresija</i>	<i>Žalost</i>	<i>Samota</i>	<i>Progres bolezni</i>	<i>Relaps bolezni</i>	<i>Slaba prognoza</i>	<i>Bolečina</i>	<i>Brez dejavnikov tveganja</i>
f	4	4	2	5	1	3	2	2
F %	44,45 %	44,45 %	22,22 %	55,56 %	11,11 %	33,33 %	22,22 %	22,22 %

V zgornji tabeli najdemo najpogostejše dejavnike tveganja, ki predstavljajo tveganje za nastanek samomora pri anketiranih bolnikih, pri čemer f pomeni število bolnikov. Skupno število anketiranih bolnikov je 9.

4 Razprava

Onkološki bolniki so veliko bolj izpostavljeni visokemu tveganju za nastanek samomorilnega vedenja kot ostala populacija (Diaz - Frutos idr. 2016, str. 261–271), zato smo želeli ugotoviti kakšen je vpliv diagnoze rak na posameznika in proučiti načine odkrivanja zgodnjih znakov za pojav samomorilnih misli, s katerimi lahko zmanjšamo tveganje za nastanek samomorov.

V raziskavi, ki smo jo izvedli z devetimi onkološkimi bolniki, smo ugotavljali, kateri so dejavniki tveganja, ki privedejo do samomorilnih misli. Podobno so ugotavljali tudi v raziskavi opravljeni v Novi Karolini v kateri pa so ugotovili, da je depresija zelo velik rizični faktor za samomor pri starejših onkoloških bolnikih (Cole, Bowling, Michael, Michael in Blazer, 2014, str. 854–860).

Nekatere bolezenske značilnosti, kot so: slaba prognoza bolezni, terminalna faza bolezni ali relaps bolezni, povečujejo tveganje za nastanek samomora (Granek idr., 2018, str. 148–154), tudi sami smo z opravljeno raziskavo ugotovili, da sta bolnik, ki je razmišljal o samomoru in ta, ki ga je poskušal narediti imela slabo prognozo in relaps bolezni.

Granek, idr. (2018, str. 148–154) navajajo, da so nekateri tipi raka, kot je rak trebušne slinavke in možganski tumor veliko bolj povezani s samomorilnostjo bolnikov, kot druge bolj ozdravljive vrste.

Z raziskavo smo ugotovili, da se je pet bolnikov srečalo z dejavniki tveganja, ki bi lahko privedli do samomorilnih misli. Pri teh bolnikih smo ugotovili, da so kot podpora pri zdravljenju potrebovali dodatno strokovno pomoč psihoonkologa ali psihiatra.

Ugotovili smo tudi, da velik dejavnik tveganja predstavlja čas zdravljenja od postavljene diagnoze rak. Dva bolnika sta se zdravila več kot 6 let. Bolnik, ki se zdravi 13 let, je odkrito priznal, da je že razmišljal o samomoru. Povedal nam je, da je vsega skupaj naveličan in da po vsaki novi terapiji vedno pride do progressa bolezni. Pri bolnici pri kateri je prisotno dolgotrajno

depresivno razpoloženje, zmanjšano zanimanje za zdravljenje, ter občutek nemoči in se zdravi 6 let je med tem časom že trikrat prišlo do relapsa bolezni ima veliko dejavnikov tveganja, ki bi lahko privedli do nastanka samomora in sicer: depresija, žalost, brezup, dolge hospitalizacije, bolečine, velik obseg bolezni in slaba prognoza bolezni.

Eden izmed bolnikov je zaradi dolge hospitalizacije, bolečin, naveličanosti in vedno znova progressa bolezni v bolnišnici dvakrat poskušal narediti samomor, vendar neuspešno. Bolniku je med hospitalizacijo ob vidnih znakih depresije, žalosti in obupa bila nudena strokovna pomoč, v smislu psihiatra. Bolnik je kljub vsem hitrim ukrepom izrazil željo, da si želi samo smrti. Bolnika zaradi slabe prognoze bolezni, nismo premeščali v psihiatrično bolnišnico.

Že sama bolezen rak, pri bolnikih sproži vrsto reakcij. Diagnoza rak tako že predstavlja dejavnik tveganja za samomor, če pa pri bolniku dodamo še druge pridružene bolezni s katerimi se spopada, slabo prognozo bolezni in slabo podporo okolja, dobimo visoko rizičnega bolnika, ki bi lahko začel razmišljati o samomoru.

Izvajalci zdravstvene nege onkoloških bolnikov imajo stresno službo in so pogosto preobremenjeni, pogosto jim zmanjka časa, ki ga potrebujejo, da bolnika obravnavajo celostno in tako opazijo dejavnike tveganja za nastanek samomora. Izvajalci zdravstvene nege, ki delajo z onkološkimi bolniki, bi prav tako morali imeti tudi dodatna znanja pri prepoznavanju zgodnjih znakov, ki bi lahko kazali na to, da bo bolnik storil samomor in na to opozoriti zdravnika, ki bo posameznika tako pravočasno usmeril po strokovno pomoč. Granek idr. (2018) navajajo, da izvajalci zdravstvene nege opozarjajo na to, da je zelo pomembno tudi mnenje bolnikovih družinskih članov o tem ali bolnik oddaja signale o tem, da morda razmišlja o samomoru.

Pri pregledu domače in tuje literature smo ugotovili, da je podatkov o samomorih bolnikov z rakom zanemarljivo malo. V Sloveniji praktično nimamo raziskave, ki bi se usmerila v pregled pomembnosti obvladovanja samomorilnosti onkoloških bolnikov. Cooke, Gotto, Mayorga Lina in Lynn (2013), navajajo da vsako leto zaradi samomora umre milijon ljudi po svetu in številka se iz leto v leto veča, zato bi bilo potrebno našo raziskavo izvesti na večjem vzorcu onkoloških bolnikov.

5 Zaključek

V Sloveniji ni sledljivosti o samomorilnosti onkoloških pacientov, zato s tem člankom želimo pokazati kateri so dejavniki tveganja za samomor pri onkoloških bolnikih. Vsak bolnik, ki izve za diagnozo rak, bi moral opraviti tudi pogovor s psihologom, psihoterapevtom ali psihiatrom. S pomočjo raziskave, ki smo jo izvedli smo izvedeli, da se je 5 od 9 bolnikov med zdravljenjem srečalo z vsaj enim izmed naslednjih simptomov: depresijo, z duševnim in fizičnim zdravjem, slabim rezultatom zdravljenja, kroničnimi posledicami zdravljenja in bolečino. Med pacienti, vključenimi v to raziskavo je en poskušal narediti samomor in en je o njem razmišljal.

Medicinske sestre, ki delajo z onkološkimi bolniki, bi morale imeti dodatna znanja pri prepoznavanju zgodnjih znakov, ki bi lahko kazali na to, da bo bolnik storil samomor in na to opozoriti zdravnika, ki bo posameznika tako pravočasno usmeril po strokovno pomoč.

LITERATURA

1. Aiello - Laws, L. B. (2010). Assessing the Risk for Suicide in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (6), 687–691.
2. Cole, T. B., Bowling, J. Michael, P. Michael, J. in Blazer, D. G. (2014). Risk factors for suicide among older adults with cancer. *Aging & Mental Health*, 18 (7), 854–860.

3. Cooke, L., Gotto, J., Mayorga Lina, G. M. in Lynn, R. (2013). What Do I Say? Suicide Assessment and Management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (1), 1–7.
4. Diaz - Frutos, D. Baca - Garcia, E. Mahillo - Fernandez, I., Garcia - Foncillas, J. in Lopez - Castroman, J. (2016). Suicide ideation among oncologic patients in a Spanish ward. *Psychology, Health & Medicine*, 21 (3), 261–271.
5. Filej, B. in Kaučič, B. M. (2015). Koncepti metaparadigme v holistični obravnavi. V B.M. Kaučič, D., Plank, A., Preseker Planko in K. Esih (ur.), *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev* (str. 1–8). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
6. Granek, L. Nakash, O. Merav B. D. Shapira, S. in Ariad, S. (2018). Oncologists', nurses', and social workers' strategies and barriers to identifying suicide risk in cancer patients. *Psychooncology*, 27 (1), 148–154.
7. Jasemi, M., Valizadeh, L., zamanzadeh, V. in Keogh B. (2017). A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian Journal of Palliative care*, 23 (1), 71–80.
8. Johnson, V. T., Garlow, J. S., Brawley, W. O. in Master, A. V. (2012). Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology*, 21 (4), 351–356.
9. Snoj, Z. in Ličina, M. (2002). Depresija pri bolnikih z rakom. *Onkologija*, 9 (2), 50–54.
10. Škodlar, B. in Berta, J. (2013). Samomor kot pozna posledica zdravljenja raka v otroštvu - vsi trije primeri v Sloveniji. *Onkologija*, 17 (2), 147–148.
11. Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B. in Taleghani, F. (2015). Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21 (2), 214–224.

Spodbujanje aktivnosti pri osebah z demenco: projekt »Po kreativni poti do znanja«

UDK 616.892.3+613.71

KLJUČNE BESEDE: demenca, znanje, kognitivne funkcije, telesna aktivnost

POVZETEK - Demenca je skupek simptomov oziroma oviranosti pri katerih gre za motnjo več višjih kortikalnih, kognitivnih in intelektualnih funkcij. Je progresivno, ireverzibilno in terminalno stanje, ki poleg posameznika prizadene njegovo družino in posredno celotno družbo. Skoraj vsi zdravstveni delavci so tekom svojega dela do neke mere vključeni v zdravstveno obravnavo starostnika, a kljub temu nimajo zadostnih osnovnih znanj in spretnosti, potrebnih za učinkovito skrb in naraščajoče potrebe starejšega prebivalstva. Namen projekta je nadgradnja akademskega znanja o demenci s ciljem prenosa znanja v prakso ter s prenosom prakse v teorijo. Projekt sta od februarja 2020 do septembra 2020 (8 mesecev) sestavljala partnerja: Dom Viharnik v Kranjski Gori in Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin na Jesenicah. Oblikovana sta bila dva sklopa aktivnosti. V prvem sklopu so pedagoški mentorji pripravili nabor učnih vsebin o demenci s področja gerontologije in fizioterapije ter opolnomočili študente, ki so odšli v delovno okolje in pod vodstvom delovnih mentorjev izvajali aktivnosti z osebami z demenco v praksi. V drugem sklopu aktivnosti so študentje in mentorji zbrali odzive ustreznosti skupnega dela študentov in zaposlenih, predstavili znanje, aktivnosti in novosti in jih posredovali drug drugemu na organiziranem izobraževanju. Interdisciplinarno sodelovanje je bilo s strani študentov in zaposlenih dobro sprejeto in ocenjeno kot koristno.

UDC 616.892.3+613.71

KEYWORDS: dementia, knowledge, cognitive functions, physical activity

ABSTRACT - Dementia is a set of symptoms or disabilities, which are a disorder of several higher cortical, cognitive and intellectual functions. It is a progressive, irreversible and terminal condition that affects not only the individual but also their family and indirectly the whole society. Almost all health professionals are to some extent involved in the medical treatment of the elderly during their work, but they still do not have the basic knowledge and skills needed for effective care of the elderly population. The purpose of the project is to upgrade the academic knowledge of dementia with the aim of putting knowledge into practice and transferring practice into theory. From February 2020 to September 2020 (8 months), the project consisted of two partners: Dom Viharnik in Kranjska Gora and the Faculty of Health Angela Boškin in Jesenice. Two sets of activities were designed. In the first set, pedagogical mentors prepared a set of teaching content on dementia in the field of gerontology and physiotherapy and empowered students who went to work and who, under the guidance of work mentors, carried out activities with people with dementia. In the second set of activities, students and mentors collected responses to the adequacy of the joint work of students and staff, presented knowledge, activities and innovations and passed them on to each other in an organized training. Interdisciplinary collaboration was well received and rated as useful by students and staff.

1 Uvod

V zadnjih desetletjih sodobna medicina pojasnjuje proces staranja ne le kot izgubljanje funkcij, temveč upošteva tudi koncept, da je staranje vrhunec človekovega razvoja, s čimer nakazuje prednosti in koristne vidike staranja. Na tej osnovi izboljšuje telesno, duševno in socialno funkcioniranje starajočega se človeka (Ramovš, 2013). Staranje populacije je ena od pomembnejših značilnosti sodobnega življenja. Število in delež starostnikov v primerjavi s skupno populacijo pomembno naraščata (Koščak - Tivadar, 2016). Pričakovana dolžina

življenja naj bi do leta 2022 bila okrog 70 let. Evropska populacija bo v naslednjih petindvajsetih letih ena od najstarejših na svetu (Ramovš, 2013; Ramovš 2014).

Proces aktivnega staranja človeka je usmerjen ne le v krepitev telesnega zdravja, temveč tudi v krepitev kognitivnih sposobnosti in emocionalno-motivacijskega funkcioniranja ter v izboljšanje socialnega sožitja. Pri tem izhaja iz koncepta enovitosti človekovega življenja (Ramovš, 2013). Pri staranju gre za prepletanje in upadanje bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Ni pravila kateri dejavniki bodo prej upadli kot drugi, vendar vsi počasi izgubljajo «elastičnost». Kadar začno prej upadati kognitivne funkcije, kot so: spomin, pozornost, komunikacija, prostorska orientacija, motorična kontrola in sočasno nastane bolezen možganov, se pomisli na demenco (Pirtošek, 2016). Na kakovost staranja in preprečevanja upada kognitivnih funkcij lahko vplivamo z ustrežno telesno aktivnostjo, ki poveča pretok krvi tako v telesu kot možganih, kar omogoča, da dobijo več kisika in hranil, ter s tem povzročajo nevrolško-biološke spremembe. Te spremembe omogočajo vzdrževanje ali celo izboljšanje kognitivnih funkcij, splošnega zdravja, ravnotežja, drže, funkcionalnih sposobnosti, vzdržljivosti, moči, gibljivosti in razpoloženja (Strojnik, 2016; Rugelj, 2012; Novak, 2011).

1.1 Telesna aktivnost in demenca

Dobra telesna pripravljenost omogoča neodvisno, samostojno življenje starejših ljudi, ki jih določajo zahteve okolja in vključujejo osnovne in podporne dejavnosti vsakdanjega življenja. Osnovne dejavnosti vključujejo opravila, ki zadovoljujejo osnovne človekove potrebe (hranjenje, oblačenje, umivanje, ...). Podporne dejavnosti vključujejo opravila, ki so nujna za neodvisno življenje (čiščenje, kuhanje, nakupovanje, ...). Za opravljanje teh dejavnosti je potrebna določena stopnja telesne pripravljenosti, ki se s primarnim staranjem, kot naravnim procesom, z leti zmanjšuje. Sekundarno staranje pa vključuje še spremembe primarnega staranja, bolezni, in spremembe okolja, ki še dodatno zmanjšujejo stopnjo telesne pripravljenosti (Mandeljc, 2015; Sedej in Rugelj, 2013). Telesna pripravljenost je skupek posameznikovih lastnosti, ki se nanašajo na izvedbo in vključujejo: spretnost, ravnotežje, koordinacijo, moč in hitrost ter tiste, ki se nanašajo na zdravje in vključujejo: telesno zgradbo, kardiorespiratorno funkcijo, gibljivost in mišično zmogljivost (moč, vzdržljivost) (Jakovljevič, 2014). Z redno telesno aktivnostjo se vzdržuje telesno pripravljenost, s katero starostnik lahko zadovolji svoje potrebe in je zadovoljen. Poleg tega ima redna telesna aktivnost še vrsto drugih koristnih učinkov: znižuje krvni pritisk, raven sladkorja, holesterol, zmanjšuje debelost, osteopenijo, možnost padcev, preprečuje osteoporozo in posledično zlome, krepi srce in ožilje, mišično moč, gibljivost, vzdržljivost in ravnotežje. Telesna aktivnost varuje pred kronično nenalezljivimi boleznimi, vzdržuje psihofizične in funkcionalne sposobnosti telesa, pripomore k zmanjšanju stresa in depresije, pomaga pri povečanju samozavesti, zadovoljstva in kvalitete življenja (Trčko, 2014). Za načrtovanje učinkovitega programa vadbe pri starostnikih je pomembno poznavanje njihovega zdravstvenega stanja, telesne pripravljenosti, trenutne stopnje telesne aktivnosti, njihovega načina življenja in njihovih želja ter priljubljenih vrstah telesne dejavnosti, potreb in ciljev (Jakovljevič, 2014).

1.2 Staranje in starostne spremembe

Gerontologija in socialno medicinska znanost oziroma veda o starosti, staranju in starih ljudeh, opisuje staranje s pomočjo bioloških, psiholoških in socioloških vidikov. Pri integralni gerontologiji pa je v ospredju »celosten človek z vsemi svojimi nalogami in potrebami, med katerimi so deležne posebne pozornosti tiste, ki so značilne za tretje življenjsko obdobje« (Ramovš, 2013). Prelomno obdobje, je leto 1999, namenjeno starejšim ljudem, ki so ga Združeni narodi zaznamovali z motom »Dodati življenje letom, ki so bila dodana življenju« ter oblikovali pet načel, s katerimi so opredelili obdobje starejših ljudi: neodvisnost, sodelovanje,

(samo)oskrba, samoizpolnjevanje in dostojanstvo. Istega leta, se je sporočilo svetovne zdravstvene organizacije, ob svetovnem dnevu zdravja glasilo, da je staranje svetovnega prebivalstva velik izziv oz. velika priložnost.

Starost lahko opredelimo kronološko (določanje mejnikov v družbi), funkcionalno (biološko, psihično) in socialno (počutje posameznika in njegovo lastno zaznavanje let) (Poljšak in Lampe, 2011). Za vse ljudi je enaka kronološka starost. Na funkcionalno starost vpliva način življenja. Od vsakega posameznika pa je odvisna doživljajska starost (Ramovš, 2013). Za uspešno staranje je pomembna trdnost na več področjih, od telesnega in duševnega zdravja do ekonomskega in družbenega stanja ter zdravega okolja (Koščak - Tivadar, 2016; Novak, 2011).

Za starostnika sta zlasti pomembna telesno in psihično zdravje, saj kronološko ne pojasnjuje kaj se dogaja v staranju. V zadnjem času se poudarja prepletanje bioloških in psiholoških komponent. Upad funkcij je normalen proces in je del staranja, pa vendar pri nekaterih starostnikih upad nekoliko odstopa od pričakovanega (Koščak - Tivadar, 2016). Posledica upada bioloških in psiholoških zmogljivosti, ki sta značilni za starostne spremembe, je spremenjena kakovost življenja. Spremembe se ločijo na tiste, ki so posledica procesa staranja in na tiste, ki so posledica bolezni. Spremembe kot posledica staranja so: spremembe na koži, okostju in mišičju, srčno-žilnem sistemu, dihalih, živčevju, prebavilih ter imunskemu in hormonskemu sistemu. Spremembe kot posledica bolezni pa so: presnovne, srčno-žilne in degenerativne (Novak, 2011). Pogosto se pozablja omeniti, da starost vpliva tudi na vid, sluh in spretnosti (Jakovljevič idr., 2006). Ne glede o katerih spremembah se govori, pa spremembe vplivajo na delovanje možganov in s tem na telesne, duševne, čustvene ter kognitivne funkcije.

1.3 Demenca

Demenca je sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, kronična in progresivna, pri kateri gre za motnjo več višjih kortikalnih in kognitivnih funkcij, vključno s spominom, mišljenjem, razumevanjem, računskimi zmožnostmi, učenjem, govorom, presojo in orientacijo. Izhaja iz latinščine: de-upadanje, mentis-razum. Razviti simptomi demence s kognitivnimi disfunkcijami, pomembno vplivajo na samostojnost pri vsakodnevem izvajanju življenjskih aktivnostih (Defina idr., 2015). Dnevno načrtovane aktivnosti, spoprijemanje z vsakodnevnimi težavami in reševanje sprotih zadev postaja vse bolj neučinkovito. Pojav pridruženih vedenjskih in čustvenih motenj še dodatno otežuje neodvisno življenje (Tsenkova, 2017).

Najpogostejša oblika demence je napredujoča degenerativna bolezen možganov imenovana Alzheimerjeva bolezen, ki je najpogostejša in predstavlja 80 %vseh demenc. Ostale so redkejše: vaskularna demenca, demenca pri Parkinsonovi bolezni, demenca z Lewyevimi telesci, frontotemporalna demenca in vse demenca, ki se pojavljajo kot zaplet telesnih bolezni in poškodb (Defina idr., 2015). Klinično gre za propadanje nevronov, zmanjšanje obsega dendritov in aksonov, upočasnitev hitrosti prevajanja v sinapsah in povečano količino amiloida na drugi strani pa gre za vaskularne motnje (Pirtošek, 2016). Danes je vedno bolj v ospredju t. i. mešana demenca, pri kateri ima bolnik znake degenerativne možganske bolezni in spremembe možganov zaradi motenega možganskega pretoka. Ta oblika demence je najpogostejša. Demenca je skupek različnih simptomov, ki posameznika pomembno prizadenejo na vseh področjih njegovega bivanja. Najbolj očiten znak bolezni je izguba spomina, pri čemer je v začetni fazi prizadet predvsem kratkoročni spomin. Oseba z demenco se lahko dobro spominja dogodkov, ki so se zgodili na primer v otroštvu, ne more se spomniti dogodkov, ki so se zgodili pred kratkim. Sledi blaga motnja pozornosti, nato ne zmore slediti pogovoru, zato se umika iz družbe, kasneje izgublja zanimanje za stvari, ki so ga veselile. Nato pridejo v ospredje čustveni umik, žalost, otopelost, pozabljivost in vedno bolj izražene spominske motnje. Bolnik pozabi, da pozablja. Kdaj vemo, da gre za pozabljanje pri demenci? Takrat ko bolnik, ko ga opomnimo, postane jezen, odklonilen in nezaupljiv. Če se človek zaveda in sam opazi, da pozablja in je do

tega kritičen, gre za »normalno« pozabljanje. Pogosteje, ko ga opomnijo drugi, večja verjetnost je, da gre za začetno obliko demence. Skratka, ko začno upadati intelektualne sposobnosti, spomin, sporazumevanje, logično mišljenje, orientacija v času, kraju in prostoru govorimo o demenci (Pirtošek, 2016). Razviti simptomi demence s kognitivnimi disfunkcijami, pomembno vplivajo na samostojnost pri vsakodnevem izvajanju življenjskih aktivnosti. Dnevno načrtovane aktivnosti, spoprijemanje z vsakodnevnimi težavami in reševanje sprotnih zadev postaja vse bolj neučinkovito. Pojav pridruženih vedenjskih in čustvenih motenj še dodatno otežuje neodvisno življenje (Rugelj, 2012; Pirtošek, 2016; Tsenkova, 2017).

2 Besedilo prispevka

2.1 Vsebina in izvedba projekta

Projekt »Po kreativni poti do znanja 2017-2020« je projektno delo, ki povezuje gospodarstvo in negospodarstvo v lokalnem in regionalnem okolju, z delovnim nazivom »Spodbujanje aktivnosti pri osebah z demenco v domu starejših občanov – Dom Viharnik«. Projekta je usmerjen v nadgradnjo akademskega znanja o demenci s ciljem prenosa znanja v prakso ter prenos prakse v teorijo. Jedro je prenos znanj, izkušenj in dobrih praks o demenci v domu starejših občanov (DSO) – Dom Viharnik, v nadaljevanju Dom, in obratno, prepoznavanje potreb DSO ter nadgradnja že obstoječih znanj, izkušenj in dobrih praks.

5 študentov FZAB je bilo vključenih v delo z osebami z demenco v Dom (Dom Viharnik Kranjska Gora). Znanje o demenci so študentje nadgradili za potrebe projekta pod vodstvom pedagoških mentorjev. Z delom v DSO z osebami z demenco, so študentje znanje prenesli v prakso pod vodstvom delovnega mentorja. Istočasno so pridobili praktične izkušnje o uporabnosti znanja in v nadaljevanju pod vodstvom in s sodelovanjem vseh mentorjev oblikovali konkretne prepoznane potrebne učne vsebine iz področja demence. V sklopu projekta je bilo organizirano izobraževanje na podlagi učnih vsebin za zaposlene v Domu ter za zaposlene FZAB in sicer: 1. Splošno znanje o starostnikih in staranju, 2. Odnos do dela s starostniki, 3. Odnos do starostnikov, 4. Stopnja znanja o Alzheimerjevi bolezni oz. o različnih oblikah demence.

Oblikovana sta bili dve tematski aktivnosti:

Aktivnost 1

Pedagoški mentorji so zbrali učne vsebine o demenci s področja gerontologije in fizioterapije. Pet študentov je bilo vključenih v srečanja oz. predavanja (v skupnem obsegu 20 pedagoških ur). Pedagoški mentorji so študentom posredovali teoretična znanja ter zbrali in oblikovali izkušnje in primere dobrih praks doma in v tujini. Izkušnje in dobre prakse so skupaj dopolnili s predlogi študentov. 5 študentov je v času projekta sodelovalo pri delu z osebami z demenco v Domu (v skupnem obsegu 200 pedagoških ur). Aktivno so bili vključeni v oskrbo starostnika.

Pod vodstvom delovnega mentorja so študenti spoznali obstoječo prakso pri delu z osebami z demenco. To prakso so študenti nadgradili glede na vsebine. Delovni mentor je zagotovil, da so aktivnosti študentov potekale skupaj z zaposlenimi v Domu, ki že delujejo na področju oseb z demenco. Zaposleni so bili seznanjeni z vsebinami iz Aktivnosti 1 in so jih skupaj s študenti v praksi izvajali. Delovni mentor je poskrbel za nadzor in ustrezno izvedbo skupnega dela študentov in zaposlenih v Domu.

Aktivnost 2

Po obdobju dela v Domu, so študenti z mentorji z vprašalnikom zbrali odzive o ustreznosti skupnega dela študentov in zaposlenih. Pridobljene so bile informacije o področjih dela, kje zaposleni v Domu vidijo, da imajo še vedno premalo znanja. Pedagoški mentorji so za ta področja zbrali teoretična znanja, izkušnje in primere dobrih praks doma in v tujini. Učne vsebine so predstavljale sintezo že poznanega, o delu z osebami z demenco in novega, tistega s čimer se srečujejo zaposleni v DSOjih v Sloveniji. Delovni mentor je na FZAB predstavil znanja, aktivnosti, novosti itd., ki so jih v Domu prepoznali v času dela s študenti v okviru projekta. Organizirano je bilo izobraževanje na podlagi oblikovanih učnih vsebin za zaposlene v Domu in FZAB. Oblikovane vsebine bodo prosto dostopne na spletni strani Doma in FZAB. Rezultate oz. vsebino projekta bodo delovni mentor in pedagoški mentorji predstavili na mednarodni znanstveni konferenci FZAB. Tudi študenti bodo pozvani, da o projektu pripravijo prispevek za študentsko in/ali znanstveno konferenco.

2.2 Cilji projekta

Cilji projekta so bili:

- Opolnomočiti študente z znanjem in rokovanjem oseb z demenco
- Opolnomočiti zaposlene z znanjem o demenci
- Prenos praktičnega znanja in primerov dobrih praks zaposlenih na študente
- Evalvacija medsebojnega sodelovanja
- Objaviti skupne vsebine na spletnih straneh vključenih institucij
- Objaviti prispevek na mednarodni znanstveni konferenci FZAB

3 Razprava

Kot že omenjeno, kognitivne in telesne funkcije upadajo s starostjo, lahko pa jih še dodatno pospeši bolezen sodobnega časa, demenca. Študentje so bili pred vstopom v klinično okolje opolnomočeni z znanjem o vedenju, ravnanju in življenju oseb z demenco ter kako se jim približati, da sta na koncu zadovoljna oba. Prav tako so bili zaposleni seznanjeni z najnovejšimi izsledki raziskav na področju demence in ravnanja z osebami z demenco. Iz evalvacije tako študentov kot zaposlenih v Domu, je razvidno, da so jim bila znanja zelo dobrodošla. Študentke so zelo pozitivno ocenile predznanje, ki so ga prejele pred prakso v domu Viharnik. Po lastnih navedbah so skozi predavanja pridobile osnovna teoretična znanja o demenci in o konceptu dela z osebami z demenco, vendar so poudarile, da je teorija eno, praksa v »resničnem okolju« pa se precej razlikuje. Poudarile so tudi, da brez empatije in srčnosti samo znanje ne koristi dovolj, saj osebe z demenco dobro zaznavajo naše razpoloženje in od tega je odvisno njihovo sodelovanje. Zaposleni v domu so predznanje študentov ocenili kot zelo dobro in dodatno pohvalili samoiniciativnost, motiviranost ter samostojnost študentk.

Na vprašanje kako o se znašli in pričeli z delom so vse študentke poudarile, da v novem okolju potrebujejo dva do tri dni, da se navadijo ustanove, načina dela, organizacije, so pa izredno pohvalile odnos zaposlenih in mentoric do njih, prenos znanja in sodelovanje. Zaposleni in mentorici pa so dodali, da so se študentke hitro učile, privadile načinu dela in dobro sodelovale z zaposlenimi in stanovalci.

Potrebo po prilagoditvah pri delu sta navajali le študentki fizioterapije, ker sta prvič delali z osebami z demenco. Navajata, da sta morali prilagoditi način govora, ki mora pri starejših osebah, počasnejši zaradi razumevanja in da je potrebno poiskati način, kako vstopiti v njihov svet in tako pridobiti sodelovanje, jih motivirati in spodbujati k samostojnosti.

Zaposleni potrjujejo napredek študentk z navedbami, da so bile samoiniciativne, samostojne, da so se povezovale med seboj (niso ločevali del na zdravstveno nego in fizioterapijo) in tudi delale vsa dela, da se je izboljšala komunikacija z osebami z demenco in tehnike premeščanja po domu in v ožji okolici. Študentke svoj napredek ocenjujejo v boljšem razumevanju oseb z demenco, v povezovanju teoretičnega znanja s praktičnim delom, v boljšem občutku za delo s starejšimi in nenazadnje v osebostnem razvoju.

Študentke so obogatile zaposlene s predstavitvijo fakultete in študijskih programov, z varnim okoljem v katerem so se izrazile in zaupale svoje zaznavanje, z visoko motivacijo in s potrpežljivostjo, ki so jo izkazale pri delu z osebami z demenco.

Zaposleni pa so s svojim znanjem obogatili študentke v sodelovanju, timskem delu, hitrega reagiranja v ključnih situacijah, kako pomiriti osebe z demenco, da ne pride do razburjanja, v poznavanju življenjske zgodbe stanovalca, o pomembnosti kognicije pri posamezniku, da stanovalec dobi možnost izbire, da se mu prilagodi, v varovanju sebe in stanovalca pri transferjih, o pomembnosti diagnoz in multimorbidnosti pri starejših, v izvajanju osnovnih dnevnih aktivnostih in vodenju skupinskih vadb.

Predlogi za v prihodnost, so zaposleni zapisali, da predlagajo tak način kot je bil izpeljan v projektu, tako teoretična znanja kot praktična znanja in izkušnje pri delu; študentke pa zapisujejo, da znanja nikoli ni dovolj, da je potrebno slediti raziskavam na področju demence, da potrebujejo praktična znanja zato, da jih lahko bolje razumejo in na njihova vedenja ustrezno reagirajo ter da se naučijo pristopov do njih. Nenazadnje, da se zagotovi kakovostno življenje oseb z demenco.

Kognitivne sposobnosti in telesna aktivnost delujeta vzajemno. Proces je zahteven, zapleten in nanj vpliva veliko dejavnikov. Telesna aktivnost poveča fiziološke prilagoditve v visoki starosti, preprečuje fizične poškodbe in upočasni procese sarkopenije (Novak, 2011). Telesna aktivnost pozitivno vpliva na kognitivne sposobnosti, kot so: spomin, pozornost in govor. Aktivnost poveča pretok krvi v možganih, s tem dobijo več kisika in hranil, sprožijo se različne nevro-biološke spremembe, kot so razvoj možganskega tkiva, sproščanje nevrotransmiterjev v različnih delih možganov, povezanih s kognitivnimi funkcijami. (Strojnik, 2016). Z vajami za ravnotežje, ki jih lahko spodbujamo pri vseh dnevni aktivnostih: s spreminjanjem telesnega težišča, s spreminjanjem smeri gibanja, z gibanjem na nestabilni, neravni mehki podlagi, z zmanjšanjem podporne ploskve in sočasnem izvajanju več nalog, kot so deljena pozornost, pomembno izboljšata tako ravnotežje, hitrost, preprečevanje padcev kot kognitivnost (funkcijska ali deljena pozornost, izdelava strategije za reševanje pri gibanju, izogibanje oviram) sta dokazala tako Ruglj (2012) kot Lam s sodelavci (2018). Uporabo glasbe pri bolnikih z demenco raziskujejo različni strokovnjaki.) ugotavlja, da se je povečal obisk skupine s fizično aktivnostjo, ker so pri vadbi uporabljali glasbo. Posledično se je izboljšalo sodelovanje v več družabnih dejavnostih, razpoloženje in motivacija. Glasbeno terapijo se uporablja za izboljšanje fizične, psihične in čustvene integracije v procesu zdravljenja demence, ki s svojim pozitivnim učinkom zmanjšuje anksioznost, izboljšuje razpoloženje in počutje, zmanjšuje bolečine, blaži vedenjske spremembe, vpliva na kvaliteto in je varovalni dejavnik pred depresijo (Mathews idr., 2010; McDermott idr., 2014; Huei - Chuan idr., 2011).

4 Zaključek

Primerna telesna aktivnost je v preventivnem pogledu dobrodošla za ohranjanje zdravja, še bolj pa je pomembna za izboljšanje zdravja na področju gibalnih in funkcionalnih sposobnosti, na področju mentalno-emocionalnega in socialnega življenja posameznika in družbe, kar posredno vpliva na samostojnost in neodvisnost ter s tem kakovostnejše življenje v starosti. Res je, da je

v zadnjih desetih letih v porastu bolezni sodobnega časa – demenca, vendar pa rezultati raziskav kažejo, da se lahko na bolezen vpliva med drugim s telesno aktivnostjo, z ohranjanjem kognitivnih sposobnosti in odnosom do sebe in drugih ljudi.

V projektu, ki je bil izpeljan lahko iz mnenj zaposlenih in študentk ocenimo, da je projekt vnesel svežino zaposlenim in stanovalcem doma ter študentom ponudil veliko strokovnih izkušenj, povezovanje znanja ter osebne rasti pri spoznavanju in strokovnem delu z osebami z demenco. Cilji, ki so bili zastavljeni so bili doseženi in lahko govorimo o dodani vrednosti projekta za vse udeležene.

LITERATURA

1. Defina, L. F., Haskell, W. L., Willis, B. L., Barlow, C. E., Finley, C. E., Levine, B. D. in Cooper, K. H. (2015). Physical Activity Versus Cardiorespiratory Fitness: Two (Partly) Distinct Components of Cardiovascular Health? *Progress in Cardiovascular Diseases*, 57 (4), 324–329.
2. Hwei - Chuan, S., Wen - Li, L., Shu - Min, C. in Graeme, S. D. (2011). Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (11–12), 1776–1783.
3. Jakovljevič, M. (2014). Testi telesne pripravljenosti za starejše ljudi. V Z. Mihelič in M. Jakovljevič (ur.), *Zbornik predavanj: zdravje starejših ljudi – izziv za zdravstvene delavce* (str. 90–101). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
4. Jakovljevič, M., Rugelj, D., Hlebš, S., Kacin, A., Sevšek, F., Dremelj, K., Špoljar, J. in Leskošek, B. (2006). Skupina testov za ocenjevanje telesne pripravljenosti starostnikov. V D. Rugelj (ur.), *Posvetovanje: Celostna obravnava starostnikov* (str. 49–58). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
5. Koščak Tivadar, B. (2016). Spomin v starosti in povezava s telesno dejavnostjo. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu* (str. 211–224). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
6. Lam, F. M. H., Huang, M. Z., Liao, L. R., Chung, R. C. K., Kwok, T. C. Y. in Pang, M. Y. C. (2018). Physical exercise improves strength, balance, mobility, and endurance in people with cognitive impairment and dementia: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 64, 4–15.
7. Mandeljc, A. (2015). *Upad moči pri starostnikih* (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
8. Mathews, R. M., Alicia A., Clair, A. A. in Kosloski, K. (2010). Keeping the beat: Use of rhythmic music during exercise activities for the elderly with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16 (6), 377–380.
9. McDermott, O., Orrell, M. in Ridder, H. M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health*. 18 (6), 706–716.
10. Novak, T. (2011). *Vpliv telesne vadbe na kvaliteto življenja starostnikov* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
11. Pirtošek, Z. (2016). Pomembna je zgodnja prepoznavna bolezn. *Spominčica: glasilo Slovensko združenje za pomoč pri demenci*. 14 (1), 14–15.
12. Poljšak, B. in Lampe, T. (2011). Proces staranja, vzroki, posledice in ukrepi. V D. Rugelj in F. Sevšek (ur.), *Aktivno in zdravo staranje* (2–6). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
13. Ramovš, J. (2014). Staranje in sožitje med generacijami. *Kakovostna starost*, 17 (3), 3–28.
14. Ramovš, K. (2013). Medgeneracijsko sožitje in solidarnost. *Kakovostna starost*, 16 (4), 3–33.
15. Rugelj, D. (2012). V ravnotežje usmerjena vadba: povezanost gibalnih in spoznavnih aktivnosti. *Rehabilitacija*, 11 (1), 51–58.
16. Strojnik, V. (2016). Gibanje in demenca. *Spominčica*, 14 (1), 14–15.
17. Trčko, A. (2014). *Telesna aktivnost starostnikov* (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

18. Tsenkova, V. K. (2017). Leisure-time, occupational, household physical activity and insulin resistance (HOMAIR) in the Midlife in the United States (MIDUS) national study of adults. *Preventive Medicine Reports*, 5, 224–227.

Pomen preventive pri zmanjševanju bremena demence

UDK 616.892.3-084

KLJUČNE BESEDE: demenca, preventiva, breme demence

POVZETEK - Poznavanje ekonomskega bremena bolezni je ključno za sprejemanje ukrepov in oblikovanje politik. V pričujoči raziskavi smo analizirali ekonomsko breme demence v naši državi za obdobje 2015-2017, z namenom ocenitve bremena demence na podlagi rutinskih zdravstvenih podatkovnih zbirk in nekaterih dodatnih virov podatkov. Za ocenitev ekonomskih stroškov demence smo upoštevali izračun neposrednih in posrednih stroškov. Prvi so povezani z zdravljenjem bolezni, slednji pa z izgubljeno produktivnostjo ob odsotnosti z dela ter z izgubljenim prihodnjim zaslužkom oz. izgubljenim dohodkom zaradi predčasnega odhoda v pokoj. Ekonomsko breme demence je predstavljalo v obdobju 2015-2017 v Sloveniji, v povprečju, 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo oz. 11.072.346€, v povprečju (zaradi neposrednih stroškov 10.171.032€, v povprečju, zaradi posrednih stroškov pa 901.314€, v povprečju). Ker se bo breme v prihodnosti zelo verjetno še povečevalo so ključnega pomena ukrepi: promoviranje zdravega načina življenja, zgodnje diagnosticiranje in zdravljenje demence, dostop do celostne obravnave in socialnovarstvenih programov, pomoč pri ustrezni obravnavi obolelih in kakovostni oskrbi. Pomembno je izobraževati strokovni kader, vključevati relevantne vsebine v izobraževalne programe ter destigmatizirati bolezen. S temi pristopi bi bilo možno naraščanje bremena demence upočasniti.

UDC 616.892.3-084

KEYWORDS: dementia, prevention, burden of dementia

ABSTRACT - Knowing the economic burden of diseases is of key importance for action planning and policy making. In this study, we analysed the economic burden of dementia in Slovenia for the period 2015-2017, with the aim of estimating the burden of dementia based on routine health databases and additional data sources. To estimate the economic costs of dementia, we considered the calculation of direct and indirect costs. The former are related to the treatment of the disease and the latter to the lost productivity, due to the absence from work and lost future earnings or lost income due to early retirement. The analysis was performed in collaboration with experts from the Faculty of Economics in Ljubljana. In the period 2015-2017, the economic burden of dementia accounted represented 0.3% of health expenditure on average, or 11,072,346€ (10,171,032€ due to direct costs, 901,314€ due to indirect costs). As the burden of dementia is likely to increase, adopting various measures is crucial: promoting a healthy lifestyle, early diagnosis and treatment, access to comprehensive treatment, social care programmes, assistance, quality care, education of professional staff, inclusion of relevant contents in educational programmes and destigmatization. With these approaches, the growing burden of dementia could be slowed down.

1 Teoretična izhodišča

Demence postaja velik javnozdravstveni problem, saj se dolžina življenja v Sloveniji in svetu podaljšuje (Cajnko, 2015). S starostjo pa se povečuje tudi število primerov te bolezni (Ministrstvo za zdravje, 2016). Demenca je sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, navadno kronična ali progresivna, kjer gre za motnjo več višjih kortikalnih funkcij, vključno spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti ter govornega izražanja in presoje. Opešanje kognitivne funkcije navadno spremlja ali pa včasih

napoveduje zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev, socialnega vedenja ali motivacije. Bolezen tudi onemogoča zanesljivo izvajanje vsakodnevne dejavnosti prizadetih oseb. Sindrom se pojavlja pri Alzheimerjevi bolezni, pri drugih cerebrovaskularnih boleznih in pri drugih stanjih, ki primarno ali sekundarno prizadenejo možgane (Mednarodna klasifikacija bolezni - 10, 2005). Alzheimerjeva bolezen je najpogostejša oblika demence, sledijo ji vaskularna demenca, demenca Lewyjevih telesc ter frontotemporalna in mešana demenca. Vse druge oblike bolezni so redkejšje (Krajnc in Savšek, 2019).

Zdravstvene težave, ki nastanejo zaradi bolezni, vodijo v slabšo kakovost življenja osebe z demenco, pre zgodnjo upokojitvev in prizadenejo vse osebe, ki skrbijo zanjo. Zato je preventivna dejavnost ter zgodnje prepoznavanje in zdravljenje te bolezni ključnega pomena. V začetni fazi bolezni so namreč zdravila učinkovitejša, tako se oseba z demenco in tudi njeni svojci lažje soočajo z boleznijo. Bolezen se tako lahko upočasni in zamakne za neko obdobje. Prav tako pa so tudi stroški pri zgodnjem odkrivanju nižji, saj se dragi zapleti pojavijo kasneje, ker bolezen počasneje napreduje. Breme, ki ga povzroča demenca občuti tako posameznik, njegova družina kot tudi okolje v katerem se giba in vse to vpliva na celotno družbo. Posameznik z zdravstvenimi težavami je manj učinkovit in manj produktiven pri delu, kar se kaže v slabših ekonomskih rezultatih. Tako se povečujejo stroški na vseh ravneh. Zato je potrebno osebe z demenco obravnavati celostno (Sedlak idr., 2020).

Raziskave o stroških bolezni, kakršna je pričujoča raziskava prikazujejo ekonomsko breme bolezni in ocenjujejo, kaj pridobimo s tem, če se uspe zmanjšati oz. odpraviti bolezen. S pomočjo takšnih raziskav lahko ocenjujemo ekonomski vpliv bolezni na zdravstveni sistem (Toth, 2004). V pričujoči analizi je bil naš namen oceniti ekonomski vpliv zaradi demence v Sloveniji ter izpostaviti pomembnost preventive in celostne obravnave osebe z demenco.

2 Metoda

Naša analiza izhaja z mikro ravni, iz osebe, ki zaradi težav oziroma bolezni, obišče zdravnika. Izračun bremena demence vključuje neposredne in posredne stroške. Neposredni so povezani z zdravljenjem bolezni, posredni pa z izgubljeno produktivnostjo ob odsotnosti z dela ter izgubljenim prihodnjim zaslužkom oz. izgubljenim dohodkom zaradi predčasne upokojitve. Stroški so ocenjeni presečno, na ravni enega leta.

Veliko breme za družbo pa poleg obravnavanih zdravstvenih posledic predstavljajo tudi socialne in druge posledice demence, ki smo jih v naši analizi do določene mere upoštevali. Vključeni so stroški različnih ovrednotenih pomoči za dementno osebo, kot npr., ko je oseba z demenco nastanjena v domu za starejše občane ali, če oseba koristi dodatek za pomoč in postrežbo v primeru, ko ta potrebuje 24-urni nadzor svojcev in obvezno strokovno pomoč za stalno izvajanje zdravstvene nege ali pa, če družinski člani oz. drugi namenijo čas posamezniku, ki je zbolel za demenco.

Osnovo za izračun predstavljajo podatki, zbrani v rutinskih zbirkah Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) ter podatki pridobljeni na Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ-u). Vir finančnih podatkov pa je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

V analizi smo upoštevali ustrezne diagnoze po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10, 2005).

3 Rezultati

Ekonomsko breme demence je predstavljalo v Sloveniji v obdobju 2015–2017 v povprečju 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo. Neposredni stroški demence za obdobje 2015–2017 so znašali v povprečju 10,2 milijona EUR, oz. 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo. Posredni stroški pa v povprečju 901.314 EUR, oz. 0,03 % vseh izdatkov za zdravstvo. Ekonomsko breme demence po letih in v proučevanem obdobju je prikazano v Tabeli 1.

Tabela 1: Skupno ekonomsko breme zaradi demence, ki nastane na ravni enega leta in v proučevanem obdobju 2015–2017, v Sloveniji

<i>Breme bolezni</i>				
	<i>Leto 2015</i>	<i>Leto 2016</i>	<i>Leto 2017</i>	<i>Povprečje za 2015–2017</i>
<i>Neposredni stroški (v eur)</i>				
Zdravila	5.478.973	5.302.678	4.862.746	5.214.799
Prvi kurativni obiski na primarni ravni	102.207	103.057	96.742	100.669
Obiski v ambulantni na sekundarni ravni	37.587	42.142	40.739	40.156
Hospitalizacije – psihiatrija	3.672.733	3.815.478	3.892.821	3.793.677
Hospitalizacije-razen psihiatrije	1.234.063	1.001.384	829.745	1.021.731
Skupaj	10.525.563	10.264.739	9.722.793	10.171.032
<i>Posredni stroški (v eur)</i>				
Stroškičasne odsotnosti z dela	50.513	47.194	64.268	53.992
Izgubljeni dohodek iz dela zaradi nezmožnosti za delo	499.557	453.804	419.412	457.591
Izgubljeno neplačano gospodinjstvo delo zaradi nezmožnosti za delo	429.752	439.342	300.100	389.731
SKUPAJ – na ravni enega leta z vključeno vrednostjo gospodinjstvenega dela	929.309	893.146	719.512	847.322
Skupaj	979.822	940.340	783.780	901.314
Neposredni in posredni stroški skupaj	11.505.385	11.205.079	10.506.573	11.072.346

Vir: Sedlak, S., Lovrečič, M., Jelenc, M., Lovrečič, B., Zaletel, M. in Sambt, J. (2020). Ekonomske posledice demence v Sloveniji v obdobju 2015–2017. Pridobljeno 15. 7. 2020, s: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/demenca_porocilo_maj_2020_splet_0.pdf.

Pri tem smo upoštevali, poleg vključenih stroškov zdravstvene blagajne, delnih stroškov delodajalcev in stroškov, ki jih omogoča informacija o ekonomskem participiranju pri proizvodnji posameznikov v posamezni starosti v obliki dohodka iz dela na trgu in neplačane gospodinjstvene proizvodnje, tudi stroške, če je oseba z demenco nastanjena v domu za starejše občane, če koristi dodatek za postrežbo in pomoč na domu ter stroške v primeru neformalne oskrbe na domu, to je ovrednoten čas, ki ga drugi družinski člani namenijo posamezniku, ki je zbolel za demenco (Sedlak idr., 2020).

Če k skupnim izračunanim neposrednim in posrednim stroškom dodamo še te stroške različne ovrednotene pomoči, se stroški povečajo od 11,2 milijona EUR do 11,5 milijona EUR, odvisno od tega, kakšno pomoč za osebo z demenco izberemo. To pa pomeni okoli 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo.

4 Razprava

V analizi, ki jo predstavljamo smo ocenili ekonomski vpliv zaradi demence v Sloveniji v obdobju 2015–2017. Z ovrednotenjem ekonomskih posledic smo pokazali, kaj bolezen pomeni v finančnem smislu in, kako to bremeni osebe z demenco, njihove svojce ter zdravstveni sistem. Ekonomsko breme demence je torej v Sloveniji v obdobju 2015–2017, znašalo 0,3 % vseh izdatkov za zdravstvo oz. 11.072.346 eur, v povprečju (zaradi neposrednih stroškov 10.171.032 EUR, v povprečju, zaradi posrednih stroškov pa 901.314 EUR, v povprečju). Neposredne in posredne stroške smo natančneje prikazali v Preglednici 1. Izračunano ekonomsko breme je visoko, a zagotovo podcenjeno. Z vključitvijo dodatnih neposrednih in posrednih stroškov ter socialnih posledic v analizo, bi bilo izračunano breme demence še večje.

Zdravstvene težave, ki nastanejo zaradi demence, vodijo v slabšo kakovost življenja, prezgodnjo upokožitev osebe z demenco in tako prizadenejo vse, tako osebo samo, kot tiste, ki skrbijo zanjo. Demenca tako ni le zdravstveni problem, ampak močno obremenjuje svojce in družbo kot celoto. Pomembno je, da se za to ranljivo skupino okrepi preventivne ukrepe. Aktivno in kontinuirano je treba izvajati aktivnosti in programe, usmerjene v (Lovrečič, Lovrečič, Jelenc in Vrdelja, 2019) promocijo zdravega načina življenja:

- skrb za lastno zdravje,
- ozaveščanje javnosti,
- v prizadevanja za zmanjševanje stigme bolezni,
- zgodnje prepoznavanje težav,
- zgodnjo diagnozo,
- nadaljnjo celostno obravnavo oseb z demenco,
- dostopnost do zdravljenja in zdravljenja z antidementivi,
- zagotavljanje dostopnosti do socialno-varstvenih storitev in individualne ter celostne obravnave in paliativno oskrbo oseb z demenco.

Prav tako se je potrebno zavzemati za še bolj kakovostno oskrbo in ustrezno obravnavo obolelih. Nujno je zagotavljati in izobraževati strokovni kader, ki bo še naprej zagotavljal dostojno, spoštljivo in strokovno obravnavo. Ozaveščati je potrebno svojce in tiste, ki skrbijo za osebe z demenco o poteku te bolezni ter spodbujati, da take osebe čim dlje ostanejo v domači oskrbi oz. domačem okolju ter, kot že omenjeno, bolezen destigmatizirati (Cajnko, 2015).

Na nivoju države bi bilo potrebno sprejeti prilagojene systemske rešitve in ukrepe, ki bi pomagale ljudem z demenco in njihovim svojcem ter usposobiti kadre za črpanje evropskih sredstev na tem področju. Prav tako bi bilo potrebno zagotoviti čim bolj ugodno razporejanje sredstev znotraj zdravstvenega in socialnega sistema, da bi zaradi naraščajočih potreb povečali dostopnost storitev, ki jih potrebujejo osebe z demenco ter njihovi svojci in skrbniki. Z vsemi temi ukrepi in celostno obravnavo posameznika se tveganje za razvoj demence lahko zmanjša, upočasniti in ta nastopi kasneje. S preventivnimi dejavnostmi tako na eni strani vplivamo na kakovost življenja posameznika in družbe, na drugi pa na višino bremena demence, kar ugodno vpliva na zdravstveni sistem.

LITERATURA

1. Cajnko, A. (2015). Kako se lotiti zmanjšanja bremena demence za posameznika, družino. Pridobljeno 17. 9. 2020, s http://www.zdus-zveza.si/docs/AHA.SI/Kako_se_lotiti_zmansanja_bremena_demence_za_posameznika_druzino_LEKT.pdf.
2. Krajnc, N. in Savšek, L. (2019). Demenca: definicija, oblike in možnosti. *Medicinski razgledi* 58 (4), str. 473–489.

3. Lovrečič, M., Lovrečič, B., Jelenc, M. in Vrdelja, M. (2019). Zaključki strokovnega srečanja. Spregovorimo o demenci: Stanje in izzivi na področju Alzheimerjeve bolezni v Sloveniji. *Javno zdravje* 11, 13.
4. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene MKB-10: deseta revizija. (2005). Ljubljana: IVZ.
5. Ministrstvo za zdravje RS (2016). Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020. Pridobljeno 16. 7. 2020, s <https://www.google.si/search?q=strategija+obvladovanja+demence+v+sloveniji+do+leta+2020&oq=strategija+obvla&aqs=chrome.1.69i57j0l3.5642j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
6. Sedlak, S., Lovrečič, M., Jelenc, M., Lovrečič, B., Zaletel, M. in Sambt, J. (2020). Ekonomske posledice demence v Sloveniji v obdobju 2015–2017. Pridobljeno 15. 7. 2020, s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/demenca_porocilo_maj_2020_splet_0.pdf.
7. Toth, M. (2003). *Ekonomika v zdravstvu*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Pomen vzgoje za ustno zdravje v obdobju odraščanja

UDK 616.31-083+613:37

KLJUČNE BESEDE: vzgoja za ustno zdravje, mladostnik, medicinska sestra

POVZETEK - Namen tega prispevka je predstaviti na čem temelji vzgoja za ustno zdravje ter kako pomembna je pri podajanju informacij medicinska sestra. Podatki kažejo, da je vzgoja o ustni higieni v obdobju odraščanja pomemben faktor pri zagotavljanju zdravja zob in dlesni. Mladostniki v tem obdobju razvijajo zdrave navade in se pričnejo zavedati o skrbi zase. Dejstvo je, da je na tržišču ogromno kvalitetnih pripomočkov, na spletu ogromno dostopnih informacij, pa vendar malo mladostnikov s popolnoma zdravimi zobmi. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri obravnavi mladostnika, saj ga mora naučiti in mu pomagati, da pridobljene informacije usvoji. Najpogosteje medicinska sestra to stori preko pogovora. Na njemu razumljiv način predstavi problem in svetuje rešitev. Pri obravnavi je zelo pomembno, da mladostnik zaupa medicinski sestri in da prepozna in začne upoštevati njene nasvete. Medicinska sestra mora znati na primeren način izkazati empatijo, razumevanje in nakloniti dovolj časa vsakemu posamezniku.

UDC 616.31-083+613:37

KEYWORDS: oral health education, adolescent, nurse

ABSTRACT - The main point of this article is to present the fundamentals of oral health education and the importance of a nurse in providing the needed information. The data shows that oral hygiene education during adolescence is an important factor in ensuring teeth and gum health. Adolescents develop healthy habits during this period and become aware of taking care of themselves. It is a fact that there is a huge amount of quality accessories on the market, as well as a lot of information available. However, very few adolescents have perfectly healthy teeth. A nurse plays an important role in teaching and helping them to absorb the information. This is often done through conversation. The problem is presented and the solution is proposed in an understandable way. When treating, it is very important that the nurse gains the patient's trust, so that the patient recognises and begins to follow the advice. The nurse must be able to show empathy, understanding and give enough time to each individual in an appropriate way.

1 Uvod

Stanje zob veliko pove o posameznikovi osebnosti, zato je zelo pomembno da jim namenimo veliko pozornosti. Dejstvo je, da zdravi zobje prispevajo k naši lepi zunanji podobi, pa tudi lep videz zbuja zadovoljstvo in povečuje samopodobo. Toda ni lepega nasmeha brez vloženega truda in časa. Zobje preveč poudarjajo lepoto, pomembni pa so tudi za dobro počutje celega telesa. Skrb za zdravo ustno votlino je v največji meri delo posameznika, sicer pa je to področje dela zobozdravnika ter zobozdravstvene vzgoje in preventive. Skrb za zdravo ustno votlino se prične že v nosečnosti in traja do konca življenja. Glede na to, da je to zelo dolgo obdobje, je ključnega pomena, da pri tem intenzivno sodeluje posameznik. Le – ta, pa naj prične z izobraževanjem o ustrezni higieni ust v predšolskem obdobju ob podpori staršev, vzgojiteljev in medicinskih sester.

2 Ustna higiena v obdobju odraščanja mladostnika

Ugotavljamo, da obdobje odraščanja silno občutljivo obdobje. Najstniki, se mnogokrat znajdejo v dilemah, razpotjih. Sprašujejo se o smotrih življenja, vrednostnih ocenah, o dejanjih in o dosežkih ljudi. Glede na trend, oz. spreminjanje družbe po ravneh, se spreminjajo tudi njihove potrebe. Kljub vsem trendom in željam po sledenju novostim v družbi, pa je ključnega pomena prenos osnovnih razvojnih potreb v času odraščanja (Drobnič, 2011, str. 11).

Posledično lahko prinese sledenje trendom težave na vseh področjih življenja. Mednje sodita tudi zdravje in kakovost življenja. Zato je smotrno, da se mladostniku pri prenosu navad in načel dobro posvetimo, kajti le tako mu omogočimo dobro življenje. Pri prenosu osnovnih spretnosti in veščin v ustnem zdravju mladostnika je ključnega pomena dobra povezava med šolo in zdravstvenimi delavci v zobozdravstvenem sektorju. Dejstvo je, da poleg šole in zdravstvenih delavcev imajo optimalen učinek pri transferju informacij in vzorca navad starši (Jürgensen in Petersten, 2013, str. 204).

Življenjski slog mladih v povezavi z ustnim zdravjem je največkrat drugačen od življenjskega sloga v povezavi z ustnim zdravjem odrasle, odgovorne osebe. Dejavniki, ki so pri najstnikih največkrat drugačni so splošno ravnanje v zvezi z zdravjem (redno ščetkanje), uporabljanje flouridnih past, prehrana (sladka hrana in pijača) ter redno obiskovanje zobozdravnika. Vsakršno koli odstopanje od priporočljivega, lahko povečuje tveganje za nastanek kakršnekoli bolezni zob (Scaganetii, 2007, str. 169).

V obdobju odraščanja mladostniki pogosto tudi preizkušajo svoje meje in posegajo po različnih razvadah. Z vnosom tobaka ter uživanjem alkohola lahko poslabšajo svoje zdravstveno stanje, hkrati pa tudi stanje ustne votline. Problematični so tudi vmesni obroki, še posebej sladkih prigrizkov, ki se jih mladostniki poslužujejo med odmorom ali pa v prostem času (Ranfl idr. 2015, str. 15).

Za čimprejšnjo osvojitve osnovnih navad in ozaveščanju o pomenu zdravja ustne votline, se izvaja vzgojo za ustno zdravje v vrtcih in šolah. V Sloveniji se le-ta izvaja že več kot trideset let in poteka v različnih oblikah (Hovnik Keršmanc in Kiphut, 2010, str. 16):

- učne delavnice in tehnike pravilnega čiščenja zob,
- predavanja v šoli ob različnih priložnostih,
- tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani.

3 Pomen vzgoje za ustno zdravje v obdobju odraščanja mladostnika

Kot smo že omenili, v Sloveniji poteka vzgoja za ustno zdravje že veliko let. Izvaja se na primarni ravni. V preventivo so vključene osebe različnih obdobjih odraščanja. Največkrat poteka v šolah ter ob sistematskih pregledih. Velikokrat pa medicinska sestra vstopa tudi v vrtce. Cilj je zajeti čim večje število ljudi in jih informirati, motivirati in osveščati, kajti le tako se zmanjša tveganje za nastanek bolezni. Želja pa je tudi, da se jim razvije veščine v skrbi za ustno zdravje (Markočič Tadič, Čok in Pucelj, 2017, str. 14).

V promociji zdravja zdravstveni tim soustvarja politiko zdravja. Prav tako sodeluje pri oblikovanju novih zdravstveno-vzgojnih programov v okolju. Konkretno, usposobljena, strokovno izobražena in kompetentna medicinska sestra opravlja naloge, preko katerih ozavešča mladostnike različnih starosti. Poleg tega se s spremljanjem zdravja otrok in mladostnikov v zdravstvenem sistemu zagotavlja optimalno rast in razvoj otrok in mladostnikov in preprečuje nastanek bolezni in poškodb (Koprivnikar in Pucelj, 2010, str. 24).

Razlogov, za krepitev zdravja otrok in mladostnikov je več. Naj naštejemo samo nekaj le-teh (Koprivnikar in Pucelj, 2010, str. 22):

- življenjska doba se podaljšuje,
- dobra skrb za zdravje v času mladostništva je dobra iztočnica za zdravje tekom celega življenja,
- v obdobju odraščanja je učinkovitost promocije zdravja velika,
- investicija v zdravje otrok povečuje splošno zdravje cele populacije,
- otroci in mladostniki imajo pravico do najvišjega možnega standarda zdravja in dostopa do zdravstvene oskrbe.

Koprivnikar in Pucelj (2010, str. 23) povesta, da pri vzgoji za ustno zdravje je ni ključno zgolj informiranje, temveč tudi v spremembo iz nezdravega v zdrav način vedenja in spremembo navad. Pri tem mora medicinska sestra previdno obravnavati ciljno populacijo. Svoje delo mora načrtovati v smislu prilagajanja populaciji, upoštevati mora ožji in širši družbeni kontekst, individualne ter individualne in skupnostne vidike.

Želimo si, da bi število zob zaradi kariesa, izdrtih ali popravljenih zob pri mladostnikih bilo čim manjše. Za prikaz razširjenosti kariesa se najpogosteje uporablja indeks KEP. Ta nam pove, povprečno število zaradi kariesa zbolelih (K), izdrtih (E) in popravljenih (P) stalnih zob pri posamezniku. KEP je bil v devetdesetih letih zelo visok, kasneje pa se je zaradi intenzitete izvajanja preventivnih ukrepov – tako medicinskih sester, kot tudi zobozdravnikov, krepko zmanjšal. Iz tega lahko razberemo, da je preventivna vloga medicinske sestre pri obravnavi mladostnika v zvezi z zobozdravstveno vzgojo zelo pomembna. Slednja lahko pripomore, k dobremu počutju mladostnika tekom celega življenja, izboljšanju navad, večšin ter višanju zdravja posameznika in cele populacije (Vrbič, 2014, str. 78).

4 Preventivna vloga medicinske sestre pri obravnavni pacienta s fiksnim ortodontskim aparatom

Za optimalno zdravje zob lahko veliko stori posameznik sam z ustrezno nego zob. Medicinska sestra ima na tem področju veliko vlogo. Ne glede na to, ali ima pacient fiksni ortodontski aparat ali ne, je poglobljena zdravstvena vzgoja.

Temeljna vloga medicinske sestre je posredovati znanje, veščine, spretnosti, informacije in navade, ki vplivajo na zdrav način življenja. Dejstvo je, da se morajo ljudje zavedati, da imajo sami, s svojimi dejanji največji vpliv na svoje zdravje. Medicinska sestra jim pri tem le pomaga, da dosežejo optimalno zdravje in dobro počutje. Medicinska sestra poskuša doseči, glede na starost in stopnjo razvoja pacienta, pacientovo spoznanje, da ni dovolj le poznavanje dejavnikov tveganja za nastanek kariesa in drugih bolezni zob, temveč da jih bo pričel tudi upoštevati (Rozman, 2012, str. 16).

4.1 Pomen preventivnih obiskov pri zobozdravniku

Enkrat do dvakrat letno so priporočljivi preventivni obiski zobozdravnika. Pacient z nameščenim ortodontskim fiksnim aparatom pa ima zaradi več možnih površin, kjer se plak nabira, tudi večjo možnost za nastanek kariesa. Priporočljivi so redni obiski zobozdravnika, to pomeni vsaj enkrat letno, saj lahko zobozdravnik vidi in odstrani karies v različni fazi. Tako je moč utrpeti najmanjšo izgubo zoba. Preprečimo pa tudi nadaljnjo širitev kariesa (Lončar in Dolinar, 2015, str. 73).

4.2 Informacije medicinske sestre o pravilni prehrani

Medicinska sestra mora pri svojem delu pacientu podati informacije o prehrani. Kot smo že ugotovili je pomemben dejavnik za razvoj kariesa ravno način prehranjevanja. Zdravo prehranjevanje vključuje raznoliko, pestro ter energijsko in hranilno uravnoteženo hrano. Priporočati moramo pestro in mešano prehrano, ki naj vsebuje (Ranfl idr., 2015, str. 15):

- veliko sadja in zelenjave. To pomeni vsaj tri do pet porcij dnevno, ker je to velik vir vitaminov,
- veliko ogljikovih hidratih, ki jih pridobimo v različnih izdelkih iz žit,
- veliko različnih virov beljakovin,
- zmerno količino maščob, predvsem v obliki rastlinskih olj in mehkih margarin,
- zadostno količino nesladkane tekočine
- zmerno količino soli.

Velik vpliv na ustno zdrav imajo tudi sladkorji ali ogljikovi hidrati. Ti so glavni vir energije za naše telo in jih nujno potrebujemo za normalno delovanje možganov in centralnega živčnega sistema. Pripomorejo tudi v delovanju celic. Ogljikove hidrate delimo glede na število ogljikovih atomov in zgradbo na enostavne ali sestavljene. Enostavni ogljikovi hidrati so: monosaharidi in disaharidi. Med sestavljene ogljikove hidrate pa sodijo polisaharidi (glikogen in škrob). Monosaharidi so glukoza, fruktoza, manoza, galaktoza, med tem ko disaharidi so saharoza, laktoza in maltoza. Disaharidi nastanejo z združenjem dveh monosaharidnih molekul in se v človeškem telesu zelo hitro prebavijo. Zagotovijo tudi zelo hiter vir energije in povzročijo hitro izločanje inzulina (Ranfl idr., 2015, str. 16).

Glukozo najdemo v medu ali sadju. Najbolj sladko, med enostavnimi sladkorji – fruktozo, najdemo v (Ranfl idr., 2015, str. 16):

- rozinah,
- dateljnih,
- figah,
- ananasu.

Galaktozo najdemo v mleku, manoza v naravi ni prosta. Saharoza je navadni beli kuhinjski sladkor, narejen iz sladkorne pese ali sladkornega trsa. Laktoza ali mlečni škrob je v mleku sesalcev, med tem ko maltozo najdemo v pivu in koruzi, ker je to stranski produkt pri razgradnji polisaharidov. Nastane z razgradnjo škroba v kalečem ječmenu. Glikogen ali živalski škrob nastane v jetrih iz molekul glukoze. Kot rezervo v telesu jo najdemo v mišicah in jetrih. Ta se po potrebi pretvori v glukozo. Škrob najdemo v krompirju in nekaterih žitnih vrstah. Tako bakterije, ki se nahajajo v plaku enostavne sladkorje fermentirajo v organske kisline. Kislina zniža pH sluznice do kritične vrednosti (5,5). Ta kislina sluznica vodi v demineralizacijo zobne sklenine. Sladkorje, ki jih bakterije lahko presnavljajo, imenujemo tudi fermentirajoči sladkorji, in ti so tesno povezani z nastankom kariesa. Največjo možnost, za nastanek kariesa ima saharoza, ker se začne razgrajevati že v ustih. Problem pa je tudi v tem, da proizvodnja in poraba saharoze v svetu narašča (Ranfl idr., 2015, str. 16).

Weber (2011, str. 46–48) je v svoji knjigi povedal, da poleg naravnih sladkorjev so za zobe nevarni tudi sladkorni nadomestki, ki jih diabetiki uporabljajo kot nadomestilo za sladkor (fruktoza, sorbitol, ksilitol, stevija, sladila).

Sladkorja ne uživamo samo v obliki čokolad, slaščic, bonbonov itd. Sladkor sodi med odlične konzervanse, zato ga je zelo veliko prisotnega v sadnih sirupih in brezalkoholnih pijačah. V enem litru kokakole je tako približno 45 kock sladkorja, zato je le-ta zelo podobna sirupu. Dodana je še podfosforna kislina, ki še znižuje pH vrednost pijače na vrednost limoninega soka, to je pH 2,3. To pomeni, da je zelo veliko sladkorja v zelo kislem okolju. Pri rednem uživanju takšnih pijač pride do demineralizacije in erozije ob zobnih vratovih (Weber, 2011, str. 41).

Zelo pomembna lastnost, ki povečuje tveganje za nastanek kariesa je lepljivost hrane. Bolj kot je hrana lepljiva, večja je možnost za nastanek zobne gnilobe. Zato je pomembno, da se izogibamo živilom med glavnimi obroki (prigrizki), še posebej ni priporočljivo, da se uživa sladka pijača in slaščice. V nasprotnem primeru je pH sluznice dlje časa kisel in s tem povzročamo večjo verjetnost za nastanek kariesa. Omejiti je torej potrebno vnos in količino omenjenih živil. Če pa se že uživa sladka živila, je to priporočljivo med glavnim obrokom (Ranfl, idr. 2015, str. 17).

Weber (2011, str. 43) to dokazuje s Stephanovo krivuljo, ki pove, da se količina kisline v ustih zviša, če zaužijemo kaj sladkega (pH pade). Ta kislina se spet zniža zaradi pozitivnega vpliva sline (pH s spet zviša), če 45 min ničesar ne zaužijemo. Ker je zobna sklenina zmečhana, je vsaj 45 min ne bi bili smeli ščetkati, ker bi jo s tem poškodovali. Teh 45 min se topijo minerali iz sklenine. Če kdo v tem času ponovno zaužije kaj sladkega, se čas remineralizacije (ki nastopi šele pri pH 5,5 in navzgor) podaljša spet za 45 min.

Ranfl (2015, str. 23) je v svojem delu povzel prehranska priporočila z vidika ohranjanja ustnega zdravja in zapisal, da je dobro:

- zmanjšati količino in pogostost uživanja hrane in pijače, ki vsebuje sladkorje,
- sladkorje ne uživati več kot štirikrat dnevno,
- morebitno uživanje sladkih pijač in živil omejiti na čas obrokov,
- izogibati se uživanju sladkih pijač in živil pred spanjem,
- za žejo piti vodo,
- hrano in pijačo, ki imata nizek pH, uživati v času obrokov,
- počakati s ščetkanjem približno eno uro po zaužitju kisle hrane.

4.3 Informacije medicinske sestre o uporabi ustrezne zobne ščetke in zobne paste

Ranfl idr. (2015, str. 37) pravi, da je pri čiščenju zob potrebno očistiti vse zobne ploskve zob.

Zato je pomembna izbira zobne ščetke z ustreznimi lastnostmi. Glava ščetke mora biti dovolj majhna in prilagojena ustni votlini. Priporočljivo je uporaba zobnih ščetk z mehкими ali srednje trdimi ščetinami. V nasprotnem primeru, lahko zelo hitro pride do poškodb dlesni in zob.

Običajno, se pri vsakodnevem ščetkanju zob uporablja tudi zobna ščetka ter zobna pasta. Priporočljiva je uporaba ščetke, ki ima mehke ter goste ščetine. Zobna pasta mora vsebovati flouride. Flourid preprečuje nastanek zobnega kariesa (zavira demineralizacijo in pospešuje remineralizacijo) (Milavec in Gašperšič, 2015, str. 13).

Vsebnost flourida v posamezni zobni pasti je lahko označena z vrednostjo ppm (parts per million), nekatere paste pa imajo vsebnost flourida označeno z masnim deležem oz. koncentracijo. Po priporočilih Evropske akademije za otroško zobozdravstvo, ki določa smernice za vso Evropo, se otrokova starost in koncentracija flourida v zobnih pastah povezujeta na naslednji način (Ranfl idr., 2015, str. 29–36):

- od izrasti prvega zoba do 2. leta: zobna pasta s 500 ppm flourida,
- od 2. do 6. leta: zobna pasta s 1000 ppm flourida,
- od 6. leta: zobna pasta s 1450 ppm flourida.

Ko se zobna pasta na naša na zobno ščetko, mora biti le te v velikosti zrna graha (Ranfl idr., 2015, str. 36).

Zob ima pet ploskev. S ščetko očistimo tri ploskvi. Dve ploskvi pa ostaneta umazani, kar pomeni, da ostane umazanega 40 % zoba. Iz tega razloga je pomembno, da zobe tudi nitkamo in odstranimo umazanijo tudi iz ostalih dveh ploskev. Pomembno je tudi, da nitkamo pravilno, sicer lahko zelo hitro poškodujemo dlesen (Ranfl idr., 2015, str. 37).

4.4 Informacije medicinske sestre o pravilni tehniki čiščenja zob

Bistvo učinkovite ustne higijene je po mnenju Webera (2011, str. 49), da se vsi zobje očistijo bukalno, oralno in okluzalno tako, da na njih ne ostane bakterijskih oblog.

Najbolj razširjen pripomoček za izvajanje ustne higijene je tako zobna ščetka. Uporabljamo pa lahko različne tehnike čiščenja (Weber, 2011, str. 50):

- vertikalni gibi,
- horizontalni gibi,
- tehnika od rdečega proti belemu,
- vibracijska tehnika in
- krožna tehnika.

Idealna tehnika čiščenja pa je tista, ki zagotavlja popolno odstranitev mehkih zobnih oblog v čim krajšem času, brez povzročanja poškodb zobnih in obzobnih tkiv. Najbolj priporočljiva tehnika je usmerjena v odstranjevanje plaka z roba dlesni ali iz medzobnih prostorov. Zavedati se je potrebno, da je učinkovitost ščetkanja mnogo bolj, kot tehnika ščetkanja in uporabljenega pripomočka odvisna od poučenosti uporabnika o kritičnih področjih zobovja, njegove motiviranosti ter ročnih spretnosti (Milavec in Gašperšič, 2015, str. 11–12).

Po uporabi zobno ščetko speremo, brez da bi se dotikali ščetin. Shranimo jo tako, da se vlakna dobro posušijo, kar pomeni s ščetinami navzgor. Najbolj primeren za to je lonček ali kozarec. Zobno ščetko je priporočljivo menjati, ko se vlakna zvijejo, sicer pa je priporočljiva redna menjava na 2 meseca (Weber, 2011, str. 50).

Ranfl idr. (2015, str. 38) so v ugotovili, da je za učinkovito odstranjene zobne obloge pomembna tudi količina časa ščetkanja zob. Optimalen čas z vidika odstranjevanja zobnih oblog je 2 minuti. Pri tem je potrebno upoštevati število zob v ustni votlini. Poleg števila zob pa na učinkovitost ščetkanja vplivajo tudi ročne spretnosti posameznika. Najprimernejši čas ščetkanja je pravzaprav tisto, ki odstrani vse zobne obloge.

Raziskave so pokazale, da je učinkovitost preprečevanja zobne gnilobe večja pri pogostejšem ščetkanju zob. Priporočljivo je čiščenje minimalno dvakrat na dan (Ranfl idr., 2015, str. 37).

5 Zaključek

Kako pomembni so zdravi zobje in dlesen se zavedamo šele takrat, ko zaradi bolečine ali izpadlega zoba ne moremo normalno ugrizni v čvrst kos hrane. Da se temu izognemo, se v ozaveščanje posameznikov o preventivni skrbi za zobe vključujejo interdisciplinarni timi. Na prvem mestu morajo za vzgojo in priučitev zdravih navad poskrbeti starši, zelo pomembno vlogo imajo vzgojitelji in učitelji in zobozdravnik. Podobno kot tudi na drugih področjih ima tudi na tem področju, zelo pomembno vlogo medicinska sestra. Le - ta prične izobraževati že bodoče starše. Prvi korak, za dobro vzgojo in pravilen razvoj zdravih navad je uskladitev znanja. Na prvem mestu, je potrebno naučiti starše, kako pravilno skrbeti za nego zob, kajti le tako, bojo lahko pravilno predajali znanje in vzor naprej. Medicinska sestra se kot zunanji strokovni sodelavec vključuje v ozaveščanje otrok v varstveno vzgojnih ustanovah, šole ter srednje šole. Hkrati pa ima omogočen tudi individualen pristop do pacienta. Pridobiti mora zaupanje posameznika kajti le ta tako bo lahko pacient aktivno sodeloval. Vsakega posameznika obravnava holistično. Dobro je, da ve iz kakšne socio-ekonomske družine prihaja, vplivati mora na njegovo prehrano, nakup ustreznih pripomočkov in konec koncev na higienske navade. Včasih morata tudi skupaj prestati strah pred zobozdravnikom. Cilj pa je, da se zmanjša verjetnost za nastanek kariesa, vnetja dlesni ter zobnega kamna.

LITERATURA

1. Drobnič, T. (2011). Potrebe mladostnic in vloga vzgojitelja v dijaškem domu (Diplomsko delo). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
2. Hovnik Keršmanc, M. in Kiphut, S. (2010). Posnetek stanja zobozdravstvene vzgoje za otroke in mladino. Gorenjski bilten javnega zdravja, 4 (26), 16–21.
3. Jürgensen, N. in Petersen, P. E. (2013). Promoting oral health of children through schools – Result from a WHO global survey 2012. Community Dental Health, 30 (204–218).
4. Koprivnikar, H. in Pucelj, V. (2010) Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0–19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
5. Lončar, S. in Dolinar, A. (2015). Resnice in zmote o zdravju zob. Ljubljana: Jasno in glasno, d.o.o.
6. Markočič Tadič, I., Čok, M. in Pucelj, V. (2017). Usmeritve za izvajanje zobozdravstvene vzgoje in preventive v okviru preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
7. Milavec, S. in Gašperšič, R. (2015). Sodobni trendi v zobni in ustni negi. B. Artnik, M. Premik in G. Jovanovič (ur.), Kongres ob 40-letnici strokovnih srečanj stomatologov Slovenije (str. 10–17). Ljubljana: Stomatološka sekcija zdravniškega društva.
8. Ranfl, M., Oikonomidis, C., Kosem, R. in Artnik, B. (2015). Vzgoja za ustno zdravje: prehrana in higiena strokovna izhodišča. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
9. Rozman, M. (2012). Vloga medicinske sestre v zobozdravstveni preventivi (Diplomska naloga). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
10. Scaganetti, N. (2007). Skrb za zdrave zobe. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republika Slovenija.
11. Vrbič, V. (2014). Zobno zdravje pri 12-letni mladini v Sloveniji (1987–2013). Zobozdravniški vestnik, 69 (74–80).
12. Weber, M. (2011). Zobna profilaksa v tretjem tisočletju. Smernice za zobno zdravje. Celovec: Mohorjeva družba.

Važnost pisane komunikacije na engleskom jeziku u sestrinstvu

UDK 614.253.4+811.111

KLJUČNE RIJEČI: engleski jezik kao jezik struke, sestrinstvo, komunikacijske kompetencije, pisana komunikacija

POVZETEK - Ovaj rad predstavlja rezultate istraživanja provedenoga među studentskom populacijom redovnih i izvanrednih studenata prve godine stručnoga studija Sestrinstvo Veleučilišta u Bjelovaru, a glavni cilj rada bio je utvrditi stavove studenata o važnosti vještine pisanja u učenju engleskog jezika kroz prizmu rada u sestrijskoj struci. Uzorak ispitanika sastojao se od 38 redovnih studenata i 69 izvanrednih studenata (ukupno 107) prve studijske godine stručnog studija Sestrinstvo Veleučilišta u Bjelovaru. Rezultati istraživanja analizirani su metodama deskriptivne statistike, a za svaku tvrdnju proveden je t-test s ciljem utvrđivanja statistički značajnih razlika između stavova redovnih i izvanrednih studenata.

UDC 614.253.4+811.111

KEYWORDS: English for specific purposes, nursing, communication competences, written communication

ABSTRACT - This paper presents the results of a survey conducted among the student population of full-time and part-time first-year students of the Undergraduate Study Programme in Nursing of the Bjelovar University of Applied Sciences. The main goal was to determine students' attitudes towards the importance of writing skills in learning English for specific purposes in nursing. The sample consisted of 38 full-time students and 69 part-time students (107 in total). The results of this research were analysed using the methods of descriptive statistics. As related to each statement included in the questionnaire, t-test was conducted for the purpose of determining any statistically significant differences in attitudes between full-time and part-time students.

1 Uvod

Komunikacija u modernom društvu nezamisliva je bez korištenja engleskoga jezika. Tehnološki razvoj rezultirao je informatizacijom poslovanja. Globalni mediji i potreba za jezikom zajedničke komunikacije doveli su do opće prihvaćenosti engleskoga jezika kao moderne lingua francae. Činjenica je da je engleski jezik postao gotovo nezaobilazan i da većina radnih mjesta zahtijeva barem osnovno poznavanje engleskog jezika (Badrov in Jurković, 2017).

Globalno tržište rada zahtijeva da stručnjaci iz većine područja, pa tako i medicinski djelatnici, koriste engleski jezik na komunikacijskoj razini (Paher in Jurković, 2019). Sukladno tome, poznavanje stranih jezika jedan je od čimbenika kojima se medicinske sestre/tehničari uvelike mogu istaknuti u timu zdravstvenih djelatnika, a samim time i ponuditi pacijentu kvalitetniju zdravstvenu uslugu.

U vrijeme informacijske umreženosti, koja omogućava komuniciranje ljudi širom svijeta, naglašava se potreba učenja stranih jezika, pri čemu u modernom društvu znanje stranog jezika nije više izbor nego je postalo nužnost (Šimunović, Letica in Halter, 2011). Imati jezično kompletne kompetencije na stranom jeziku znači znati se koncizno i točno izraziti, imati odgovarajuće socijalne i prezentacijske vještine, moći pismeno komunicirati, znati sastaviti

dopis, službeni e-mail, pisane upute kolegama i pacijentu, znati sastaviti poslovno pismo, napisati sestrinsku dokumentaciju. Sve ove vrste pisanja zahtijevaju određene vještine i određeni stil. Kod takvih radova posebnu pozornost treba obratiti na jasnoću i preciznost izražavanja kao i na pažljivo strukturiranje i pisanje. Vještina pisanja na stranome jeziku relevantna je za buduće medicinske djelatnike jer nedovoljne kompetencije mogu dovesti do pogrešaka koje mogu imati ozbiljne posljedice (Badrov, Jurković in Višak, 2018).

Cilj je rada utvrditi kako studentice i studenti prve godine Stručnog studija Sestrinstvo Veleučilišta u Bjelovaru procjenjuju važnost vještine pisanja u učenju engleskog jezika kroz prizmu rada u sestrinskoj struci. U tu svrhu provedena je anketa među studentima prve godine preddiplomskog stručnog studija Sestrinstvo Veleučilišta u Bjelovaru o važnosti razvijanja različitih aspekata vještine pisanja kao što su pisanje e-mailova, stručnih članaka i seminara te sestrinske dokumentacije na engleskom jeziku. Upitnikom je analizirana i motivacija studenata za odaziv na dodatne radionice za razvijanje vještine pisanja na engleskom jeziku.

U svrhu dobivanja detaljnog uvida u problematiku analizirani su rezultati i uspoređeni stavovi redovnih i izvanrednih studenata kako bi se utvrdilo postoje li statistički značajne razlike u stavovima redovnih, mlađih studenata koji još nemaju značajno iskustvo rada u struci te izvanrednih studenata koji su već stekli prva radna iskustva u zdravstvenom sustavu. Navedeni rezultati uspoređeni su s rezultatima dobivenima u okviru prethodnih istraživanja o temi rada.

2 Metoda

U svrhu izrade ovog rada provedeno je istraživanje među studentima prve godine Stručnog studija Sestrinstvo Veleučilišta u Bjelovaru. Istraživanje je bilo anonimno, pa se u tu svrhu nigdje ne koriste imena ni podaci o studentima kako se ne bi otkrio njihov identitet. Prije početka rješavanja anketnog upitnika ispitanici su dobili jasne upute o cilju istraživanja te su upućeni u to da se radi o anonimnom upitniku, a njihovi odgovori korišteni su samo na grupnoj razini prilikom obrade podataka. Populaciju u istraživanju čine redovni i izvanredni studenti prve godine Stručnog studija Sestrinstvo Veleučilišta u Bjelovaru, a konačni uzorak čini ukupno 107 studenata koji su ispravno i potpuno ispunili anketni upitnik.

Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Veleučilišta u Bjelovaru Odlukom od 16. lipnja 2020. godine (KLASA: 602-01/20-01/001, UR. BROJ: 2103/01-21-01-20-03), a provedeno je u drugoj polovici ljetnog semestra akademske godine 2019./20.

U svrhu istraživanja izrađen je anketni upitnik koji se sastoji od prvog, općeg dijela te drugog dijela koji sadrži deset izjava o važnosti vještine pisanja u učenju engleskog jezika kao jezika struke u sestrinstvu s posebnim fokusom na stavove studenata o spomenutim temama. Anketni upitnik proveden je u obliku Google obrasca te je upućen isključivo studentima prve godine Stručnog studija Sestrinstvo Veleučilišta u Bjelovaru.

U drugom dijelu upitnika navedeno je deset izjava s ciljem utvrđivanja stavova studenata o različitim aspektima teme ovoga rada. U svrhu utvrđivanja stavova studenata korištena je Likertova skala od 1 do 5. Ispitanici su svoj stav o svakoj od spomenutih deset izjava iskazali odabirom brojeva od jedan (1) do pet (5) na anketnom obrascu, a pri čemu su brojevi imali sljedeće značenje:

- uopće se ne slažem
- uglavnom se ne slažem
- niti se slažem niti se ne slažem
- uglavnom se slažem
- potpuno se slažem

Rezultati su analizirani metodama deskriptivne statistike te je proveden t-test za svaku od tvrdnji u svrhu utvrđivanja eventualnih statistički značajnih razlika između stavova redovnih i izvanrednih studenata.

3 Rezultati

U tablici 1 prikazani su podaci o studentima prve godine Sestrinstva koji su potpuno i ispravno ispunili anketni upitnik. Od ukupne populacije studenata prve godine Sestrinstva u akademskoj godini 2019./20., koja uključuje 134 upisanih studenata, anketni upitnik ispunilo je 114 studenata. Iz istraživanja je izbačeno sedam neispravno ispunjenih upitnika pa u konačnici uzorak u ovom istraživanju obuhvaća 107 redovnih i izvanrednih studenata prve godine Stručnog studija Sestrinstvo Veleučilišta u Bjelovaru. Od ukupno 107 ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju, 12 % je muškog spola, a 88 % ženskog spola. Prema statusu studiranja 35,51 % ispitanika je u statusu redovitog, dok 64,49 % pohađa studij u statusu izvanrednog studenta.

Tablica 1: Podatci o ispitanicima

<i>Spol</i>	<i>N</i>	<i>Postotak</i>	<i>Status studenta</i>	<i>N</i>	<i>Postotak</i>
Ž	94	88 %	Redovni	38	35,51 %
M	13	12 %	Izvanredni	69	64,49 %

Prva tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Za rad u sestrinskoj struci važna je osposobljenost za pisanu komunikaciju na engleskom jeziku.« Rezultati su prikazani u tablici 2. Rezultati t-testa provedenoga uz signifikantnost testa pri $p < 0,05$ pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika između redovnih i izvanrednih studenata s obzirom na stav o prvoj tvrdnji iz anketnoga upitnika.

Tablica 2: Distribucija rezultata za prvu tvrdnju anketnoga upitnika

<i>Distribucija rezultata</i>	<i>Redovni studenti (%)</i>	<i>Izvanredni studenti (%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
uopće se ne slažem	4,00	2,00	1,28094	0,101518
uglavnom se ne slažem	0,00	8,00		
ni se slažem ni se ne slažem	5,00	24,00		
uglavnom se slažem	43,00	25,00		
potpuno se slažem	48,00	41,00		

Druga tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Za rad u sestrinskoj struci važna je osposobljenost za pisanje e-mailova na engleskom jeziku.« Rezultati su prikazani u tablici 3. Rezultati t-testa provedenoga uz signifikantnost testa pri $p < 0,05$ pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika između redovnih i izvanrednih studenata s obzirom na stav o drugoj tvrdnji iz anketnoga upitnika.

Tablica 3: Distribucija rezultata za drugu tvrdnju anketnoga upitnika

<i>Distribucija rezultata</i>	<i>Redovni studenti (%)</i>	<i>Izvanredni studenti (%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
uopće se ne slažem	5,00	3,00	1,34927	0,090076
uglavnom se ne slažem	0,00	6,00		
niti se slažem niti se ne slažem	11,00	35,00		
uglavnom se slažem	36,00	13,00		
potpuno se slažem	48,00	43,00		

Treća tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Za rad u sestrijskoj struci važna je osposobljenost za pisanje stručnih članaka i seminara na engleskom jeziku.« Rezultati su prikazani u tablici 4. Rezultati t-testa provedenoga uz signifikantnost testa pri $p < 0,05$ pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika između redovnih i izvanrednih studenata s obzirom na stav o trećoj tvrdnji iz anketnoga upitnika.

Tablica 4: Distribucija rezultata za treću tvrdnju anketnoga upitnika

Distribucija rezultata	Redovni studenti (%)	Izvanredni studenti (%)	t	p
uopće se ne slažem	7,00	8,00	-0,36208	0,359009
uglavnom se ne slažem	9,00	8,00		
niti se slažem niti se ne slažem	34,00	35,00		
uglavnom se slažem	18,00	19,00		
potpuno se slažem	32,00	30,00		

Četvrta tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Za rad u sestrijskoj struci važna je osposobljenost za pisanje sestrijske dokumentacije na engleskom jeziku.« Rezultati su prikazani u Tablici 5. Rezultati t-testa provedenoga uz signifikantnost testa pri $p < 0,05$ pokazali su da postoji statistički značajna razlika između redovnih i izvanrednih studenata s obzirom na stav o četvrtoj tvrdnji iz anketnoga upitnika. Pritom su redovni studenti iskazali statistički značajno pozitivniji stav o navedenoj tvrdnji u odnosu na izvanredne studente.

Tablica 5: Distribucija rezultata za četvrtu tvrdnju anketnoga upitnika

<i>Distribucija rezultata</i>	<i>Redovni studenti (%)</i>	<i>Izvanredni studenti (%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
uopće se ne slažem	4,00	8,00	2,00236	0,023912
uglavnom se ne slažem	0,00	13,00		
niti se slažem niti se ne slažem	18,00	30,00		
uglavnom se slažem	39,00	17,00		
potpuno se slažem	39,00	32,00		

Peta tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Nastava engleskog jezika na studiju Sestrinstva treba uključiti domaće zadatke vezane za vježbanje vještine pisanja na engleskom jeziku.« Rezultati su prikazani u tablici 6. Rezultati su prikazani u tablici 4. Rezultati t-testa provedenoga uz signifikantnost testa pri $p < 0,05$ pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika između redovnih i izvanrednih studenata s obzirom na stav o petoj tvrdnji iz anketnoga upitnika.

Tablica 6: Distribucija rezultata za petu tvrdnju anketnoga upitnika

<i>Distribucija rezultata</i>	<i>Redovni studenti (%)</i>	<i>Izvanredni studenti (%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
uopće se ne slažem	7,00	8,00	0,31761	0,375708
uglavnom se ne slažem	0,00	14,00		
ni se slažem ni se ne slažem	20,00	19,00		
uglavnom se slažem	41,00	21,00		
potpuno se slažem	32,00	38,00		

Šesta tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Nastava engleskog jezika na studiju Sestrinstva treba uključiti projektne zadatke vezane za vježbanje vještine pisanja.« Rezultati su prikazani u tablici 7. Rezultati su prikazani u tablici 4. Rezultati t-testa provedenoga uz signifikantnost testa pri $p < 0,05$ pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika između redovnih i izvanrednih studenata s obzirom na stav o šestoj tvrdnji iz anketnoga upitnika.

Tablica 7: Distribucija rezultata za šestu tvrdnju anketnoga upitnika

<i>Distribucija rezultata</i>	<i>Redovni studenti (%)</i>	<i>Izvanredni studenti (%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
uopće se ne slažem	7,00	8,00	0,02251	0,491042
uglavnom se ne slažem	4,00	13,00		
ni se slažem ni se ne slažem	30,00	16,00		
uglavnom se slažem	25,00	28,00		
potpuno se slažem	34,00	35,00		

Sedma tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Nastava engleskog jezika na studiju Sestrinstva treba uključiti dodatne vježbe preko sustava za e-učenje Merlin vezane za razvijanje vještine pisanja na engleskom jeziku.« Rezultati su prikazani u tablici 8. Rezultati su prikazani u tablici 4. Rezultati t-testa provedenoga uz signifikantnost testa pri $p < 0,05$ pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika između redovnih i izvanrednih studenata s obzirom na stav o sedmoj tvrdnji iz anketnoga upitnika.

Tablica 8: Distribucija rezultata za sedmu tvrdnju anketnoga upitnika

<i>Distribucija rezultata</i>	<i>Redovni studenti (%)</i>	<i>Izvanredni studenti (%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
uopće se ne slažem	7,00	8,00	0,74999	0,22747
uglavnom se ne slažem	9,00	16,00		
ni se slažem ni se ne slažem	25,00	32,00		
uglavnom se slažem	25,00	16,00		
potpuno se slažem	34,00	28,00		

Osma tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Predmeti iz engleskog jezika u sustavu za e-učenje Merlin trebaju sadržavati materijale za razvijanje vještina pisanja na engleskom jeziku.« Rezultati su prikazani u tablici 9. Rezultati su prikazani u tablici 4. Rezultati t-testa provedenoga uz signifikantnost testa pri $p < 0,05$ pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika između redovnih i izvanrednih studenata s obzirom na stav o osmoj tvrdnji iz anketnoga upitnika.

Tablica 9: Distribucija rezultata za osmu tvrdnju anketnoga upitnika

<i>Distribucija rezultata</i>	<i>Redovni studenti (%)</i>	<i>Izvanredni studenti (%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
uopće se ne slažem	4,00	6,00	0,65589	0,256666
uglavnom se ne slažem	5,00	5,00		
nit se slažem nit se ne slažem	11,00	29,00		
uglavnom se slažem	41,00	25,00		
potpuno se slažem	39,00	35,00		

Deveta tvrdnja glasila je: »Na studiju Sestrinstva potrebno je organizirati dodatne radionice za razvijanje vještina pisanja na engleskom jeziku.« Rezultati su prikazani u tablici 10. Rezultati su prikazani u tablici 4. Rezultati t-testa provedenoga uz signifikantnost testa pri $p < 0,05$ pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika između redovnih i izvanrednih studenata s obzirom na stav o devetoj tvrdnji iz anketnoga upitnika.

Tablica 10: Distribucija rezultata za devetu tvrdnju anketnoga upitnika

<i>Distribucija rezultata</i>	<i>Redovni studenti (%)</i>	<i>Izvanredni studenti (%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
uopće se ne slažem	9,00	10,00	1,1786	0,120611
uglavnom se ne slažem	7,00	8,00		
nit se slažem nit se ne slažem	23,00	33,00		
uglavnom se slažem	23,00	24,00		
potpuno se slažem	38,00	25,00		

Deseta tvrdnja anketnoga upitnika glasila je: »Odazvao/la bih se na dodatne radionice za razvijanje vještina pisanja na engleskom jeziku.« Rezultati su prikazani u tablici 11. Rezultati su prikazani u tablici 4. Rezultati t-testa provedenoga uz signifikantnost testa pri $p < 0,05$ pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika između redovnih i izvanrednih studenata s obzirom na stav o desetoj tvrdnji iz anketnoga upitnika.

Tablica 11: Distribucija rezultata za desetu tvrdnju anketnoga upitnika

<i>Distribucija rezultata</i>	<i>Redovni studenti (%)</i>	<i>Izvanredni studenti (%)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
uopće se ne slažem	9,00	6,00	1,59106	0,057301
uglavnom se ne slažem	2,00	14,00		
nit se slažem nit se ne slažem	14,00	27,00		
uglavnom se slažem	32,00	16,00		
potpuno se slažem	43,00	37,00		

4 Rasprava

Analizom rezultata i provedbom t-testa utvrđeno je da ne postoje znatne statistički značajne razlike u stavovima redovnih i izvanrednih studenata. Jedina iznimka su stavovi studenata o razvijanju vještine pisanja sestrinske dokumentacije na engleskom jeziku, pri čemu su redovni studenti iskazali statistički značajno pozitivniji stav u odnosu na izvanredne studente.

Rezultati ovog istraživanja usporedivi su s rezultatima istraživanja prikazanim u ranijem istraživanju (Lucić, 2019), gdje je također utvrđeno da su studenti sestrinstva svjesni važnosti usvajanja vještine pisanja na engleskom jeziku. U drugom istraživanju (Badrov in Jurković, 2017) utvrđeno je da su stariji studenti sestrinstva iskazali pozitivniji stav prema usvajanju

adekvatnih vještina na engleskome jeziku, dok je ovo istraživanje pokazalo da su redovni studenti, koji su u pravilu mlađi te u struci manjeiskusni od izvanrednih studenata, pokazali pozitivnije stavove o važnosti različitih aspekata usvajanja vještine pisanja na engleskome jeziku. Jedan od razloga može biti činjenica da su izvanredni studenti u ovom uzorku većinom već stekli prva radna iskustva u zdravstvenom sustavu, pri čemu je moguće da se dosad nisu u većoj mjeri susreli s potrebom pisane komunikacije s pacijentima i ostalim medicinskim osobljem, no to ne znači da se s povećanjem opsega odgovornosti nakon stjecanja prvostupničke diplome to neće promijeniti.

Iz rezultata ovoga istraživanja može se zaključiti da su studenti stručnoga studija Sestrinstvo Veleučilišta u Bjelovaru svjesni važnosti poznavanja engleskoga jezika kao jezika struke te njegove važnosti u pisanoj komunikaciji s pacijentima, kolegama i suradnicima. Eventualne poteškoće pri korištenju engleskoga jezika trebalo bi iskoristiti kao dodatnu motivaciju za usvajanje novih znanja. To se ponajviše odnosi na studente koji su zbog slabijeg poznavanja engleskog jezika nesigurniji i manje motivirani, no promatrajući rezultate izvršenog istraživanja za pretpostaviti je da će se s vremenom njihovi stavovi preobražavati iz razloga što je engleski jezik neizbježan na većini radnih mjesta. Današnji, ubrzani tempo stvaranja novih stručnih informacija tjera djelatnike sestrinstva na konstantno usvajanje širokog spektra teoretskih znanja i praktičnih vještina čemu u prilog idu izražena motivacija i volja za učenjem stranih jezika koja je vidljiva u rezultatima izvršenog istraživanja.

Dodatna prednost pri učenju engleskoga jezika tijekom studija sestrinstva ogleda se i u mogućnostima koje nudi učenje na daljinu koje je velika većina visokoškolskih ustanova rapidno implementirala kao odgovor na izazove koje je postavila nagla pandemija covid-19. Kao što su pokazali rezultati prethodnih istraživanja (Jurković, Badrov in Sekovanić, 2017) te (Zelenika, Jurković in Badrov, 2019), studenti sestrinstva pozitivno percipiraju učenje engleskoga jezika na daljinu pa se eventualne dodatne radionice na temu unapređenja vještine pisanja na engleskom jeziku, sukladno rezultatima ovoga istraživanja, mogu bez većih poteškoća organizirati u virtualnim učionicama.

LITERATURA

1. Badrov, T. in Jurković, I. (2017). Stavovi studenata sestrinstva o važnosti komunikacijskih vještina na engleskome jeziku. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 3 (2), 265–271.
2. Jurković, I., Badrov, T. in Sekovanić, I. (2017). Stavovi studenata o važnosti primjene e-učenja i multimedijских tehnologija u nastavi engleskoga jezika kao jezika struke. V J. Žiljak Vujić (ur.), *Tiskarstvo i dizajn 2017* (str. 63–69). Zagreb: Grafički fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
3. Jurković, I., Badrov, T. in Višak, M. (2018). Osposobljenost studenata sestrinstva za komunikaciju na engleskom jeziku. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacijenta* (str. 61–70). Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto.
4. Lucić, A. (2019). Pisanje službenih e-mailova kao element usvajanja engleskog jezika kao jezika struke na studiju sestrinstva (Završni rad). Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru.
5. Paher, R. in Jurković, I. (2019). Utjecaj mrežnog jezičnog tečaja i međunarodne mobilnosti na poboljšanje komunikacijskih kompetencija studenata sestrinstva i mehatronike na stranom jeziku. V K. Eljuga (ur.), *1. simpozij Veleučilišta u Bjelovaru: Izazovi u sestrinstvu – Pacijent prije svega* (str. 83–89). Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru.
6. Šimunović, A., Letica, I. in Halter, K. (2011). Znanje stranog jezika kao jedno od ključnih poduzetničkih kompetencija. *Učenje za poduzetništvo*, 1 (1), 271–277.
7. Zelenika, M., Jurković, I. in Badrov, T. (2019). E-učenje u nastavi engleskoga jezika kao jezika struke na studiju sestrinstva. V K. Eljuga (ur.), *Izazovi u sestrinstvu – Pacijent prije svega* (str. 117–125). Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru.

Pretilost kod djece u osnovnoškolskoj ustanovi u Varaždinskoj županiji

UDK 373.3-053-5+613.25

KLJUČNE RIJEČI: pretilost, učenici osnovne škole, prehrambene navike

POVZETEK - Ispitati uhranjenost, učestalost pretilosti te prehrambene navike učenika pojedinih razreda osnovnoškolske dobi u II. osnovnoj školi Varaždin. Istraživanje je provedeno presječnom studijom. Uzorak se sastojao od 99 učenika koji su bili polaznici viših razreda II. osnovne škole u Varaždinu. Istraživanje je provedeno u lipnju 2018. godine korištenjem anonimnoga anketnog upitnika koji je napravljen u svrhu istraživanja. Više od pola ispitanika s prekomjernom tjelesnom masom pripada 6. razredu. Slatkiše više puta tjedno konzumira 46 %, od kojih je najviše onih normalne tjelesne mase. 79 % ispitanika prekomjerne tjelesne mase fizičkom se aktivnošću bavi uglavnom svaki dan. Veliki broj ispitanika prekomjerne tjelesne mase smatra da je normalno uhranjeno. Zbog prevelike tjelesne mase kod djece javlja se osjećaj smanjenog samopouzdanja te nezadovoljstva svojim izgledom, što može kod emocionalno nestabilnije djece dovesti do velikih psihičkih i fizičkih problema koji se u većini slučajeva otkriju prekasno. Kako bi se to spriječilo važno je od najranije dobi aktivirati samosvijest pojedinca o vlastitom tijelu i prehrani.

UDC 373.3-053-5+613.25

KEYWORDS: obesity, elementary school pupils, eating habits

ABSTRACT - The aim of this paper was to examine the prevalence of obesity and eating habits among pupils of certain grades of elementary school in Second Elementary School Varaždin. The research in this paper was carried out through a cross-sectional study. The sample consisted of 99 pupils who attended the higher grades of the Second Primary School in Varaždin. The research was conducted in June 2018 using an anonymous survey questionnaire made for the purpose of the research. More than half of those with excessive body weight belong to the 6th grade. Sweets are consumed several times a week by 46% of the pupils, most of which are of normal body weight. 79% of the subjects with excessive body weight are physically active almost every day. A large number of subjects with excessive body weight believe they have normal weight. Due to being overweight, children experience a feeling of reduced self-confidence and dissatisfaction with their appearance, which can lead to major mental and physical problems in more emotionally unstable children, which in most cases are discovered too late. To prevent this, it is important to activate the individuals' self-awareness of their own body and diet already at an early age.

1 Teoretična izhodišča

Posljednjih se godina znatno povećao broj pretile djece u Hrvatskoj te samim time to je postalo velik javnozdravstveni problem. Porast pretilosti zamjećuje se već u dječjoj i adolescentnoj dobi. Najbolji je oblik prevencije pretilosti razvijanje zdravih prehrambenih navika već od najranije dobi. Pretilost znatno utječe na zdravlje kao i na psihički razvoj djeteta jer se pretila djeca često suočavaju sa zadirkivanjem od strane vršnjaka te kritikom odraslih. Pretilost možemo definirati kao pretjerano nakupljanje masnog tkiva koje predstavlja veliki rizik za zdravlje svakog pojedinca (WHO, 1997).

Uglavnom se javlja kad je energetske unos veći od energetske potrošnje. Pretilost je kronična bolest s epidemijским razmjerima. Svjetska zdravstvena organizacija pretilost smatra jednim od najvećih problema u modernom svijetu. Stanje uhranjenosti definira se indeksom tjelesne

mase (ITM, engl. body mass indeks, BMI). Računa se kao omjer tjelesne mase u kilogramima te se dijeli s kvadratom tjelesne visine u metrima. Kada je ITM manji od 18,5, smatra se da je osoba pothranjena. Raspon od 18,5 do 25 smatramo normalnom tjelesnom masom. Kada je indeks tjelesne mase iznad 25, osoba se smatra prekomjerno teškom, a kada je ITM osobe iznad 35, ona se smatra pretilom. Kod djece se ne koriste klasične vrijednosti ITM-a, nego se koriste percentilne krivulje definirane po dobi i spolu (Hammer, Kraeme, Wilson, Ritter, Dornbusch, 1991).

Nakon što izračunamo ITM djeteta, vrijednost uspoređujemo s grafom koji je poseban za dječake i za djevojčice u odnosu na drugu djecu istog spola i dobi.

Tablica 1: Odnos percentila i uhranjenosti djece

<i>Status</i>	<i>Raspon percentila ITM-a</i>
Pothranjenost	Manje od 5. percentila
Normalna tjelesna masa	Između 5. percentila i manje od 85. percentila
Prekomjerna tjelesna masa	Između 85. percentila i manje od 85. percentila
Pretilost	Jednako ili veće od 95. percentila

Izvor: Anketni upitnik, 2018.

Prekomjerna tjelesna masa zdravstveno je stanje koje može biti prisutno već od najranije dobi. Najveći utjecaj na tjelesnu masu djeteta svakako imaju roditelji. Ponašanje roditelja povezano je s usvajanjem navika koje dovode do prekomjerne tjelesne mase djece (Šekerija, Ajduković in Poljičanin, 2008; Gahagan, 2004). Pojedina istraživanja pokazala su da je jedna četvrtina djevojčica i jedna petina dječaka prekomjerno debela. Istraživanje je obuhvatilo djecu od 11 do 12 godina te je utvrđeno da pretili roditelji uglavnom imaju i pretilu djecu (Bralic, Vrdoljak in Kovacic, 2005). To je usko povezano s ponašanjem i navikama koje roditelji prenose na djecu. U kasnijoj dobi odrasli pretili ljudi teško usvajaju zdrave prehrambene navike te time štete zdravlju i razvoju vlastita djeteta.

2 Metoda

Temeljni cilj ovog istraživanja bio je ispitati uhranjenost, samu učestalost pretilosti te prehrambene navike kod učenika pojedinih razreda osnovnoškolske dobi u II. osnovnoj školi Varaždin.

Istraživački problemi koji su se odnosili na uhranjenost, između ostalih, bili su prikazati:

- raspodjelu uhranjenosti učenika prema godinama razrednog odjeljenja,
- raspodjelu uhranjenosti učenika na temelju broja obroka i prema navici doručkovanja,
- raspodjelu uhranjenosti učenika prema vrsti namirnica koje konzumiraju te učestalosti konzumiranja,
- raspodjelu uhranjenosti učenika prema onome što jedu za međuobrok, učestalosti konzumiranja brze hrane i gaziranih pića.

Istraživanje u ovom radu provedeno je presječnom studijom. Uzorak ispitanika sastojao se od 99 učenika koji su bili polaznici 6., 7. i 8. razreda II. osnovne škole u Varaždinu. Istraživanje je provedeno u lipnju 2018. godine korištenjem anonimnog anketnog upitnika. Ispitanici su u istraživanju sudjelovali dobrovoljno nakon što su njihovi roditelji potpisali obrasce za suglasnost te im se detaljno objasnio postupak. Bilo je podijeljeno 110 obrazaca o suglasnosti roditeljima ispitanika, a od toga je 105 (95 %) roditelja dalo pristanak, a 5 (5 %) nije. Od 105 učenika za koje je dobivena suglasnost, anketirano je njih 99 (94 %), a 6 (6 %) učenika u vrijeme anketiranja nije bilo na nastavi. Podaci potrebni za istraživanje prikupljeni su anketnim upitnikom koji je sadržavao 20 pitanja. Pitanja otvorenog tipa (3) odnose se na podatke o dobi,

visini i masi pojedinog ispitanika. Pitanja zatvorenog tipa (17) odnose se na navike u prehrani, životne aktivnosti te samosvijest pojedinca o svojem tijelu i prehrani. Za ispunjavanje upitnika učenici su na raspolaganju imali jedan školski sat, odnosno 45 minuta.

3 Rezultati

Istraživanje je provedeno na 99 učenika osnovne škole. Analizom anketnih upitnika utvrđeno je da su podatci prikupljeni od 38 (38 %) ispitanika muškog spola te 61 (62 %) ispitanica ženskog spola. Pri tome, najveća tjelesna masa je 88 kg. 4 ispitanika nije ispunilo podatke o dobi.

Tablica 2: Dob učenika, tjelesna masa, visina i indeks tjelesne mase

	<i>Medijan (interkvartilni raspon)</i>	<i>Minimum - maksimum</i>
Dob učenika	13 (12 – 14)	12 – 15
Tjelesna masa [kg]	53 (46 – 60)	34 – 88
Tjelesna visina [cm]	163 (159 – 172)	143 – 185

Izvor: Anketni upitnik, 2018.

Prema spolu, dobi i tjelesnoj masi, preko percentilne krivulje, određena je uhranjenost učenika. Pothranjenih je 18 (19 %) učenika, normalne tjelesne mase njih 51 (53 %), a 28 (28 %) učenika je prekomjerne tjelesne mase. Značajnije su pothranjeni ispitanici šestih razreda, dok prekomjernu tjelesnu masu značajnije imaju učenici sedmih razreda. (χ^2 test, $P = 0,02$).

Nijedan učenik nije iznad 95. centile, odnosno ne spada u kategoriju pretilosti.

Tablica 3: Učenici prema uhranjenosti i razredu koji pohađaju

	<i>Broj (%) učenika</i>				<i>P*</i>
	<i>6. razred</i>	<i>7. razred</i>	<i>8. razred</i>	<i>Ukupno</i>	
Pothranjeni (<5.centila)	11 (26)	3 (13)	4 (13)	18 (19)	0,02
Normalna TT (≥5. centila, <85. centila)	16 (38)	11 (48)	24 (75)	51 (53)	
Prekomjerna TT (≥85. centila, <95. centila)	15 (36)	9 (39)	4 (13)	28 (28)	
Ukupno	42 (100)	23 (100)	32 (100)	97 (100)	

Opomba: χ^2 test

Izvor: Anketni upitnik, 2018.

Tijekom školskog dana tri obroka imaju 34 (35 %) učenika, a samo jedan obrok ima njih 17 (18 %). Prije odlaska u školu doručkuje 49 (51 %) ispitanika.

Tablica 4: Raspodjela učenika prema broju obroka i navici doručkovanja

	Broj (%) učenika				P*
	Poثرranjeni	Normalna TT	Prekomjerna TT	Ukupno	
<i>Koliko imaš glavnih obroka i međuobroka tokom školskog dana?</i>					
Jedan	5 (28)	9 (18)	3 (11)	17 (18)	0,72 †
Dva	4 (22)	13 (25)	10 (36)	27 (28)	
Tri	7 (39)	17 (33)	10 (36)	34 (35)	
Četiri i više	2 (11)	12 (24)	5 (18)	19 (19)	
<i>Doručkuješ li prije odlaska u školu?</i>					
Svaki dan	10 (56)	27 (53)	12 (43)	49 (51)	0,55
Rijetko	7 (39)	14 (27)	10 (36)	31 (32)	
Nikad	1 (6)	10 (20)	6 (21)	17 (17)	
Ukupno	18 (100)	51 (100)	28 (100)	97 (100)	

Opomba: * χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

Izvor: Anketni upitnik, 2018.

Povrće se kod 50 (52 %) učenika nađe na jelovniku više puta tjedno, dok se voće za većinu na jelovniku nađe svaki dan. Slatko jede 45 (46 %) učenika više puta tjedno, a ribu vrlo rijetko 71 učenik (73 %). Jedan ispitanik nije odgovorio na pitanje koliko često se na njegovu jelovniku nađe povrće.

Tablica 5: Raspodjela učenika prema učestalosti konzumiranja povrća, voća, slatkog i grickalica

	Broj (%) učenika				P*
	Poثرranjeni	Normalna TT	Prekomjerna TT	Ukupno	
<i>Koliko često se na tvom jelovniku nađe povrće?</i>					
Vrlo rijetko	3 (17)	8 (16)	1 (4)	12 (13)	0,51
Više puta tjedno	9 (50)	27 (53)	14 (52)	50 (52)	
Svaki dan	6 (33)	16 (31)	12 (44)	34 (35)	
<i>Koliko često se na tvom jelovniku nađe voće?</i>					
Nikad	0	1 (2)	0	1 (1)	0,65
Vrlo rijetko	2 (11)	6 (12)	3 (11)	11 (12)	
Više puta tjedno	5 (28)	22 (43)	15 (53)	42 (43)	
Svaki dan	11 (61)	22 (43)	10 (36)	43 (44)	
<i>Koliko često jedeš slatko?</i>					
Vrlo rijetko	3 (17)	14 (27)	15 (54)	32 (33)	0,06
Više puta tjedno	11 (61)	24 (47)	10 (36)	45 (46)	
Svaki dan	4 (22)	13 (25)	3 (11)	20 (21)	

Opomba: * Fisherov egzaktni test

Izvor: Anketni upitnik, 2018.

Za međuobrok 47 (49 %) ispitanika jede voće, nešto manje sendvič ili peciva te grickalice i slatkiše. Brzu hranu 79 (81 %) učenika jede vrlo rijetko, a vrlo rijetko pije gazirane napitke 56 (58 %) učenika, dok ih 19 (20 %) pije više puta tjedno. Mliječne proizvode svaki dan konzumira 34 (35 %) učenika, a 14 (14 %) vrlo rijetko.

Tablica 6: Raspodjela učenika prema onom što jedu za međuobrok te učestalost konzumiranja pojedine hrane u odnosu na uhranjenost

	Broj (%) učenika				P*
	Pothranjeni	Normalna TT	Prekomjerna TT	Ukupno	
<i>Za međuobrok jedu</i>					
Voće	11 (61)	24 (48)	12 (13)	47 (49)	0,47
Sendvič ili peciva	6 (33)	21 (42)	12 (43)	39 (41)	0,78
Grickalice i slatkiše	1 (6)	5 (10)	4 (14)	10 (10)	0,74
<i>Koliko često jedeš brzu hranu?</i>					
Ne jedem	0	5 (10)	2 (7)	7 (7)	0,27
Vrlo rijetko	14 (78)	40 (78)	25 (89)	79 (82)	
Više puta tjedno	4 (22)	6 (12)	1 (4)	11 (11)	
<i>Koliko često piješ gazirane napitke?(Coca cola, Fanta, Sprite ...)</i>					
Ne pijem	4 (22)	10 (20)	5 (18)	19 (20)	0,71
Vrlo rijetko	9 (50)	28 (55)	19 (68)	56 (58)	
Više puta tjedno	4 (22)	12 (24)	3 (11)	19 (20)	
Svaki dan	1 (6)	1 (2)	1 (4)	3 (2)	
<i>Koliko često konzumiraš mliječne proizvode?</i>					
Vrlo rijetko	1 (6)	9 (18)	4 (14)	14 (14)	0,62
Više puta tjedno	12 (67)	23 (45)	14 (50)	49 (51)	
Svaki dan	5 (28)	19 (37)	10 (36)	34 (35)	

Opomba: * Fisherov egzaktni test

Izvor: Anketni upitnik, 2018.

Najviše učenika, njih 42 (43 %) nosi hranu od kuće, a samo dva učenika navode da ne jedu ništa. Najviše učenika prekomjerne tjelesne mase nosi hranu od kuće, dok samo jedan učenik prekomjerne tjelesne mase ne jede ništa u školi.

Tablica 7: Način prehrane u školi u odnosu na uhranjenost

U školi se hrane:	Broj (%) učenika				P*
	Pothranjeni	Normalna TT	Prekomjerna TT	Ukupno	
U školskoj kuhinji	3 (17)	16 (31)	10 (36)	29 (30)	0,38
Nosim hranu od kuće	7 (39)	24 (47)	11 (39)	42 (43)	0,76
Kupim sendvič ili pecivo	7 (39)	11 (22)	6 (21)	24 (25)	0,34
Ne jedem ništa	1 (5)	0	1 (4)	2 (2)	0,22

Opomba: *Fisherov egzaktni test

Izvor: Anketni upitnik, 2018.

4 Rasprava

Leskošek, Strel i Kovač (2010) u svom su istraživanju proučili udio pretilih i prekomjerno teških učenika u Sloveniji čija se dob kreće između 7 i 18 godina. Istraživanje se provodilo oko 16 godina, a temeljilo se na indeksu tjelesne mase. Rezultati pokazuju kako je u tom razdoblju udio prekomjerno teških učenika porastao za gotovo 30 %, s 13,5 % na 18,8 %, dok je udio pretilih učenika bio udvostručen, s 2,3 % na 4,6 %.

Olaya idr. (2015) provedli su istraživanje u sedam europskih zemalja: Italiji, Njemačkoj, Nizozemskoj, Rumunjskoj, Bugarskoj, Litvi i Turskoj. Uzorak ispitanika u istraživanju sastojao se od 5206 djece čija se dob kretala od 6 do 11 godina. Informacije o visini, masi te životnim navikama dobiveni su od majki, a status uhranjenosti te djece izračunat je prema indeksu tjelesne mase. Rezultati su pokazali prevalenciju prekomjerne mase za 15,6 % te 4,9 % za pretilost.

Na grčkom otoku Lemnos Tsiliou, Rigopoulos i Koutelidakis (2016) ispitali su uhranjenost djece u dobi od 9 do 12 godina. U istraživanju je sudjelovalo 130 učenika četvrtog, petog i šestog razreda iz tri osnovne škole, a ispitivanje se temeljilo na izračunu indeksa tjelesne mase. Rezultati su pokazali prevalenciju prekomjerno teške i pretile djece za 8,2 %, odnosno 16,4 %. Istraživanje je pokazalo da su dječaci fizički aktivniji i češće imaju naviku konzumirati doručak u odnosu na djevojčice. Normalnu masu imalo je 72,4 % učenika, a njih 3 % bilo je pothranjeno.

Dragaš Zubalj idr. (2018) istraživanjem su obuhvatili 167 učenika, od kojih je 55,08 % dječaka i 44,91 % djevojčica. Pokazalo se, da je većina učenika, njih 64,07 %, normalne tjelesne mase, 20,95 % prekomjerne tjelesne mase, a njih 14,97 % je pothranjeno. Rezultiralo je zaključkom, da su učenici osnovne škole deblji u odnosu na učenike srednje škole. Učenici prvih razreda osnovne škole imaju najčešće 5 obroka u danu, kao i oni koji su više tjelesno aktivni. Obrok koji učenici najčešće ne konzumiraju je zajutak. Utvrđeno je, da oni koji češće jedu povrće nisu prekomjerne tjelesne mase. Tjelesna aktivnost najzastupljenija je među učenicima šestih razreda osnovne škole. Zaključili su, da stanje uhranjenosti ispitanika prati trend u RH te da se prehrambene navike mijenjaju ovisno o dobi ispitanika, što je izvrstan prediktor pretilosti.

Bilić-Kirin (2017) istražila je navike školske djece te njihovih roditelja uzevši u obzir mjesto stanovanja te promjene istih nakon edukacije. Istraživanjem je obuhvatila 332 ispitanika, od kojih je 191 učenik i 141 roditelj u dvije gradske i dvije seoske škole. Kontrolnu skupinu činio je 181 učenik koji nije bio obuhvaćen edukacijom. Na početku istraživanja tim školske medicine u školama je proveo mjerenje mase, visine, opseg struka i bokova te je isto ponovljeno nakon 6 i 12 mjeseci. Ispitivanje prehrambenih navika kod djece i roditelja vršeno je anketnim upitnikom. Rezultati tog istraživanja pokazali su da uopće ne doručkuje 3,6 % djece, a tri glavna i jedan kuhani obrok na dan ima 55,3 % djece. Voće ne jede njih 5,8 %, a povrće 9,1 %, dok slatka pića pije 23,1 % djece. Nakon edukacije kod djece se primijetio povećan unos količine voća na dan (s 41 % na 63,4 %), a smanjila se količina svakodnevnog unosa slatkiša (s 46 % na 17,9 %). Značajno više djece u gradu ne jede povrće i ne hrani se u školskoj kuhinji, dok su djeca u seoskim sredinama više educirana o debljini. Pokazalo se da je 4,1 % pothranjene djece, 80,4 % djece normalne tjelesne težine, prekomjerne tjelesne težine je 10,5 %, a pretilih 5 %. Istraživanje je pokazalo kako je edukacija bila vrlo uspješna te je dovela do promjene stavova i prehrambenih navika djece i roditelja. Trajna edukacija u školama značajno bi promijenila prehrambene navike, a samim time dovela do razvoja zdravijih generacija.

Jureša, Musil i Kujundžić Tiljak (2012) istraživali su stanje uhranjenosti djece školske dobi u Hrvatskoj. Uzorak djece bio je u dobi od 6,5 do 18,5 godina. Ukazalo se na postojanje trenda prema kojem su djeca iste dobi viša i teža u odnosu na svoje vršnjake u razdoblju od 1980. do 1984. godine. Tako su dječaci u dobi od 7 godina 2,7 cm viši i 2,4 kg teži od svojih vršnjaka, a djevojčice za 2,5 cm više i 2,5 kg teže od svojih vršnjaka u prijašnjem istraživanju. Osim tog trenda u Hrvatskoj su zabilježili zabrinjavajući nerazmjer u porastu tjelesne mase u odnosu na tjelesnu visinu, sa značajnim porastom udjela 15 djece s povećanom tjelesnom masom odnosno pretilošću.

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, koje je kontinuirano pratilo stanje uhranjenosti djece u dobi od 7 do 14 godina u razdoblju od 2005. do 2009. godine, 26,4 % pregledane djece školske dobi imalo je prekomjernu tjelesnu masu. Od toga 15,2 % djece imalo

je povećanu tjelesnu masu, a 11,2 % djece bilo je pretilo (Nacionalne smjernice za prehranu učenika u osnovnim školama. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2013).

Koff i Rierdan (1991) proveli su istraživanje na 206 djevojaka šestog razreda osnovne škole koje su odgovorile na pitanja o svojoj masi, o tome kako doživljavaju slike svoga tijela, o načinima prehrane te stavovima o masi i prehrani. Rezultati su pokazali da su osjećaji pretilosti i želje za gubitkom mase postali česti za adolescentice. Većina djevojaka, koje su željele izgubiti tjelesnu masu, rekle su da su barem povremeno na dijeti. Kod većine djevojaka zabrinutost za masu pojavila se u dobi od 9 do 11 godina. Znatno dio djevojaka izbjegava masnoće, broje kalorije, razmišlja pretjerano o hrani, osjeća krivnju nakon jela i prejedanja te vježbaju kako bi smršavjele. To se uočilo čak i među djevojkama koje se nisu opisale kao djevojke prekomjerne težine ili su bile zadovoljne svojim izgledom. Pojava tih stavova i ponašanja u mlađoj dobi vrlo je zabrinjavajuća, budući da su neki od tih jasni faktori rizika za razvoj ozbiljnih poremećaja prehrane.

Na temelju dosad provedenih istraživanja koja su se vršila u Hrvatskoj i u pojedinim stranim zemljama vidi se trend negativne promjene životnog stila te time i samog načina prehrane. Dosadašnja istraživanja upućuju na trend povećanja broja pretile školske djece tijekom godina, a visoka je učestalost prekomjerne tjelesne mase. Zapaženo je i da je prehrana djece neuravnotežena i nekvalitetna, što se odražava na povećanje broja pretile djece.

U populaciji djece školske dobi trebalo bi provoditi različite preventivne programe, upravo zbog toga što djeca u tome životnom razdoblju najbolje usvajaju prehrambene navike. Samim time, djeca mogu ispraviti nepravilne prehrambene navike svojih roditelja koje potencijalno dovode do posljedica po zdravlje. II. osnovna škola Varaždin provodi periodične ankete među djecom o zadovoljstvu školskom prehranom u sklopu Vijeća učenika te samim time omogućuje djeci utjecaj na vlastitu prehranu u školi. S obzirom da veći dio vremena djeca provode u školi potrebno im je osigurati kvalitetno isplanirane obroke, odnosno dostupnu raznovrsnu visokovrijednu hranu kako ne bi koristili automate s grickalicama, slatkišima i gaziranim pićima koji su, nažalost, na raspolaganju u pojedinim školama. Zdrava i raznovrsna prehrana u školama nužna je kako bi djeca stekla pravilne prehrambene navike. Važan značaj treba pridavati i tjelesnoj aktivnosti te redovito poticati učenike na bavljenje sportom (Nacionalne smjernice za prehranu učenika u osnovnim školama, 2013). U medijima se svakodnevno ističe trend mršavosti. Zbog tog utjecaja mlade se navodi na stvaranje iskrivljenog mišljenja o svome fizičkom izgledu, što uvelike djeluje na samopouzdanje pojedinca (Kuzman, Franelić, Pavić Šimetin, 2004). To je izraženije kod djevojčica nego kod dječaka. Zbog velike želje da ispune moderne norme mršavog izgleda one pribjegavaju različitim metodama mršavljenja kroz nekontrolirane dijetu što u konačnici može rezultirati pojavom poremećaja u prehrani. Veliku ulogu u tome životnom periodu imaju obitelj i škola. Na temelju rezultata možemo samo naslutiti da je samosvijest i znanje o tjelesnoj masi jedan od problema kod ispitanika te da bi se trebalo učenike te školske dobi više educirati o problemu debljine, važnosti pravilne prehrane i tjelesne aktivnosti. Zbog prevelike tjelesne mase kod djece javlja se osjećaj smanjenog samopouzdanja te nezadovoljstva svojim izgledom, što može kod emocionalno nestabilnije djece dovesti do velikih psihičkih i fizičkih problema koji se u većini slučajeva otkriju prekasno. Osjećaj manje vrijednosti može dovesti do depresije i asocijalnog ponašanja.

LITERATURA

1. Bilić - Kirin, V. (2017). Mogućnosti utjecaja tima školske medicine na prehrambene navike školske djece i njihovih roditelja (Doktorska disertacija). Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

2. Bralic, I., Vrdoljak, J. in Kovacic, V. (2005). Associations Between Parental and Child Overweight and Obesity. *Coll Antropol*, 29, 481–486.
3. Dragaš Zubalj, N., Pavičić - Žeželj, S., Materljan, E., Stamenković, E., Sokolić, B. in Zubalj, V. (2018). Utjecaj prehrambenih navika i tjelesne aktivnosti na stanje uhranjenosti učenika u osnovnoj i srednjoj školi. *Pediatr Croat*, 62, 14–19.
4. Gahagan, S. (2004). Child and Adolescent Obesity. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 34, 36–43.
5. Hammer, L. D., Kraemer, H. C., Wilson, D. M., Ritter, P. L., in Dornbusch, S. M (1991). Standardized Percentile Curves of BodyMass Index for Children and Adolescents. *Am J Dis Child*, 145, 259–263.
6. Jureša, V., Musil, V. in Kujundžić Tiljak, M. (2012). Growth Charts for Croatian School Children and Secular Trends in Past Twenty Years. *Coll Antropol*, 36, 47–57.
7. Koff, E. in Rierdan, J. (1991). Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. *J Adolesc Health*, 12, 307–312.
8. Kuzman, M., Franelić, I. in Pavić Šimetin, I. (2004). Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2001/2002. 1.izd. Zagreb: HZJZ.
9. Leskošek, B., Strel, J. in Kovač, M. (1991–2006) (2010). Overweight and Obesity in Slovenian Schoolgirls *Coll Antropol*, 34, 1303–1308.
10. Olaya, B., Moneta, M. V., Pez, O., Bitfoi, A., Carta, M. G., Eke, C. idr. (2015). Country – level and individual correlates of overweight and obesity among primary school children: a cross – sectional study in seven European countries. *BMC Public health*, 15, 475.
11. Stručna radna skupina za izradu prehrambenih smjernica te standarda i normativa za prehranu školske djece. Nacionalne smjernice za prehranu učenika u osnovnim školama (2013). Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske.
12. Šekerija, M., Ajduković, D. in Poljičanin, T. (2008). Debljina mladih – problem današnjice ili budućnosti. *HČJZ*, 4, 16.
13. Tsiliou, S., Rigopoulos, N. in Koutelidakis, A. E. (2016). Dietary patterns, overweight and obesity rates in children aged 9–12 in primary schools of Greek island Lemnos. *Progress in Health Sciences*, 6, 51–58.
14. WHO (1997). Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity. Report of the World Health Organization Consultation of Obesity, Geneva

Pristop k preprečevanju padcev v Splošni bolnišnici Novo mesto

UDK 614.21+614.8

KLJUČNE BESEDE: splošna bolnišnica, padci, varnostni odkloni

POVZETEK - Ugotavljali smo, kakšne ukrepe za preprečevanja padcev uporabljajo v SB Novo mesto, na kakšen način ocenjujejo ogroženost za padce pri pacientih in kakšne preventivne ukrepe uporabljajo. Preučili smo slovensko in tujo literaturo s področja padcev ter se poglobili v obstoječo ocenjevalno lestvico, ki jo uporabljajo v SB Novo mesto ter katere ukrepe uporabljajo za preprečevanje padcev. V SB Novo mesto se za vsakega sprejetega pacienta naredi ocena ogroženosti pacienta za padec. V izogib varnostnim odklonom padca imajo na hodniku plakate s praktičnimi vajami za ohranjanje gibalnih sposobnosti, uporabljajo zaplestnice rumene barve na roki ogroženih pacientov ter imajo pripravljeno zloženko z osnovnimi informacijami o preprečevanju padcev v bolnišnici, ki je namenjena pacientom in njihovim svojcem. Zelo pomembno je zavedanje vseh zaposlenih in pacientov, da so padci prvi vzrok zapletov v bolnišničnem okolju. Uporaba lestvice za ugotavljanje ogroženosti pacientov za padce spodbuja zaposlene v zdravstveni negi k sistematičnemu iskanju dejavnikov tveganja za padec in k izvedbi aktivnosti za preprečevanje tveganja za padec ter posledično k zmanjšanju števila padcev v Splošni bolnišnici Novo mesto.

UDK 614.21+614.8

KEYWORDS: general hospital, falls, safety deviations

ABSTRACT - We determined what measures for fall prevention are used in General hospital Novo mesto, what kind of fall risk assessment tools and what preventive measures they use. We studied the Slovenian and foreign literature in the field of falls and delved into existing fall risk assessment scale used in General hospital Novo mesto and what measures they use to prevent falls. In General hospital Novo mesto a fall-risk assessment is made for all patients on admission. To avoid standard safety deviations of the patient falls, they have posters in the hallways that display practical exercises to maintain motor skills, they use yellow bracelets on the hands of at-risk patients and have a leaflet with basic information on fall prevention for patients and their relatives. Falls are the leading cause of complication of hospital care. The use of the rating scale for risk of falls encourages nursing staff to systematically identify the risk factors for falls and to carry out activities to prevent the risk and consequently reduce the number of falls at the General hospital Novo mesto.

1 Teoretična izhodišča

Dobro počutje in kakovostno življenje starostnikov je močno odvisno od njihovih telesnih zmožnosti. Sama starost ni povezana z boljšo ali slabšo telesno kondicijo, pač pa predvsem, v kakšnem stanju je človekovo telo in njegove zmožnosti.

Redna in zadostna gibalna aktivnost je pri starostnikih ključnega pomena za ohranjanje zdravja in kvalitetnega, predvsem pa samostojnega življenja. Raziskave za Slovenijo kažejo, da so kar okoli tri petine starostnikov nad 65 let neaktivne. Z leti se prenehajo gibalno/športno udeleževati predvsem tisti, ki niso redno športno dejavni. Z ustreznimi ukrepi je mogoče ohraniti aktiven življenjski slog prebivalstva skozi vsa življenjska obdobja. Gibalno/športno

aktivnost starostnikov v Sloveniji bi lahko izboljšali s ponudbo programov, ki bi bili prilagojeni njihovim potrebam. Starostniki bi za ohranjanje zdravja do pozne starosti morali redno skrbeti za telesno gibanje, ki krepi telo in duha. Z gibanjem pa bi vsak posameznik dosegel tudi to, da bi se boljše počutil, šel nasmejan skozi dan, ter ponoči imel prijetno noč.

Čeprav nenehno izvajalci zdravstvenih storitev težimo h redni telesni aktivnosti starostnikov, se dogaja da stari ljudje pogosto padejo. Padci niso normalen del starosti, so pa vzrok za zmanjšano kakovost življenja, številne poškodbe in eden pomembnejših dejavnikov smrti. Zaradi vedno večjega števila starostnikov se bo v naslednjih letih število padcev pri starostnikih le še povečevalo. Padci pri starostnikih so tako velik javnozdravstveni problem, saj v prihodnje predvidevamo še dodatno povečanje števila hospitalizacij zaradi poškodb povezanih s padci, povečala se bo potreba po oskrbi starostnikov v različnih institucijah in vedno več bo tudi stroškov povezanih s padci.

1.1 Padci pri starostnikih

V človeškem telesu vse življenje potekajo naravne in predvidljive spremembe. Iz dojenčkov se tako razvijajo otroci, ti postanejo odrasli in se čez čas postarajo. Znaki staranja se začnejo na telesu kazati od srednjih let naprej (Burnie, 1999). Starost je življenjsko obdobje, ki ga posamezniki različno doživljajo (Imperl, 2012). Kronološko starost pripisujemo ljudem po 65. letu (Mandl, Dorr in Oberholzner, 2006).

Padci so pogost dejavnik, ki povzroči poškodbo, hospitalizacijo in ne nazadnje namestitvev v socialni zavod. Padci predstavljajo eno izmed najpogostejših težav, ki ogroža avtonomijo starejših ljudi. Večina padcev je posledica kombinacije dejavnikov tveganja, ponavljajoči padci vodijo v funkcionalno oviranost. Družbena skrb za starejše obsega različne strategije pomoči. Predvideva se, da vsako leto pade vsaj 30 % populacije starejše nad 65 let, 20 % starejših pa zaradi teh padcev potrebuje zdravstveno oskrbo, medtem ko jih 5 % predstavlja različne zlome (Tomšič in Rugelj, 2011). Niso redki tudi smrtni primeri po padcu, po 80. letu so padci glavni vzrok smrti zaradi poškodb (Brilej in Komadina, 2004). Kar 50 % vseh padcev se pri starostnikih zgodi doma (Tomšič in Gunčar, 2012). V Sloveniji je kar 44 % smrti zaradi poškodb starejših povezanih s padci (Grmek Košnik in Petrič, 2007). Pri četrtini poškodovancev je vzrok padca pridružena bolezen, ki pomembno vpliva na zdravljenje in tudi posledice po poškodbi (Brilej in Komadina, 2004).

1.1.1 Dejavniki tveganja za padce

Dejavnikov tveganja za padeč je veliko in se medsebojno prepletajo. Večina dejavnikov tveganja je spremljevalec starosti, kot so telesne spremembe zaradi staranja, kronične bolezni, jemanje različnih zdravil ali razmere v starostnikovem življenjskem okolju (Sedej, 2008). Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2008) navaja, da so najpogostejši dejavniki za padce biološki (starost in spol posameznika ter telesne in duševne zmožnosti), vedenjski (vpliv zdravil, ozaveščenost o nevarnostih padcev), okoljski in socio-ekonomski dejavniki tveganja.

Dejavniki tveganja za padce so drugačni pri aktivni, dobro gibljivi osebi, kot tisti, ki je gibalno ovirana ali pa je povsem nepomična. Starostnike, ki živijo doma, ogrožajo naslednji dejavniki tveganja: prejšnji padci, oslabeleost, težave z ravnotežjem in hojo, slabši vid, slabša mobilnost, kognitivna okrnjenost, ortostatska hipotenzija, itd. Pri osebah v akutni negi padce napovedujejo: nestabilna hoja, prejšnji padci, agitiranost in zmedenost, pogosto mokrenje, inkontinenca ter zdravila. Osebe v domovih starejših občanov spremljajo poleg kognitivne okrnjenosti in starosti še: slab vid, oslabeleost, nevrološke motnje, motnje hoje in ravnotežja, srčno-žilne bolezni (Salobir, 2011). Pomemben dejavnik tveganja je tudi življenje v drugem okolju, npr. domu za starejše pa tudi zloraba alkohola (Tomšič idr., 2014).

V raziskavi, ki jo je opravila Tomšičeva (2014) s sodelavci je pokazala, da so najpogostejši dejavniki tveganja za padce pri starostnikih, ki bivajo v domovih za starejše kronične bolezni in jemanje zdravil, ki lahko povzročijo slabšo koordinacijo, omotičnost, vrtoglavico in sabšo presojo. V nekaterih domovih za starejše zunanje okolje predstavlja veliko tveganje za padce (neprimerna zunanja osvetlitev), dejavniki tveganja pa so tudi neprimerne ograje na stopniščih in dvigalu. Posebno nevarnost predstavljajo kopalnice, kjer v banjah ali kabinah ni nameščenih ustreznih neдрsečih podlog.

1.1.2 Posledice padcev

Padci imajo zdravstvene, socialne in osebne posledice. Vseh posledic ni mogoč zaznati takoj, nekatere se razvijejo počasi in lahko vodijo v nov padec. Starostniki, ki so padli že kdaj prej, potrebujejo ob ponovnem padcu več nege in bolnišnične oskrbe, med njimi pa je tudi večja smrtnost. Tudi manjši padci lahko povzročijo katastrofalne posledice za telesno in duševno zdravje starostnika. Med zdravstvenimi posledicami so najpogostejše poškodbe in zlomi ter njihovi zapleti, operacije, izguba gibljivosti in mišičja ter bolečine (Voljč, 2011). Kar pri 25 % starostnikov, ki utrpijo poškodbe zaradi padcev, se zmanjša gibljivost, zmanjša se samostojnost in poveča tveganje za prezgodnjo smrt (Tomšič in Gunčar, 2012). Socialne posledice so zmanjšanje samostojnosti, zoženje življenjskega okolja, lahko celo osamitev, odvisnost od nege ali odhod v negovalno ustanovo. Osebne posledice so strah pred ponovni padcem in z njim povezane duševne obremenitve, zmanjšana samozavest, depresija, in z njo povezana osamitev (Voljč, 2011). Na posledice poškodb po padcih vplivajo številni dejavniki, kot so stopnja osteoporoze, povezava s podnebnimi in prehrabnenimi razmerami, kakovostna ureditev stanovanja ter fizične aktivnosti starostnika (Tomšič in Gunčar, 2012).

1.1.3 Poškodbe

Poškodbe so na šestem mestu lestvice vzrokov smrti pri starejših od 65 let, 70% poškodb pa nastane zaradi padcev. Ena tretjina starejših od 65 let po padcu utрпи blažje površinske poškodbe, desetina zmerne, kot je zlom v zapestju, ena dvajsetina pa hude poškodbe, npr. zlom kolka. Več kot 20 % pacientov z zlomljenim kolkom je treba začasno ali trajno namestiti v specializiranih ustanovah (Salobir, 2011).

Druge pomembne posledice padcev pri starejših osebah so: poškodbe mehkih tkiv, nepokretnost, omejena pokretnost, zmanjšana sposobnost za samostojno življenje, namestitvev pacientov v specializirane ustanove, venske tromboze, osteoporoza, pljučnica, obstipacija, preležanine itd. Od nevroloških zapletov zaradi padcev so najpogostejši hematomi, kontuzije možganov ter intercerebralne krvavitve. Omeniti je potrebno tudi psihološke travme pacienta, ki jih je utrpel zaradi padca. Pri njem se pojavi strah pred ponovitvijo te neprijetne izkušnje, zaradi česar starostnik drastično zmanjša svoje gibanje, celo do imobilizacije. Vse to govori o velikem pomenu padcev v patologiji starih ljudi. Morda nobeno področje geriatrije niti medicine na sploh ne terja holističnega pristopa pacienta v tisti meri, ki je potrebna za razumevanje razlogov za padec starejše osebe in posledic, ki jih padec prinaša za njeno zdravje (Cijan in Cijan, 2003).

1.1.4 Strah

V zdravstvu pri starostnikih obravnavajo predvsem poškodbo, pozabljajo pa na njegovo duševno stanje, ki kljub uspešnemu zdravljenju telesne poškodbe lahko odpira pot v pogubni krog izgube samozaupanja, odvisnosti in negibnosti (Voljč, 2011). Strah pred padcem starostnika še dodatno bremeni in sklene začaran krog, ko zaradi zmanjšane telesne aktivnosti upade mišična moč, postanejo nezanesljivi in nevarnost padca še poveča (Marinšek in Kramar, 2009). Strah predstavlja trajno skrb in je prvem mestu v primerjavi z drugimi splošnimi

strahovi. To vodi k temu, da se starostniki izogibajo dejavnostmi, ki so jih še vedno zmožni opravljati, kar lahko privede do posledične telesne oslabitve, izgube samostojnosti in socialne osamitve, lahko postanejo depresivni (Scheffer idr., 2008).

1.1.5 Rehabilitacija starostnika po padcu

Poškodovani starostniki spadajo med huje prizadete kirurške paciente. Ne toliko zaradi težkega operativnega zdravljenja, kakor zaradi težav na vseh drugih ravneh obravnave, kot so priprava na operacijo, nega in rehabilitacija. Zdravljenje je odvisno od vrste poškodbe. Lahko je to konzervativno zdravljenje z mavcem ali pa operativno zdravljenje (Herman, 2011).

Pod rehabilitacijo v starosti razumemo dejavnosti, ki so usmerjene v odstranjevanje telesnih in duševnih posledic bolezni. Rehabilitacija mora biti koordinirana, kontinuirana in kompleksna, s katero se dosega optimalna duševna in funkcijska reaktivacija, z namenom, da bi bili starejši sposobni živeti zunaj institucij. Rehabilitacija starostnikov tako pomeni usposobitev in vključitev v socialno okolje kljub prizadetosti. Temeljno vodilo rehabilitacije v starosti naj bi bila preventiva s treningom, ki ohranja telesne funkcije neprizadete ali pa v določeni meri obnovi okvarjene. Pomembna cilja sta kognitivni trening in vpliv na vedenje, večkrat je treba prilagoditi tudi življenjsko okolje (Bilban, 2004).

1.1.6 Epidemiologija padcev

Staranje prebivalstva razvitega sveta je značilen pojav sodobne družbe. Zaradi podaljševanja življenja se v naslednjih desetletjih pričakuje rast števila poškodovanih zaradi nenamernih ali namernih poškodb. V prihodnosti lahko pričakujemo, da se bo problem poškodb, še posebno zaradi padcev, povečal zaradi naraščanja števila in deleža starostnikov. Povečalo se bo predvsem letno število hospitalizacij zaradi poškodb, saj stopnja hospitalizacije zaradi zloma kolka v zadnjih dvajsetih letih kaže trend rasti. To bo močno obremenilo bolnišnično zdravstveno dejavnost, povečala pa se bo tudi potreba po rehabilitaciji in oskrbi starostnikov (Rok Simon, 2004).

1.2 Preprečevanje padcev in poškodb

Na področju preprečevanja padcev in poškodb starostnikom veliko pozornosti namenjata Evropska unija in Svetovna zdravstvena organizacija, ki v vseh državah spodbujata izmenjavo dobrih in uspešnih praks (Voljč, 2010).

Z ozirom na povečevanje števila starih ljudi in naraščajočim javnozdravstvenim pomenom padcev, so nekatere evropske države na regionalnih in državnih ravneh že sprejele preventivne strateške usmeritve. V nemškem govornem področju (Nemčija, Avstrija) je preventiva padcev med starejšimi strokovno razvito področje, kar se kaže v številnih objavah in monografijah. Skupina strokovnjakov s področja preventive padcev, zavarovalnic, športa in socialnega skrbstva je pripravila predlog preventivnih ukrepov za zmanjševanje padcev med starejšimi, ki živijo v domačih okoljih. Cilj priporočil je spodbuditi razvoj skupin za preventivo padcev v okviru primarnega zdravstva. Na ta način naj bi starejši imeli na področju njihovega bivanja možnost udeleževati se smiselnih, strokovno podprtih in učinkovitih preventivnih aktivnosti, od katerih je mogoče pričakovati pozitivne zdravstvene in posledično tudi ekonomske učinke. Priporočila za zmanjševanje padcev v domovih starejših občanov povezujejo večletne izkušnje s področja motivacije in šolanja strokovnega kadra, ugotavljanja tveganj za padce, informiranja stanovalcev, njihovih svojcev in sodelovanja z družinskimi zdravniki. Dodana so navodila za vaje, primeri padcev, potrebni formularji in standardi za strokovnjake s področja preventive padcev (Voljč, 2015).

▫ Za preprečevanje padcev in poškodb pri starostnikih je potrebno (Hvalič Touzery, 2010):

- spremeniti prepričanje, odnos in vedenjske vzorce starih ljudi samih, pa tudi širše skupnosti, zdravstvenih in socialnih delavcev,
- ozaveščati je potrebno širšo populacijo o ukrepih, ki lahko zmanjšujejo število in pogostost padcev,
- pri predlaganju ukrepov ali informiranju o ukrepih je treba vzpostaviti pozitivno samopodobo in koristi,
- na različne načine je treba k načrtovanju preventive pritegniti stare ljudi,
- zagotoviti je potrebno, da so ukrepi načrtovani tako, da zadovoljujejo potrebe, želje in sposobnosti posameznika.

Kakovostno preživljanje starosti je cilj tako starostnikov kot družbe nasploh. K kvaliteti bivanja v tretjem življenjskem obdobju doprinese tudi čim daljše in samostojno življenje v domačem okolju, pri čemer je potrebno poudariti, da vsa stanovanja in stanovanjske hiše ne ustrezajo bivanju starostnikov. Pomemben dejavnik za kakovostno bivanje v domačem okolju v starosti je adaptacija oziroma prilagoditev stanovanja, saj večina stanovanj ni primernih za varno bivanje starostnikov. Pomembno vlogo pri načrtovanju in svetovanju adaptacije ima delovni terapevt, ki analizira ustreznost okolja in prepozna vzroke neprilagojenosti ter predvidi vplive okolja na posameznika. Pri načrtovanju adaptacije mora upoštevati aktivnosti, ki se bodo izvajale v določenem okolju, ekonomski nivo in druge dejavnike. Fizično okolje se lahko adaptira z načrtovanjem in gradnjo klančin, namestitvijo ograj, klopi ob poteh, ki so namenjene počitku. Pomembno je stalno vzdrževanje površin (Tomšič, Gunčar, 2012). Tomšičeva (2011) pri okoljskih dejavnikih izpostavlja pomembnost primerne ograje na stopniščih, označitev roba stopnic, dobra osvetlitev in primerna podlaga (pločniki, sprehajalne poti).

Voljč (2011) navaja 10 splošnih pravil o varovanju pred padci v domačem okolju in veljajo za vse prostore v stanovanju:

- Priporočljivo je, da starostnik vstopa v samo dobro osvetljene prostore.
- Varno urejeno stanovanje pomeni, da nima pragov, ki bi bili višji od nivoja tal v prostorih.
- Vrata naj bodo dovolj široka, da gredo lahko skozi kosi pohištva, hladilniki, pralni stroji itd.
- Ključavnice v vratih naj se zaklepajo in odklepajo nad kljuko vrat in ne pod njo, da se pri odklepanju in zaklepanju ni potrebno sklanjati.
- Okna naj bodo enostavno konstruirana in naj se zlahka odpirajo in zapirajo.
- Domofon naj bo v prostoru, kjer se starostnik največ zadržuje.
- Tla v prostorih naj ne bodo gladka in naj ne drsijo. Priporočeno je, da starostnik nosi copate s podplatom, ki ne drsijo.
- Pipe za vodo naj bodo enostavne in velike.
- Ogrevanje prostorov naj bo sodobno.
- Preproga naj pokriva tla od stene do stene, tako, da ni robov, ob katere bi se lahko spotaknili.

Spremembe se lahko poleg fizičnega okolja izvajajo tudi v socialnem, kulturnem in institucionalnem okolju, s čimer se omogoča boljše počutje in zdravje nasploh ter zmanjša tveganje za padce. Adaptacija socialnega okolja vključuje poučevanje družine, skupnosti in organizacij z namenom vzpostavljanja učinkovite socialne in politične mreže ter druge podpore za starostnika, skupine in populacije. Starostnikom je potrebno omogočiti obiske sosedov, zdravstvenih ter socialnih služb (Tomšič in Gunčar, 2012).

1.2.1 Naloge izvajalcev zdravstvene nege pri preprečevanju padcev

Poslabšanje zdravstvenega stanja starostnika je pogosto razlog za premestitev v dom starostnikov, ki je socialni zavod, vendar po vsebini dela prevladuje zdravljenje in zdravstvena nega. Starostniki so nedvomno posebna, drugačna skupina prebivalstva, ki potrebuje posebno skrb. Skrb za starostnika z vidika zdravstvene nege se pojavlja na edinstven način, ki pomeni,

da ljudi povezuje z ljudmi oziroma človeka s človekom, kar daje izvajalcem zdravstvene nege posebno pomembnost (Železnik, 2011).

Cilj zdravstvene nege v socialnih zavodih je preprečevati bolezni in varovati zdravje starostnika, zato je zdravstvena nega povezana z vsemi dejavnostmi, ki stremijo preprečevanju bolezni in vzdrževanju zdravja. Zdravstvena nega se nenehno prilagaja in razvija kot odgovor na potrebe starostnikov v sodobni družbi, saj so njene naloge ohranjanje vrednot in vzdrževanje idealov povezanih s človekovim zdravjem v vseh življenjskih obdobjih. Medicinske sestre gledajo na posameznika starostnika holistično, ga spoštujejo kot bio-psiho-socialno in duhovno bitje, ki ima sposobnosti in zmožnosti, da si sam postavlja cilje in odloča o sebi. Medicinske sestre so sposobne in zmožne samostojnega delovanja na avtonomnem področju zdravstvene nege in so enakovredne sodelavke v interdisciplinarnem timu, saj suvereno zastopajo zdravstveno nego in individualne interese starostnika (Železnik, 2011).

Naloge izvajalcev zdravstvene nege, ki pripomorejo k preprečevanju tveganja za padec pri starostniku so (Zemljič, 2010):

- vodenje dokumentacije o oceni tveganja za padec pri vsakem pacientu ob sprejemu, spremembi zdravstvenega stanja, ob padcu, ob premestitvi in ob odpustu,
- ocenitev, kako varno je okolje,
- zagotavljanje varnega okolja,
- varno skladiščenje invalidskih vozičkov, infuzijskih stojal, ki niso v uporabi,
- zagotavljati nedrseče podlage in varen stol v tušu in v kadi, ter ogledalo v kopalnici in sobi,
- oceniti starostnikovo koordinacijo in ravnotežje,
- nadzorovati starostnika medtem ko sedi na robu postelje, med hranjenjem, med umivanjem in pri umivalniku,
- klicna naprava in luč morata biti vedno na dosegu rok,
- postelja mora biti spuščena na ravni, da starostniku omogoča optimalno vstajanje iz postelje in posedanje vanjo,
- starostniku zagotovimo nedrseče copate in nogavice primerne velikosti,
- poskrbimo za nego nod in oskrbo bolečih ran na nogah,
- starostnika spremljamo do stranišča in v kopalnico,
- transport starostnika vedno opravljata dva izvajalca zdravstvene nege,
- starostnika pogosto opazujemo,
- izvajalci zdravstvene nege se morajo pravočasno odzvati signalnemu klicu,
- starostnika in njegove svojce moramo aktivno vključevati v načrt preprečevanja padcev.

2 Metode

Preučili smo slovensko in tujo literaturo ter vire s področja padcev starejše populacije, poškodb, ki nastanejo zaradi padcev ter možnih ukrepov za preprečevanje padcev. Pri starostnikih. Preučili smo obstoječo ocenjevalno lestvico, ki jo uporabljajo v SB Novo mesto ter podrobneje pregledali, katere ukrepe uporabljajo v SB Novo mesto za preprečevanje padcev.

3 Rezultati

3.1 Pristop k preprečevanju padcev v Splošni bolnišnici Novo mesto

Vloga zdravstvene nege pri obravnavi pacientov je v tem, da oceni stopnjo samostojnosti pacienta in na podlagi tega izdela individualni načrt aktivnosti zdravstvene nege, s ciljem, da doseže višjo stopnjo samostojnosti pri pacientu. Odgovornost medicinske sestre za zdravstveno vzgojno delo je neizogibna, prav tako odgovornost do družinskih članov. Njena naloga je, da

pacientu in svojcem daje razumljiva in razločna navodila in da preverja razumevanje (Hostnik, 2010).

Cilj zdravstvene vzgoje je ozaveščanje o pomenu prepoznavanja dejavnikov tveganja za padec, zagotavlja varnost v bivalnem prostoru, ter o pomenu telesne dejavnosti za organizem (Hostnik, 2010).

Ukrepi za preprečevanje padcev in zdrsov pri pacientih se nanašajo na ureditev bolniške sobe in uporabo pripomočkov v njej. Ni pomembno le, da bolniška soba vsebuje vso opremo, ampak je predvsem pomembno, da je ta oprema varna. Pomembna pa je tudi pravilna uporaba pripomočkov, saj le s tem pacientu zagotovimo varno zdravstveno obravnavo. Potrebno pa je tudi paciente pravilno poučiti o pravilni uporabi pripomočkov in opreme v bolniški sobi (Prah, 2008).

3.1.1 Pomen dobre komunikacije pri preprečevanju padcev s Splošni bolnišnici Novo mesto

Da nas bo pacient res dobro razumel mora komunikacija potekati več slojno, tako na sami besedno slušni ravni, kot na vizualni ravni.

Ob sprejemu se opravi pogovor s pacientom o težavah, ki jih ima in bi lahko bile vzrok za padec. Izvede se pogovor tudi s svojci, če so prisotni. Vse ugotovitve zabeležimo v negovalno dokumentacijo in v računalniški program Birpis 21 v lestvico ocenjevanja ogroženosti za padec. Vedno moramo delovati v smislu spodbujanja funkcionalne neodvisnosti pacienta in jo spoštovati (Gradišek in Knavs, 2013).

Način komunikacije moramo vedno prilagoditi stopnji dožemanja in razumevanja pacienta, pomembno je, da pristopimo vsakemu pacientu individualno, kljub lestvicam, ki so šablonskega tipa. Med razgovorom opazujemo odzive pacienta, saj nam včasih več pove izraz na obrazu, kot izrečene besede pacienta. Po vsakem sklopu podanih informacij preverimo ali nas je pacient razumel (Gradišek in Knavs, 2013).

Preverjanje razumevanja pacienta nam je v pomoč tudi pri načrtovanju našega dela za naprej, saj lahko včasih ugotovimo, da smo mi sami nerodni pri podajanju informacij. V splošni bolnišnici Novo mesto imajo pripravljeno tudi zloženko z osnovnimi informacijami o preprečevanju padcev v bolnišnici, ki je namenjena pacientom in njihovim svojcem. Zloženska je značilne rumene barve, saj z rumeno zapestnico označijo tudi paciente, ki so ocenjeni kot ogroženi za padec (Gradišek in Knavs, 2013).

Zloženska je vsebinsko zanimiva in vsebuje ravno dovolj informacij, da jih pacienti lahko usvojijo. Pri njenem oblikovanju so se trudili, da je vsebinsko niso preveč zapolnili. Saj so že v praksi ugotavljali, da preveč teksta, paciente ne motivira za branje. Navadno so take zloženske obležale na raznih policah bolnišnice, neprebrane. Trenutno zloženko še vedno tiskajo na tiskalniku, saj se na vse bolnišničnem nivoju pripravlja poenoten videz zloženk in njihovo posodabljanje. Tako ima pacient tudi možnost, da v miru prebere zloženko in se obrne na osebe v primeru nejasnih stvari. Zloženska je v veliko pomoč vizualnim komunikacijskim tipom pacientov (Gradišek in Knavs, 2013).

Slika 1: Prva stran zloženke Preprečevanje padcev

Kljub vsemu, pa se lahko zgodí, da bolnik pade ali zdrsne:

- ▶ vstane sam in hodi brez spremstva,
- ▶ ponoči ne prižge luči,
- ▶ ima vrtočlavo ali motnje ravnotežja,
- ▶ preceni svoje moči in zmožnosti, kljub varnostnim navodilom ne pokliče medicinske sestre za pomoč pri vstajanju,
- ▶ starši ne upoštevajo navodil zdravstvenega osebja (otroci brez nadzora),
- ▶ ko ne upoštevajo danih navodil.

LE NAM VSEM SKUPAJ ZDRUŽNO BO USPELO, DA BO VAŠE BIVANJE PRI NAS PRIJETNO, VARNO IN BREZ NEŽELENIH DOGODKOV.

ZATO VAS PROSIMO ZA SODELOVANJE. HVALA.

Splošna bolnišnica Novo mesto
ŠARIELSKA CESTA 1, 8000 NOVO MESTO
TEL.: 07 201 61 60, FAKS: 07 332 30 97
E: TAJNISTVO@GB-NM.SI
WWW.SB-NM.SI

PREPREČEVANJE PADCEV PACIENTOV

INFORMACIJE ZA PACIENTE IN SVOJCE

Besedilo in oblikovanje: Knava NASTJA, Gms Gradisak Antroja, Gms oktober 2016

Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto.

Slika 2: Druga stran zloženke Preprečevanje padcev

Kaj je padec?
Padec je vsak nenačrtovan dogodek, pri katerem bolnik pade ali zdrsne na tla, tudi če ga nismo neposredno videli pasti.

Kateri bolniki so bolj ogroženi?

- ▶ bolniki na pediatričnem oddelku,
- ▶ oslabele bolniki,
- ▶ bolnik po operativnih posegih v splošni anesteziji,
- ▶ bolniki, ki uživajo pomirjevala, uspavalna in analgetike,
- ▶ bolniki, starejši od 65 let,
- ▶ bolniki, ki so že padli doma in jih je strah pred ponovnim padcem,
- ▶ bolniki, ki med hojo potrebujejo spremstvo ali sploh ne morejo hoditi sami,
- ▶ bolniki po amputaciji spodnjih udov,
- ▶ slabovidni,
- ▶ bolniki, ki uporabljajo pripomočke za hojo (bergle, hoduljo...),
- ▶ demenčni ter zmeden bolniki.

Bolnik lahko sam veliko prispeva k svoji varnosti.

- ▶ opozorite zdravstveno osebje, če ste v preteklosti že padli, da bomo na vas bolj pozorni,
- ▶ preden sedete na posteljo ali na voziček prevente, ali so kolesa zavrta,
- ▶ nikoli ne precenite svojih zmožnosti,
- ▶ kadar vstanete ponoči, vedno prižgite luč,
- ▶ povejte nam, kadar želite spremeniti višino postelje,
- ▶ pri hoji uporabljajte očala, hoduljo, obe bergli, nedrseče copate,
- ▶ ne hodite bosí ali samo v nogaviceh,
- ▶ ne hodite okoli dokler so lila mokra,
- ▶ če ste slabotni, s postelje ne vstajajte sami, ampak pokličite nas za pomoč (zvočnik ob postelji),
- ▶ nekatera zdravila povzročajo vrtočlavo, zato nas vedno pokličite, kadar se vam vrti, da vam bomo pomagali vstati,
- ▶ predvsem pa dosledno upoštevajte navodila zdravstvenega osebja in ostalih zaposlenih v naši bolnišnici.

Ob morebitnem padcu vas bo pregledal zdravnik in ugotovil kakšno je vaše zdravstveno stanje in kako hude so nastale poškodbe ob padcu. Če bo potrebno, vas bo zdravnik napotil na nadaljnje preiskave.

Če ugotovimo, da bolnik spada v ogroženo skupino, se bomo o tem pogovorili z bolnikom ali njegovimi svojci in pojasnili pomen in vrsto preventivnih ukrepov:

- ▶ namestitev zaščitne varovalne ograje,
- ▶ namestev v sobo, ki je bližje sestriki sobi,
- ▶ namestitev otrok v primerno velike postelje (starše, če so prisotni ob otroku bomo prosili, da tudi sami poskrbijo za varnost svojega otroka),
- ▶ opazovanje in varovanje bolnika med sederjenjem in hojo,
- ▶ včasih pa je potrebno, da zdravnik predpiše tudi telesno omejitev, kar pomeni da se bolnika v postelji omeji s posebnimi varovalnimi manšetami. Ta ukrep je potreben le takrat, kadar bolnik resno ogroža svojo varnost in varnost drugih. Fizična omejitev pa traja le toliko časa, kot je nujno potrebno.

Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto.

V sklopu preprečevanja padcev pa je tudi služba za fizioterapijo pripravila plakat v praktičnih vajami za ohranjanje gibalnih sposobnosti. Plakati so nameščeni na vsakem odseku in nudijo

pacientom tudi možnost, da si vaje ogledajo in jih izvajajo, seveda po predhodnem posvetu in usmerjanju s strani fizioterapevta.

Slika 3: Plakat Preprečimo padce



Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto.

3.1.2 Splošne in individualne aktivnosti za vse novosprejete paciente za preprečevanje padcev

Splošne aktivnosti za novosprejete paciente (Gradišek in Knavs, 2013):

- seznanitev s prostori in možnostmi osvetlitve le-teh;
- prikaz delovanj klicne naprave pri postelji in v toaletnih prostorih;
- prikaz možnosti prilagoditve višine postelje in dvigovanja vzglavja;
- opozarjanje na nevarnost padca in na pomen prisotnosti zdravstvenega tehnika pri vsedanju do pridobljenega zaupanja oz. znanja o pravilnem presedanju in hoji;
- opozarjanje na mokra, spolzka tla in nujnost uporabe ustrezne nedrseče, oprijemajoče se obutve;
- opozarjanje na premikajočo se nočno omarico in nevarnost nezavrtega invalidskega vozička ali postelje, ki niso ustrezna opora pri presedanju;
- dogovor o načrtu odvajanja in izločanja;
- učenje pravilne uporabe držal, prijemal.

Individualne aktivnosti za novosprejete paciente (Gradišek in Knavs, 2013):

- odstranitev premikajočih se elementov ob postelji;
- pridobivanje informacij o pacientovi motnji ravnotežja in/ali koordinacije gibov;
- pridobivanje informacij o pacientovih kognitivnih sposobnostih in pomnjenju;
- seznanitev pacienta o vplivu psihotropnih zdravil na stanje zavesti;
- izključevanje motečih dejavnikov pri izvedbi aktivnosti;
- ugotavljanje obstoja strahu pred padcem;
- zagotavljanje zadostne hidracije in prehranjenosti nesamostojnega pacienta;
- zagotavljanje pravilne dolžine in širine oblačil;
- zgodnje opremljanje z medicinsko-tehničnimi pripomočki za lažje premikanje;

- pobiranje na tleh ležeči predmetov, predno se le-to odloči narediti pacient sam,
- pravočasna opozorila, da lahko pri tej aktivnosti izgubi ravnotežje;
- opozarjanje svojcev na izvajanje aktivnosti za preprečevanje padcev.

3.1.3 *Drugi ukrepi za preprečevanje padcev in zdrsov pri pacientih*

Drugi ukrepi za preprečevanje padcev in zdrsov pri pacientih se nanašajo na ureditev bolniške sobe in uporabo pripomočkov v njej. Ni pomembno le, da bolniška soba vsebuje vso opremo, ampak je predvsem pomembno, da je ta oprema varna. Pomembna pa je tudi pravilna uporaba pripomočkov, saj le s tem zagotovimo pacientu varno zdravstveno obravnavo. Potrebno pa je tudi paciente pravilno poučiti o pravilni uporabi pripomočkov in opreme v bolniški sobi (Prah, 2008).

Pravilna uporaba sedečih oziroma ležečih površin (Gradišek in Knavs, 2013):

- uporaba ustrezno vzdrževanih sedečih in ležečih vozičkov,
- uporaba hidravlične postelje pri pacientih, ki so gibalno ovirani, katere omogočajo nastavitve po višini,
- uporaba fiksirnih pasov na sedečih vozičkih, pri nemirnih ali dementnih pacientih,
- prevoz nemirnih, dementnih pacientov z bolniško posteljo ali z ležečim vozičkom z ograjico,
- takojšnja odstranitev poškodovanih stolov,
- izvajanje posebnih varovalnih ukrepov pri rizičnih skupinah pacientov,
- zapiranje otroške ograjice po vsaki negovalni intervenciji,
- neprekinjen nadzor dojenčka, otroka ali odraslega pacienta, ko leži na kakršni koli ležeči površini brez zaščitne ograjice.

Pravilna uporaba pručk in drugih pripomočkov (Gradišek in Knavs, 2013):

- nadzor pri uporabi pripomočkov in pomoč pacientu.

Pravilna uporaba in oprema sanitarnih prostorov (Gradišek in Knavs, 2013):

- oprema tušev s stenskim sedeži,
- oprema tušev z ustreznimi zavesami – zaščita pred nepotrebnim vlaženjem tal,
- uporaba kopalnih kadi samo pod nadzorom izvajalcev zdravstvene nege,
- uporaba nedrsne keramike v kopalnicah in tuših oziroma ustrezna protidrsna zaščita tal,
- oprema WC-jev z ustreznimi oprijemali.

Pravilno čiščenje in vzdrževanje tal (Gradišek in Knavs, 2013):

- izvajati čiščenje tal tako, da bodo po čiščenju čim prej suha in da ne bodo spolzka,
 - tla takoj pobrisati, ko so polita oziroma polito površino ustrezno zavarovati,
 - ob čiščenju nujno potrebno nameščanje opozorilnih tabel, ki označujejo mokra in spolzka tla,
 - v primeru poškodb tal, estrihov in preprog takoj obvestiti Službo za oskrbo in vzdrževanje.
- Pravilna uporaba in vzdrževanje pripomočkov za hojo (Gradišek in Knavs, 2013):
- pacienta poučimo o pravilni uporabi pripomočkov za hojo,
 - poskrbimo, da so pripomočki ustrezno vzdrževani,
 - poskrbimo tudi za uporabo ustrezno vzdrževanih pripomočkov, ki jih je pacient prinesel od doma oziroma za nabavo novih pripomočkov.

Izbira in uporaba pravilne obutve za pacienta (Gradišek in Knavs, 2013):

- pacienti, ki težko hodijo oziroma imajo nesigurno hojo, potrebujejo obutev, ki se oprijema gležnja,
- pacientu zagotovimo ustrezno obutev oziroma prosimo svojce, da jo prinesejo.

3.1.4 Postopek ocenjevanja ogroženosti

Oceni se vse paciente ob sprejemu na oddelek, oceno izvede medicinska sestra (DMS/SMS). Za oceno se uporabi tabela v informacijskem sistemu BIRPIS 21 (Gradišek in Knavs, 2013).

Pri oceni tveganja se upošteva naslednje kriterije (Gradišek in Knavs, 2013):

- starost;
- duševno stanje (krajevna/časovna orientiranost, kontaktibilnost);
- izločanje in odvajanje;
- aktivnost (pomičnost pacienta);
- hoja in ravnotežje (uporaba pripomočkov za hojo, ortostatske motnje,..);
- zdravila (možnost vpliva zdravil na sigurnost hoje): antidepresivi, sedativi, opiat, narkotiki, diuretiki.

Pacienta se oceni (Gradišek in Knavs, 2013):

- ob sprejemu;
- 72 ur po zadnji oceni, če je ob prvi oceni bolnik ogrožen;
- ob spremembi zdravstvenega stanja in
- ob padcu.

Glede na število dobljenih točk, medicinska sestra (DMS/SMS) uvrsti pacienta v določeno skupino tveganja za padec ter planira aktivnosti zdravstvene nege. Bolnik je ocenjen kot ogrožen, ko doseže oceno 9 ali več in se mu namesti zapestnico rumene barve, kar nam omogoča bolj pozorno spremljanje pacienta (Gradišek in Knavs, 2013).

Izjeme pri ocenjevanju tveganja za padec so bolniki v enoti intenzivne terapije, enoti intenzivne nege in oddelku intenzivne medicine, ker spadajo v skupino z visokim tveganjem. Pri načrtovanju negovalnih aktivnosti za preprečevanje padcev se to upošteva.

Bolnike v dnevni bolnišnici (DB) se prvič oceni po operativnem posegu, prav tako vse paciente, ki prihajajo na sprejem za operativne posege, ki bodo opravljeni na dan sprejema.

Slika 4: Primer označevanja ogroženih pacientov za padec z rumeno zapestnico



Vir: SB Novo mesto.

3.1.5 Postopki/aktivnosti, ki so potrebni pri posamezni skupini

Majhno tveganje (0–8 točk):

- predstaviti prostore, opozoriti na nevarnost,

- zvonec, luč na doseg rok, dovolj svetlobe v prostoru,
- nadzirati pri sedenju na robu postelje, med umivanjem pri umivalniku,
- opazovati reakcije na zdravila,
- dobro prilegajoče, ne drseče copate,
- namestiti očala in slušni aparat.

Zmerno tveganje (9–16 točk):

- počivanje med hojo na hodniku,
- nega nog in oskrba bolečih ranic,
- spodbujati bolnika, da pokliče pomoč, ko jo bo potreboval,
- namestiti primeren inkontinenčni pripomoček,
- spremljati med hojo, usmerjati zmedenega bolnika,
- namenska uporaba sobnega stranišča,
- tehnično brezhiben invalidski voziček, nameščeni varovalni pasovi.

Veliko tveganje (17–23 točk):

- med higienskim urejanjem ostati z njim, tudi na WC-ju,
- opazovati na 60 minut,
- transportirata ga naj dve osebi,
- namestiti posteljno ograjo za vseh 24 ur,
- ugotoviti ali obstaja potreba po premestitvi v sobo, kjer bi imel stalen nadzor.

Za padce pacienta smo medicinske sestre soodgovorne, ker s svojim strokovnim znanjem lahko predvidimo okoliščine, ki vodijo do padcev in jih z ustreznim ukrepanjem pogosto lahko preprečimo. Preprečevanje padcev pri pacientih je zahtevno delo, ker zahteva timski pristop in pripravljenost vsakega posameznika, da deluje v pacientovo dobro. Potrebno je, da se medicinske sestre zavedamo odgovornosti do pacientov, za katere skrbimo (Gradišek in Knavs, 2013).

Naša odgovornost pa je tudi v nalogi osveščanja in educiranja pacientov o preprečevanju padcev. Pomembno je, da uspemo paciente osvestiti na način, da se bodo glede na svoje zdravstveno stanje zavedali omejitev pred katere jih postavlja njihovo obolenje (Gradišek in Knavs, 2013).

4 Razprava in zaključek

Tako v Sloveniji, kot drugod po svetu, narašča delež starejšega prebivalstva. Življenjska doba je vse daljša. S starostjo narašča verjetnost padcev, katerih posledica je poškodba. Padec pri starostnikih velikokrat v veliki meri vpliva na kakovost življenja le teh.

Padec pri starostnikih predstavlja velik javnozdravstveni problem, saj se bo skozi leta samo povečevalo število hospitalizacij zaradi poškodb, povečala se bo potreba po oskrbi starostnikov v različnih institucijah in vedno več bo tudi stroškov povezanih s padci. Preprečevanje padcev je kompleksna naloga različnih strokovnjakov, starostnikov in njihovih družin ter družbe nasploh. Prilagajanje okolja, skrb za zdravje, izboljšanje ravnotežja, splošno dobro počutje ter smotrno jemanje zdravil lahko prepreči mnogo padcev.

Zavedati se moramo, da lahko s pravočasnim ukrepanjem, odstranitvijo in nadzorom dejavnikov tveganja za padce zmanjšamo verjetnost le-teh in njihovih posledic. Izvajalci zdravstvene nege in drugi zdravstveni delavci moramo na starostnika tako delovati zdravstveno-vzgojno, saj je zelo pomembna preventiva in ozaveščanje starostnikov in njihovih bližnjih o preprečitvi padcev.

S preprečevanjem padcev lahko bistveno vplivamo k manjšemu številu zapletov bolnišničnega zdravljenja ter k kakovosti obravnave pacientov ter bivanja nasploh.

LITERATURA

1. Bilban, M. (2004). Telesna aktivnost za ohranjanje zdravja in preprečevanje poškodb. V V. Smerkolj in R. Komadina, (ur.), Gerontološka travmatologija (str. 315). Celje: Založba Grafika Gracer.
2. Brilej, D. in Komadina, R. (2004). Politrava pri starostniku. V V. Smrkolj in R. Komadina (ur.), Gerontološka travmatologija. Celje: Založba Grafika Gracar
3. Burnie, D. (1999). Leksikon človeškega telesa. Ljubljana: Mladinska knjiga.
4. Cijan, V. in Cijan, A. (2003). Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
5. Gradišek, A. in Knavs, N. (2013). Protokol zagotavljanja varnega okolja pacientov v Splošni bolnišnici Novo mesto. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto.
6. Grmek Košnik, I. in Petrič, K. V. (2007). Evropska mreža za varnost starejših. ISIS 16 (10), 144–145.
7. Herman, S. (2011). Poškodbe starostnikov. V M. Mencej (ur.), Bolezni in sindromi v starosti 5 (str. 149). Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
8. Hostnik, B. (2010). Veljavnost napovedanih hitrih testov za povečano tveganje zloma kolka pri starostniku (Diplomska naloga). Maribor: Univerza Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede.
9. Hvalič Touzery, S. (2010). Poročilo o preprečevanju padcev med starimi ljudi. Kakovostna starost, revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
10. Imperl, F. (2012). Kakovost oskrbe starejših-izziv za prihodnost. Logatec: Firis Imperl & Co.: Seniorprojekt.
11. Mandl, I., Dorr, A. in Oberholzner, T. (2006). Age and employment in the new Member States. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities. Pridobljeno 29. 2. 2012, s <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/26/en/1/ef0626en.pdf>.
12. Marinšek, M. in Kramar Z. (2009). Preprečevanje padcev-strokovni izziv za zdravstveno nego. Pridobljeno 15. 3. 2019, s http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/132D.pdf.
13. Prah, A. (2008). Vzroki in posledice padcev (Diplomsko delo). Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno 16. 3. 2019, s <http://sciget.com/Predogled/1164/fb9c4cc75ac5b7b63ee1c0d97de9b70f47aa35d9>
14. Rok Simon, M. (2004). Preprečevanje poškodb pri starostniku. V V. Smrkolj in R. Komandina (ur.), Gerontološka travmatologija (str. 8–285). Celje: Grafika center.
15. Salobir, B. (2011). Vzrok za padce in poškodbe. V M. Mencej (ur.), Bolezni in sindromi v starosti 5 (str. 3–141). Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
16. Scheffer, C. A., Schuurmans, J. M., van Dijk, N., van der Hooft, T. in de Rooij, E. S. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. Age ageing 37 (1), 19–24.
17. Sedej, B. (2008). Preventiva poškodb gibal v starosti. V M. Mencej (ur.), Bolezni in sindromi v starosti 2 (str. 8–55). Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
18. Tomšič, M. (2011). Zakaj starejši padajo in kako padce preprečiti. V D. Rugelj in F. Sevšek (ur.), Aktivno in zdravo staranje. Zbornik predavanj (str. 107–113). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta
19. Tomšič, M. in Gunčar, M. (2012). Tveganje za padce v domačem okolju. V M. Tomšič (ur.), Delovna terapija – stroka sedanjosti. Zbornik prispevkov z recenzijo (str. 115–122). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
20. Tomšič, M. in Rugelj, D. (2011). Ugotavljanje dejavnikov tveganja za padce pri starejših v domačem okolju. V D. Rugelj, F. Sevšek, I. Milislav, A. Krivograd - Klemenčič, G. Gomišček, O. Šušteršič in V. Kralj - Igljč (ur.), Posvetovanje: Aktivno in zdravo staranje, Ljubljana, 10. marec 2011. Ljubljana: Zdravstvena Fakulteta.

21. Tomšič, M., Hozanović, M., Lavrič, T., Orešnik, T., Stanojević, S., Tekavec, B. in Zalokar, L. (2014). Dejavniki tveganja za padce v domu starejših občanov. V M. Tomšič (ur), Zrela leta slovenske delovne terapije. Zbornik prispevov z recenzijo (str. 133–139). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
22. Voljč, B. (2010). Zmanjšajmo padce v starosti. Priročnik za člane skupin. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
23. Voljč, B. (2011). Padce v starosti je mogoče zmanjšati. V M. Mencej (ur.), Bolezni in sindromi v starosti 5 (str. 116). Ljubljana: gerontološko društvo Slovenije.
24. Voljč, B. (2015). Javnozdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventiven usmeritve. Analitsko poročilo DP4 projekta AHA.SI: Aktivno in zdravo staranje za aktivno in zdravo starost. Ljubljana: Inštitut Emonicum za zdravo in aktivno življenje.
25. WHO (2008). Global Report on Falls Prevention in Older Age. Pridobljeno 30. 6. 2013, s http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.
26. Zemljič, B. (2010). Ali in koliko lahko z izbiro orodja, ki ugotavlja tveganje nastopa padcev pri pacientih v bolnišnicah, zaposleni v zdravstvenem timu pripomoremo k preprečevanju le teh? V Z. Kramar in A. Kraigher (ur.), Učimo se varnosti od najboljših: prikaz dobrih praks: strokovni seminar: zbornik predavanj / 3. dnevi Angele Boškin. Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.
27. Železnik, D. (2011). Trenutna ocena razvoja zdravstvene nege domovih za starejše. V L. Leskovic, (ur.), Zdravstvena nega in oskrba starostnika. Dolenjske Toplice, 25.–26. marec 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.

Uporaba spletnih platform pri izobraževanju na daljavo

UDK 378.018.43-052

KLJUČNE BESEDE: pouk, učni proces, izobraževanje na daljavo

POVZETEK - Izobraževanje na daljavo predstavlja izobraževanje, ki poteka ločeno od mesta poučevanja ob uporabi sodobnih informacijskih in telekomunikacijskih tehnologij. Zaradi hitrih tehnoloških sprememb in pomanjkanja časa je za mnoge takšna oblika izobraževanja bolj privlačna in učinkovita. Namen raziskave je evalvirati izobraževanje na daljavo študentov študijskega programa Zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu. Zastavili smo si štiri cilje, in sicer evalvirati takšno obliko izobraževanja ter primerjati oceno izobraževanja na daljavo glede na spol, letnik in način študija. Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Za zbiranje podatkov je bilo uporabljeno spletno anketiranje, ki je potekalo junija 2020, po zaključenem letnem semestru študijskega leta 2019/20. Anketo je izpolnilo 119 študentov, od tega 18 % študentov in 82 % študentk, 37 % študentov prvega, 30 % drugega in 33 % tretjega letnika ter 59 % študentov rednega in 41 % izrednega študija. Izvedba izobraževanja na daljavo je bila zaradi novih in nepredvidljivih razmer nenačrtovana, pedagoški proces je bilo potrebno nadaljevati brez prekinitve in brez vnaprejšnje priprave. Kljub temu na podlagi rezultatov ugotavljamo, da so bili študenti z izvedbo izobraževanja na daljavo v večini zadovoljni, ocena izvedbe pa se ne razlikuje bistveno glede na spol, letnik in način študija.

UDC 378.018.43-052

KEYWORDS: lesson, learning process, distance learning

ABSTRACT - Distance learning is learning that takes place separately from the place of learning using modern information and telecommunication technologies. Due to rapid technological changes and lack of time, this form of education is more attractive and effective for many. The purpose of the research is to evaluate distance learning of the study program Nursing care at UNM FHS. We set ourselves four goals, namely to evaluate this form of learning and to compare the assessment of distance learning according to gender, year and mode of study. The research is based on a quantitative research approach. An online survey conducted in June 2020, after the end of the annual semester of the 2019/20 academic year, was used to collect data. The survey was completed by 119 students, of which 18% were male and 82% female students, 37% first-year, 30% second-year and 33% third-year students and 59% full-time and 41% part-time students. Due to the new and unpredictable conditions, the implementation of distance learning was unplanned, and the pedagogical process had to be continued without interruption and without prior preparation. Nevertheless, based on the results, we find that the students were mostly satisfied with the implementation of distance learning, and the assessment of the implementation does not differ significantly depending on gender, year and mode of study.

1 Uvod

Sodoben način življenja zahteva hiter tempo, kar posledično pomeni tudi pomanjkanje časa. To je eden od razlogov, zakaj so se pojavile nove oblike izobraževanja: e-izobraževanje, izobraževanje na daljavo, m-učenje, tehnološko podprto učenje. Vse te oblike namreč omogočajo učencu, da si sam organizira čas za izobraževanje. Istočasno mu ni potrebno obiskovati pedagoškega procesa. Vse, kar potrebuje, je osebni računalnik in dostop do interneta. Takšno izobraževanje pa je mogoče le s pomočjo sodobne informacijsko-komunikacijske

tehnologije (v nadaljevanju IKT) in svetovnega spleta. Vendar tudi pri takšni obliki izobraževanja vloga učitelja ni zanemarljiva. Še vedno je pomembno načrtovanje pouka, torej postavljanje učnih ciljev, izbor in organizacija vsebine ter priprava virov znanja. V primerjavi s tradicionalnim transmissijskim načinom poučevanja se je učiteljeva vloga spremenila. Ta ni več samo prenašanje znanja, ampak tudi priprava ustreznih učnih gradiv in nalog za samostojno učenje, pri čemer učitelj učenca usmerja in jim daje ustrezne povratne informacije o doseganju učnih ciljev. Aktivnost se z učitelja prenese na učenca, doseženi učni cilji pa se pri tem premaknejo z nižjih taksonomskih ravni, pri katerih prevladuje priklic različnih podatkov in dejstev, na višje taksonomske ravni, pri katerih je poudarek na iskanju, vrednotenju in uporabi znanja.

Namen raziskave je evalvirati izobraževanje na daljavo in zadovoljstvo z uporabo različnih spletnih platform študentov študijskega programa Zdravstvena nega na UNM FZV. Zastavili smo si štiri cilje, in sicer evalvirati takšno obliko izobraževanja ter primerjati oceno izobraževanja na daljavo glede na spol, letnik študija in način študija.

2 Izobraževanje na daljavo kot oblika učnega procesa

V strokovni literaturi je mogoče najti različne termine, ki opisujejo izobraževanje, ki temelji na uporabi IKT: izobraževanje na daljavo, učenje na daljavo, e-izobraževanje, e-učenje, tehnološko podprto učenje, itd. Vsi termini pa imajo podlago v učenju in pouku, ki temelji na komunikaciji med učiteljem in učenci in se zaradi prostorske ločenosti izvaja na daljavo. S koriščenjem tehnologije se omogoči interakcija med učiteljem in učenci ter med učenci samimi (Blažič, 2007, str. 110). Tako Rosenberg (2001, v Dobnik, 2003, str. 61) izobraževanje na daljavo definira kot spletno podprto izobraževanje, ki omogoča fleksibilno, interaktivno zasnovano študijskih gradiv, ki odpira nove možnosti in dimenzije za komunikacijo med skupinami udeležencev (med učenci in učiteljem) in znotraj skupin udeležencev (med samimi učenci). Aggarwal (2003, str. 1) ga definira kot »izobraževanje ki je dostopno kadarkoli, kjerkoli in komurkoli ne glede na daljavo in čas«. Rebolj (2008, str. 36, 195, 198) pojmuje e-izobraževanje kot vrsto izobraževanja na daljavo in ga definira kot »ciljno naravnano, strukturirano in namenski proces, v katerem s pomočjo učenja ob podpori informacijsko-komunikacijske tehnologije pridobivamo nova znanja in pozitivno spreminjamo osebnost«, izobraževanje na daljavo pa opredeli kot »izobraževanje, pri katerem sta učenec in učitelj med učenjem časovno in prostorsko ločena«. Tudi Krašna (2015, str. 14) pri izobraževanju na daljavo izpostavlja prostorsko in časovno ločenost učitelja in učečega. Takšno učenje oz. izobraževanje je individualno in poteka drugače kot v formalnem okolju, razmahnilo pa se je z razvojem IKT in tako postalo širše dostopno. Fee (2009, str. 16) izobraževanje na daljavo razume zlasti z vidika pristopa k učenju in razvoju: to je zbirka učnih metod s pomočjo digitalne tehnologije, katera omogoča distribucijo in izboljšanje učenja.

Pojem e-izobraževanje Bregar, Zahmajster in Radovan (2010, str. 12, 14–16) opredeljujejo na dva načina. Prvi način ta pojem razume kot vsako izobraževanje, ki vsebuje tehnološko komponento. Ta se predvsem uporablja v tradicionalnem izobraževanju, kjer je uporaba IKT ena od sestavin učnega procesa in se v tem primeru uporablja za dopolnitev učnega procesa. Tak način pojmovanja e-izobraževanja lahko poimenujemo delno tehnološko podprto izobraževanje. Drugi način obravnava ta pojem ožje, in sicer kot celostno e-izobraževanje, pri čemer je e-izobraževanje opredeljeno kot uporaba spletnih tehnologij v različnih rešitvah, za povečanje znanja ali izboljšanje izobraževalnih aktivnosti. Razlika med delno tehnološkim podprtim izobraževanjem in celostnim pojmovanjem e-izobraževanja je v tem, da pri celostnem e-izobraževanju tehnološka podpora ni le delna, ampak je celostno integrirana v vse prvine izobraževalnega procesa. To omogoča, da se lahko učni proces izvaja kljub temu, da sta učitelj

in udeleženec fizično ločena. Na ta način dobijo priložnost izobraževanja tudi zaposleni, prebivalci, ki živijo na geografsko odmaknjenih krajih, osebe s posebnimi potrebami itd. Torej so temeljne značilnosti e-izobraževanja naslednje: prostorska ločenost učitelja in udeleženca izobraževanja, dejavna vloga izobraževalne organizacije v izobraževalnem procesu, prenašanje izobraževalnih vsebin v elektronski obliki, praviloma po internetu, in zagotovitev dvosmerne komunikacije po elektronskem omrežju.

Izobraževanje na daljavo tako predstavlja izobraževanje, ki poteka ločeno od mesta poučevanja ob uporabi sodobnih informacijskih in telekomunikacijskih tehnologij. Z njim se izboljša kakovost učenja z dostopom do virov in storitev z uporabo novih tehnologij in interneta. Zaradi hitrih tehnoloških sprememb in pomanjkanja časa se danes oblike, metode in vsebine izobraževanja pogosto prilagajajo udeležencem, zato je za mnoge takšna oblika izobraževanja bolj privlačna in učinkovita. Najpomembnejše pa je, da udeleženec izobraževalnega procesa vsebino osvoji in razume, četudi nima direktnega stika z učiteljem. Izobraževanje na daljavo je primerno za učeče z veliko obveznostmi in izjemno malo časa, saj jim ta oblika omogoča, da svoj ritem izobraževanja prilagodijo družinskim in drugim obveznostim (Baloh, 2007, str. 38). V sodobnem izobraževanju je nujen premik od tradicionalnega transmisijskega didaktičnega modela poučevanja k aktivnim oblikam učenja, usmerjenim na učenca, pri katerih se tudi učiteljeva vloga korenito spreminja. Namesto prenašanja znanja učitelj pripravlja ustrezno okolje in naloge ter druge izzive za samostojno učenje učencev, pri tem jih usmerja in jim daje ustrezne povratne informacije. Učni cilji se pri tem premaknejo z nižjih taksonomskih ravni, kjer prevladuje priklic različnih podatkov in dejstev, na višje taksonomske ravni, kjer je poudarek na iskanju, vrednotenju in uporabi znanja. Pri teh spremembah ima uporaba IKT pomembno vlogo, ob skrbnem načrtovanju njene uporabe se izboljša učinkovitost in kakovost učenja (Clark in Mayer, 2011, v Rugelj, 2015, str. 24). Tudi po mnenju nekaterih drugih raziskav spoznavni proces pri učenju na daljavo poteka bolj učinkovito, saj se težišče učnega procesa premika z učitelja na učenca (Rebolj, 2008, str. 46–47). Za vsak učni proces je pomembno načrtovanje pouka. Pri klasičnem pouku so ob stalno prisotnem učitelju cilji in vsebina pripravljene okvirno. Stalno prisotni učitelj ima možnost usmerjanja učencev, nudenja sprotne pomoči in tudi za odpravo pomanjkljivosti v načrtovanju. Pri izobraževanju na daljavo pa so te možnosti močno okrnjene. To zahteva zelo premišljeno načrtovanje pouka, ki mora zelo natančno predvideti, kako bo učenje potekalo (Rebolj, 2008, str. 45). Hkrati se teoretiki v oceni, katere didaktične novosti prinaša izobraževanje na daljavo v učni proces, nekoliko razlikujejo, vendar pa njihova stališča lahko strnemo v dve kategoriji (Rebolj, 2008, str. 20–21):

- prva, ki poudarja, da pri izobraževanju na daljavo bolj kot pri tradicionalnem stopa v ospredje:
 - proces učenja, ki postaja pomemben ob učnih ciljih in učnih izidih;
 - učenje postaja socialni in emocionalni proces in ni samo spoznavni proces;
 - učenje je socialno interaktivni proces in ne samo sprejemanje tujega znanja;
 - učenec preverja domneve in postavlja vizije in ni samo sprejemnik znanja;
 - zmote postanejo normalne sestavine učnega procesa in ne patološki pojav;
 - pri znanju postane pomembna globina in uporabnost znanja in ne le količina.
- druga, ki predstavlja razliko med »tradicionalnim« in »novim« v pedagogiki in didaktiki:
 - učenec se uči predvsem samostojno in ne vodeno,
 - učenec se ne uči le v šoli, ampak tudi izven nje,
 - učenje postane vseživljenjski proces,
 - učenje je namenjeno tudi usposabljanju za predvidevanje in reševanje nepredvidenih težav, ne le za prilagajanje obstoječemu.

Reboljeva (2008, str. 28) ob tem poudarja, da pisati o starem in novem ter ločevati izobraževanje in elektronsko podprto izobraževanje in učenje ni smiselno, saj je v pedagogiki in didaktiki le eno samo izobraževanje in eno samo učenje. Vendar pa sta pedagogika in didaktika z razvojem tehnologije dobili nalogo, da izbereta in razvijeta tako pedagoško delo, ki bo z uporabo tehnološke danosti najbolj koristno. To je vplivalo na premike v pedagogiki in didaktiki s ciljem, da se v novih, tehnološko bolj razvitih okoliščinah poiščejo metode učinkovitega izobraževanja na vseh stopnjah formalnega izobraževanja. Tehnologijo za namene izobraževanja in učenja pa je potrebno vrednotiti po tem, kakšne so pedagoške posledice njene uporabe. Pedagogika in didaktika morata razvijati nove metode, tehnologija pa se mora na pedagoške pobude odzivati.

Celoten razvoj izobraževanja na daljavo je kompleksen proces, ki zahteva sodelovanje mnogih strokovnjakov, ne samo na pedagoškem, ampak tudi na organizacijskem, kadrovskem in tehničnem področju. Drugačna struktura aktivnosti in zaposlenih zahteva spremembe tudi v kadrovske, organizacijske in finančne sheme izobraževalne ustanove, kar prinaša veliko novega dela. Učiteljem je potrebno nuditi visoko stopnjo podpore s strani za to usposobljenih strokovnjakov, priprava kvalitetnih učnih gradiv za izobraževanje na daljavo pa običajno zahteva veliko časa in truda (Potokar in Jereb, 2004, str. 482–484). Ob uvedbi izobraževanja na daljavo pa je potrebno upoštevati tudi, da je slušatelj v času trajanja izobraževanja na ta način socialno izoliran (pomanjkanje komunikacije z učiteljem in med učenci samimi), hkrati pa potrebuje visok nivo samodiscipline, samozavesti in notranje motivacije, da bi lahko dosegel zadovoljive rezultate. Ob tem se lahko znajde v stiski, ko njegovo znanje uporabe IKT ni zadostno (Čamilović, 2012, str. 128). Friesth (2012, str. 398) zato pri izobraževanju na daljavo poudarja pomen formativne in sumativne evalvacije. Formativna evalvacija je pomembna za učitelja in za učenca, saj omogoča sprotno evalviranje razumevanja vsebine in spremljanje učiteljeve učinkovitosti. Na koncu izobraževanja pa je sumativno evalvacijo mogoče izvesti z uporabo različnih tehnologij in spletnih mest. Evalvacija mora vključevati tudi učenčevo in učiteljevo delo s tehnologijami, ki omogočajo izobraževanje na daljavo, učinkovitost izvajanja ter stopnjo uspešnosti učencev pri določenem predmetu. Raziskati je potrebno tudi morebitno neuspešnost ter na podlagi tega oblikovati možne rešitve, ki bi lahko obrnile negativne trende.

3 Metoda

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je evalvirati izobraževanje na daljavo in zadovoljstvo z uporabo različnih spletnih platform študentov študijskega programa Zdravstvena nega na UNM FZV.

Cilji raziskave so:

- evalvirati izobraževanje na daljavo in uporabo različnih spletnih platform,
- primerjati oceno izobraževanja na daljavo glede na spol,
- primerjati oceno izobraževanja na daljavo glede na letnik študija,
- primerjati oceno izobraževanja na daljavo glede na način študija.

3.2 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako študenti študijskega programa Zdravstvena nega UNM FZV ocenjujejo izvedbo izobraževanja na daljavo in uporabo različnih spletnih platform?
- Kakšne so razlike v oceni izobraževanja na daljavo med študenti glede na spol?
- Kakšne so razlike v oceni izobraževanja na daljavo med študenti glede na letnik študija?
- Kakšne so razlike v oceni izobraževanja na daljavo med študenti glede na način študija?

Postavili smo naslednje hipoteze:

- H1: Med študenti in študentkami se pojavljajo razlike v oceni izobraževanja na daljavo.
- H2: Med študenti različnih letnikov se pojavljajo razlike v oceni izobraževanja na daljavo.
- H3: Med študenti rednega in izrednega študija se pojavljajo razlike v oceni izobraževanja na daljavo.

3.3 Raziskovalna metodologija

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, uporabljena je bila kavalna neeksperimentalna metoda dela, primarni podatki za analizo so bili zbrani s tehniko anketiranja.

3.3.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature (Rebolj, 2008; Čamilović, 2012; Friesth, 2012). Anketni vprašalnik je sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop vprašalnika zajema demografske podatke študentov (spol, letnik in način študija), z drugim sklopom pa smo pridobili podatke o mnenju in oceni študentov glede izobraževanja na daljavo prek različnih spletnih platform na UNM FZV. Vsebuje 13 vprašanj, od tega 9 vprašanj, pri katerih študenti podajo svojo oceno ter dve vprašanji zaprtega in dve vprašanji odprtega tipa.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskava je potekala med študenti vseh treh letnikov rednega in izrednega študija visokošolskega strokovnega študijskega programa Zdravstvena nega UNM FZV. Anketo je izpolnilo 119 študentov.

3.3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov je bilo uporabljeno spletno anketiranje po odprtokodni aplikaciji na domeni www.lka.si. Anketiranje je potekalo od 15. do 22. junija 2020. Povabilo za sodelovanje v raziskavi s povezavo do anketnega vprašalnika je bilo poslano na e-naslove študentov. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vsem sodelujočim je bila v vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov zagotovljena anonimnost, prav tako je raziskava potekala v skladu z veljavnimi etičnimi načeli raziskovanja. Zbrane podatke smo računalniško obdelali s programom SPSS Statistics 22.

4 Rezultati

Anketo je izpolnilo 119 študentov visokošolskega strokovnega študijskega programa Zdravstvena nega UNM FZV, od tega 22 študentov (18 %) in 97 študentk (82 %). Študentov prvega letnika je bilo 44 (37 %), drugega letnika 36 (30 %) in tretjega letnika 39 (33 %). Študentov rednega študija je bilo 70 (59 %), izrednega pa 49 (41 %).

V povezavi z odgovorom na prvo raziskovalno vprašanje (Kako študenti študijskega programa Zdravstvena nega UNM FZV ocenjujejo izvedbo izobraževanja na daljavo?) ugotavljamo, da so študenti v večini splošno zadovoljstvo z izvedbo izobraževanja na daljavo ocenili s povprečno oceno 3,7 ($\sigma = 1,00$). Največ študentov (49 %) je splošno zadovoljstvo izrazilo z oceno 4-zadovoljen.

Tabela 1: Ocena različnih platform in izvedb izobraževanja na daljavo (odstotek, aritmetična sredina in standardni odklon) – prikaz po padajočih vrednostih \bar{x}

	F %					\bar{x}	σ
	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Neopredeljeno	Zadovoljen	Zelo zadovoljen		
<i>Platforma / Izvedba</i>							
Zoom	1	2	11	46	40	4,20	0,80
Gradivo in konzultacije	6	13	28	39	14	3,40	1,10
Moodle	10	15	25	30	19	3,30	1,20
Skype	23	9	38	20	10	2,90	1,30
WebEx	18	9	41	24	8	2,90	1,20

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Iz tabele 1 je razvidno, da so študenti z najvišjo povprečno oceno ocenili platformo Zoom, z njo je bilo zadovoljnih 46 % študentov, zelo zadovoljnih pa 40 %. S podajanjem učne vsebine prek prilagojenih učnih gradiv v kombinaciji s konzultacijami in s samostojnim individualnim delom predelane učne snovi je bilo zadovoljnih ali zelo zadovoljnih 53 % študentov, z Moodlom pa 49 % študentov. Nekoliko slabše (s povprečno oceno 2,90) so študenti ocenili platformi Skype in WebEx.

Tabela 2: Povprečna ocena posameznih platform (Zoom, Skype, WebEx)

Značilnost	Zoom	Skype	WebEx
Slika je čista.	4,10	3,10	3,20
Ton je jasen.	4,00	3,20	3,20
Motijo me prekinitve na 40 minut.	3,90	/	/
Všeč mi je, ker ni vmesnih prekinitev.	/	4,00	3,70
Komunikacija med predavateljem in študenti je potekala nemoteno.	3,90	3,30	3,40
Komunikacija med študenti je potekala nemoteno.	3,90	3,30	3,30
Platforma je bolj primerna za izvedbo predavanj kot vaj.	3,90	3,20	3,20
Če bi lahko izbral, bi pri vseh predmetih izbral to platformo.	3,80	2,60	2,80
Izvedba prek te platforme je enakovredna klasični izvedbi v predavalnici.	2,80	2,50	2,70

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Na podlagi rezultatov, prikazanih v tabeli 2, lahko zaključimo, da so študenti s tonom in sliko najbolj zadovoljni pri platformi Zoom. Ta platforma ima pri brezplačni izvedbi vmesne prekinitve na 40 minut, kar moti 62 % študentov (povprečna ocena 3,90). Študenti so izrazili strinjanje, da je pri vseh treh platformah komunikacija med predavateljem in študenti ter med študenti samimi potekala nemoteno, še najbolj je bilo to izvedljivo pri platformi Zoom. Študenti se strinjajo, da so platforme bolj primerne za izvedbo predavanj kot vaj (za platformo Zoom se s tem strinja 68 % študentov, za platformo Skype 37 % in za platformo WebEx 33 % študentov), večina študentov pa se pri tej trditvi ni mogla opredeliti. Študenti so s povprečno oceno 3,80 ocenili, da bi platformo Zoom med ponujenimi najraje izbrali za izobraževanje na daljavo, če bi imeli to možnost. Le 28 % študentov meni, da je izvedba izobraževanja prek Zooma enakovredna klasični izvedbi v predavalnici, enakega mnenja je 18 % uporabnikov platforme Skype in 16 % uporabnikov platforme WebEx.

Tabela 3: Povprečna ocena izobraževanja na daljavo prek Moodle ali gradiva s konzultacijami

Značilnost	Moodle	Gradivo in konzultacije
Moti me, ker na ta način ni stika med predavateljem in študentom.	3,70	3,80
Obseg gradiv, ki jih je bilo potrebno predelati individualno, je bil prevelik.	3,80	3,90
Delo na ta način mi je vzelo več časa kot bi ga porabil, če bi bila izvedba klasična v predavalnici.	3,90	3,90
Ni mi všeč, ker na ta način ni možna neposredna in takojšnja komunikacija.	3,90	3,90
Pri izvedbi na ta način je obremenitev študentov večja kot pri klasični izvedbi v predavalnici.	4,00	4,00
Ta način je bolj primeren za izvedbo predavanj kot vaj.	3,10	3,30
Če bi lahko izbral, bi pri vseh predmetih izbral to obliko izvedbe.	2,20	2,50
Izvedba na ta način je enakovredna klasični izvedbi v predavalnici.	2,10	2,30

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Na podlagi zbranih rezultatov ugotavljamo, da se 59 % študentov strinja, da jih pri Moodle moti, ker med njimi in predavateljem ni neposrednega stika, enako meni 61 % študentov o individualnem študijskem delu prek pripravljenih gradiv. Študenti so s povprečnima ocenama 3,80 in 3,90 ocenili, da je bil obseg gradiv, ki so jih morali individualno predelati, prevelik in da so s takšnim načinom izobraževanja na daljavo porabili več časa kot bi ga s klasično izvedbo v predavalnici, posledično pa so bili s takšnim načinom izobraževanja na daljavo bolj obremenjeni (4,00). Kot slabost takšnega načina dela so s povprečno oceno 3,90 ocenili, da ni mogoča neposredna in takojšnja komunikacija s predavateljem in med študenti samimi. Zaradi tega večina študentov ne bi izbrala takšnega načina izvedbe, če bi imela možnost izbire (tako je svoje mnenje izrazilo 60 % študentov za Moodle in 41 % za študij prek gradiv). Študenti so s povprečnima ocenama 2,10 in 2,30 ocenili, da takšen način izobraževanja na daljavo ni enakovreden klasični izvedbi v predavalnici.

Tabela 4: Prednosti izobraževanja na daljavo

Prednost	F %
finančni in časovni prihranek	57,50
sproščenost v domačem okolju (večja koncentracija)	30,00
časovna in prostorska neodvisnost	7,50
več individualnega dela namesto sedenja v predavalnici	2,50
več medsebojnega sodelovanja	2,50

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Tabela 5: Slabosti izobraževanja na daljavo

Slabost	F %
ni neposrednega stika s predavateljem in njegove povratne informacije	36,11
preobremenjenost, več individualnega dela	22,22
ni medsebojne interakcije, komunikacije, druženja	11,11
nezbranost zaradi motenj v domačem okolju	8,32
slabe internetne povezave, prekinitve	5,56
večja obremenitev zaposlenih študentov	5,56
monotona predavanja	2,78
preveč časa za računalnikom	2,78
takšna izvedba ni primerna za vse	2,78
nekateri so bili samo prijavljeni, niso pa bili dejansko prisotni	2,78

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Kljub navedenim slabostim 37 % študentov meni, da pri izobraževanju na daljavo ni okrnjena nobena učna stopnja in da so vse zastopane v enaki meri kot bi bile pri klasični izvedbi v predavalnici. Preostali študenti ocenjujejo, da so pri izobraževanju na daljavo okrnjene naslednje stopnje: obravnava nove učne snovi - predvsem razlaga težje razumljivih učnih vsebin (28 %), priprava - napoved učnih ciljev, psihološka priprava, motiviranje (19 %) ter ponavljanje in utrjevanje snovi - pomanjkanje časa za to stopnjo (16 %).

Študenti so svojo aktivnost pri predavanjih (s čimer se razume aktivno poslušanje, sodelovanje, delanje zapiskov, spraševanje), izvedenih na daljavo, ocenili s povprečno oceno 3,80, aktivnost pri klasični izvedbi pa s 3,90, na podlagi česar sklepamo, da med obema izvedbama predavanj glede tega ni razlik. Je pa nekoliko večja razlika pri oceni aktivnosti pri seminarskih ali laboratorijskih vajah, saj so študenti s povprečno oceno 4,20 ocenili svojo aktivnost pri klasičnem izobraževanju, s povprečno oceno 3,90 pa pri izobraževanju na daljavo. Večina študentov (58 %) ocenjuje, da je bila njihova prisotnost pri izobraževanju na daljavo približno enaka kot bi bila, če bi potekala klasična izvedba, 34 % smatra, da je bila ta prisotnost višja, 8 % pa da je bila ta nižja kot bi bila pri klasični izvedbi.

V povezavi z naslednjimi tremi raziskovalnimi vprašanji (Kakšne so razlike v oceni izobraževanja na daljavo med študenti glede na spol, letnik študija in način študija?) smo si postavili naslednje hipoteze: Med študenti in študentkami, študenti različnih letnikov ter študenti rednega in izrednega študija se pojavljajo razlike v oceni izobraževanja na daljavo. Za preverbo prve in tretje hipoteze smo uporabili T-test za neodvisne vzorce oziroma Aproksimativni t-test (normalnost distribucije smo preverili s Kolmogorov-Smirnovim testom). V oceni izobraževanja na daljavo se med študenti glede na spol niso pokazale statistično pomembne razlike. V oceni izobraževanja na daljavo med študenti rednega in izrednega študija pa so se pokazale statistično pomembne razlike pri trditvah, prikazanih v Tabeli 6.

Tabela 6: Prikaz rezultatov T-testa za neodvisne vzorce

Trditev	Rezultati statistične analize	Interpretacija
Ocena platforme ZOOM	F = 1,606, α = 0,208 t = -2,167, g = 76,865, α = 0,033	S tveganjem 3,3 % trdimo, da so študenti rednega študija (\bar{x} = 4,37) bolj zadovoljni s platformo ZOOM kot študenti izrednega študija (\bar{x} = 4,04).

Ocena platforme Skype	F = 0,050, α = 0,824 t = -2,070, g = 99,364, α = 0,041	S tveganjem 4,1 % trdimo, da so študenti izrednega študija (\bar{x} = 3,14) bolj zadovoljni s platformo Skype kot študenti rednega študija (\bar{x} = 2,66).
Ocena platforme WebEx	F = 0,002, α = 0,965 t = -4,336, g = 99,541, α = 0,000	S tveganjem 0,0 % trdimo, da so študenti izrednega študija (\bar{x} = 3,47) bolj zadovoljni s platformo WebEx kot študenti rednega študija (\bar{x} = 2,59).
Platforma WebEx: »Slika je čista.«	F = 5,227, α = 0,025 t = -2,302, g = 85, α = 0,024	S tveganjem 2,4 % trdimo, da so študenti izrednega študija (\bar{x} = 3,56) bolj zadovoljni s čistostjo slike platforme WebEx kot študenti rednega študija (\bar{x} = 3,04).
Platforma WebEx: »Všeč mi je, ker ni vmesnih prekinitev.«	F = 1,694, α = 0,197 t = -3,403, g = 84, α = 0,001	S tveganjem 0,1 % trdimo, da so študenti izrednega študija (\bar{x} = 4,16) bolj zadovoljni, ker platforma WebEx nima vmesnih prekinitev, kot so s tem zadovoljni študenti rednega študija (\bar{x} = 3,45).
Platforma WebEx: »Komunikacija med predavateljem in študenti je potekala nemoteno.«	F = 5,862, α = 0,018 t = -2,325, g = 85, α = 0,022	S tveganjem 2,2 % trdimo, da so študenti izrednega študija (\bar{x} = 3,72) bolj zadovoljni s komunikacijo med predavatelji in študenti pri izvedbi preko platforme WebEx kot študenti rednega študija (\bar{x} = 3,16).
»WebEx je bolj primeren za izvedbo predavanj kot vaj.«	F = 2,861, α = 0,091 t = -2,077, g = 85, α = 0,041	S tveganjem 4,1 % trdimo, da študenti izrednega študija (\bar{x} = 3,53) v večji meri smatrajo WebEx za primernejšo platformo za izvedbo predavanj kot študenti rednega študija (\bar{x} = 3,02).
Moodle: »Moti me, ker preko Moodla ni stika med predavateljem in študentom.«	F = 0,472, α = 0,494 t = -2,247, g = 85, α = 0,027	S tveganjem 2,7 % trdimo, da študente izrednega študija (\bar{x} = 4,03) v večji meri moti, ker pri Moodlu ni stika med predavateljem in študentom kot to moti študente rednega študija (\bar{x} = 3,44).
Gradivo, delovni list in konzultacije: »Delo na ta način mi je vzelo več časa kot bi ga porabil, če bi bila izvedba klasična v predavalnici.«	F = 5,537, α = 0,021 t = 2,578, g = 87, α = 0,012	S tveganjem 1,2 % trdimo, da študenti rednega študija (\bar{x} = 4,14) pri delu z gradivom, delovnim listom in konzultacijami porabijo več časa kot študenti izrednega študija (\bar{x} = 3,52).
Stopnja aktivnosti pri predavanjih (izvedba na daljavo).	F = 2,216, α = 0,140 t = -2,229, g = 87, α = 0,028	S tveganjem 2,8 % trdimo, da so študenti izrednega študija (\bar{x} = 4,09) pri predavanjih na daljavo bolj aktivni kot študenti rednega študija (\bar{x} = 3,66).
Stopnja aktivnosti pri predavanjih (klasična izvedba).	F = 1,039, α = 0,311 t = -2,823, g = 87, α = 0,006	S tveganjem 0,6 % trdimo, da so študenti izrednega študija (\bar{x} = 4,24) pri klasičnih predavanjih bolj aktivni kot študenti rednega študija (\bar{x} = 3,73).

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Za preverbo druge hipoteze smo uporabili enosmerno analizo variance – Anovo (normalnost distribucije smo preverili s Kolmogorov-Smirnovim testom) ter Turkey HSD Post-Hoc testom

za ugotavljanje statistično pomembnih razlik aritmetičnih sredin. Statistično pomembne razlike so se pokazale pri lastnostih, prikazanih v tabeli 7.

Tabela 7: Prikaz rezultatov enosmerne analize variance - Anove

<i>Trditve</i>	<i>Rezultati statistične analize</i>	<i>Interpretacija</i>
Splošno zadovoljstvo z izvedbo pedagoškega procesa na daljavo.	$F = 5,785,$ $\alpha = 0,004$	Z izvedbo pedagoškega procesa na daljavo so najbolj zadovoljni študenti tretjega letnika ($\bar{x} = 3,97$), najmanj pa študenti prvega letnika ($\bar{x} = 3,36$).
Ocena platforme Moodle	$F = 9,563,$ $\alpha = 0,000$	S platformo Moodle so najbolj zadovoljni študenti tretjega letnika ($\bar{x} = 3,72$), najmanj pa študenti drugega letnika ($\bar{x} = 2,64$).
Platforma Skype: »Slika je čista.«	$F = 3,936,$ $\alpha = 0,023$	S čistostjo slike na platformi Skype so najbolj zadovoljni študenti prvega letnika ($\bar{x} = 3,45$), najmanj pa študenti tretjega letnika ($\bar{x} = 2,73$).
Platforma Skype: »Ton je jasen.«	$F = 3,332,$ $\alpha = 0,041$	S tonom na platformi Skype so najbolj zadovoljni študenti prvega letnika ($\bar{x} = 3,52$), najmanj pa študenti tretjega letnika ($\bar{x} = 2,87$).
Platforma Skype: »Všeč mi je, ker ni vmesnih prekinitev.«	$F = 4,088,$ $\alpha = 0,020$	Z izvedbo brez vmesnih prekinitev, ki jih omogoča platforma Skype, so najbolj zadovoljni študenti tretjega letnika ($\bar{x} = 4,37$), najmanj pa študenti drugega letnika ($\bar{x} = 3,63$).
Platforma Skype: »Če bi lahko izbral, bi pri vseh predmetih izbral to platformo.«	$F = 6,952,$ $\alpha = 0,002$	Pri vseh predmetih bi se za platformo Skype v večini odločili študenti prvega letnika ($\bar{x} = 3,16$), najmanj pa študenti tretjega letnika ($\bar{x} = 2,07$).
Platforma Skype: »Izvedba prek Skypa je enakovredna klasični izvedbi v predavalnici.«	$F = 4,476,$ $\alpha = 0,014$	Študenti prvega letnika ($\bar{x} = 2,94$) se v večji meri strinjajo, da je izvedba prek Skypa enakovredna klasični izvedbi v predavalnici kot pa študenti drugega ($\bar{x} = 2,63$) in tretjega letnika ($\bar{x} = 2,03$).
Platforma WebEx: »Všeč mi je, ker ni vmesnih prekinitev.«	$F = 8,842,$ $\alpha = 0,000$	Z izvedbo brez vmesnih prekinitev, ki jih omogoča platforma WebEx, so najbolj zadovoljni študenti drugega letnika ($\bar{x} = 4,04$), najmanj pa študenti tretjega letnika ($\bar{x} = 3,14$).
Stopnja aktivnosti pri vajah (klasična izvedba).	$F = 4,302,$ $\alpha = 0,017$	Študenti prvega letnika ($\bar{x} = 4,48$) so bolj aktivni pri izvedbi vaj na klasičen način kot študenti drugega ($\bar{x} = 4,23$) in tretjega letnika ($\bar{x} = 3,87$).

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

5 Razprava in zaključek

Z raziskavo smo želeli evalvirati izobraževanje na daljavo in uporabo različnih spletnih platform ter raziskati razlike glede na spol, letnik študija in način študija.

Študenti so izobraževanje na daljavo opredelili z nekaj prednosti. Predvsem so poudarili finančni in časovni prihranek, večjo koncentracijo in sproščenost v domačem okolju ter

prostorsko in časovno neodvisnost. Tudi nekateri drugi avtorji (Draves, 2007, str. 12; Čamilović, 2012, str. 127, 128) kot temeljne prednosti izobraževanja na daljavo pred klasičnim navajajo te in še nekatere druge:

- učenje v tistem delu dneva, ki posamezniku najbolj ustreza (ko je njegova produktivnost največja; prilagajanje drugim obveznostim posameznika),
- učenec si sam določi tempo učenja,
- možnost vzpostavitve virtualne komunikacije z učiteljem in ostalimi udeleženci,
- internacionalizacija in globalizacija – udeleženci so lahko iz različnih držav in kulturnih okolij,
- pridobivanje znanja od več različnih strokovnjakov in avtorjev,
- cenejše in bolj dostopno izobraževanje,
- internetna povezava omogoča dostop do več virov in študijskih gradiv,
- možnost pestrejšše ponudbe študijskih gradiv in sodobnih medijev v procesu izobraževanja,
- zmanjšanje stroškov pri najemu ali gradnji učnih prostorov (saj ti niso potrebni), za ogrevanje, vodo in za potne stroške,
- ni stroškov bivanja in ostalih stroškov, ki so vezani na bivanje v kraju študija,
- praktično delo z IKT omogoča pridobitev dodatnega znanja in veščin,
- priprava jasnih in jedrnatih izobraževalnih gradiv ter standardizacija postopkov za njihovo uporabo.

Kot slabosti izobraževanja na daljavo so študenti v raziskavi zaznali predvsem: pomanjkanje neposrednega stika s predavateljem in takojšnje povratne informacije, več individualnega dela v primerjavi s klasičnim pedagoškim procesom v predavalnici, oslABLJENA medsebojna interakcija in komunikacija, nezbranost ob spremljanju pedagoškega procesa na daljavo zaradi motenj v domačem okolju, slabe internetne povezave in vmesne prekinitve. Izobraževanje na daljavo pa ima tudi nekatere druge omejitve (Oliveri, 2003, v Rebolj, 2008, str. 35):

- stroški: stroški procesa so nižji šele, ko je ta vzpostavljen. Potrebna pa so razvojna sredstva za začetno nabavo ter stalno posodabljanje vsebine in tehnologije.
- delo je omogočeno predvsem za manjše skupine: Tehnološka podpora (platforma) ne omogoča sočasnega izobraževanja velikih skupin. Delo v velikih skupinah je težje spremljati, evalvirati, prav tako je težje zagotavljati medsebojno komunikacijo in interakcijo.
- pomembnejši je pedagoški učinek in ne tehnična dovršenost: Kakovost izobraževanja se meri po kakovosti in količini znanja, ne pa po tehnični dovršenosti sredstev, s katerimi je bilo pridobljeno.
- tehnične ovire na strani uporabnikov: Uporabniki imajo različno IKT, kar lahko oteži izvedbo izobraževanja na daljavo.
- didaktična osiromašenost: V tehničnem smislu šibko podprto učenje ne sme pripeljati k didaktično preprostem in kognitivno osiromašenem pouku.

Študenti so bili najbolj zadovoljni s platformo Zoom, vendar pa je večina študentov izrazila, da jih pri tej platformi motijo vmesne prekinitve, ki so običajne pri brezplačni verziji. Hkrati so izrazili strinjanje, da je pri vseh platformah komunikacija med predavateljem in študenti ter med študenti samimi potekala nemoteno, še najlažja pa je bila tovrstna komunikacija pri platformi Zoom. Študenti so se tudi strinjali, da so platforme bolj primerne za izvedbo predavanj kot vaj, večina študentov je tudi poudarila, da izvedba izobraževanja na daljavo ni enakovredna klasični izvedbi v predavalnici. V povezavi s to ugotovitvijo nekateri avtorji (Kireev, Zhundibayeva in Aktanova, 2019, str. 397–398) ugotavljajo, da študentje še niso pripravljeni na popolnoma samostojno študijsko delo in se ne zmorejo sami poglobljeno naučiti zapletenih tem in opravljati nalog brez vodenja in usmerjanja učitelja. Še posebej se je potrdila pomembnost osebne komunikacije z učiteljem ter diskusije in deljenja izkušenj z ostalimi

učenci, kar pa je pri izobraževanju na daljavo v takšni meri kot je to pri klasičnem pouku onemogočeno. Avtorji (Kireev, Zhundibayeva in Aktanova, 2019, str. 398; Kozlova, 2013, str. 17–18) zato v izobraževanju na daljavo predlagajo mešano obliko izobraževanja, pri kateri so vključeni elementi sinhronega (on-line komunikacija) in asinhronega (istočasna komunikacija ni mogoča).

Za vsak učni proces, klasičen ali na daljavo, je pomembno ustrezno načrtovanje pouka, ki zajema postavljanje učnih ciljev, izbor in organizacijo vsebine, učnih metod in učnih oblik, pripravo virov znanja in opredelitev didaktičnih sredstev (Blažič, Ivanuš Grmek, Kramar in Strmčnik, 2003, str. 415–416). Hkrati je pomembno, da pedagoški proces vedno zajame tudi vse učne stopnje in da osrednja učna stopnja ni le pridobivanje novega znanja, pač pa se pozornost nameni tudi ostalim: uvodni stopnji z napovedjo učnih ciljev, ugotavljanjem predznanja in motiviranjem, utrjevanju ter preverjanju osvojenega znanja (Blažič, Ivanuš Grmek, Kramar in Strmčnik, 2003, str. 132). Tretjina študentov je v raziskavi ocenila, da pri izobraževanju na daljavo ni okrnjena nobena učna stopnja in da so vse zastopane v enaki meri kot bi bile pri klasični izvedbi v predavalnici. Preostali študenti pa v večini ocenjujejo, da so pri izobraževanju na daljavo okrnjene naslednje stopnje: razlaga težje razumljivih učnih vsebin pri obravnavi novih učnih vsebin, napoved učnih ciljev, psihološka priprava, motiviranje ter pomanjkanje časa za ponavljanje in utrjevanje snovi.

Z raziskavo se je izkazalo, da so študenti svojo aktivnost (s čimer je mišljeno aktivno poslušanje, sodelovanje, delanje zapiskov, spraševanje) pri predavanjih na daljavo ocenili približno enako kot pri klasičnih predavanjih. So pa se pokazale razlike v njihovi aktivnosti pri seminarskih ali laboratorijskih vajah, pri čemer so ocenili večjo aktivnost pri vajah, ki so izvedene klasično v predavalnici. Raziskav, ki bi ugotovljale to razliko, ni zaslediti, zato na podlagi lastnih izkušenj iz prakse sklepamo, da je temu tako ravno zato, ker je pri izobraževanju na daljavo onemogočena takojšnja komunikacija in interakcija med študenti in predavateljem ter med študenti samimi. Pri klasični izvedbi v predavalnici lahko predavatelj spremlja tudi neverbalno komunikacijo študentov, stik s študentom je takojšen, saj ima študenta ves čas pred seboj, z njim lahko ohranja očesni stik in tako ves čas spremlja njegovo zanimanje za učno snov, ob zaznani miselni odsotnosti pa lahko takoj ukrepa vzpodbudno (uporabi ustrezne motivacijske tehnike, zastavi vprašanje, ...).

Z raziskavo smo pridobili podatke študentov o evalvaciji izvedbe izobraževanja na daljavo ter njihovo zadovoljstvo z uporabo različnih spletnih platform v letnem semestru študijskega leta 2019/20, ko smo bili zaradi epidemije koronavirusa primorani praktično čez noč in brez vnaprejšnjih priprav spremeniti izvedbo klasičnega pedagoškega procesa, ki v novih razmerah ni bila več mogoča. Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da je pedagoški proces kljub temu tekel nemoteno in da so bili študenti z njegovo izvedbo v večini zadovoljni, ocena izvedbe pa se ne razlikuje bistveno glede na spol, letnik študija in način študija. Rezultate bomo uporabili pri načrtovanju morebitnega izobraževanja na daljavo v prihodnje.

LITERATURA

1. Aggarwall, A. K. (2003). *Web-based education: Learning From Experience*. Hershey, London, Melbourne, Singapore, Beijing: IRM Press. Pridobljeno 9. 6. 2020, s <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.670.305&rep=rep1&type=pdf>.
2. Baloh, P. (2007). Ali se v slovenskih podjetjih izobražujejo. *Human Resource Management*, 5 (19), 38–40.
3. Blažič, M. (2007). Didactical dimensions of e-education. V J. Starc (ur.), *Elektronske storitve – priložnosti in ovire*. (str. 105–114). Novo mesto: Visoka šola za upravljanje in poslovanje.

4. Blažič, M., Ivanuš Grmek, M., Kramar, M. in Strmčnik, F. (2003). Didaktika. Visokošolsko središče Novo mesto: Inštitut za raziskovalno in razvojno delo.
5. Bregar L., Zahmajster, M. in Radovan, M. (2010). Osnove e-izobraževanja. Priročnik. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
6. Čamilović, D. (2012). Trendovi u obrazovanju na daljinu. V J. Starc (ur.), Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje (str. 125–132). Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede, Visoka šola za upravljanje in poslovanje.
7. Dobnik, N. (2003). Slovenija pred didaktičnimi izzivi virtualnega učnega okolja. E-izobraževanje doživeti in izpeljati. V M. Geder (ur.), E-izobraževanje doživeti in izpeljati: Zbornik strokovne konference (str. 53–67). Maribor: Doba.
8. Draves, W. A. (2007). Advanced teaching online. River Falls: Lern Books.
9. Fee, K. (2009). Delivering e-learning: a complete strategy for design, application and assessment. London, Philadelpiha: Kogan Page.
10. Friesth, B. M. (2012). Teaching and Learning at a Distance. V D. M. Billings in J. A. Halstead (ur.), Teaching and Nursing. A Guide for Faculty. Fourth edition (str. 386–400). St. Louis (Missouri): Elsevier Saunders.
11. Kireev, B., Zhundibayeva, A. in Aktanova, A. (2019). Distance Learning at Higher Education Institutions: Results of an Experiment. Journal of Social Studies Education Research, 10 (3), 387–403. Pridobljeno 20. 6. 2020, s <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1229457.pdf>.
12. Kozlova, D. (2013). Distance learning – an innovative way of getting education. V IbroConference. Information Technology and Education Development (str. 15–18). Novi Sad: University of Novi Sad, Technical Faculty »Mihajlo Pupin«, Zrenjanin.
13. Krašna, M. (2015). Izobraževanje v digitalnem svetu. Maribor: Filozofska fakulteta - Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnosti.
14. Potokar, F. in Jereb, E. (2004). Izobraževanje na daljavo. Organizacija, 37 (8), 480–484.
15. Rebolj, V. (2008). E-izobraževanje skozi očala pedagogike in didaktike. Radovljica: Didakta.
16. Rugelj, J. (2015). Izobraževalne računalniške igre. Vzgoja in izobraževanje, 46 (2–3), 24–28.
17. Zagemajster, M. (1995). Osnovne značilnosti študija na daljavo. V L. Bregar (ur.), Študij na daljavo – nove priložnosti za izobraževanje. (str. 113–130). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Znanje studenata sestrinstva o Alzheimerovoj demenciji

UDK 616.894+614.253.4

KLJUČNE RIJEČI: Alzheimerova demencija, kvaliteta života, edukacija, studenti

POVZETEK - Alzheimerova demencija je sve veći javnozdravstveni problem te je svakim danom sve prisutnija u našoj okolini i društvu. Ona uzrokuje nepovratna oštećenja te oboljelu osobu može dovesti do ovisnosti o drugoj osobi. Nije rijedak slučaj da se njena početna faza ne prepozna ili zanemari. To odgađa početak liječenja i smanjuje kvalitetu života oboljelog. Stoga je cilj ovog rada bio ispitati znanje studenata Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci o Alzheimerovoj demenciji. Anonimnim anketnim upitnikom ispitano je 25 studenata prve i 26 studenata treće godine sestrinstva. Upitnik je sadržavao 23 pitanja zatvorenog tipa. Istraživanje je pokazalo iznenađujuće rezultate u kojima je vidljivo da veću razinu znanja o ovoj temi ima prva godina sestrinstva. Takvi rezultati pobili su hipotezu koja navodi da će veću razinu znanja pokazati viša godina studija. Razlozi ovome mogu biti u manjku zainteresiranosti studenata o ovoj temi tokom studiranja, ili nedovoljan kontakt s oboljelima tijekom kliničkih vježbi. No, upravo su studenti ti koji će sutra skrbiti o oboljelim osobama te morati prepoznati prve znakove bolesti. Stoga se stavlja na važnost kontinuirana edukacija o Alzheimerovoj demenciji.

UDC 616.894+614.253.4

KEYWORDS: Alzheimer's dementia, quality of life, education, students

ABSTRACT - Alzheimer's dementia is a growing public health problem and is more prevalent in our society every day. It causes irreversible damage and can make the sick person dependent on another person. It is not uncommon for its initial stage not to be recognized or ignored. This delays the start of treatment and reduces the patient's quality of life. Therefore, the aim of this study was to examine the knowledge of students at the Faculty of Health Studies in Rijeka on Alzheimer's dementia. An anonymous questionnaire surveyed 25 first-year students and 26 third-year nursing students. The questionnaire contained 23 closed-ended questions. The research showed surprising results in which it is evident that the first year of nursing has a higher level of knowledge on this topic. Such results refuted the hypothesis. The reasons for this may be the lack of interest of students in this topic during their studies, or insufficient contact with patients during clinical exercises. However, it is the students who will take care of the sick tomorrow and have to recognize the first signs of the disease. Therefore, continuous education on Alzheimer's dementia is important.

1 Uvod

Demencija se u literaturi opisuje kao sindrom progresivnog oštećenja kognitivnih sposobnosti ali pri očuvanoj svijesti, te se očituje promjenama u ponašanju oboljele osobe i mentalnom statusu. U osoba oboljelih od demencije je neizbježno intelektualno propadanje s organskom bolesti CNS-a (engl. Central nervous system), pa su vidno oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, poimanja prostorno-vidnih odnosa te orijentacije (Tomek - Roksandić idr., 2017).

Osim što njena pojava remeti bolesnikovo socijalno i profesionalno funkcioniranje, ona također može dovesti do potpune ovisnosti o drugoj osobi. Simptomi se odražavaju na cjeloukupnoj fizičkoj i psihičkoj razini što dovodi do promjena u raspoloženju, mišljenju, emocijama i psihomotorici dok nerijetko dolazi i do nemogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti.

Kod oboljele osobe dolazi do dezorijentiranosti, zapuštanja higijene, anksioznosti, agitiranosti te poremećaja u spavanju. Kako bolest napreduje mogu se javiti psihički i ponašajni simptomi koji mogu biti uzrokovani lijekovima, senzornim poteškoćama ili infekcijama. Osoba gubi doživljaj sebe, ne može izraziti svoje potrebe te ne može udovoljiti visoka očekivanja okoline (Begić, 2011). Novija istraživanja pokazala su da su upravo poremećaji u ponašanju oboljelog glavni izvor stresa za njihove njegovatelje ili članove obitelji. Alzheimerova bolest pripada najčešćem uzroku demencije u starijih osoba. Ona je progresivna te degenerativna bolest koja zahvaća središnji živčani sustav. Po broju oboljelih ona čini minimalno 60 % svih demencija (Tomek - Roksandić idr., 2017). S obzirom da počinje monosimptomatski često ostaje nepravovaljano dijagnosticirana ili neprepoznata, te se vodi pod dijagnozom presenilne demencije. Alois Alzheimer, patolog njemačkog podrijetla, 1906. godine je opisao pacijenticu s progresivnom demencijom i psihotičnim promjenama u ponašanju. Obdukcija je pokazala histološke promjene u mozgu sukladno kognitivnom propadanju ili takozvane senilne plakove. Alzheimerove bolest je i po njemu dobila svoje ime. Bolest je obilježena progresivnošću, demencijom, ireverzibilnošću te somatskim komplikacijama. Naravno, kao i kod većine bolesti, ona progredira različitim intezitetom i brzinom ovisno od osobe (Uzun idr., 2011).

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, engl. World Health Organization) je 2017. godine izdala statistike da oboljelih u svijetu od demencije ima preko 50 milijuna, te procjenjuje da će ta brojka rasti za 10 milijuna svaku godinu. Istraživanja provedena u Velikoj Britaniji, Švedskoj i SAD-u prikazuju da je prevalencija demencija kod starije životne dobi iznosi 9-14 %, te da trećina od njih nije sposobna voditi samostalan život (Mayeux i Stern, 2012). Istraživanja provedena u Hrvatskoj pokazuju da se čak kod 14% osoba starije životne dobi javljaju psihoorganske promjene. Izračuni pokazuju da je oboljelih od demencije u Hrvatskoj između 45 000 i 50 000. Kao rezultat većeg udjela ženskog stanovništva u starijoj dobi, ukupan broj žena oboljelih od demencije mnogo je veći od sveukupnog broja oboljelih muškaraca (Herceg idr., 2019).

Demencija je uz mnoge druge kronične bolesti praćena stigmom. Stigma je uvijek povezana s negativnim i netočnim predrasudama i stavovima. Mnoga istraživanja pokazala su da obitelj u kojem jedan član ima stigmatiziranu bolest, također prolazi kroz stigmatu te joj se na razne načine pokušava oduprijeti. Prikazani su slučajevi u kojima bi se članovi obitelji sramili postupaka, manira i govora oboljele osobe. Naveli su da bi se lakše nosili sa srčanom bolesti ili karcinomom nego s demencijom jer je ona mentalni poremećaj, a to je već nešto čega se treba sramiti. Odlazak u kupovinu ili restoran s oboljelom osobom primjećene su kao potencijalno problematične situacije (Slaviček, 2018).

Istraživanje provedeno na Texas Woman's University 2016. godine pokazuje da pozitivnije stavove i bolje znanje imaju studenti koji su došli u kontakt s oboljelim osoba na kliničkim vježbama. Studenti su izrazili su želju za radom s ovom skupinom te bolje razumijevanje bolesti. Nedostatak znanja za sobom vuče negativne stavove te stigmatizaciju (Puljak idr., 2005). Za promicanje pozitivnih stavova te razbijanje stigme izuzetno je važno iskustvo dobiveno kroz kliničke vježbe sa osobama oboljelim od demencije. Stoga je ključno adekvatno educirati studente sestrinstva o specifičnosti rada s ovom sve većom skupinom bolesnika.

Također, poželjno je podizati svijest o Alzheimerovoj bolesti i demenciji za vrijeme studija, i to posebno kod studenata zdravstvenih smjerova jer će oni jednog dana provoditi edukaciju društvene zajednice te time pridonijeti destigmatizaciji oboljelih. Od krucijalne je važnosti izražavanje i način kako se govori o oboljelima. Stereotipni izrazi samo produbljuju stigmatizaciju stoga je bitno prepoznati razliku i okrutnost kad se osobi oboljeloj od demencije kaže da je dementna. Sama borba protiv stigme pomaže da se bolje razumiju teškoće u komunikaciji s oboljelim osobama te da se društvo senzibilira.

2 Metode

2.1 Cilj rada

Rad za cilj ima ispitati znanje studenata sestristva prve i treće godine o Alzheimerovoj demenciji.

2.2 Hipoteza

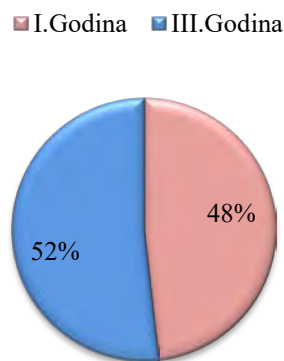
U okviru cilja, za očekivati je da će se znanje studenata prve i treće godine razlikovati. Pretpostavka je da će studenti treće godine pokazati veće znanje u odnosu na studente prve godine.

2.3 Ispitanici i metode rada

Ispitanici su studenti redovnog studija – Sestrinstvo, Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Ispitane su I. i III. godina. Uzorak čini ukupno 51 ispitanik, točnije 25 ispitanika I. godine te 26 ispitanika III. godine. Istraživanje je provedeno anketnim upitnikom putem Google obrasca, koji se sastojao od 23 pitanja vezanih za činjenice o Alzheimerovoj demenciji, te je u potpunosti anonimna. Sva pitanja su obrađena i prikazana grafički, a za obradu grafova korišten je Microsoft Office Excel 2010.

3 Rezultati

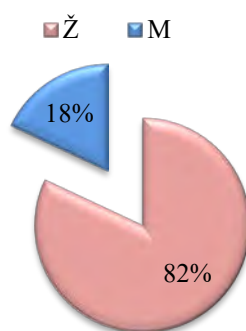
Graf 1: Distribucija rezultata s obzirom na godinu studiranja



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Graf 1 pokazuje omjer ispitanika po godini studija. 48 % (N = 25) je ispitanika prve godine studija dok je 52 % (N = 16) je ispitanika treće godine studija.

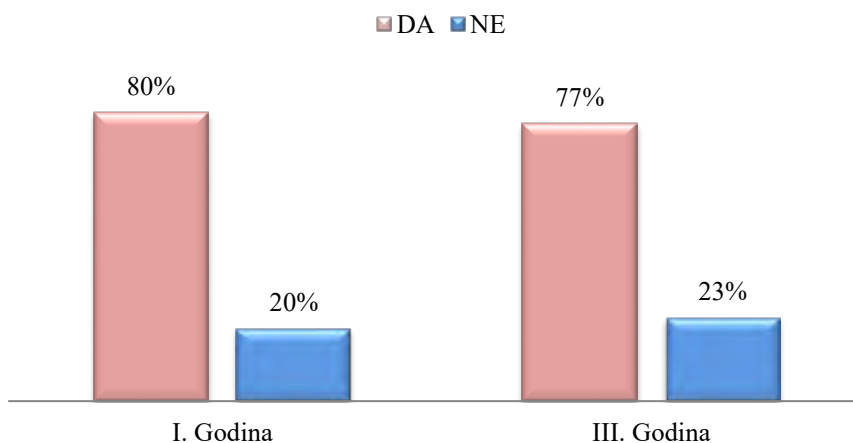
Graf 2: Distribucija rezultata s obzirom na spol



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Graf 2 pokazuje omjer ispitanika po spolu iz kojeg je vidljivo da je 82 % (N = 42) ispitanika ženskog spola, dok je 18 % (N = 9) muškog spola.

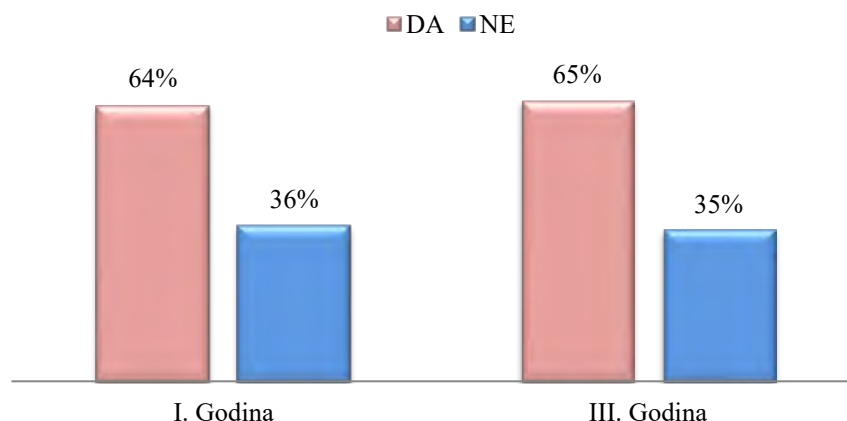
Graf 3: Distribucija odgovora na pitanje »Jeste li u srednjoj školi učili o Alzheimerovoj demenciji?«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Na grafu 3 vidljivo je da je o Alzheimerovoj demenciji u srednjoj školi učilo 80 % ispitanika prve godine i 77 % treće godine. 20 % ispitanika prve godine i 23 % ispitanika treće godine izjavilo je da o Alzheimerovoj bolesti u srednjoj školi nisu učili (to su studenti koji su studij sestrinstva upisali nakon završene neke druge ne medicinske srednje škole).

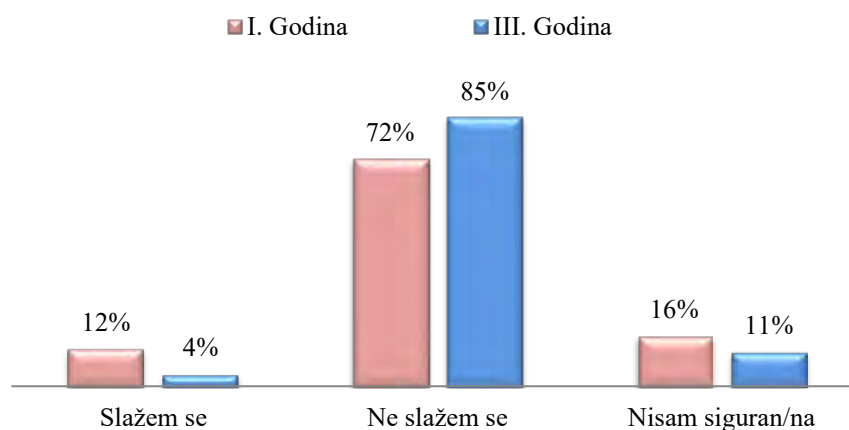
Graf 4: Distribucija odgovora na pitanje »Jeste li se ikad susreli s osobom oboljelim od Alzheimerove bolesti?«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Rezultati na ovom pitanju ukazuju da se je 64 % ispitanika prve godine i 65 % ispitanika treće godine susrelo s osobom oboljelim od Alzheimerove demencije, na kliničkim vježbama ili u privatnom životu (graf 4).

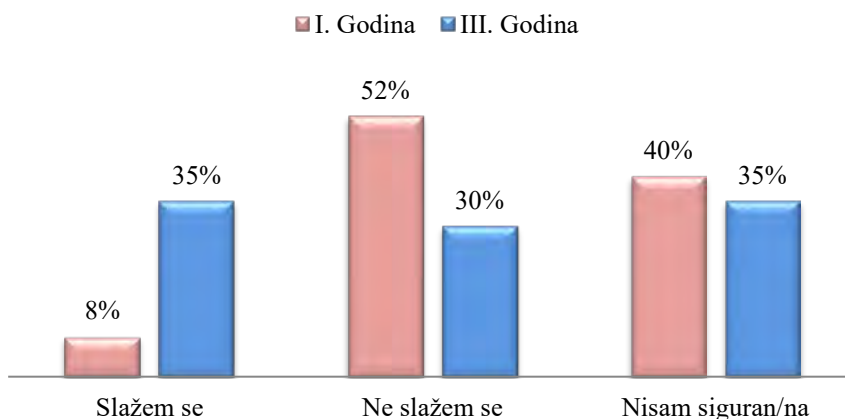
Graf 5: Distribucija odgovora na tvrdnju »Samo osobe starije od 65 godina oboljevaju od Alzheimerove bolesti?«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Iz grafa 5 vidljivo je da se s tvrdnjom nije složilo 72 % ispitanika prve godine i 85% ispitanika treće godine. Odgovoriti nije znalo 16 % ispitanika prve i 11 % ispitanika treće godine. Ipak, ima i onih koji su dali potvrđan odgovor na tvrdnju.

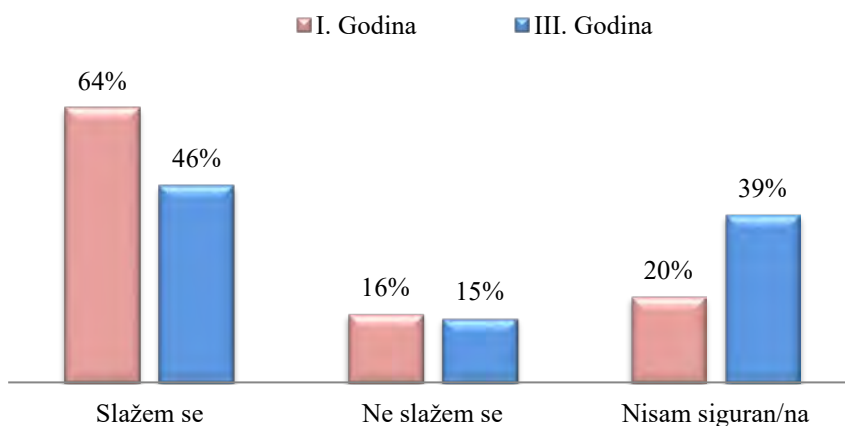
Graf 6: Distribucija odgovora na tvrdnju »Mogući čimbenik za razvoj Alzheimerove demencije je pušenje.«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Na grafu 6 vidljivo je da se 8 % ispitanika prve godine složilo s ovom tvrdnjom, 52 % ju je demantiralo, dok 40 % nije znalo odgovoriti. Dok se 35 % ispitanika treće godine složilo, 30 % ju smatra netočnom, a 35 % ispitanika nije znalo odgovoriti.

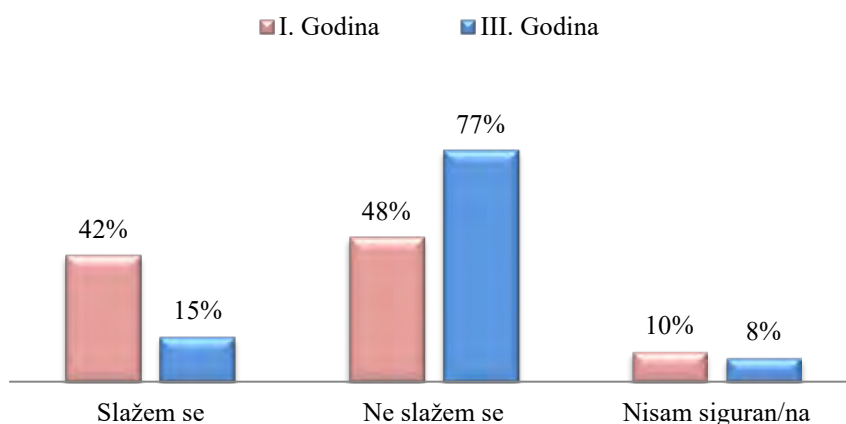
Graf 7: Distribucija odgovora na tvrdnju »Alzheimerova bolest je nasljedna bolest.«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

S izjavom da je Alzheimerova bolest nasljedna se nije složilo 16 % ispitanika prve i 15 % treće godine. Više od polovice ispitanika prve godine, njih 64 %, smatra da je Alzheimerova demencija nasljedna. Taj broj je nešto manji kod treće godine, ali ipak značajan (graf 7).

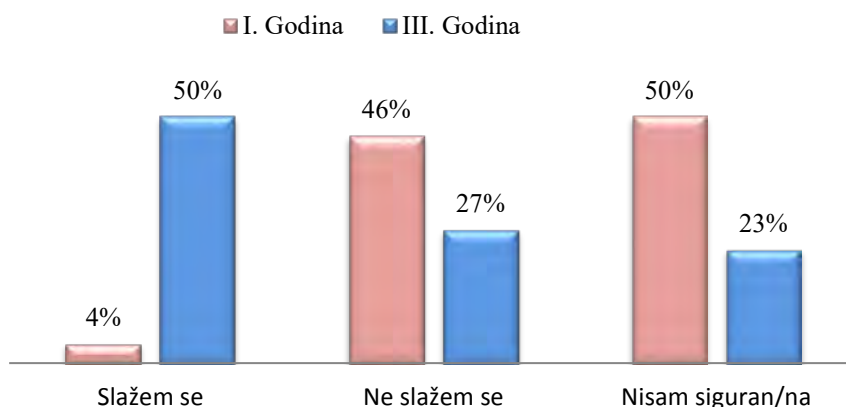
Graf 8: Distribucija odgovora na tvrdnju »Stupanj obrazovanja ima ulogu u razvoju Alzheimerove bolesti.«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Rezultati u grafu 8 pokazuju da se tek 15 % ispitanika treće godine složilo s ovom izjavom, dok je 77 % smatra netočnom. Ispitanici s prve godine se čak 42 % slažu s izjavom, dok ju 48 % ipak smatra netočnom.

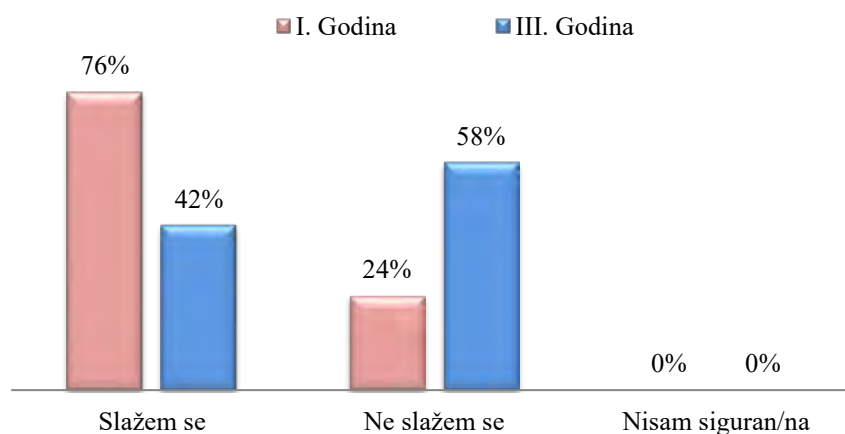
Graf 9: Distribucija odgovora na tvrdnju »Alzheimerova demencija po broju oboljelih čini samo 20 % svih demencija.«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Iz grafa 9 vidljivo je da se samo 27 % treće godine nije složilo s ovom tvrdnjom, dok je taj broj kod prve godine nešto veći, čak 46 %.

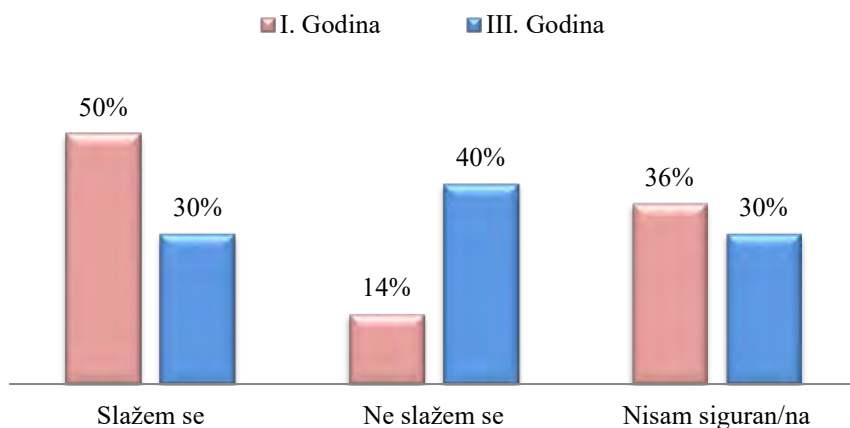
Graf 10: Distribucija odgovora na tvrdnju »Normalno je da osoba sa 70 godina zaboravlja i postaje senilna.«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Iz grafa 10 vidljivo je da se sa ovom tvrdnjom ne slaže samo 24 % ispitanika prve godine, dok je taj broj ipak veći kod treće godine, tačnije 58 % ispitanika. 76 % ispitanika prve i 42 % ispitanika treće godine složilo se s tvrdnjom i smatra da je normalno da osoba sa 70 godina postaje senilna.

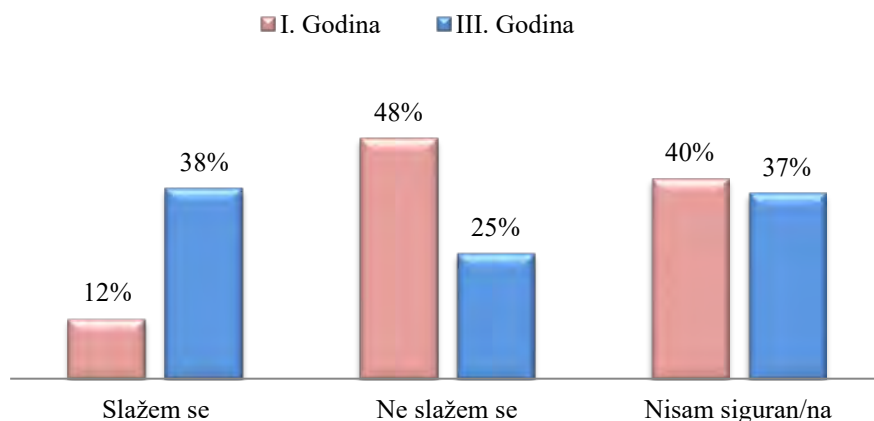
Graf 11: Distribucija odgovora na tvrdnju »Smanjenim unosom masti smanjuje se rizik od Alzheimerove bolesti.«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Iz grafa 11 uočljivo je da se tačno polovica ispitanika prve godine slaže, 14 % smatra da masti nemaju ulogu u razvoju bolesti, 36 % nije znalo odgovoriti sa sigurnošću. 30 % ispitanika treće godine se složilo s tvrdnjom, 40 % smatra da masti nemaju ulogu u razvoju bolesti, 30 % ispitanika treće godine nije znalo odgovoriti.

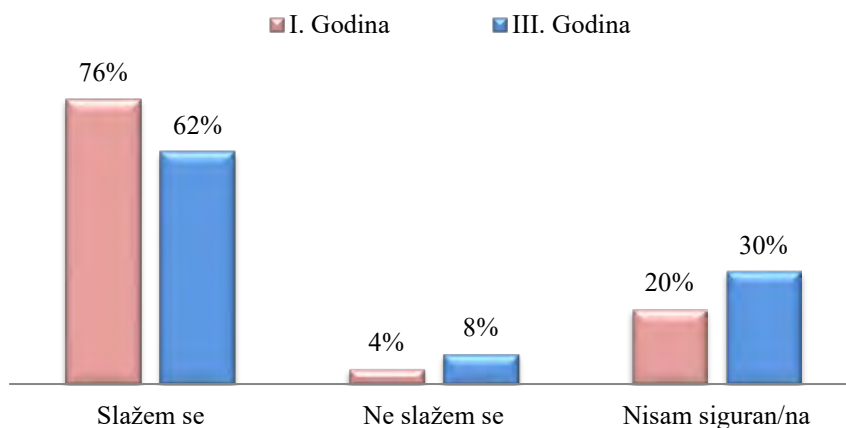
Graf 12: Distribucija odgovora na tvrdnju »Integrativna validacija je način ophođenja prema pacijentu u kojem se ne prihvaća njegov unutarnji svijet i pokušava ga se urazumiti.«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Rezultati grafa 12 pokazuju da se skoro polovina ispitanika prve godine nije složila o integrativnoj validaciji, točnije njih 48 %, 40 % nije znalo odgovoriti, dok je tek 12 % smatralo ovu izjavu točnom. Kod treće godine, tek se 25 % ispitanika nije složilo s tvrdnjom, 38 % tvrdnju smatra točnom.

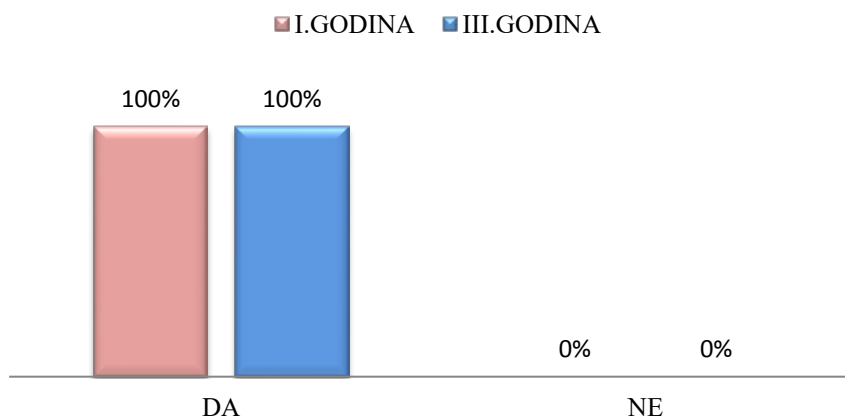
Graf 13: Distribucija odgovora na tvrdnju »U komunikaciji s oboljelima poželjno je koristiti se fizičim dodirima poput zagrljaja ili držanja za ruku.«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Iz rezultata grafa 13 vidljivo je da se s tvrdnjom se složilo 76 % prve te 62 % treće godine. 20 % ispitanika prve i 30 % ispitanika treće godine nije sigurno. Tek manji broj ispitanika, 4 % prve i 8 % treće godine, se nije složio s ovom tvrdnjom.

Graf 14: Distribucija odgovora na pitanje »Smatrate li da o Alzheimerovoj bolesti treba više govoriti?«



Izvor: Anketni upitnik, 2020.

Graf 14 prikazuje da su se ispitanici prve i treće godine studija sestristva u potpunosti složili s da je potrebno više govoriti o Alzheimerovoj bolesti.

4 Rasprava

Istraživanje u ovom radu imalo je za cilj ispitati znanje studenata prve i treće godine studija sestristva o Alzheimerovoj demenciji. Anonimnom anketom ispitano je 25 studenata prve i 26 studenta treće godine, ukupno 51 ispitanik. Anketni upitnik sadržavao je pitanja zatvorenog tipa koja su se odnosila na znanje o Alzheimerovoj demenciji. Navedena hipoteza da će veću razinu znanja imati viša godina studija je odbačana. Naime, prva godina pokazala je veću sigurnost i točnost u odgovorima vezanim za rizične faktore koji imaju ulogu u razvoju Alzheimerove bolesti, rizičnu skupinu te sami pristup oboljeloj osobi. Upravo zbog ovakvih rezultata, studente bi trebalo više educirati u ovom specifičnom području. Potrebno je dovesti studente u realne situacije s oboljelima tokom kliničkih vježbi, što bi moglo naposljetku dovesti do pozitivnih stavova. Studenti su i sami prepoznali nedostatke u svom znanju, te su se u zadnjem anketnom pitanju izjasnili da bi se o Alzheimerovoj demenciji trebalo više pričati. Slično istraživanje provedeno je na Sveučilištu Sjever gdje je provedeno istraživanje na sve tri godine studija te su dobiveni rezultati pokazali dobro znanje studenata no ipak sa većom razinom znanja o Alzheimerovoj demenciji imaju studenti viših godina studija (Slaviček, 2018). Nekoliko je razloga koji mogu biti uzrok prikazanih rezultata dobivenih u našem istraživanju. Razlog višoj razini znanja prve godine studija može biti u dobroj edukaciji i ponesenom znanju iz srednje škole. Razlog odbačene hipoteze, odnosno nižoj razini znanja treće godine, može biti u nedovoljnoj edukaciji o Alzheimerovoj demenciji, nezainteresiranosti studenata na istu temu, ili pak nedovoljnom radu s oboljelim osobama tokom kliničkih vježbi.

Nedostatak ovog istraživanja je mali broj ispitanika te kratko vrijeme istraživanja.

5 Zaključak

Radi rapidnog rasta broja oboljelih od Alzheimerove demencije od velikog je značaja da zdravstveni djelatnici imaju dovoljnu razinu znanja kako bi na vrijeme prepoznali simptome bolesti te preveniraju moguće neželjene ishode. Rano prepoznavanje znakova bolesti daje oboljelom i članovima njegove obitelji mogućnost za kvalitetniji život.

LITERATURA

1. Begić, D. (2011). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.
2. Herceg, M., Sisek - Šprem, M., Puljić, K. i Herceg, D. (2019). Hitna stanja kod demencije i psihičkih poremećaja u starijoj životnoj dobi. *Socijalna psihijatrija*, 47, 185–198.
3. Mayeux, R. i Stern, Y. (2012). Epidemiology of Alzheimer Disease. *CSH*. Pridobljeno 20. 5. 2020, s <http://perspectivesinmedicine.cshlp.org/content/2/8/a006239>.
4. Puljak, A., Perko, G., Mihok, D., Radašević, H. i Tomek - Roksandić, S. (2005). Alzheimerova bolest kao gerontološki javnozdravstveni problem. *Medicus*, 14 (2), 229–235.
5. Slaviček, B. (2018). Znanje studenata Sestrinstva o Alzheimerovoj demenciji. (Diplomska naloga). Varaždin: Sveučilište Sjever. Pridobljeno 21. 5. 2020, s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:077364>.
6. Tomek - Roksandić, S., Mimica, N., Kušan Jukić, M. idr. (2017). Alzheimerova bolest i druge demencije-rano otkrivanje i zaštita zdravlja. Zagreb: Medicinska naklada.
7. Uzun, S., Kozumplik, O. i Folnegović - Šmalc, V. (2011). Review Alzheimer's Dementia: Current Data. *Review. Coll. Antropol*, 35 (4), 1333–1337.

Razširjenost predpisovanja opioidov in smrtnosti v letih 2010–2019

UDK 615.212+613.8

KLJUČNE BESEDE: analgetični opioidi, smrtnost, bolečina, razvoj tolerance, definirani dnevni odmerki

POVZETEK - Poraba opioidov za zdravljenje bolečine ter v programih zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog narašča in vodi do razvoja tolerance, odvisnosti, lahko tudi zlorab, zato je potrebno skrbno spremljanje predpisovanja v skladu z medicinsko doktrino seveda glede na potrebe pacientov. Namen retrospektivne opazovalne raziskave je bil analizirati razširjenost in trend predpisovanja ter smrtnost analgetičnih opioidov (N02A) in opioidov za zdravljenje oseb odvisnih od opioidnih drog med leti 2010 in 2019. Podatke o predpisanih zdravilih smo analizirali po anatomsko-terapevtsko-kemični klasifikaciji (ATC metodologiji) v definiranih dnevni odmerkih na 1000 prebivalcev na dan (DID). V letu 2019 je bilo izdanih preko 1,4 milijona receptov za analgetike (N02), od tega 27 % za analgetične opioide (N02A). Vsaj en recept z analgetičnimi opioidi je prejelo 6,1 % populacije. V letih 2010 do 2019 je bilo zaznanih tudi 116 smrti povezanih z uporabo opioidov. Na podlagi rezultatov je mogoče sklepati, da je predpisovanje teh zdravil dokaj razširjeno pri obravnavi bolečine. V letu 2019 se je razširjenost predpisovanja nekoliko zmanjšala, kar lahko pripišemo večjemu osveščanju in bolj doslednemu upoštevanju strokovnih smernic ter zavedanju o možnostih zlorab. Posebno pozornost pa je potrebno nameniti preprečevanju smrtnosti zaradi opioidov.

UDC 615.212+613.8

KEYWORDS: analgesic opioids, mortality, pain, development of tolerance, defined daily doses

ABSTRACT - The use of opioids for the treatment of pain and in drug treatment programmes is increasing and leading to the development of tolerance, dependence, and possible abuse, so careful monitoring of prescribing in accordance with medical doctrine is necessary, of course, according to the patient's needs. The purpose of the retrospective observational study was to analyse the prevalence and trend of prescribing and mortality of analgesic opioids (N02A) and opioids for the treatment of opioid addicts between 2010 and 2019. Data on prescribed medicines were analysed by anatomical-therapeutic-chemical classification (ATC methodology) in defined daily doses per 1000 population per day (DID). In 2019, over 1.4 million prescriptions for analgesics (N02) were issued, of which 27% for analgesic opioids (N02A). At least one prescription with analgesic opioids was received by 6.1% of the population. Between 2010 and 2019, 116 opioid-related deaths were also detected. Based on the results it can be concluded that prescribing these drugs is quite common in pain treatment. In 2019 the prevalence of prescribing decreased slightly, which can be attributed to greater awareness and more consistent adherence to professional guidelines and awareness of the possibilities of abuse. However, special attention should be paid to the prevention of opioid mortality.

1 Teoretična izhodišča

V času »opioidne krize« v ZDA se je predpisovanje opioidov in njihova zloraba tudi v nekaterih drugih državah močno razmahnila. Zato je potrebno še posebej pozorno spremljati tako vzorce njihovega predpisovanja kot tudi njihove zlorabe. (Alho idr, 2014; Kostnapfel, Korošec in Kastelic, 2019).

Opioidi se na podlagi priporočil Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) uporabljajo za zdravljenje bolečine, nekateri izmed njih pa se uporabljajo skladno s smernicami tudi pri z

agonisti podprtem zdravljenju odvisnosti od opioidov. (Kastelic in Kostnapfel, 2010; Kastelic in Šegrec, 2019).

Zdravljenje kronične bolečine poteka v skladu s smernicami, ki so namenjene obvladovanju bolečine in načinu uporabe opioidnih analgetikov (ASRA, 2018; WHO, 2012; Maremmani idr., 2015).

Tveganje za zlorabo opioidov pa je pri bolnikih s kronično bolečino, zlasti pri bolnikih s hkratno uporabo psihoaktivnih snovi in/ali motnjami duševnega zdravja večje, saj se opoidi predpisujejo na recept (CDC, 2016).

Zdi se, da je vse večja razpoložljivost analgetičnih opioidov v Organizaciji za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) povezana z vse večjim predpisovanjem opioidov v različnih zdravstvenih sistemih. Smrti zaradi opioidov (opioid related death - ORD) so ključni kazalnik, ki odraža vpliv problematične uporabe opioidov na zdravje prebivalstva in hkrati prikazuje uspešnost zdravstvenih sistemov in drugih državnih institucij na tem področju. V 25 državah OECD, za katere so na voljo podatki, se je povprečje ORD v zadnjih letih povečalo za 20 % (OECD, 2019).

Uporaba analgetikov, zloraba predpisanih opioidov in s tem povezana smrtnost so se v zadnjih desetletjih v razvitih državah povečali. Na svetovni ravni se je uporaba predpisanih opioidov za medicinske namene več kot potrojila od leta 1990, najbolj pa se je povečala zlasti v ZDA, ki imajo približno 4,5-krat večjo raven predpisanih opioidov od povprečja Evropske unije (EU). Znotraj EU, čeprav se je uporaba zdravil v vseh državah v zadnjem času opazno povečala, še vedno obstajajo številne razlike v stopnjah predpisovanja zdravil med državami (Chenaf idr., 2019; Manchikanti idr., 2010; Atluri idr., 2014).

Opioidi so eden najpomembnejših in najučinkovitejših zdravil proti bolečinam s ključno vlogo na večini medicinskih področij. Porast predpisovanja opioidov je v večini razvitih držav OECD po vsem svetu povzročil večje število zlorab in tudi smrtnih primerov zaradi predpisovanja opioidov na recept (Rosner, Neicun, Yang in Roman - Urrestarazu, 2019).

Od leta 2013 do 2017 se je stopnja smrtnosti zaradi prevelikega odmerjanja drog povečala v 35 od 50 zveznih državah in ZDA, pri 15 od 20 pa se je znatno povečalo število smrtnih primerov zaradi sintetičnih opioidov. Med 70.237 smrtnimi primeri zaradi prevelikega odmerjanja drog v letu 2017 je 47.600 (67,8 %) primerov vključevalo opioid. Od leta 2016 do 2017 se je število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerjanja, ki so vključevale vse opioide in sintetične opioide povečalo, vendar je število smrtnih primerov, povezanih z opioidi na recept in heroinom, ostalo stabilno (Scholl idr., 2019).

Tudi v Sloveniji se v zadnjih letih povečuje predpisovanje opioidnih analgetikov (Kostnapfel, Korošec in Kastelic, 2020).

Cilj te študije je bil analizirati razširjenost opioidov ter umrljivost zaradi predpisanih opioidov na recept prebivalcem, starejšim od 15 let, upoštevajoč kode Mednarodne statistične klasifikacije bolezni in z njimi povezanih zdravstvenih stanj Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za druge opioide (ICD-10 koda T40.2) in sintetične opioide (ICD-10 koda T40.4) ter metadona (ICD-10 koda T40.3) v Sloveniji v obdobju od 2010 do 2019 (WHO, 1992).

2 Metode

Vir za retrospektivno opazovalno analizo so bile »Baza podatkov o ambulantno predpisanih zdravilih na zelene in bele recepte« Republike Slovenije« (NIJZ 64 – Evidenca porabe zdravil izdanih na recept) in »Baza umrlih« na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) ter

podatki Statističnega urada Republike Slovenije. Zajem vključuje vse bolnike, ki so od leta 2010 do 2019 prejeli vsaj en recept za opioide, z namenom prikazati trende pri uporabi predpisanih opioidov in smrtnih primerov, povezanih z opioidi. (Kostnapfel in Albrecht, 2020).

Vzroki smrti so bili kodirani v skladu z Mednarodno statistično klasifikacijo bolezni in z njimi povezanih zdravstvenih stanj SZO, deseta revizija ICD-10.

Identifikacija smrtnosti je potekala z vključevanjem naslednjih kod ICD-10: T40.2 (drugi opioidi), T40.3 (metadon) in T40.4 (drugi sintetični narkotiki) (WHO, 1992).

Podatki so bili zbrani v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov na področju zdravstvenega varstva (Zakon o zbirkah podatkov, 2000).

Zdravila so bila razvrščena po sistemu SZO anatomske terapevtske klasifikacije zdravil (ATC/DDD), uporabljeni so bili definirani dnevni odmerki (DDD) na 1.000 prebivalcev na dan (v nadaljevanju DDD / DID) (WHO ATC/DDD metodologija, 2019).

2.1 Analizirali smo podskupino, in sicer opioidne analgetike (ATC skupina N02A) v obdobju 2010–2019, da bi ugotovili razširjenost uporabe, trend in smrtnost zaradi prepisanih opioidov na recept ter dodatno smrtnost zaradi metadona (ATC skupina N07BC02)

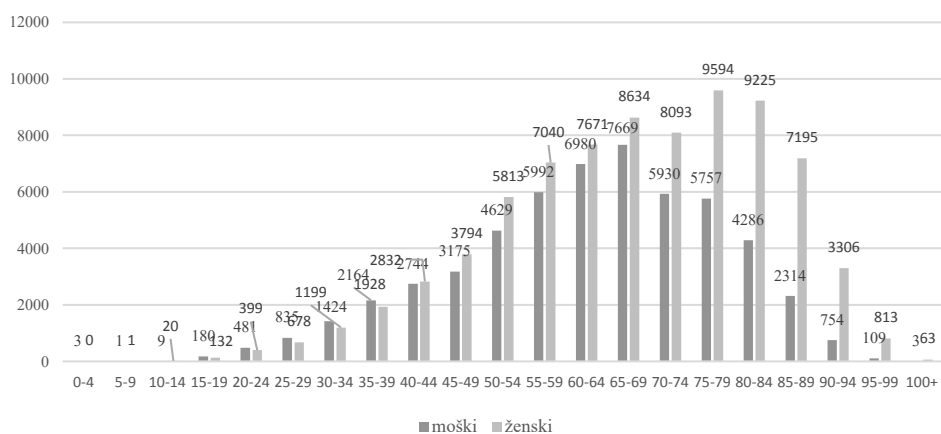
Zbrani podatki so bili obdelani s pomočjo opisne statistike in testirani na linearni trend (Agresti in Finlay, 2008; Woodward, 2004).

Dovoljenje Etične komisije Republike Slovenije ni bilo potrebno, ker so bili uporabljeni podatki anonimizirani.

3 Rezultati

Predpisovanja analgetičnih opioidov (ATC skupina N02A) začne naraščati v starosti nad 45 let. Na grafu 1 vidimo število prejemnikov analgetičnih opioidov po spolu in starosti v letu 2019.

Graf 1: Število prejemnikov opioidov N02A, po spolu in starosti, 2019

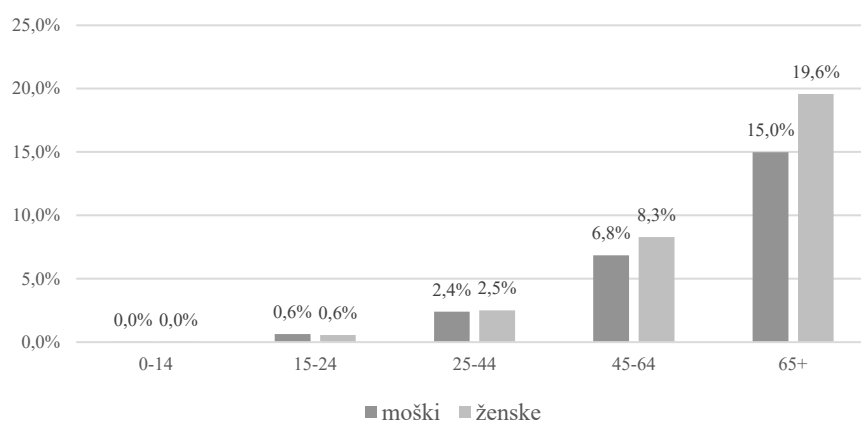


Vir: Baza ambulantno predpisanih zdravil. NIJZ 64 (Podatkovni portal NIJZ).

Povprečna starost oseb, ki prejema recepte za opioidne analgetike, je bila v letu 2019 65,3 leta (standardni odklon 15,9); pri moških 62,4 leta ($\pm 15,4$) in pri ženskah 65,3 leta ($\pm 15,9$).

Najvišja je razširjenost predpisovanja opioidov pri osebah, starejših od 65 let, saj je v povprečju razširjenost 17,6 %. Povprečno je bil v letu 2019 vsaj en opioid predpisan 19,6 % ženskam ter 15,0 % moškim (graf 2).

Graf 2: Razširjenost predpisovanja opioidov na recept po spolu in starostni skupini v letu 2019

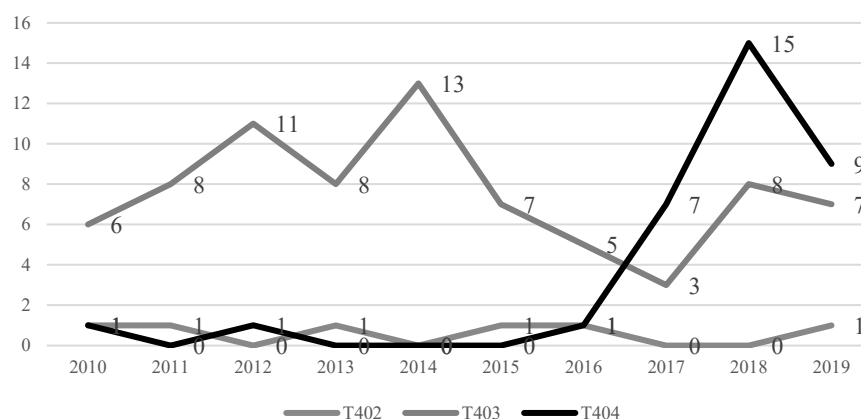


Vir: Baza ambulantno predpisanih zdravil. NIJZ 64 (Podatkovni portal NIJZ).

V letih 2010 do 2019 je bilo skupaj zaznanih 116 smrtnih primerov zaradi predpisanih opioidov na recept, in sicer 6 smrti zaradi drugih opioidov (ICD-10 koda T40.2), 76 smrti zaradi metadona (ICD-10 koda T40.3) in 34 smrti zaradi drugih sintetičnih narkotikov (ICD-10 koda T40.4).

V kolikor smrtnost pogledamo podrobno po posameznih vzrokih pa vidimo, da je trend smrti zaradi metadona (ICD koda T40.3) po letu 2014 pričel upadati, v letu 2018 je bil opazen porast smrti, ki so v letu 2019 spet upadle. Zaznan pa je močan porast smrti zaradi drugih sintetičnih narkotikov (ICD koda T40.4), od ene smrti v letu 2016 do 15 smrti v letu 2018 (graf 3).

Graf 3: Število posameznih smrtnih primerov zaradi opioidov (ICD-10 kode T40.2, T40.4) in metadona (ICD-10 koda T40.3) od leta 2010 do 2019.

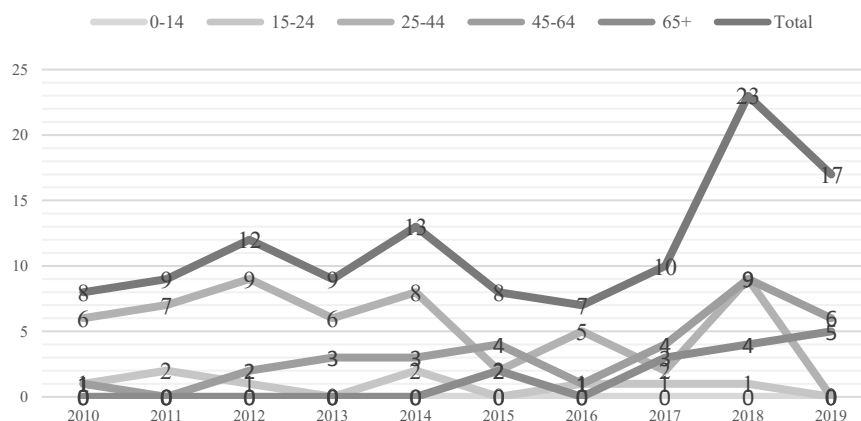


Vir: Baza umrlih. (Podatkovni portal NIJZ).

Opazen je skupen porast smrti na podlagi ICD-10 kod T40.2, T40.3 in T40.4 od leta 2016, ko je bilo zaznanih skupno 7 smrti preko 10 smrti v letu 2017 do skupno 28 smrti v letu 2018. V letu 2019 je zaznan padec skupnih smrti na 17. Najbolj je opazen porast smrtnosti v letih od 25 do 44 ter v letih od 45 do 64 let.

Na grafu 4 je viden trend števila smrti po letih in starostnih obdobjih.

Graf 4: Število smrtnih primerov zaradi opioidov (ICD-10 kode T40.2, T40.4) in metadona (ICD-10 kode T40.3) glede na starostne skupine od leta 2010 do 2019.



Vir: Baza umrlih. (Podatkovni portal NIJZ).

4 Razprava z zaključki

Na podlagi rezultatov raziskave o predpisovanju opioidov vidimo, da začne predpisovanje opioidov močno naraščati v starosti nad 45 let, kar dokazuje tudi povprečna starost prebivalstva, ki prejema recepte za opioidne analgetike, ki je bila v letu 2019 več kot 65 let, povprečno tri leta višja pri ženskah kot pri moških.

Porast predpisovanja opioidov se kaže tudi v številu smrti, saj je bilo v letih 2010 do 2019 skupaj zaznanih 116 smrtnih primerov. Največ je bilo smrti zaradi metadona, sledijo pa smrti zaradi drugih sintetičnih narkotikov (npr. morfina, kodeina, fentanila, tramadola, petidina ...) ter smrti zaradi drugih opioidov (npr. dolgodelujoči sr-morfina). Najbolj je opazen porast smrtnosti v letih od 25 do 44 ter v letih od 45 do 64 let.

Poraba opioidov narašča, zato je potrebno pozornost nameniti preprečevanju zlorab in tudi razvoju odvisnosti. Predpisovanje opioidov za zdravljenje bolečine ter v programih zdravljenja odvisnosti mora potekati v skladu s strokovnimi smernicami, saj pravilna uporaba opioidnih analgetikov bolnikov ne ogroža. Stalno spremljanje porabe tako bistveno prispeva k odgovornejšemu ravnanju in pravilni rabi zdravil. (Fonseca idr., 2017; Kostnapfel, Korošec in Kastelic, 2019).

V Sloveniji uporabljamo za zdravljenje opioidne odvisnosti štiri zdravila z različnimi terapevtskimi indikacijami, ki vsebujejo tri različne učinkovine (metadon, buprenorfin in dolgo delujoči sr-morfina) Pri teh zdravilih opazimo trend naraščanja predpisovanja buprenorfina od leta 2013 do 2018, medtem ko uporaba metadona po letu 2015 upada. Verjetno je s tem povezan tudi padec smrti zaradi metadona. Predpisovanje sr-morfina je spremenljivo (Kastelic, Dubajic in Strbad, 2008; Kostnapfel, Korošec in Kastelic, 2019).

Z namenom zmanjšanja zmožnosti zlorabe in napačne uporabe se zdravila za zdravljenje odvisnosti lahko prepisujejo le v mreži centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti pod posebnimi pogoji in pod nadzorom, ugodnosti prejemanja zdravil za domov pa prejmejo šele, ko se stabilni tako glede jemanja prepovedanih drog kot tudi morebitnih pridruženih duševnih in telesnih motenj (Kastelic in Šegrec, 2019).

Kot opozarjajo nekateri raziskovalci (Lovrecic, Lovrecic, Maremmanni in Maremmanni, 2018) so osebe, odvisne od heroina bolj samomorilne kot splošna populacija. Smrtnost zaradi samomorov pri 3949 bolnikih, odvisnih od heroina, ki so se zdravili z opioidnimi agonisti v

Sloveniji je pokazala, da je bilo v obdobju od 2004 do 2011 med temi bolniki 31 samomorov. Samomor je v Sloveniji resen javnozdravstveni problem. Cilj študije (Lovrecic M, Lovrecic B, Selb Semerl, Maremmani, 2015) je bil primerjati zunanje vzroke smrti zaradi samomora med uživalci prepovedanih drog glede na spol v letih 2004–2007 v Sloveniji. Najpogostejša metoda samomora je bilo preveliko odmerjanje za oba spola, pri čemer so bile ženske bolj izpostavljene tveganju moški. Več kot polovica teh žrtev samomora je umrla zaradi prevelikega odmerjanja, predvsem heroina, metadona in drugih opioidov.

Na podlagi raziskave, kjer je bilo vključenih 2.853 bolnikov, jih je bilo 356 (14 %) vključenih v skupino z vsaj enim predhodnim prevelikim odmerjanjem, ne da bi vključevali samomor in 63 (3 %) v skupino s predhodnimi poskusi samomora s prevelikim odmerjanjem. Pomemben dejavnik tveganja, povezan s poskusi samomora s prevelikim odmerjanjem oz. prevelikem odmerjanju brez poskusov samomora. (Kastelic, Zaman, Pregel in Segrec, 2019) je starost bolnika ob prvi uporabi prepovedane droge.

Smiselno bi bilo v prihodnje tudi raziskati, kakšen je bil delež samomorov narejenih s pomočjo zdravil na recept in metadona.

ZAHVALA

Za pripravo analiz porabe zdravil iz baze podatkov o zdravilih se zahvaljujemo Alešu Korošču iz NIJZ. Za pripravo analize smrtnosti iz baze podatkov o umrlih se zahvaljujemo Milošu Kravanji iz NIJZ.

LITERATURA

1. Agresti, A. in Finlay, B. (2008). *Statistical Methods for the Social Sciences* (4th edition) (str. 255–300). Florida: University of Florida.
2. Alho, H., Fischer, G., Torrens, M., Maremmani, I., Ali, R. in Clark, N. (2014). Guidelines in the treatment of opiate addiction: a review and recommendation. *Clark. Addict Relat Clin Probl.*, 16 (4), 33–40.
3. ASRA treatment options for chronic pain (2018). Pridobljeno dne 20. 1. 2019, s <https://www.asra.com/page/46/treatment-options-for-chronic-pain>.
4. Atluri, S., Sudarshan, G. in Manchikanti, L. (2014). Assessment of the trends in medical use and misuse of opioid analgesics from 2004 to 2011. *Pain Physician*, 17 (2), 119–128.
5. Chenaf, C., Kaboré, J. L., Delorme, J., Pereira, B. Mulliez, A., Zenut, M., Delage, N., Ardid, D., Eschalier, A. in Authier, N. (2019). Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. *Eur J Pain*, 23 (1), 124–134.
6. CDC Centers for Disease prevention and control (2016). Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain; Recommendations and Reports, 65 (1), 1–49. Pridobljeno dne 20. 1. 2019, s <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6501e1.htm>.
7. Fonseca, F., Torrens, M., Farré, M., McBride, K. E., Guareschi, M., Touzeau, D., Villeger, P., Benyamina, A., Dagnone, O., Somaini, L., Maremmani, I., in Dart R. C. (2017). Patterns of Prescription Drug Use and Misuse in Spain: The European Opioid Treatment Patient Survey. *Heroin Addict Clin Probl.*, 19 (4), 53–56.
8. Kastelic, A., Dubajic, G. in Strbad, E. (2008). Slow-release oral morphine for maintenance treatment of opioid addicts intolerant to methadone or with inadequate withdrawal suppression. *Addiction*, 103 (11), 1837–1846.
9. Kastelic, A., Zaman, R., Pregel, P. in Segrec, N. (2019). Early age of first drug misuse is associated with increased risk of suicide attempt(s) by overdose among patients with heroin addiction in medication assisted treatment programmes. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, 21 (2), 27–32.
10. Kastelic, A. in Kostnapfel, T. (2010). Substitucijski programi zdravljenja odvisnosti od opioidov v Sloveniji. Opioid substitution treatment programs in Slovenia. *Zdrav Vestn.*, 79, 575–581.

11. Kostnapfel, T. in Albreht, T. (2020). Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2019. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 20. 8. 2020, s <https://www.nijz.si/sl/publikacije/poraba-ambulantno-predpisanih-zdravil-v-sloveniji-v-letu-2019>.
12. Kostnapfel, T., Korosec, A. in Kastelic, A. (2019). Extent and trend of prescription opioids in assisted treatment programmes for opioid addiction and pain medications in Slovenia from 2007 until 2018. *Heroin Addict Relat Clin Probl.*, 21 (2), 1–11.
13. Kostnapfel, T., Korosec, A. in Kastelic, A. (2020). Tramadol as the most prescribed opioid analgetic medication in Slovenia in recent years. *Heroin Addict Relat Clin Probl.*, 22 (3), 13–19.
14. Lovrecic, M., Lovrecic, B., Maremmani, I. in Maremmani, A. G. I. (2018). Excess Suicide Mortality in Heroin Use Disorder Patients Seeking Opioid Agonist Treatment in Slovenia and Risk Factors for Suicide. *Heroin Addict Clin Probl.*, 20 (2), 35–40.
15. Lovrecic, M., Lovrecic, B., Selb Semerl, J. in Maremmani, I. (2015). Suicide by narcotic poisoning in Slovenia, according to gender, during the period 2004–2007. *Heroin Addict Clin Probl.*, 17, 77–84.
16. Manchikanti, L., Fellows, B., Ailinani, H. in Pampati, V. (2010). Therapeutic use, abuse, and nonmedical use of opioids: a ten-year perspective. *Pain Physician.*, 5, 401–435.
17. Maremmani, I., Guareschi, M., Deruvo, G., Somaini, L., Maremmani, A. G. I., Green, J., McBride, K. in Dart, R. C. (2015). Prescription opioids (substitution medications and pain medications) in patients looking for Opioid Agonist Treatment in Northern and Southern Italy, using a 18-month survey methodology. *Heroin Addict Clin Probl.*, 17 (1), 33–42.
18. OECD (2019), Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Pridobljeno 20. 9. 2020, s <https://doi.org/10.1787/a18286f0-en>.
19. Rosner, B., Neicun, J., Yang, J. C. in Roman - Urrestarazu, A. (2019). Opioid prescription patterns in Germany and the global opioid epidemic: Systematic review of available evidence. *PLoS ONE*, 14 (8): e0221153. Pridobljeno 20. 9. 2020, s <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221153>.
20. Scholl, L., Seth, P., Kariisa, M., Wilson, N., Baldwin, G. (2019). Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths - United States, 2013–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 67, 1419–1427. Pridobljeno, s [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm675152e1external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm675152e1external%20icon).
21. WHO (2012). Scoping Document for WHO Guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in adults with medical illnesses. Pridobljeno 20. 1. 2019, s svetovnega spleta https://www.who.int/medications/areas/quality_safety/Scoping_WHO_GLS_PersistPainAdults_webversion.pdf?ua=1.
22. Woodward, M. (2004). *Epidemiology: Study design and data analysis* (2nd ed.). Florida: Chapman and Hall/CRC, Corporate Blvd., University of Florida.
23. World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization. ICD-10, 10th Revision
24. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (2016). ATC/DDD metodologija (2019). Pridobljeno 28. 5. 2019, s https://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/.
25. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (2000). Uradni list Republike Slovenije št. 65/00, 47/15, 31/18. Pridobljeno 20. 9. 2020, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1419>

10 minut na dan - vaje za oči, čeljustni sklep, vratno hrbtenico in zgornji ud

UDK 796.012:613

KLJUČNE BESEDE: vaje, oči, čeljustni sklep, vratna hrbtenica, zgornji ud

POVZETEK - Dolgotrajno sedenje pred slikovnim zaslonom, statična drža ali ponavljajoči se gibi lahko kvarno vplivajo na počutje in zdravje. Sledi neprijetna senzorna in čustvena zaznava, bolečina, ki jo posamezniki različno zaznavajo in je lahko v povezavi z dejansko ali možno poškodbo tkiva. Povečano vznurjenje se prenaša na proprioceptorje in interoceptorje, kar lahko povzroči pomanjkanje ali odpor do gibanja, fizični odziv na neprijetno čustvo ter vpliva na interocepcijo in spremenjene bio-psiho-socialne komponente zdravja. Motena je funkcionalna sposobnost, sestavljena iz intrinzične kapacitete posameznika, ekstrinzičnih dejavnikov ter interakcija med obema. V skeletnih mišicah nastopijo strukturne in funkcionalne spremembe. Pri vzpostavljanju, vzdrževanju in krepitvi ustreznih funkcij gibalnega sistema imajo pomembno vlogo oči, čeljustni sklep, vratna hrbtenica ter zgornji ud s pripadajočimi mišicami, ki omogočajo vzdrževanje statičnega in dinamičnega ravnotežja. Vsi sistemi so med seboj tesno povezani. V klinični praksi pogost zaznavamo tenzijski glavobol, solzenje oči, bolečino v predelu čeljustnega sklepa ter napetost jezika kot posledico prevelike napetosti. Prav tako je pogosto prisotno omejeno in boleče gibanje vratne hrbtenice in zgornjega uda, zato smo na podlagi pregleda strokovne literature in klinične prakse pripravili nabor nasvetov in vaj, ki jih individualno prilagajamo pacientom.

UDC 796.012:613

KEYWORDS: exercises, eyes, temporomandibular joint, cervical spine, upper limb

ABSTRACT - Sitting in front of a screen for long periods of time, static posture or repetitive movements can have an adverse effect on your well-being and health. This can be followed by unpleasant sensory and emotional perception, pain that is perceived differently by individuals and can be associated with actual or possible tissue damage. Increased arousal is transferred from the proprioceptors to the interoceptors, which can lead to a lack or resistance of movement, a physical response to an unpleasant emotion and an effect on interception and altered bio-psycho-social components of health. The functional ability is disturbed, consisting of the intrinsic abilities of the individual, extrinsic factors and the interaction between the two. Structural and functional changes occur in the skeletal muscles. The eyes, temporomandibular joints (TMJ), cervical spine (CS) and upper limb with its associated muscles play an important role in establishing, maintaining and strengthening the appropriate functions of the musculoskeletal system and enable the maintenance of static and dynamic balance. All systems are closely interconnected. In clinical practice, tension headaches, watery eyes, pain in the TMJ, and tongue tensions are often observed as a result of excessive tension. Restricted and painful movement of the CS and upper extremity is also common. Therefore, based on the review of the literature and clinical practice, we have prepared a series of tips and exercises that are individually tailored to patients.

1 Uvod

Ustrezno koordinirano delovanje intrinzičnih in ekstrinzičnih dejavnikov ter interakcija med njimi (Paterson in Waburton, 2010) vplivajo na dobro telesno držo, zagotavljajo vzdrževanje anatomskega položaja sklepov, ustrezno uporabo primarne energije in omogočajo dobro funkcioniranje vseh organskih sistemov. Za ravnovesje med statično in dinamično držo

(Vaughan idr., 2012), brez dodane pozornosti (Lohse, 2012) je pomembno usklajeno časovno in prostorsko aktiviranje mišic (agonistov in antagonistov) ter ustrezna napetost, moč in hitrost (Boltežar, 2010). Dolgotrajno sedenje ali ponavljajoči se gibi lahko sprožijo razvoj mišično skeletne simptomatike, to je poškodb ali obolenj mišic, živcev, kit, sklepov, hrustanca in medvretenčnih ploščic (Punnet in Wegman, 2004).

2 Bolečina

Po definiciji Mednarodnega združenja za proučevanje bolezni (IASP, 2010) je » bolečina neprijetna čutna in čustvena zaznava, povezana z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva«. Po mnenju mnogih je razlaga iz leta 1978 zastarela in potrebuje podrobnejšo razlago. Treede (2018) meni, da je primernejša definicija »Bolečina je vzajemno prepoznavna somatska izkušnja, ki odraža človekovo zavedanje ogroženosti njene telesne ali eksistencialne integritete«. Moseley in Butler (2017) navajata, da je »bolečina odvisna od tega ali možgani presodijo, da nam prete nevarnost in ne od nevarnosti same« in v tem trenutku je pomembna vsaka malenkost. Sodobni čas, hitri način življenja nekoliko zatirata to povezavo, zato je čuječnost, ne presojajoče zavedanje sebe in dogajanja v nas in okoli nas (Zupančič in Petrovič, 2016), pomembna s psihološkega in s fiziološkega aspekta. Po navajanju LeResche idr. (2007) je prevalenca bolečine v cervikalni hrbtenici in ramenu med 15–20 %, 10 do 15 % pa v temporomandibularnem sklepu, medtem ko je prevalenca tenzijske oblike glavobola 52 % (Lyngberg idr., 2005), prevalenca lezij jezika pa 14% (Bhattacharya, Sinha in Pal, 2016). Etiologija bolečine je v vseh primerih multifaktorska in vključuje biološke in psihosocialne determinante (Waersted, Hanvold in Veiersted, 2010).

3 Glava

Z mišično skeletnega vidika so pomembna področja obravnave na glavi čeljustni sklep, žvečne in mimične mišice, očesne mišice in jezik s pripadajočimi živci (Kandel, 2013).

Glavobol, najpogostejši simptom na glavi, delimo na benigni glavobol (migrena, tenzijski tip, rafalni in klastriški glavobol) ali sekundarni glavobol (okužbe, tumorji, zdravila itn.). Med njimi je najpogostejši tenzijski glavobol. Medtem ko je za migreno značilna intenzivna enostranska utripajoča bolečina večinoma v zatilju ali na obeh straneh glave, slabost in fotofobija, je pri tenzijskem glavobolu bolečina manj intenzivna, večinoma topa in prisotna na področju čela, na temenu ali v obliki obroča okoli glave. Etiologija tenzijskega glavobola ni čisto jasna, vendar raziskave kažejo na povečano izometrično kontrakcijo vratnih mišic in mišic glave (Simons, Travell in Simons, 1999). Cervikogena vrsta glavobola (povezana z vratno hrbtenico) prav tako sodi med sekundarne glavobole, nastopi zaradi mišično skeletne motnje in/ali okvare vratne hrbtenice in ga bolnik občuti na eni ali obeh straneh vratu in zatilja. Bolečina lahko izžareva v glavo ali v obraz, omejuje gibanje vratne hrbtenice in je povezana z nepravilno držo (Chaibi in Russell, 2012). Vaje pri glavobolu so usmerjene simptomatsko glede na vzrok (cervikalne mišice, žvečne mišice, jezik, patologija čeljustnega sklepa itn.) in v dihalne vaje z namenom zmanjševanja stresa.

3.1 Čeljustni sklep

Miofascialna bolečina je v več kot polovici primerov vzrok za bolečino pri bolnikih z bolečino v predelu čeljustnega sklepa (Guarda - Nardini idr., 2011) in prizadene 15 % odrasle populacije v starosti med 20 in 40 let. Nastopi lahko kot posledica neustrezne drže (npr. pomik glave anteriorno), bruksizma (npr. zaradi stresa), slabega ugriza, zloma, operacije, trismus (zmanjšanje odprtja ust zaradi napetosti mišic), izpaha ali artritisa čeljustnega sklepa (Gauer in

Semidey, 2015). Tipični simptomi so bolečina v čeljustnem sklepu ali disfunkcija, bolečina v ušesu, glavobol in obrazna bolečina. Gibanje čeljusti je tudi tesno povezano z gibanjem jezika in hoida (Hiiemae in Palmer, 2003). Vaje so usmerjene predvsem v ustrezno funkcijo, motorični nadzor in sproščanje žvečnih mišic.

3.2 Jezik

Položaj jezika glede na zgornjo in spodnjo čeljust je določen s položajem hoidne kosti ter z anteriornimi in posteriornimi hoidnimi mišicami, ki nadzorujejo lego jezika (Hiiemae in Plamer, 2003). Zunanje mišice jezika spreminjajo lego jezika in so pripete na jezični skelet ter na sprednji del čeljusti (m. genioglossus), na podjezičnico (m. hyoglossus) in na stiloidni odrastek senčne kosti (m. styloglossus). Notranje mišice spreminjajo obliko jezika in se naraščajo na jezični skelet ter sluznico jezika (m. longitudinalis superior in inferior, m. verticalis linguae in m. transversus linguae) (Boltežar, 2016). Oslabljena funkcija jezika lahko povzroča težave pri hranjenju, kjer so gibi jezika povezani z gibanjem čeljusti predvsem v sagitalni ravnini in govoru (pri tvorbi samoglasnikov in soglasnikov), kjer je gibanja čeljusti veliko manj. Gibanje jezika je v smeri protrakcije, retrakcije, zasukov in tvorbe različnih oblik (Hiiemae in Plamer, 2003). Lokomotorni simptomi jezika vključujejo bolečino, oteklino, tremor, videz jezika. Vzrok je lahko v poškodbi živca, prekratki vezi (ankyoglossia). Naj pogostejši simptomi so bolečina, otečenost, spremenjen izgled, težave pri žvečenju in požiranju, govoru, spremenjen okus. Lahko nastopi tudi sindrom vrat-jezik, ko ob rotaciji vratne hrbtenice nastopi disesthesia na ipsilateralni strani (Niethamer in Myers, 2016). Vaje so usmerjene v sprostitev in motorični nadzor gibanja.

3.3 Očesne mišice

Gibanje oči poteka okoli treh osi v smeri addukcije/abdukcije, elevacije/depresije in intorzije /ekstorzije nadzoruje 6 očesnih mišic (4 m. rektus in 2 m. obliques) ter dvigovalka zgornje veke. Pogoste patologije suhe oči (starost, zamašitev solznega kanala, Sjögren sindrom itn.), blefaroptoza, sindrom računalniškega vida (srbečica, kljuvanje, rdeče oči, solzenje, zamegljen vid itn. ter migrene in bolečina v vratu; Dessir idr., 2018), degeneracija rumene pege, siva mrena, trzanje veke (stres, utrujenost, preobremenitev oči, alkohol, suhe oči, prehransko neravnovesje, alergije). Prevalenca patologije suhega očesa dosega 65 % (Shanti idr., 2020), sindrom računalniškega vida pri posameznikih, ki delajo več kot 6 ur s slikovnim zaslonom pa celo 74 %. Z vajami želimo predvsem spodbuditi vlaženje izboljšati akomodacijo in sprostiti očesne mišice.

4 Vratna hrbtenica

Ustrezni položaj in gibanje 7 vretenc omogoča 6 glavnih ligamentov (anteriorni in posteriorni longitudinalni ligament, interspinozni ligament, ligament flavum, nuhalni in transverzni ligament) in 7 mišic (m. sternocleidomastoideus, mm. scaleni, m. trapezius, m. levator scapula, mm. splenius capitis, m. longissimus capitis in m. iliocostalis cervicis). Bolečina v vratu je opredeljena kot »bolečina v vratu z izžarevanjem ali brez v zgornji ud, ki traja vsaj en dan« (Wang idr., 2015). Prevalenca je višja pri ženskah in v višje razvitih deželah, najpogostejša okoli 45 leta starosti (Hoy idr., 2010). 50 % in 80 % vseh ne odpravi simptomov oziroma se simptomi ponovijo v obdobju 1 do 5 let (Croft idr., 2001). Trikrat tedensko izvajanje vaj lahko zmanjša pogostnost pojavljanja bolečine v vratu za več kot polovico (Caigne idr., 2007; Hush idr., 2009). Z vajami želimo predvsem okrepiti tonične mišice, pridobiti dober obseg giba in ozavestiti položaj glave.

5 Zgornji ud

Mišično skeletno odvisna zgornja uda nam omogočata opravljanje dnevnih aktivnosti. Sklepi, mišično vezivno tkivo in nevrološke strukture so izpostavljeni velikim obremenitvam. Prevalenca mišično skeletne bolečine v zgornjem udu je med pisarniškimi delavci v Evropi 41,3 % (Farioli idr., 2014). Nočna brahialna parestezija je kot predhodnica sindroma karpalnega kanala lahko prisotna skoraj v 20 % (Wahab idr., 2017) sindrom karpalnega kanala pa ima prevalenco tudi do 10 % (Al saleh idr., 2016). Z vajami želimo ohranjati dobro mišično koordinacijo, moč in raztegljivost, ustrezno artrokinematiko in drsnost živcev.

6 Zaključek

Primarna funkcija mišično skeletnega sistema je gibanje. Sodobni sedeči in preveč statični način življenja gibanje primarno zagotavlja manj gibanja. Ob sovpadajoči slabši interoceptiji je treba zavestno pristopiti k nastajajočemu pandemičnemu problemu in izstopiti iz območja udobja. Že 10 minutna vadba dnevno lahko zmanjša simptome in predvsem zmanjšuje možnost za nastanek ali poslabšanja težav v mišično skeletnem sistemu.

LITERATURA

1. Al Saleh, J., Ej Sayed, M., Monsef, N. in Darwish, E. (2016). The Prevalence and the Determinants of Musculoskeletal Diseases in Emiratis Attending Primary Health Care Clinics in Dubai. *Oman medical journal*, 31 (2), 117–123.
2. Bhattacharya, P. T., Sinha, R. in Pal, S. (2016). Prevalence and subjective knowledge of tongue lesions in an Indian population. *Journal of oral biology and craniofacial research*, 6 (2), 124–128.
3. Boltežar, I. H. (2010). Fiziologija in patologija glasu ter izbrana poglavja iz patologije govora. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
4. Cagnie, B., Danneels, L., Van Tiggelen, D., De Loose, V. in Cambier, D. (2007). Individual and work related risk factors for neck pain among office workers: a cross sectional study. *European Spine Journal*, 16 (5), 679–686.
5. Chaibi, A. in Russell, B. M. (2012). Manual therapies for cervicogenic headache: a systematic review. *The Journal of Headache and pain*, 13 (5).
6. Croft, P. R., Lewis, M., Papageorgiou, A. C., Thomas, E., Jayson, M. I., Macfarlane, G. J. in Silman, A. J. (2001). Risk factors for neck pain: a longitudinal study in the general population. *Pain*, 93 (3), 317–325.
7. Dessie, A., Adane, F., Nega, A., Wami, S. D. in Chercos, D. H. (2018). Computer vision syndrom and associated factors among computer users in Debre Tabor town, Nothwest Ethiopia. *Hindavi Jounral of environmental and public health*, 1–8.
8. Farioli, A., Mattioli, S., Quagliari, A., Curti, S., Violante, F. in Coggon, D. (2014). Musculoskeletal pain in europe: The role of personal, occupational, and social risk factors. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40, 36–46.
9. Gauer, R. L. in Semidey, M. J. (2015). Diagnosis and treatment on temporomandibular disorders. *American family physician*, 91 (6), 378–386.
10. Guarda - Nardini, L. Stecco, A., Stecco, C. Masiero, S in Manfredini, D. (2011). Myofascial pain of the yaw muscles: Comparison of short-term effectives of botulin toxin injections and fascial manipulation technique. *The journal of craniomandubular practice*, 30 (2), 95–102.
11. Hiiemae, K. M. in Plamer, J. P. (2013). Tongue movements in feeding and speech. *Critical reviews in oral biology and medicine*, 14 (6), 413–429.
12. Hoy, D. G., Protani, M., De, R. in Buchbinder, R. (2010). The epidemiology of neck pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24 (6), 783–792.

13. Hush, J. M., Michaleff, Z., Maher, C. G. in Refshauge, K. (2009). Individual, physical and psychological risk factors for neck pain in Australian office workers: a 1-year longitudinal study. *European spine journal*, 18 (10), 1532–1540.
14. IASP. pridobljeno 18. 10. 2020, s <https://www.iasp-pain.org>.
15. Kandel, E. R. (2013). *Principles of neural Science*. Appleton and Lnage: McGraw Hill.
16. LeResche, L., Mancl, L. A., Drangsholt, M. T., Huang, G. in Von Korff, M. (2007). Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. *Pain*, 129, 269–278.
17. Lohse, K. R. (2012). *The role of attention in motor leaning and control* (Doktorska disertacija). Boulder: University of Colorado.
18. Lyngberg, A. C., Rasmussen, B. K., Jorgensen, T. in Jensen, R. (2005). Prognosis of migraine and tension-type headache: a population-based follow-up study. *Neurology*, 65, 580–585.
19. Moseley, G. L. in Butler, D. S. (2017). *Explain pain Supercharged*. Adelaide: NOI group publication.
20. Niethamer, L. in Myers, R. (2016). Manual therapy and exercise for a patient with neck-tongue syndrome: a case report. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 46 (3), 217–224.
21. Paterson, D. H. in Wartburton, D. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's physical activity guidelines. *International journal of behavioural nutrition and physical activity*, 7 (1), 38.
22. Punnet, L. in Wegman, D. H. (2004). Work-related musculoletal disorders: The epidemiologic evidence and debate. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14, 13–23.
23. Shanti, Y., Shehada, R., Bakkar, M. in Quaddumi, J. (2020). Prevalence and associated risk factors of dry eye disease in 16 northern West bank towns in Palestine: a cross-sectional study. *BMC Ophthalmology*, 20 (1), 26.
24. Simons, D. G., Travell, J. G. in Simons, L. S. (1999). *Travell & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. 2nd ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins.
25. Treede, R. D. (2018). The international association for the study of pain definition: as valid in 2018 as in 1979, but need of regularly updated footnotes. *Pain reports*, 3 (2).
26. Vaughan, S., Morris, N., Shum, D., O'Dwyer, S. in Polit, D. (2012). Study protocol: a randomized controlled trial of the effects of a multi-modal exercise program on cognition and physical functioning in older woman. *Bio medical Geriatric*, 12 (60), 2–11.
27. Waersted, M., Hanvold, T. N. in Veiersted, K. B. (2010). Computer work and musculoskeletal disorders of the neck and upper extremity: A systematic review. *BMC Musculoskelet Disorders*, 11, 1–15.
28. Wahab, K. W., Sanya, E. O., Adebayo, P. B., Babalola, M. O. in Ibraheem, H. G. (2017). Carpal Tunnel Syndrome and Other Entrapment Neuropathies. *Oman medical journal*, 32 (6), 449–454.
29. Wang, H., Naghavi, M., Allen, C., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Carter, A., Casey, D. C., Charlson, F. J., Chen, A. Z., Coates, M. M. in Coggeshall, M. (2016). GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388 (10053), 1459–1544.
30. Zupančič, K. in Petrović, K. (2016). *Opreelitev čuječnosti*. V U. Čižman Štaba, N. Bolle in K. Zupančič (ur.), *Spoprijemanje s stresom v času negotovosti: tehnike in metode za opolnomočenje*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije.

Zdrava hrbtenica na delovnem mestu

UDK 616.711:331+796.035

KLJUČNE BESEDE: absentizem, bolečine v hrbtu, vadba na delovnem mestu

POVZETEK - Sedeč način življenja zmanjšuje gibljivost, predvsem v primeru, če sedimo v nepravilnem položaju. Sedeče delo predstavlja telesni napor. Negativni učinki prekomernega sedenja se kažejo na mišično-kostnem sistemu. Določene telesne zgradbe so nagnjene k skrajšanju, druge pa k podaljšanju in rušijo telesno ravnovesje. Kronična bolečina v križu predstavlja stisko za posameznika, breme za zdravstveni sistem in družbo. V Sloveniji smo imeli v letu 2015 zaposlenih 14 družinskih zdravnikov, ki so se ukvarjali s prvimi obravnavami pacientov z diagnozami iz skupine »bolečina v hrbtu«. Povprečno trajanje odsotnosti z dela je bilo odvisno od diagnoze in se je gibalo med 25 in 93 dni. Na delovnem mestu imamo na izbiro aktivno in pasivno sedenje. Pri pasivnem sedenju ne uporabljamo mišic trupa, da bi obdržali zravnano hrbtenico, temveč se zanašamo na naslonjala in podpore. Aktivno sedenje lahko dosežemo z različnimi stoli, uporabo žoge namesto stola ali pa samo z zavestno aktivacijo in nadzorovanjem načina sedenja. Med sedenjem se povečajo sile na medvretenčne ploščice, ki so ključne za stabilnost in gibljivost hrbtenice. Preprečevanja negativnih posledic sedečega delovnega mesta na zdravje se mora zavedati vsak posameznik, ustrezno ukrepati ter prevzeti odgovornost. Praktične rešitve za večino ljudi predstavlja vadba na delovnem mestu, različni ukrepi v sedečem položaju in telesna aktivnost v prostem času.

UDC 616.711:331+796.035

KEYWORDS: absenteeism, back pain, exercise in the workplace

ABSTRACT - A sedentary lifestyle reduces mobility, especially if we are sitting in the wrong position. Sedentary work represents physical exertion. The negative effects of excessive sitting are reflected in the musculoskeletal system. Certain body structures tend to shorten, while others tend to lengthen and upset body balance. Chronic low back pain is a distress for the individual, a burden on the health system and society. In 2015, 14 family physicians were employed in Slovenia to deal with the first treatments of patients with diagnoses from the "back pain" group. The average duration of absence from work depended on the diagnosis and ranged between 25 and 93 days. At work, we have a choice of active and passive sitting. In passive sitting, we do not use torso muscles to keep the spine straight, but rely on backrests and supports. Active sitting can be achieved with different chairs, using a ball instead of a chair, or just by consciously activating and controlling the way you sit. During sitting, the forces on the intervertebral discs increase, which are crucial for the stability and mobility of the spine. Preventing the negative consequences of a sedentary workplace on health is an issue that every individual must be aware of, take appropriate action and take responsibility. Practical solutions for most people are exercise at work, various measures in a sitting position and physical activity in free time.

1 Uvod

Ljudje na delovnem mestu preživimo velik del svojega odraslega življenja, zato delovno mesto oziroma delovno okolje nedvomno pomembno vpliva na zdravje zaposlenih (Mrak, 2014). Sodobni način življenja postaja vse bolj nedejaven in vse bolj sedeč. Raziskave kažejo, da je neprekinjen čas daljšega sedenja povezan z razvojem različnih motenj povezanih z zdravjem in nastankom kroničnih nenalezljivih bolezni. Lahko celo vpliva tako na splošno umrljivost kot tudi na umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni (Kako lahko zmanjšamo sedeč življenjski slog?, 2016). Bolečine in bolezni mišično-kostnega sistema zmanjšujejo sposobnost za vsakdanja opravila in delo (Lipar, 2018). Uspešna podjetja se zavedajo pomena kapitala, ki ga imajo v

2016). Bolečine in bolezni mišično-kostnega sistema zmanjšujejo sposobnost za vsakdanja opravila in delo (Lipar, 2018). Uspešna podjetja se zavedajo pomena kapitala, ki ga imajo v zaposlenih, zato vlagajo v ohranjanje zdravja in razvoj kadrov, saj je to dolgoročna naložba v razvoj celotnega podjetja. Zdrav in zadovoljen zaposleni bo več doprinesel k uspešnosti poslovanja kot nezadovoljen (Kuret, 2015). Razširjenost sedečega načina življenja v EU je velika, zlasti med prebivalci nekaterih sredozemskih držav. Ta razširjenost vključuje pomembna javna zdravstvena bremena in nujno potrebne preventivne strategije (Varo idr., 2003). Statistični podatki, ki jih je zbralo ministrstvo za zdravje in socialne zadeve ZDA, kažejo, da le vsak tretji odrasli vsak teden doseže priporočeno količino telesne aktivnosti, več kot 80 % odraslih pa ne izpolnjuje smernic tako za aerobne aktivnosti kot za krepitev mišic. To še posebej velja za natrpan urnik današnjih zaposlenih. »Nimam časa« je izgovor, da preskočim telovadbo. Službene, družinske in socialne obveznosti otežujejo vključevanje običajne vadbene rutine (Kohll, 2019). Danes veliko delovnih mest zahteva, da presedite večino svojega delovnika. Če k temu dodamo še sedenje v popoldanskem času, na primer pred televizorjem, hitro ugotovimo, da večino časa presedimo. Gibanju je posvečen le manjši delež naših dni. Tako se vse več govori o epidemiji prekomernega sedenja, o kateri nekateri govorijo celo kot o »novem kajenju«. Primerjava zgovorno ponazarja, da je lahko tudi preveč sedenja izjemno problematično za naše zdravje (Jordan, b.d.). Namen prispevka je predstaviti težave, ki jih povzroča sedeč način življenja, statistične podatke in rešitve zmanjšanja bolečin.

2 Metoda

Cilji prispevka je bil predstaviti negativne učinke prekomernega sedenja, ki se kažejo na mišično-kostnem sistemu, statistične podatke NIJZ v Republiki Sloveniji, ki posledično vplivajo na zdravstveno blagajno, in podati uporabne rešitve oziroma priporočila. Uporabljena je bila metoda pregleda literature. Uporabili smo podatkovne baze Google Scholar, Pub Med, ter COBISS. Ključne iskalne besedne zveze so bile: »lower back pain«, »absenteeism«, »sedentary lifestyle«, »exercise in the workplace« in v slovenskem jeziku: »bolečine v križu«, »absentizem«, »sedeči način življenja«, »vadba na delovnem mestu«. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: obdobje 2000 do 2020. Pridobili smo 12 prispevkov, od tega je bilo uporabnih 7.

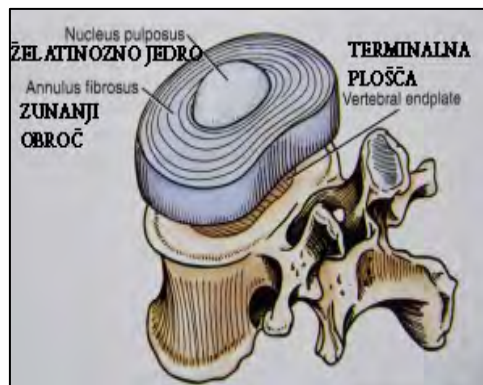
3 Bolečina v hrbtu

Ena izmed bolj neprijetnih tegob današnjega časa je bolečina v hrbtenici, ki posameznika pogosto za nekaj dni onemogoči pri opravljanju domačih opravil, službenih obveznosti ali športnih aktivnosti. Bolečino, ki je po svoji naravi samo-omejujoča, skušamo lajšati s kratkotrajnim počitkom in z jemanjem protibolečinskih zdravil. V prejšnjem stoletju je bil glavni povod za bolečine v križu težko fizično delo, ki je povzročalo prevelike obremenitve hrbtenice, danes pa so v ospredju bolečine pri posameznikih, ki so fizično neaktivni. Moderno življenje s sedečim načinom dela in ležernim načinom preživljanja prostega časa botrujejo relativno nezadostno razvitim mišicam stabilizatorjev trupa (Rečnik, b.d.).

Težave s hrbtom zaradi sedenja razvije vsak tretji človek (Koščak - Tivadar, 2015). Mehanske bolečine v križu nastanejo samo iz hrbtenice, medvretenčnih ploščic ali okoliških mehkih tkiv (Will, Bury in Miller, 2018). Če veliko sedimo v službi, mišice oslabijo in se skrajšajo, drža ni več pokončna, zato je nujno, da sedenje zmanjšamo na najmanjšo možno mero, ga vsaj pogosto prekinjamo z gibanjem in delamo kompenzacijske vaje (Bučar Pajek, 2019). Med sedenjem se povečajo sile na medvretenčne ploščice in napetost izravnalk hrbtenice (Koščak - Tivadar, 2015). Gibljivi del hrbtenice je vse življenje izpostavljen naporom, saj ne samo, da nosi težo

precejšnjega dela telesa, temveč mora kljubovati tudi dodatnim obremenitvam, ki smo jim izpostavljeni pri težkem delu. Zato se medvretenčne ploščice lahko okvarijo. Čeprav ima vsaka medvretenčna ploščica čvrsto zunanjo ovojnico, se ta lahko pri velikih pritiskih pretrga, skozi razpoko pa zdrsne del mehke sredice. Ta ne samo da povzroča boleč pritisk na živec, ki izhaja iz hrbtenjače, pač pa lahko povsem onemogoči gibanje (Proč z bolečinami v hrbtu, 2011). Medvretenčne ploščice povezujejo sosednja vretenca od drugega vratnega vretenca do križnice. So ključne za stabilnost hrbtenice, čeprav dopuščajo minimalno gibanje med dvema sosednjima vretencema. Prav tako so ključne za gibljivost hrbtenice, saj je od tega, koliko se lahko deformirajo, odvisen obseg giba v določenem delu hrbtenice (Ćučić, 2016). Sestavljene so iz čvrstega vezivnega obroča na obodu in mehkega želatinastega jedra v sredini. Zaradi svoje zgradbe delujejo kot blažilci sil, ki obremenjujejo hrbtenico (Hribernik in Drobnič, 2014).

Slika 1: Lega in zgradba medvretenčnih ploščic

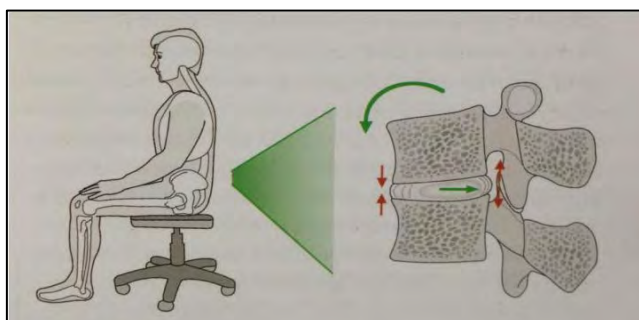


Vir: Mlakar, A. M., Slapnik, J. in Dolenc, S. (2013). Ali smo zjutraj res večji kot zvečer. (Raziskovalna naloga). Celje: Mestna občina Celje. Pridobljeno, s <https://www.knjiznica-celje.si/raziskovalne/4201303595.pdf>.

Vezični obroč (anulus fibrosus) je zgrajen iz koncentričnih kolagenskih vlaken. V eni plasti vezivnega obroča potekajo kolagenska vlakna poševno med dvema vretencema. Poševni potek in izmenjujoča se smer vlaken med sosednjimi plastmi vezivnega obroča zagotavljata čvrsto pritrditev medvretenčnih ploščic na telesa sosednjih vretenc in s tem stabilnost hrbtenice in omejevanje obsega predvsem rotacijskih gibov (Hribernik in Drobnič, 2014). Zunanja tretjina vezivnega obroča je edini del medvretenčne ploščice, ki je prekrvljen in senzorično oživčen. Mehko, deformabilno želatinasto jedro (nukleus pulposus), ki ga obdaja vezivni obroč (anulus fibrosus), leži nekoliko bližje zadajšnjemu robu medvretenčne ploščice. Sestavljeno je iz proteoglikanov, kolagenov in vode. Delež vode se s starostjo zmanjšuje (Hribernik in Drobnič, 2014). Pri dvajsetih letih je v medvretenčnih ploščicah okoli 70 odstotkov vode, z leti pa jo počasi izgublamo (Ćučić, 2016). Nukleus pulposus ne vsebuje žilja. Prehranjuje se z difuzijo iz drobnih žil, ki ležijo v telesu vretenca, tik pod terminalno ploščo. Glavna naloga želatinastega jedra je amortizacija aksialnih obremenitev, saj njegova sestava omogoča sprejemanje in oddajanje vode. Pri fleksijskih, ekstenzijskih in rotacijskih obremenitvah se nukleus pulposus, ki je nestisljiv in mehak, deformira – stanjša se na strani, kjer deluje sila in zadebeli na nasprotni strani. Po prenehanju delovanja sile se vzpostavi prvotna oblika (Hribernik in Drobnič, 2014). Pionirsko delo na področju meritev pritiska znotraj diska so opravili Nachemson, Morris, Elfstrom, Andersson in Ortengren v 60-ih in 70-ih letih prejšnjega stoletja. Pritisk znotraj diska je hidrostatski pritisk, merjen v jedru nedegeneriranega diska, in je v dobri linearni povezavi s kompresijsko obremenitvijo hrbtenice (Kastelic in Šarabon, 2014). V fleksijskih položajih, kot je sedenje, je anteriorni del obročka kompresijsko in posteriorni del natezno obremenjen, Zaradi visoko elastičnih lastnosti se disk deformira v klinasto obliko, s sploščenim anteriornim delom.

Jedro se ob dolgotrajnih fleksijskih položajih pomakne bolj posteriorno (Kastelic in Šarabon, 2014).

Slika 2: Kompresija prednjega dela diska med sedenjem



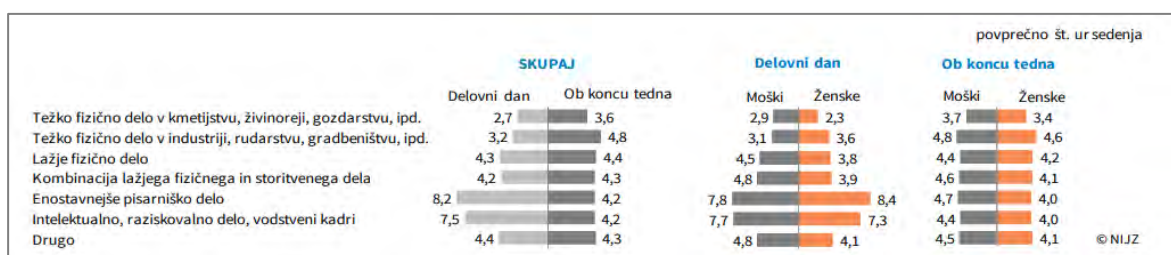
Vir: Kastelic, K. in Šarabon, N. (2014). Bolečina v spodnjem delu hrbta pri delu sede. V N. Šarabon in M. Voglar (ur.), Bolečina v spodnjem delu hrbta: struktura, funkcija, ergonomija in gibalna terapija (str. 111–140). Koper: Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič.

Škodljive posledice ima tudi znižanje višine diska, ki je posledica dolgotrajnih kompresijskih obremenitev in s tem dehidracije diska (Kastelic in Šarabon, 2014). Bolj kot nekoliko povišan pritisk znotraj jedra je torej z vidika ohranjanja zdravja in integritete diska pomemben poudarek o razmerju obremenitev v obročku in jedru (Claus idr. 2008). Za zdravje diskov je pomemben metabolni vidik, ki vključuje prehranjenost diskov in mehanske dražljaje. Dolgotrajna kompresijska obremenitev disk dehidrira in mu s tem zniža višino. V takšnem disku se zlahka sprožijo ali pospešijo degenerativni procesi (Kastelic in Šarabon, 2014).

4 Sedeč način življenja v številkah

Z raziskavo, ki so jo opravili v NIJZ so ugotovili, da prebivalci Slovenije na običajen delovni dan v povprečju presedijo pet ur, ob koncu tedna pa dobre štiri ure na dan. Na količino sedenja najbolj vpliva vrsta dela, ki ga opravljajo (Determinante zdravja – dejavniki tveganja 2018).

Slika 3: Delež prebivalcev (25–64 let) glede na povprečno število ur sedenja, po spolu in vrsti dela, Slovenija, 2016



Vir: Determinante zdravja – dejavniki tveganja 2018. (b.d.). NIJZ. Pridobljeno, s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2018/3.3_telesna_dejavnost_2018.pdf.

Za občutek, kako pogosto je pojavljanje bolečine v hrbtu, kateri strokovnjaki iz javnega zdravstvenega sistema se s tem največ ukvarjajo, koliko je zaradi bolečine v hrbtu odsotnosti z dela in koliko to stane delodajalce ter zdravstveno blagajno, smo pripravili nekaj tabel, grafov in izračunov. Izhodišče so bili podatki Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) za leto 2015 ter drugi javno dostopni podatki (Vidmar, 2017). Najprej nas je zanimalo, koliko je bilo v letu 2015 vseh obiskov pri zdravnikih zaradi katere koli težave s hrbtom. Osredotočili smo se na vse diagnoze iz širše skupine »bolezni hrbta« (tabela 1), pri čemer je morala biti »bolezen

hrbta« glavni razlog za obisk pri zdravniku. Šteli smo samo prve obiske v posamezni ambulanti primarne in sekundarne ravni zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, kar pomeni da nismo upoštevali ponavljajočih se obiskov zaradi iste diagnoze in obiskov v bolnišnici (Vidmar, 2017).

Tabela 1: Bolezni hrbta (M40 – M54) v skladu s kodiranjem bolezni v Sloveniji (MKB-10-AM, verzija 6)

Šifra	Pomen
M40	Kifoza in lordoza
M41	Skolioza
M42	Osteohondroza hrbtenice
M43	Druge deformirajoče bolezni hrbta (dorzopatije)
M45	Ankilozirajoči spondilitis
M46	Druge vnetne spondilopatije
M47	Spondiloza
M48	Druge spondilopatije
M50	Okvare medvretenčne ploščice (diskusa) cervikalne hrbtenice
M51	Druge okvare medvretenčne ploščice (diskusa)
M53	Druge bolezni hrbta (dorzopatije), ki niso uvrščene drugje
M54	Bolečina v hrbtu (dorzalgiija)

Vir: Vidmar, D. (2017). Bolečine v hrbtu v številkah. Pridobljeno, s <http://www.umni.si/blog/?p=72>.

Ugotovili smo, da je bilo zaradi »bolezni hrbta« v letu 2015 zabeleženih skupno 278.052 prvih obiskov zdravstvenih ambulant. Z drugimi besedami, obiskov je bilo le slabih 10.000 manj kot je bilo v letu 2015 vseh registriranih prebivalcev Ljubljane (Vidmar, 2017). Po pričakovanjih je največ ljudi z bolečino v hrbtu obiskalo osebnega zdravnika, približno 10-krat manj pa ambulanto urgentne medicine. Če upoštevamo podatek, da ima zdravnik družinske medicine na leto približno 10.000 kontaktov s pacienti, lahko izračunamo, da smo imeli v letu 2015 v Sloveniji zaposlenih kar 14 družinskih zdravnikov le za to, da so se ukvarjali s prvimi obravnavami pacientov z diagnozami iz skupine »bolečina v hrbtu«. V letu 2015 je bilo zaključenih skupno 49.182 primerov bolniške odsotnosti za polni delovni čas zaradi diagnoz iz skupine »bolezni hrbta«. Od tega jih je bilo kar 84 % (41.127 primerov) na račun diagnoz iz skupine »bolečina v hrbtu«. Najpogosteje so bili zaradi težav s hrbtom z dela odsotni pacienti, stari med 50 in 54 let (Vidmar, 2017). Povprečno trajanje odsotnosti z dela je bilo odvisno od diagnoze in se je v povprečju gibalo med 25 in 93 dni. Bolečina v hrbtu je terjala povprečno 25 dni bolniške odsotnosti – mlajši od 40 let so bili odsotni do 20 dni na leto, šestdesetletniki pa okrog 40 dni. Pacienti z diagnozami iz skupine »bolečina v hrbtu« so v letu 2015 ostali doma skupno 1.038.603 koledarskih dni, kar je delodajalce in zdravstveno blagajno stalo približno 42 milijonov evrov. Če bi vsak izmed teh pacientov ostal na bolniški le en dan manj, bi delodajalci in zdravstvena blagajna skupaj prihranili približno 1,5 milijona evrov (Vidmar, 2017).

5 Priporočila za krepitev globokih trebušnih in hrbtnih mišic

Izločanje elektronskih naprav ni mogoče, ker se danes elektronika in njena uporaba povečujeta in postajata nujni (Brzek idr., 2016). Poleg številnih pozitivnih sprememb, povezanih s tehnično civilizacijo, obstaja tudi - z zdravstvenega vidika - tudi nekaj groženj. Znižanje ravni telesne aktivnosti je eno izmed njih (Brzek idr., 2016). Če bi znali bolje preprečevati bolečine v hrbtu in pacientom hitro in ustrezno pomagati, bi ne samo zmanjšali trpljenje, ki ga te bolečine prinašajo, temveč bi razbremenili tudi zdravnike v javnem zdravstvenem sistemu ter omogočili večje prihodke delodajalcem, prilive v javno blagajno na račun davkov in prispevkov ter zmanjšali stroške zaradi bolniških odsotnosti in nezmožnosti dela sicer delovno aktivne

populacije (Vidmar, 2017). V ta namen predstavljamo tri preproste vaje, katere zmore izvesti vsak posameznik na delovnem mestu. Vaje izvajamo počasi, do deset ponovitev vsak dan:

- »medenična ura« - vaja je namenjena gibljivosti v ledvenem delu hrbtenice
Sedemo na sredino stola, nogi postavimo na podlago v širino bokov, roki položimo v bok. Z vdihom nagnemo medenico naprej, z izdihom jo nagnemo nazaj. Pazimo, da se ne spuščamo s trupom navzdol, ohranjamo višino in gibamo z medenico.
- »stolp v Pisi« - vaja je namenjena krepitvi trebušnih mišic in krepitvi stabilizatorjev spodnjega dela hrbtenice
Sedemo na prednji del stola, zravnamo se, napnemo trebušne mišice, brado potisnemo proti vratni hrbtenici, roki prekrizamo na prsih. Z ravnim trupom se nagnemo nazaj, zadržimo položaj vsaj osem sekund, nato se vrnemo v začetni položaj. Pri tem sproščeno dihamo. Pazimo, da res delamo gib v upogibu med kolki in trupom in da ne povečujemo krivine v ledvenem delu hrbta.
- »razteg hrbta« - vaja je namenjena ohranjanju gibljivosti v trupu
Sedemo na sredino stola, z nogami v širini bokov. Poravnamo trup in napnemo trebušne mišice. Z desno roko objamemo zunanji del levega stegna in se zasukamo v levo. Pogled usmerimo močno v levo in zadržimo osem sekund. Pri tem smo pozorni, da ne premikamo spodnjega dela trupa. Vrnimo se v začetni položaj. Ponovimo zasuk v desno stran.

6 Razprava

Pregled literature je pokazal, da prevalenca bolečine v križu za časa življenja znaša od 70 do 80 odstotkov, prevalenca v enem letu znaša od 25 do 45 odstotkov, vsak trenutek pa občuti bolečino v križu od 15 do 20 odstotkov ljudi (Vengust, 2014). Breme bolečin v hrbtu prizadene tako mlade kot starejše bolnike, kar poudarja povpraševanje po novih strategijah zdravljenja, ki zmanjšujejo bolečino in izboljšujejo kakovost življenja vseh bolnikov s hrbtom. Ledvena hrbtenica je podvržena degenerativnim procesom, ki se pričnejo po puberteti in so povezani z nezadostnim metabolizmom neprekrvljene medvretenčne ploščice. Stopnja degeneracije je odvisna od prirojene, genetske nagnjenosti in od pridobljenih, večinoma mehaničnih in deloma biokemičnih dejavnikov. Degenerativna bolezen hrbtenice lahko privede do različnih patoloških stanj, med katerimi se največkrat pojavljajo hernija medvretenčne ploščice, spinalna stenoza, degenerativni zdrs vretenca in degenerativna skolioza ledvene hrbtenice. Najpogostejši simptom degenerativne bolezni ledvene hrbtenice je bolečina v križu z bolečino v spodnjih okončinah ali brez nje. Najpogosteje se lumbalgija pojavlja med 35. in 55. letom starosti. Ob tako visoki prevalenci je bolečina v križu pomemben socialno-ekonomski dejavnik. Štejemo jo za najpogostejši razlog za bolniško odsotnost z dela pri mlajših od 45 let. Hkrati je bolečina v križu drugi najpogostejši razlog za obisk pri zdravniku, tretji najpogostejši razlog za operativno zdravljenje na sploh in peti najpogostejši razlog za hospitalizacijo (Vengust, 2009). Vzrok neaktivnega življenjskega sloga je ravno v sedečem načinu življenja. Že z majhnimi ukrepi kot so zavedanje svojega telesa, pomen gibanja in prevzem odgovornega vedenja do sebe bi lahko vsak posameznik doprinesel k boljšemu počutju. Posledično bi vplivali na zadovoljstvo tako na delovnem mestu kot v domačem okolju, nudili pa bi tudi zgled za nadaljnje generacije. Priporočila, navedena v zadnjem delu prispevka, so uporabna za vsakdanjo izvedbo saj bodo omilila težave, ki jih povzroča sedeč način življenja. Zaposleni, ki večino delovnega časa presedijo, bi zmogli z majhnimi koraki doprinesiti k boljšemu počutju in manjšimi bolečinami na delovnem mestu, in integrirati vadbo v svoj vsak dan.

LITERATURA

1. Brzek, A., Strauss, M., Przybyłek, B., Dworak, T., Dworak, B. in Leischik, R. (2016). How does the activity level of the parents influence their children's activity? The contemporary life in a world ruled by electronic devices. *Arch Med Sci*, 14 (1), 190–198.
2. Bučar Pajek, M. (2019). Naše telo je narejeno za gibanje, ne za sedenje. Pridobljeno, s <https://www.24ur.com/novice/fokus/nase-telo-je-narejeno-za-gibanje-ne-za-sedenje.html>.
3. Claus, A., Hides, J., Moseley, G. L. in Hodges, P. (2008). Sitting versus standing: Does the intradiscal pressure cause disc degeneration or low back pain? *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 18 (4), 550–558.
4. Čučić, M. (2016). Vadba za ljudi s težavami hrbtenice s pomočjo spiralne stabilizacije in mobilizacije hrbtenice. (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za šport.
5. De Geer, C. M. (2018). Intervertebral Disk Nutrients and Transport Mechanisms in Relation to Disk Degeneration: A Narrative Literature Review. *Journal of Chiropractic Medicine*, 17 (2), 97–105.
6. Determinante zdravja – dejavniki tveganja 2018. (b.d.). NIJZ. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2018/3.3_telesna_dejavnost_2018.pdf.
7. Hribernik, M. in Drobnič, M. (2014). Anatomija trupa in kolčno-medeničnega področja: skelet in vezi. V N. Šarabon in M. Voglar (ur.), *Bolečina v spodnjem delu hrbta: struktura, funkcija, ergonomija in gibalna terapija* (str. 13–25). Koper: Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič.
8. Jordan, K. (b. d.). Prekomerno sedenje je lahko izjemno škodljivo za vaše zdravje. Pridobljeno, s <https://www.bodieko.si/prekomerno-sedenje-je-lahko-izjemno-skodljivo-za-vase-zdravje>.
9. Kako lahko zmanjšamo sedeč življenjski slog?. (2016). NIJZ. Pridobljeno, s <https://www.nijz.si/sl/kako-lahko-zmanjsamo-sedec-zivljenjski-slog>.
10. Kastelic, K. in Šarabon, N. (2014). Bolečina v spodnjem delu hrbta pri delu sede. V N. Šarabon in M. Voglar (ur.), *Bolečina v spodnjem delu hrbta: struktura, funkcija, ergonomija in gibalna terapija* (str. 111–140). Koper: Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič.
11. Kohll, A. (2019). Why We Pay Our Employees To Exercise At Work. Pridobljeno, s <https://www.forbes.com/sites/alankohll/2019/01/09/why-we-pay-our-employees-to-exercise-at-work/#44baf01528d2>.
12. Koščak - Tivadar, B. (2015). Sedenje na stolu in bolečina v križu. Pridobljeno, s <http://fizioterapija-mediko.si/sedenje-na-stolu-in-bolecina-v-križu/>.
13. Kuret, J. (2015). Ekonomski vidik promocije zdravja na delovnem mestu (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za upravo.
14. Lipar, Ž. (2018). Telovadba za izboljšanje gibljivosti za ljudi sedečih poklicev (Diplomsko delo). Ljubljana; Fakulteta za šport.
15. Mlakar, A. M., Slapnik, J. in Dolenc, S. (2013). Ali smo zjutraj res večji kot zvečer. (Raziskovalna naloga). Celje: Mestna občina Celje. Pridobljeno, s <https://www.knjiznica-celje.si/raziskovalne/4201303595.pdf>.
16. Mrak, J. (2014). V Zbornik prispevkov 5. konference kariernih coachev, Ljubljana, 30. maj 2014 (str. 10 – 13). Ljubljana: Glotta Nova.
17. Rečnik, G. (b. d.). Nasveti za hrbtenico: Z manj bolečinami do bolj kvalitetne prihodnosti. Pridobljeno, s <https://ortopedrečnik.si/bolecine-v-križu.html>.
18. Varo, J. J., Martínez - González, M. A., de Irala - Estévez, J., Kearney, J., Gibney, M. in Martínez, J. A. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32, 138–146.
19. Vengust, R. (2014). Bolečina v spodnjem delu hrbta in najpogostejše bolezni ledvene hrbtenice. V N. Šarabon in M. Voglar (ur.), *Bolečina v spodnjem delu hrbta: struktura, funkcija, ergonomija in gibalna terapija* (str. 59–68). Koper: Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič.
20. Vidmar, D. (2017). Bolečine v hrbtu v številkah. Pridobljeno, s <http://www.umni.si/blog/?p=72>.
21. Will, J. S., Bury, D. C. in Miller, J. A. (2018). Mechanical low back pain. *American family physician*, 98 (7), 421–428.

Znanje i stavovi o pravilnoj upotrebi oralnih antibiotika u općoj populaciji

UDK 615.33.015.8+613

KLJUČNE RIJEČI: antibiotici, znanje, stavovi, opća populacija, antibiotska rezistencija

POVZETEK - Antibiotici su lijekovi koji su selektivno toksični za bakterije, a netoksični, odnosno prihvatljivo toksični za organizam domaćina. Rezistencija na antibiotike je globalni javnozdravstveni problem. Cilj našeg istraživanja bio je utvrditi razinu znanja i stavova o antibioticima te njihovoj pravilnoj primjeni u općoj populaciji na području Republike Hrvatske. Istraživanje smo proveli na području Republike Hrvatske u periodu 20. 6. - 20. 8. 2020, CAPI metoda anketiranja, koristeći platformu Google Forms. Anketa nije preuzeta, sastoji se od 30 pitanja. Sudjelovao je 181 ispitanik većinom ženskog spola (80%), 79% dobi 18-30 godina, 72% ispitanika je iz ruralne sredine, 27% medicinske struke. Svi ispitanici su do sada koristili antibiotike, njih 96% zna da se koriste isključivo kod bakterijske infekcije. Velika većina (93%) popije terapiju do kraja, 97% ih neće dati drugoj osobi, svega 3% će ih popiti na »svoju ruku». Rezultatima smo pokazali da ispitanici iz ovog istraživanja imaju dobro osnovno znanje o antibioticima, važnosti i načinu pravilne primjene antibiotika. Koriste antibiotike koji su prepisani samo njima, dižu ih na recept, piju preporučenu dozu u točno određeno vrijeme i dana koliko je propisano te time uz povećano djelovanje antibiotika smanjuju mogućnost rezistencije bakterija na antibiotike na lokalnoj i globalnoj razini.

UDC 615.33.015.8+613

KEYWORDS: antibiotics, knowledge, attitudes, general population, antibiotic resistance

ABSTRACT - Antibiotics are drugs that are selectively toxic to bacteria and non-toxic or acceptably toxic to the host organism. Antibiotic resistance is a global public health problem. The aim of our research was to determine the level of knowledge and attitudes about antibiotics and their proper application in the general population in the Republic of Croatia. We conducted the research on the territory of the Republic of Croatia between 20 June and 20 August 2020, with CAPI survey method, using the Google Forms platform. The survey was not copied and it consists of 30 questions. 181 participants took part and they were mostly female (80%), 79% were aged 18-30 years, 72% were from rural areas, 27% were medical professionals. All subjects have used antibiotics so far, 96% of them know that they are used exclusively for bacterial infections. The majority (93%) took the therapy to the end, 97% will not give it to another person, only 3% will take it on »their own». The results showed that the respondents from this study have a good basic knowledge about antibiotics and the importance and method of proper administration of antibiotics. They use antibiotics that are prescribed only to them, pick them up on prescription, take the recommended dose at the exact time and day as prescribed, and thus with the increased activity of antibiotics reduce the possibility of bacterial resistance to antibiotics locally and globally.

1 Teorijska polazišta

Prekretnicu u liječenju bolesti uzrokovanih bakterijama donijelo je otkriće britanskog mikrobiologa Alexandra Fleminga koji je u eksperimentiranju 1920-ih godina otkrio lijek protiv bakterija antibiotik penicilin. Njegovo otkriće revolucionarno je promijenilo tijek i ishod brojnih zaraznih bolesti (Lobanovska i Pilla, 2017, str. 135–145). Prema definiciji antibiotici su lijekovi koji su selektivno toksični za bakterije, a netoksični, odnosno prihvatljivo toksični

za organizam domaćina, mogu biti prirodni spojevi (izolirani iz bakterija i gljiva) ili sintetički lijekovi koje se modificiraju i proizvode u laboratorijima (Kalenić, 2013, str. 59–61).

Učinkovitost antibiotika istražuje se unazad tridesetak godina što dokazuju brojna istraživanja. Potrošnja antibiotika u Europskoj Uniji varira od zemlje do zemlje. Prema podacima iz teksta »Distribucija antibakterijskih sredstava za sustavnu primjenu (ATC skupina J01) u zajednici i bolničkom sektoru u Hrvatskoj 2017. godine« najčešće propisani antibiotski lijekovi su beta-laktamski antibakterijski lijekovi (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018). U usporedbi s ostalim europskim zemljama Hrvatska je stabilno u sredini po potrošnji antibiotika (Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije, 2019). Najviše antibiotika po stanovniku troši se u Turskoj, gotovo dvostruko više nego u Hrvatskoj, a s druge strane, Nizozemska i Njemačka imaju gotovo dvostruko nižu potrošnju antibiotika po stanovniku (Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije, 2019). Ključni preduvjeti za racionalnu primjenu antibiotika su praćenje rezistencije i praćenje potrošnje antibiotika na lokalnoj razini. Pravilna upotreba antibiotika kod pacijenata također je povezana s njihovim znanjem, stavovima i uvjerenjima o antibiotskim lijekovima (Alvana, Edlund i Heddenia, 2014, str. 70–76). Jednako važna strategija prevencije u smanjenju potrošnje antibiotika je i odgovorno ponašanje ljudi u svakodnevnom životu i pravilna higijena ruku, izbjegavanje bliskog kontakta s bolesnima, prakticiranje spolnih odnosa sa zaštitom te redovita imunizacija (World Health Organisation, 2018). Česti razlozi nepravilne uporabe antibiotika i preranog prekida terapije mogu biti neželjene nuspojave i kontraindikacije koje obično nastaju zbog jednog od tri elementa: povećane reakcije tijela pacijenta na već poznato djelovanje i učinak lijeka, osjetljivost na lijek i kontradiktoran učinak lijeka (Krajinović, 2017, str. 47–51). Među najčešćim nuspojavama javljaju se gastrointestinalne smetnje kao što su proljev ili zatvor (Krajinović, 2017, str. 47–51).

U istraživanju provedenom u Engleskoj većina ispitanika opće populacije bila je svjesna da antibiotici služe liječenju bakterijskih infekcija, ali trećina ipak vjeruje da liječe i virusne infekcije (McNulty, Collin, Cooper, Lecky i Butler, 2019). Isti autori opisuju da jedan od tri ispitanika redovno ostavlja neiskorištene antibiotike za buduću vlastitu upotrebu, da je od ukupnog broja ispitanika jedan od trideset na vlastitu ruku u protekloj godini uzeo antibiotik, a 43 % navelo je da nisu dobili od liječnika ili sestre savjet o pravilnom načinu korištenja antibiotika (McNulty idr., 2019). Fair i Tor (2014) u svom su istraživanju »Rezistencija na antibiotike u 21. stoljeću« objavili da je jedno istraživanje 2009. godine na području EU pokazalo da je oko 20 % ljudi uzimalo antibiotik za gripu, dok je samo 36 % odgovorilo točno da antibiotici ne ubijaju viruse.

Mnoga istraživanja pokazala su da je needukacija od strane zdravstvenih djelatnika isto tako jedan od važnih uzroka neinformiranosti pacijenata o pravilnoj upotrebi antibiotika. Ako se iz uzetih mikrobioloških uzoraka ustanovi upala te je propisana antibiotska terapija, potrebno je psihički pripremiti pacijenta, odnosno edukacijom ga uvjeriti da uzima lijek na vrijeme, objasniti mu kako lijek djeluje te zašto i kako mora provoditi propisanu terapiju. Također je važno dati pacijentu informacije i osnovne podatke o lijeku, njegovoj namjeni, djelovanju i kontraindikacijama, odnosno nuspojavama (World Health Organization, 2017). Edukacijski programi na međunarodnoj i lokalnoj razini su polagani, ali mjerljivi tijekom godina trajanja edukacijskih programa poput Nacionalnog dana svjesnosti o antibioticima i Svjetskog tjedna svjesnosti o antibioticima (Mazińska, Strużycka i Hryniewicz, 2017). Istraživanja pokazuju da je potrebna stalna i kontinuirana prisutnost u medijima kako bi se svjesnost populacije o antibioticima održala na zadovoljavajućoj razini. Prema istraživanju provedenom 2016. godine u Grčkoj u općoj populaciji tek 16 % odraslih zna za Europski dan svjesnosti o antibioticima (Giannitsioti idr., 2016). Prvi Europski dan svjesnosti o antibioticima održan je u studenom 2008. godine. Napori na poticanju svjesnosti uključuju medijsku prisutnost i letke (Earnshaw

idr., 2009). Edukacija populacije preko medija o antibiotskoj rezistenciji općenito je nedovoljno vidljiva. U Hrvatskoj je nedavno izdana slikovnica »Kako je Ješko pobijedio prehladu«, koju je pratila i istoimena dramska predstava (Bosley, Henshall, Appleton i Jackson, 2018, str. 892–905). No potrebni su kontinuirani naponi kako bi se svijest o toj problematici zadržala u fokusu javnosti. Djeca su, kao posebno ranjiva skupina, izrazito izložena nepotrebnom propisivanju antibiotika, uglavnom zbog inzistiranja i stava roditelja (Greenwood, 2014). Kontinuirano ohrabrivanje roditelja i dostupnost informativnih letaka uobičajene su mjere s pozitivnim mjerljivim učinkom (Greenwood, 2014).

Neka istraživanja isto su tako pokazala mišljenje zdravstvenih djelatnika o uzroku razvoja rezistencije, u istraživanju provedenom u SAD-u i Izraelu uspoređivano je mišljenje medicinskih sestara i liječnika o razvoju antibiotske rezistencije. Liječnici su bili skloni većinu uzroka razvoja otpornosti na antibiotike povezati s medicinskim uzrocima, dok su medicinske sestre to povezivale s uzrocima povezanima s pacijentima: nepridržavanjem rasporeda uzimanja antibiotika, propisane duljine terapije, higijene, mjera izolacije te uzimanjem antibiotika na vlastitu ruku (Ellen, Shach i Perlman, 2019, str. 215–222).

1.1 Svrha i cilj istraživanja

Istraživanje je provedeno da bi se dobio uvid u znanje opće populacije o pravilnoj upotrebi peroralnih antibiotika. Cilj istraživanja bio je procijeniti trenutno znanje opće populacije Republike Hrvatske o pravilnom korištenju peroralnih antibiotika.

1.2 Istraživačko pitanje

Prema svrsi i cilju istraživanja postavljena su sljedeća istraživačka pitanja:

- Kakvo je opće znanje ispitanika o antibioticima i njihovoj pravilnoj primjeni?
- Primjenjuju li ta znanja prilikom upotrebe antibiotske peroralne terapije?
- Kakva je samoprocjena njihova znanja s obzirom na objektivne rezultate odgovora koje su dali u anketi?

2 Metode

Prikupljanje podataka provedeno je metodom ankete, CAPI metodom anketiranja (Computer-assisted personal interviewing) koristeći platformu Google Forms, od 20. lipnja 2018. - 20. kolovoza 2018. godine. Istraživanje je provedeno upotrebom kvantitativne empirijske metode istraživanja tehnikom ankete, s upitnikom kao instrumentom. Upitnik nije preuzet ni od jednog autora, već je formiran za potrebe ovog istraživanja na temelju proučene literature.

2.1 Opis instrumenta

Upitnik se sastojao od 30 pitanja i bio je podijeljen u dva dijela. U prvom dijelu ispitanici su odgovarali na demografska pitanja o svom statusu: dobi, spolu, mjestu stanovanja, stupnju obrazovanja. U drugom dijelu iznosili su znanje na postavljenja pitanja o antibioticima, vrstama antibiotika, njihovoj upotrebi, primjeni. Na kraju ispunjenog upitnika ispitanici su dobili povratnu informaciju o svom znanju o antibioticima, što je djelovalo edukativno. Po završetku istraživanja rezultati su prikupljeni i obrađeni u Google Forms servisu.

2.2 Opis uzorka

U istraživanju je sudjelovao 181 ispitanik: 81 % ženskog i 19 % muškog spola. Najveći broj ispitanika bio je u dobi od 18 do 30 godina (79,5 %) a najmanji broj sudionika u dobi između 51 i 65 godina (1.1 %). Prema mjestu stanovanja 72,2 % ispitanika dolazi iz ruralne sredine, a

27,8 % ispitanika živi u gradskom okruženju. Prema stupnju obrazovanja najveći broj ispitanika (35,9 %) ima srednju stručnu spremu, nakon toga slijede ispitanici sa završenom višom stručnom spremom (35,9 %), 21 % ispitanika ima završenu visoku stručnu spremu, a samo 3,9 % ima osnovnoškolsko obrazovanje. Od svih ispitanika 27% imalo je obrazovanje vezano uz zdravstvenu struku.

3 Rezultati

Svi anketirani ispitanici (100 %) tijekom života koristili su antibiotsku peroralnu terapiju. Rezultati odgovora na pitanje o štetnosti antibiotika pokazuju da 29 % ispitanika smatra da su antibiotici štetni za zdravlje. 61,3 % ispitanika odgovorilo je da kod gripe ili prehlade nisu dobili antibiotik propisan od liječnika, a 38,7 % ispitanika odgovorilo je potvrdno. Veliki postotak ispitanika (85,6 %) koristio je antibiotike koji su propisani isključivo njima, a 14,4 % ipak je uzimalo antibiotsku terapiju na »svoju ruku«. Ispitanici su u visokom postotku (96,7 %) odgovorili da ne bi svoj neiskorišteni antibiotik dali nekome drugom na korištenje. Također je veliki postotak ispitanika (87 %) dobio od liječnika uputu o pravilnom korištenju antibiotika, a 90 % ih je dobilo antibiotike isključivo putem liječničkog recepta.

Vrlo veliki broj ispitanika (97,2 %) pokazao je znanje odgovorivši točno da se antibiotici koriste za liječenje bakterijskih, a ne virusnih infekcija. Samo 3,3 % ispitanika smatra da antibiotici liječe gripu, a 0,6 % da liječe prehladu. Kod pitanja u kojem je ponuđeno više lijekova na izbor, 91 % je odabralo penicilin kao antibiotik. Ukoliko su primijetili da antibiotik odmah ne djeluje 76,2 % ispitanika popilo bi antibiotik do kraja preporučenog vremena i u preporučenoj dozi, a potom bi se javili svom liječniku. Svega 5,5 % ispitanika u ovom istraživanju smatra da antibiotici na neki način mogu izazvati ovisnost. Rezultati samoprocjene ispitanika o vlastitom znanju o antibioticima su različiti: najveći broj sudionika (39,2 %) svoje znanje o antibioticima smatra dobrim, 30,9 % vrlo dobrim, 14,4 % smatra svoje znanje o antibioticima odličnim, 12,7 % ispitanika svoje znanje smatra dovoljnim, a 2,8 % nedovoljnim.

4 Rasprava

Istraživano je znanje i percepcija javnosti o pravilnoj uporabi peroralnih antibiotika na području Republike Hrvatske putem online anketiranja. Sudionici su pokazali vrlo dobro znanje kao i pridržavanje preporuka vezanih uz antibiotsku terapiju. Rezultati pokazuju da su svi ispitanici tijekom života koristili antibiotike. Za razliku od većine istraživanja, u ovom istraživanju sudjelovalo je 72 % ispitanika koji žive u ruralnoj sredini i 28 % ispitanika koji žive u urbanoj sredini. Na primjer, u istraživanju na Kosovu svega je 26 % ispitanika bilo iz ruralne sredine, a ostatak iz gradske (Zajmi idr., 2017).

Prema ovom istraživanju ispitanici (97,2 %) su pokazali veliko znanje o tome da se antibiotici koriste isključivo za liječenje bakterijskih infekcija kao i u istraživanju provedenom u Poljskoj u kojem je taj postotak 80 % (Mazińska, Strużycka i Hryniewicz, 2017). U istom istraživanju u Poljskoj pojavljuje se zabrinjavajući podatak u kojem 60% ispitanika smatra da antibiotici liječe i viruse (Mazińska, Strużycka i Hryniewicz, 2017), a u istraživanju provedenom u Italiji polovica ispitanika smatrala je da se antibiotici mogu koristiti i za liječenje gripe (Napolitano, Izzo i Di Angelillo, 2013), za razliku od ovog istraživanja u kojem taj postotak iznosi svega 3 %. Istraživanje na Kosovu spominje podatak da je svega 35 % ispitanika točno odgovorilo da antibiotici ne uništavaju viruse (Zajmi idr., 2017). Ispitanici ovog istraživanja, u usporedbi s prethodna tri, pokazali su puno veće i sveobuhvatnije znanje o djelovanju antibiotika što može biti znak sve veće pismenosti opće populacije o pravilnoj uporabi antibiotika na koju vjerojatno utječu sve učestalije javne kampanje. U istraživanju Mazińska, Strużycka i Hryniewicz (2013)

može se naći podatak da je čak 57 % ispitanika našlo informacije o pravilnoj upotrebi antibiotika na web stranicama, a svega 32 % dobilo je informacije od liječnika odnosno zdravstvenih djelatnika. Rezultati ovog istraživanja pokazali su da je 87 % ispitanika odgovorilo da su osnovne upute o uzimanju antibiotske terapije dobili od liječnika/zdravstvenog djelatnika, slično kao i (80 % ispitanika) u istraživanju Napolitano, Izzo i Di Angelillo (2013). Velika je sličnost u odgovorima u Italiji, Poljskoj i Hrvatskoj, dok se u odgovoru na isto pitanje u istraživanju provedenom na Kosovu vide velike razlike: svega 51 % ispitanika dobilo je informaciju od zdravstvenih djelatnika (liječnika 26,4 %, ljekarnika 7,9 % i dr.) (Zajmi i dr., 2017). Visoki rezultati potvrđuju dobar edukacijski trend opće populacije u europskim zemljama gdje se zadnjih godina provodi europska politika i kampanja o pravilnoj uporabi antibiotika i antibiotskoj rezistenciji (Tamasauskiene Tamasauskas i Zilinskas, 2018, str. 333–340).

U ovom istraživanju pokazana je svijest, odgovornost i važnost pravilne upotrebe antibiotika i slijeđenje uputa dobivenih od zdravstvenih djelatnika: većina ispitanika (93 %) popije terapiju »do kraja« i veliki postotak (97 %) antibiotike koji su im ostali od prethodne terapije neće dati drugoj osobi na upotrebu. Zanimljivo je, ali ne i neočekivano, da će svega 3 % ispitanika popiti antibiotik na »svoju ruku« ako smatraju da im je potreban za liječenje, bez konzultacije s liječnikom, što je u korelaciji sa sličnim istraživanjem Zajmi idr. (2017). Slično kao kod većine europskih istraživanja, 90 % ispitanika podiže antibiotike na liječnički recept, a na tako visoki rezultat vjerojatno je utjecala i činjenica da se u Hrvatskoj kao i većini europskih zemalja antibiotici ne kupuju u slobodnoj prodaji bez recepta. Rezultati različiti od ovog istraživanja prikazani su u istraživanju na kosovskoj populaciji gdje je svega 70 % ispitanika dobio antibiotike na liječnički recept (Zajmi idr., 2017). Iz odgovora je vidljivo da ispitanici ovog istraživanja raspolažu s vrlo dobrim znanjem i informacijama o peroralnoj uporabi antibiotika, ali i to da antibiotici nisu dostupni u slobodnoj prodaji pa se stoga moraju obratiti liječniku.

Samoprocjena znanja ispitanika ovog istraživanja bila je manja (39,2 % svoje znanje o antibioticima smatra dobrim, 30,9 % smatra vrlo dobrim) nego njihovo stvarno znanje o pravilnoj upotrebi antibiotika, što može ukazivati na potrebu i prostor za još boljom i efikasnijom edukacijom o upotrebi antibiotika s naglaskom na rezistenciju, koja ovim istraživanjem nije bila u fokusu. U ovom istraživanju kao i u većini istraživanja upotreba antibiotika direktno je povezana sa znanjem, ponašanjem i stavovima opće populacije (Zajmi idr., 2017) kao i sa sve prisutnijim edukacijskim programima na međunarodnoj i lokalnoj razini, programima poput Nacionalnog dana svjesnosti o antibioticima i Svjetskog tjedna svjesnosti o antibioticima (Mazińska, Strużycka i Hryniewicz, 2017).

5 Zaključak

Istraživanjem se pokazalo generalizirano znanje i ponašanje ispitanika na području Republike Hrvatske o važnosti pravilne upotrebe peroralne antibiotske terapije. Rezultati su pokazali da ispitanici iz ovog istraživanja imaju dobro osnovno znanje o antibioticima, važnosti i načinu pravilne primjene antibiotika. Koriste antibiotike koji su propisani samo njima, podižu ih na liječnički recept, piju preporučenu dozu u točno određeno vrijeme i onoliko dana koliko je liječnik propisao te time povećavaju djelovanje antibiotika i smanjuju mogućnost rezistencije bakterija na antibiotike. Za razliku od većine istraživanja ovo je istraživanje pokazalo da ruralna sredina ne utječe na razinu znanja i ponašanje vezano uz pravilnu uporabu antibiotika. Ograničenja ovog ispitivanja u odnosu na neka europska istraživanja (Eurobarometar) su manji broj ispitanika te odnos broja ispitanika iz ruralne i urbane sredine. Istraživanje se fokusiralo na znanje i pravilnu upotrebu antibiotika, ali ne i na znanje vezano uz rezistenciju na antibiotike.

Valjalo bi stoga istražiti veći broj ispitanika na području Republike Hrvatske te u istraživanje uključiti pitanja koja se odnose na rezistenciju na antibiotike.

LITERATURA

1. Alvana, G., Edlund, C. in Heddinia, A. (2011). The global need for effective antibiotics—A summary of plenary presentations, *Drug Resistance Updates*, 14, 70–76. Pridobljeno 20. 10. 2020, s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368764611000173>.
2. Bosley, H., Henshall, C., Appleton, J. V. i Jackson, D. (2018). A systematic review to explore influences on parental attitudes towards antibiotic prescribing in children. *Journal of clinical nursing*, 27 (5–6), 892–905. Pridobljeno 19. 10. 2020, s <https://radar.brookes.ac.uk/radar/file/935f9729-d7df-492d-92e9-4afe59a86772/1/fulltext.pdf>.
3. Earnshaw, S., Monnet, D. L., Duncan, B., O’Toole, J., Ekdahl, K., Goossens, H. (2009). European Antibiotic Awareness Day Collaborative Group. (2009). European Antibiotic Awareness Day, 2008—the first Europe-wide public information campaign on prudent antibiotic use: methods and survey of activities in participating countries. *Eurosurveillance*, 14 (30), 19280. Pridobljeno 15. 10. 2020, s <https://kdpinklec.com/kako-je-jesko-pobijedio-prehladu/>.
4. Ellen, M. E., Shach, R. i Perlman, S. (2019). Exploring community healthcare providers’ perceptions on antimicrobial resistance. *Journal of global antimicrobial resistance*, 18, 215–222. Pridobljeno 20. 10. 2020, s <https://doi.org/10.1016/j.jgar.2019.02.010>.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). Antimicrobial consumption: annual epidemiological report for 2017. Pridobljeno 16. 10. 2020, s <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/antimicrobial-consumption-annual-epidemiological-report-2017.pdf>.
6. European Centre for Disease Prevention and Control: Antimicrobial consumption - Annual Epidemiological Report for 2017., ECDC, Stockholm, 2018. Pridobljeno 14. 10. 2020, s <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-consumption-annual-epidemiological-report-2017>.
7. Fair, R. J. i Tor, Y. (2014). Antibiotics and Bacterial Resistance in the 21st Century. *Perspectives in Medicinal Chemistry*, 6, PMC.S14459. Pridobljeno 20. 10. 2020, s <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4137/PMC.S14459>.
8. Giannitsioti, E., Athanasia, S., Plachouras, D., Kanellaki, S., Bobota, F., Tzepetzi, G. i Giamarellou, H. (2016). Impact of patients’ professional and educational status on perception of an antibiotic policy campaign: a pilot study at a university hospital. *Journal of global antimicrobial resistance*, 6, 123–127. Pridobljeno 20. 10. 2020, s <https://doi.org/10.1016/j.jgar.2016.05.001>.
9. Greenwood, B. (2014). The contribution of vaccination to global health: past, present and future. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369 (1645), 20130433. Pridobljeno 20. 10. 2020, s <https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0433>.
10. Kalenić, S. (2013). Bedenić B. Antibakterijski lijekovi. V S. Kalenić idr. (ur), *Medicinska mikrobiologija* (str. 59–61). Zagreb, Medicinska naklada.
11. Krajinović, V. (2017). Nuspojave antibiotika. *Medicus*, 26 (1), 47–51. Pridobljeno 14. 10. 2020, s <https://hrcak.srce.hr/185270>.
12. Lobanovska, M. i Pilla, G. (2017). Penicillin's Discovery and Antibiotic Resistance: Lessons for the Future?. *The Yale journal of biology and medicine*, 90 (1), 135–145. Pridobljeno 15. 10. 2020, s https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369031/pdf/yjbm_90_1_135.pdf.
13. Mazińska, B., Strużycka, I. i Hryniewicz, W. (2017). Surveys of public knowledge and attitudes with regard to antibiotics in Poland: Did the European Antibiotic Awareness Day campaigns change attitudes?. *PloS one*, 12 (2), e0172146. Pridobljeno 20. 10. 2020, s <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172146>.
14. McNulty, C. A., Collin, S. M., Cooper, E., Lecky, D. M. i Butler, C. C. (2019). Public understanding and use of antibiotics in England: findings from a household survey in 2017. *BMJ open*, 9 (10). Pridobljeno 20. 10. 2020, s <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030845>.

15. Napolitano, F., Izzo, M. T., Di Giuseppe, G. i Angelillo, I. F. (2013). Public knowledge, attitudes, and experience regarding the use of antibiotics in Italy. *PloS one*, 8 (12), e84177., Pridobljeno 20. 10. 2020, s <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0084177>.
16. Tamasauskienė, L., Tamasauskas, D. i Zilinskas, G. (2018). Comparison of subjective perception of safe antibiotic use between European Union states. *Health Policy and Technology*, 7 (4), 333–340. Pridobljeno 16. 10. 2020, s <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2018.10.003>.
17. Tambić Andrašević, A., Tambić, T., Žmak, L. J., Obrovac, M., Payerl Pal, M., Debelec, D., idr. (2019). Osjetljivost i rezistencija bakterija na antibiotike u Republici Hrvatskoj u 2018. g. Zagreb: The Croatian Academy of Medical Sciences
18. World Health Organization. (2018.). Antibiotic resistance. Pridobljeno 14. 10. 2020, s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>.
19. Zajmi, D., Berisha, M., Begolli, I., Hoxha, R., Mehmeti, R., Mulliqi - Osmani, G., ... i Raka, L. (2017). Public knowledge, attitudes and practices regarding antibiotic use in Kosovo. *Pharmacy Practice (Granada)*, 15 (1). Pridobljeno 19. 10. 2020, s <http://dx.doi.org/10.18549/pharmpract.2017.01.827>.
20. Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije. (2019). Potrošnja antibiotik u Europi i Hrvatskoj. Pridobljeno 14. 10. 2020, s <https://www.zzjzdnz.hr/hr/hr/kampanje/antibiotici-danas-lijee-sutra-mozda-nece/1350>.

Kakovost spanja med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči

UDK 616-083.98+613.79

KLJUČNE BESEDE: spanje, kakovost spanja, pomanjkanje spanja, nujna medicinska pomoč

POVZETEK - V prispevku preučujemo kakovost spanja in njegovo deprivacijo, ki je pogosta med delavci, ki opravljajo izmensko in stresno delo v nepredvidljivih okoliščinah, ki so značilne za nujno medicinsko pomoč. Namen raziskave je raziskati kakovost spanja med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. V raziskavi ugotavljamo, da manj kot polovica anketirancev navaja slabo kvaliteto spanja. Slabšo kvaliteto spanja ugotavljamo pri anketirancih ženskega spola ter anketirancih, ki so zaposleni v bolj obremenjenih enotah predbolnišnične nujne medicinske pomoči ter tistih, ki opravljajo delo, ki traja 24 ur ali več. Zaposlene v predbolnišnični nujni medicinski pomoči je potrebno izobraziti v smislu ustrezne higijene spanja ter priporočil za doseganje dobrega spanja (omejitve kofeina, nikotina, alkohola, skrbi za redno telesno aktivnost ter pravičnega časa spanja).

UDC 616-083.98+613.79

KEYWORDS: sleep, sleep quality, sleep deprivation, emergency medical service

ABSTRACT - In this paper, we examine the quality of sleep and its deprivation, which is common among workers who perform shift and stressful work in unpredictable circumstances that are a characteristic of emergency medical services. The purpose of the study is to investigate the quality of sleep among employees in pre-hospital emergency medical services. The research shows that less than half of the respondents report poor sleep quality. Poorer quality of sleep is found in female respondents and respondents who are employed in more overloaded pre-hospital emergency medical service units, as well as those who perform work lasting 24 hours or more. Employees in pre-hospital emergency medical services should be educated in terms of proper sleep hygiene and recommendations in regard to gaining good sleep (limiting caffeine, nicotine, alcohol, taking care of regular physical activity and proper sleep time).

1 Teoretična izhodišča

Služba nujne medicinske pomoči se v skladu z mrežo enot nujne medicinske pomoči izvaja vse dni v letu, in sicer 24 ur dnevno. Organizira se v obliki rednega dela, dela izven rednega delovnega časa, dežurstva in kot oblika pripravljenosti (Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, 2015). Iz prebranega sledi, da zaposleni v nujni medicinski pomoči svoje redno delo opravljajo v triizmenskem delu po osem ur ali dvoizmenskem delu po 12 ur. Dežurstva med vikendi in prazniki se zagotavljajo v 12-urnih ali 24-urnih izmenah.

Statistični urad RS (2016) ugotavlja, da petina delavno aktivnega prebivalstva dela tudi ponoči in člani ekipe nujne medicinske pomoči niso izjema. Kot nočno delo se šteje delo v času med 23. in 6. uro. Če je z razporeditvijo delovnega časa določena nočna delovna izmena, se za nočno delo šteje osem nepretrganih ur v času med 22. in 7. uro (150. člen Zakona o delovnih razmerjih, 2013). Zaradi zagotavljanja 24-urne nujne medicinske pomoči in kadrovske podhranjenosti zaposleni pogosto opravljajo nadurno delo, ki pogosto presega osem ur na teden ali 20 ur na mesec oziroma 170 ur na leto, kot je opredeljeno v 144. členu Zakona o delovnih razmerjih

(2013), zato ima večina zaposlenih podpisano soglasje za delo preko polnega delovnega časa, ki vsekakor vpliva na možnost oziroma pravico do dnevnega ali tedenskega počitka, ki ga podrobneje opredeljujeta 155. in 156. člen Zakona o delovnih razmerjih (2013). Glede na zgornje utemeljitve sklepamo, da tudi zaposleni v nujni medicinski pomoči trpijo za pomanjkanjem spanja, posledično utrujenostjo in izčrpanostjo.

2 Spanje

National institute of neurological disorder and stroke (2018) ugotavlja, da je spanje pomemben del dnevne rutine. Človek za spanje porabi eno tretjino svojega časa.

Spanje ni pasivno dogajanje, temveč aktiven proces, ki se s starostjo spreminja. Koliko spanca potrebuje nekdo, da bo normalno dejaven čez dan, je odvisno od posameznika. Nekateri ljudje lahko spijo le štiri ure, medtem ko drugim ne zadošča deset ur spanja, da bi zadovoljili svoje potrebe. Adolescenti so lahko zaspani ves čas z razliko od starostnikov. Spanje človeka je genetsko pogojeno. Težave nastopijo takrat, ko oseba ne zadovolji potreb po spancu. Spanje takšne osebe je lahko prekratko ali pa večkrat prekinjeno zaradi motenj (Dolenc Grošelj, 2003).

Človekov spanec je sestavljen iz dveh različnih stanj: nehitrega gibanja oči (NREM) in hitrega gibanja oči (REM). Vsako stanje ima edinstvene značilnosti in je aktivno urejeno z različnimi živčnimi centri. Tipična noč vključuje od štiri do šest ponavljajočih se ciklov NREM in REM, od katerih vsak traja približno 90 do 110 minut (Luyster, Strollo, Zee in Walsh, 2012).

3 Pomanjkanje spanja

Motnja spanja je pogosta zdravstvena težava odraslih ljudi. Subjekti opisujejo, da težko zaspijo, se med nočjo prebujajo in imajo slabo kakovost spanja. Dnevni simptomi slabega spanja se kažejo kot utrujenost, razdražljivost, kognitivni upad, težave na delovnem mestu in v družbi nasploh. Znanstveniki ugotavljajo, da ima spanje pomembno homeostatsko funkcijo odstranjevanja toksičnih produktov, ki so nastali med budnostjo. S tem je bilo dokazano, da ima spanje obnovitveno funkcijo. Premajhna količina spanja lahko oslabi delovanje možganov (Dolenc Grošelj, 2015).

Potencialen vpliv nezadostnega spanja na zdravje je bil prvič zabeležen v šestdesetih letih prejšnjega stoletja. V raziskavi, v kateri je sodelovalo več kot milijon odraslih, so ugotovili, da se je pri posameznikih, ki so spali manj kot sedem ur na noč, povečala smrtnost v primerjavi s tistimi, ki so spali od sedem do osem ur na noč (Hammond, 1964).

Jaiswal, Owens in Malhotra (2017) ugotavljajo, da je današnji hiter življenjski slog v svetovnem merilu povzročil povečanje pomanjkanja spanja. Čeprav je priporočena količina spanja v 24-urnem obdobju sedem do osem ur, najnovejši podatki kažejo, da skoraj 30 % Američanov spi šest ur ali manj.

Goldstein in Walker (2014) navajata, da omejevanje spanja na samo pet ur na noč v obdobju enega tedna povzroči postopno povečanje čustvenih motenj. Poleg tega akumulirana izguba spanja vodi do ojačitve negativnih čustev kot odzivov na moteče dnevne izkušnje, medtem ko se osebi zmanjšuje zmožnost reševanja problemov. Hkrati ena noč eksperimentalno nadzorovane izgube spanja povečuje subjektivna poročila o stresu, anksioznosti in jezo kot odziv na majhne stresne situacije in povečuje impulzivnost osebe. To je posebnega kliničnega pomena, saj je impulzivnost znatno povezana z agresivnim vedenjem in samomorilnostjo, ki sta povezana z motnjami spanja. Sposobnost ustreznega uravnavanja in izražanja čustev je brez spanja ogrožena na ravni možganov in vedenja, ki je skupna tako pozitivnim kot negativnim

področjem čustvenega spektra. V nasprotju s tem pa spanje in REM zagotavljata ponovno vzpostavitev ustrezne reaktivnosti čustvenega obnašanja.

Avtorji Peršolja, Mišmaš in Jurdana (2018) ter Silva in sodelavci (2017) so v svoji raziskavi ugotovili, da medicinske sestre spijo manj kot sedem ur na dan. Neželeni učinki nezadostnega spanca niso omejeni samo na posameznikovo raven, temveč se tudi posplošujejo na skupnost. Primanjkljaj v spanju med prebivalstvom je povezan s precejšnjimi gospodarskimi izgubami, s škodljivimi učinki na gospodarsko proizvodnjo in produktivnost dela.

Ocenjuje se, da se v petih državah OECD (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj) vsako leto izgubi do 680 milijard dolarjev zaradi nezadostnega spanca (Hafner, Stepanek, Taylor, Troxel in van Stolk, 2017).

4 Metodologija

4.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil raziskati, kakovost spanja med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. Primarni cilj je bil na osnovi teoretičnih spoznanj in rezultatov raziskave, izvedene v empiričnem delu, potrditi oziroma ovreči postavljene hipoteze, povezane z oceno kakovosti spanja med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči.

4.2 Hipoteze

Glede na prebrano literaturo smo oblikovali sledeče hipoteze:

- H1: Med moškimi in ženskami obstajajo razlike v oceni kakovosti spanja.
- H2: Med anketiranci z različno starostno strukturo obstajajo razlike v oceni kakovosti spanja.
- H3: Med anketiranci z različno stopnjo izobrazbe obstajajo razlike v oceni kakovosti spanja.
- H4: Med anketiranci z različnim indeksom telesne teže obstajajo razlike v oceni kakovosti spanja.
- H5: Med anketiranci, ki opravljajo izmensko delo in anketiranci, ki ne opravljajo izmenskega dela obstajajo razlike v oceni kakovosti spanja.
- H6: Med anketiranci, ki opravljajo 24 urno delo in več in anketiranci, ki takega dela ne opravljajo obstajajo razlike v oceni kakovosti spanja.

4.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri izdelavi prispevka smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja in kavzalno neeksperimentalno metodo dela s študijem domače in tuje literature, ki smo jo iskali v naslednjih podatkovnih bazah: COBISS, CINAHL, Pubmed, MEDLINE. Uporabljene ključne besede so: spanje (angl. sleep), kakovost spanja (angl. sleep quality), pomanjkanje spanja (angl. sleep deprivation), nujna medicinska pomoč (angl. emergency medical services). V empiričnem delu smo uporabili anketni vprašalnik, ki je v prvem delu vseboval vprašanja, ki so se nanašala na demografske podatke (spol, starostna struktura, formalno dosežena izobrazba, indeks telesne teže, vrsta dela, opravljanje dežurstev). Drugi sklop vprašalnika predstavlja Pittsburgh Sleep Quality Index, s katerim je ocenjena kakovost spanja zaposlenih v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. Uporabo vprašalnika je odobrila medicinska univerza v Pittsburghu. Uporabljen je bil dvojni slepi prevod.

Z načinom in namenom izvajanja raziskave smo seznanili vodstvo zdravstvenih domov, prav tako smo pridobili vsa potrebna dovoljenja za izvedbo raziskave. Anketne vprašalnike smo natisnili ter poslali vodjem posameznih enot nujne medicinske pomoči, ti pa so jih razdelili med svoje zaposlene. Poleg anketnih vprašalnikov smo priložili pisemsko ovojnico opremljeno z

naslovom prejelnika ter znamko. Pri prikazu in raziskovanju podatkov smo ravnali v skladu z etičnimi načeli. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Raziskava je potekala od 1. februarja 2019 do 31. maja 2019.

4.4 Opis vzorca

Populacijo predstavljajo zaposleni v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. V raziskavi je uporabljen nenaključen namenski vzorec ($n = 204$). Anketni vprašalnik je izpolnilo 136 (66,7 %) anketirancev moškega spola in 68 (33,3 %) anketirancev ženskega spola. Več kot polovica anketirancev (54,4 %) se uvršča v starostno skupino med 25 do 39 let, sledi 60 (29,4 %) anketirancev v starostni skupini med 40 do 54 let, nato 20 (9,8 %) anketirancev, ki so stari 55 let in več ter na koncu 13 (6,4 %) anketirancev v starostni skupini med 18 do 24 let. V raziskavi je sodelovalo 77 (37,7 %) zdravstvenih tehnikov, 77 (37,7 %) diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in 50 (24,5 %) zdravnikov. 109 (53,4 %) anketirancev opravlja delo v predbolnišnični nujni medicinski pomoči do 10 let, preostalih 95 (46,6 %) anketirancev omenjeno delo opravlja več kot 10 let. 124 (60,8 %) anketirancev ima prekomerno telesno težo. 171 (83,8 %) anketirancev opravlja izmensko delo, poleg tega 130 (63,7 %) anketirancev opravlja 24 urno delo ali več.

4.5 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za statistično analizo podatkov smo uporabili računalniški program SPSS 20.0, grafična ponazoritev podatkov je prav tako izvedena s pomočjo računalniškega programa SPSS 20.0 in kontingenčnimi tabelami (crosstabs). Povprečne vrednosti, standardni odklon in mediane vrednosti so bili izračunani z metodami deskriptivne statistike. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med spremenljivkami smo uporabili Hi kvadrat preizkus, ki je uporabljen pri preverjanju vseh hipotez.

5 Rezultati

Tabela 1: Ocena kvalitete spanja glede na Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Spremenljivke	PSQI \bar{x}	Dobro spanje (<5) (%)	Slabo spanje (≥ 5) (%)	F	p
Spol				3,17	0,075
Moški	4,66	76 (37,3)	60 (29,4)		
Ženske	5,58	29 (14,2)	39 (19,1)		
Starostna skupina				0,83	0,842
18 – 24 let	6,23	6 (2,9)	7 (3,4)		
25 – 39 let	4,96	60 (29,4)	51 (25,0)		
40 – 54 let	4,60	30 (14,7)	30 (14,7)		
55 – 64 let	5,30	9 (4,4)	11 (5,4)		
Izobrazba				2,45	0,293
Zdravstveni tehnik	4,76	45 (22,1)	32 (15,7)		
Diplomirana med. sestra	4,97	37 (18,1)	40 (19,6)		
Zdravnik	5,28	23 (11,3)	27 (13,2)		
Indeks telesne teže				0,00	0,960
Normalna telesna teža	4,95	41 (20,1)	39 (19,1)		
Povišana telesna teža	4,98	64 (31,4)	60 (29,4)		
Vrsta dela				0,57	0,450
Dnevno delo	4,75	15 (7,4)	18 (8,8)		
Izmensko delo	5,01	90 (44,1)	81 (39,7)		

Dolžina dela			1,29	0,254
Manj kot 24 ur	4,64	42 (20,6)	32 (15,7)	
Več kot 24 ur	5,15	63 (30,9)	67 (32,8)	

Legenda/Legend: n – število/number; \bar{x} – povprečje/average, F – Levenov preizkus homogenosti variance/Levene's test of homogeneity of variance - p – statistična značilnost pri 0,05 ali manj/statistical significance 0,05 or less

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

V Tabeli 1 so predstavljeni rezultati, ki se nanašajo na oceno kvalitete spanja zaposlenih v nujni medicinski pomoči v povezavi z različnimi spremenljivkami. Pri nobeni izmed spremenljivk ne ugotavljamo statistično pomembnih razlik. Za opazovani vzorec pa velja, da imajo ženske ($\bar{x} = 5,58$) v primerjavi z moški ($\bar{x} = 4,66$) slabšo kvaliteto spanja. Med anketiranci v starostni skupini od 18–24 let ($\bar{x} = 6,23$) ter 55–64 let ($\bar{x} = 5,30$) ugotavljamo slabo kvaliteto spanja medtem, ko imajo anketiranci v starostni skupini 25–39 let (4,96) ter 40–54 let (4,60) dobro kvaliteto spanja. Med anketiranci z različno stopnjo izobrazbe ugotavljamo, da imajo v povprečju zdravstveni tehniki ($\bar{x} = 4,76$) in diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki ($\bar{x} = 4,97$) dobro kvaliteto spanja, medtem ko pri zdravnikih ($\bar{x} = 5,28$) ugotavljamo slabo kvaliteto spanja. V nadaljevanju raziskave ugotavljamo, da indeks telesne teže sicer ne vpliva na kakovost spanja, ker imajo tako anketiranci z normalno telesno težo ($\bar{x} = 4,95$) kot anketiranci s povečano telesno težo ($\bar{x} = 4,98$) dobro kvaliteto spanja. Zanimiva pa je ugotovitev, da ima 124 anketirancev (60,8 %) prekomerno telesno težo. V zaključku raziskave ugotavljamo, da imajo anketiranci, ki opravljajo izmensko delo ($\bar{x} = 5,01$) ali pa opravljajo 24 urno delo in več ($\bar{x} = 5,15$) slabo kvaliteto spanja, medtem ko imajo anketiranci, ki opravljajo delo samo podnevi ($\bar{x} = 4,75$) in delajo manj kot 24 ur ($\bar{x} = 4,64$) dobro kvaliteto spanja. Glede na pridobljene rezultate zavrnilo vse postavljene hipoteze.

6 Razprava

Pred pričetkom raziskave je bilo postavljenih 6 hipotez, vse so bile zavrjene. Ugotavljamo, da ženske ($\bar{x} = 5,58$) v primerjavi z moški ($\bar{x} = 4,66$) dosegajo višje povprečne vrednosti PSQI. Do enakih ugotovitev so prišli Cash in sodelavci (2020), ki v obsežni raziskavi med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči ($n = 17913$) ugotavljajo, da imajo ženske ($\bar{x} = 7,8$) višjo prevalenco slabe kakovosti spanja ter dosegajo višje povprečne vrednosti PSQI v primerjavi z moškimi ($\bar{x} = 7,1$). Tudi avtorji Madrid - Valero, Martínez - Selva, Couto, Sánchez - Romera in Ordoñana (2017), ki so raziskavo opravili na splošni populaciji ($n = 2144$) ugotavljajo, da so ženske skoraj dvakrat bolj podvržene k slabi kakovosti spanja v primerjavi z moškimi (OR: 1.88). Prav tako ženske ($\bar{x} = 5,74$) dosegajo višje povprečne vrednosti PSQI v primerjavi z nasprotnim spolom ($\bar{x} = 4,37$). Zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki dosegajo nižje povprečne vrednosti PSQI (<5) v primerjavi z zdravniki (>5), vendar med njimi ne obstajajo statistično pomembne razlike ($p = 0,293$). Jahrami in sodelavci (2020) ugotavljajo vrednosti PSQI pri medicinskih sestrah ($\bar{x} = 7,0$), medtem ko zdravniki dosegajo nižje vrednosti PSQI ($\bar{x} = 6,6$; $p = 0,110$). Tudi avtorji Jahrami in sodelavci (2020) v univariantni analizi ne ugotavljajo statistične povezanosti med kakovostjo spanja in izobrazbo ali starostjo anketirancev. V nadaljevanju ugotavljamo, da med anketiranci z normalno telesno težo kot tudi anketiranci s povečano telesno težo ne obstajajo statistično pomembne razlike ($p = 0,960$). Naše ugotovitve se ujemajo z ugotovitvami avtorjev Vargas, Flores in Robles (2014), ki prav tako ne ugotavljajo pomembnih razlik med ITM ter kvaliteto spanja, medtem ko avtorji Krističević, Štefan in Sporiš (2018) ugotavljajo, da imajo anketiranci s povečano telesno težo 1,45x večjo verjetnost za slabo kvaliteto spanja. Po naših ugotovitvah ima 39,2 % anketirancev normalno telesno težo, medtem ko avtorji Rebak, Suliga, Głuszek - Osuch in Głuszek (2017) v svoji raziskavi ugotavljajo, da ima zgolj 20,7 % anketiranih reševalcev telesno težo znotraj normalnih

ITM vrednosti. Vsekakor debelost predstavlja velik javnozdravstveni problem in podatki Evropskega sveta za kardiologijo kažejo, da je bil vsak 5 odrasli prebivalec v letu 2016 debel. Prevalenca debelosti se je med letoma 1980 in 2016 povečala z 9,6 % na 22,6 % (Timmis idr., 2020). V raziskavi ugotavljamo, da imajo anketiranci, ki opravljajo delo samo podnevi ($\bar{x} = 4,75$) boljšo kvaliteto spanja v primerjavi z anketiranci, ki opravljajo izmensko delo ($\bar{x} = 5,01$), vendar razlike niso statistično pomembne ($p = 0,450$). Avtorji Zhang, Sun, Li in Tao (2016) prav tako ugotavljajo, da medicinske sestre, ki so opravljale oziroma opravljajo izmensko delo tudi ponoči imajo v primerjavi z medicinskimi sestrami, ki nikoli niso opravljale izmenskega dela slabšo kvaliteto spanja (OR: 2.638; $p < 0,001$ ter OR: 3,334; $p < 0,001$). Do podobnih ugotovitev so prišli avtorji Alshahrani, Baqays, Alenazi, AlAngari in AlHadi (2017), ki ugotavljajo, da dosegajo zdravstveni delavci, ki ne opravljajo izmenskega dela nižje vrednosti PSQI ($\bar{x} = 6,27$) v primerjavi z izmenskimi delavci PSQI ($\bar{x} = 7,40$). V nadaljevanju ugotavljamo, da 63,8 % anketirancev opravlja delo, ki traja dlje kot 24 ur. Vsi, ki opravljajo tako vrsto dela imajo slabšo kakovost spanja ($\bar{x} = 5,15$) v primerjavi s tistimi anketiranci, ki takšnega dela ne opravljajo ($\bar{x} = 4,64$; $p = 0,254$). V zadnjih desetletjih je bil po vsem svetu dosežen pomemben napredek pri določanju zakonskih omejitev delovnega časa. Kot rezultat tega ima večina držav zdaj zakonsko določene omejitve (48 ur ali manj), približno polovica pa jih ima 40-urno omejitev (Rodriguez Jareño idr., 2014). Kljub temu pa približno 22 % delavcev po vsem svetu še vedno dela več kot 48 ur na teden (Messenger, Lee in McCann, 2007). Vsekakor ima tovrstno opravljanje dela (več kot 24 ur) negativen vpliv na posameznika. Raziskave, ki so jih opravili med zdravstvenimi delavci ugotavljajo, da ima deprivacija spanja potencialne posledice na samo dožemanje kot opravljanje dela. Pri zdravnikih pripravnikih, ki so delo neprekinjeno opravljali več kot 24 ur so ugotovili, da so le ti pogosteje storili resne strokovne napake pri postavljanju diagnoz (Barger idr., 2006), medtem ko avtorji Afonso, Fonseca in Pires (2017) k temu dodajajo, da dosegajo anketiranci s prolongiranim delovnim časom signifikanto višje vrednosti pri oceni tesnobe in depresije.

7 Sklep

Služba nujne medicinske pomoči se izvaja 24 ur dnevno vse dni v letu, kar pomeni da se izmenskemu delu na tem področju skorajda ni mogoče izogniti, poleg tega pa velika večina zaposlenih opravlja tudi nadurno delo. Predhodno omenjena dejavnika zagotovo pripomoreta k motenemu cirkadianemu ritmu, katerega zaposleni v nujni medicinski pomoči zagotovo imajo, zato predstavljajo ranljivo delovno skupino, ki je podvržena motnjam spanja in posledicam, ki jih te motnje povzročajo (utrujenost, razdražljivost, kognitivni in motorični upad, kar vodi v strokovne napake, delovne nesreče, prometne nesreče), nenazadnje pa ima deprivacija spanja dolgoročen negativen vpliv na zdravje (disfunkcija številnih organskih sistemov). Skoraj 50 % zaposlenih v nujni medicinski pomoči ima slabo kvaliteto spanja, zato je pomembno sprejeti ukrepe za njeno izboljšanje. Začnemo lahko s korakom ozaveščanja o ustrezni higieni spanca, ki med drugim vključuje opustitev razvad (kajenje, alkohol), omejitev uživanja kofeina, skrb za redno telesno aktivnost, sinhronizacija spanca, predvsem pa je potrebno na prvo mesto postaviti počitek pred ostalimi dejavnosti, ki nas čakajo tekom dneva.

LITERATURA

1. Afonso, P., Fonseca, M. in Pires, J. F. (2017). Impact of working hours on sleep and mental health. *Occupational Medicine*, 67 (5), 377–738.
2. Alshahrani, S. M., Baqays, A. A., Alenazi, A. A., AlAngari, A. M. in AlHadi, A. N. (2017). Impact of shift work on sleep and daytime performance among health care professionals. *Saudi medical journal*, 38 (8), 846.

3. Barger, L. K., Ayas, N. T., Cade, B. E., Cronin, J. W., Rosner, B., Speizer, F. E. in Czeisler, C. A. (2006). Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLoS Medicine*, 3 (12), 487.
4. Cash, R. E., Anderson, S. E., Lancaster, K. E., Lu, B., Rivard, M. K., Camargo Jr, C. A. in Panchal, A. R. (2020). Comparing the prevalence of poor sleep and stress metrics in basic versus advanced life support emergency medical services personnel. *Prehospital Emergency Care*, 24 (5), 644–656.
5. Dolenc Grošelj, L. (2003). *Nespečnost*. Ljubljana: Lek farmacevtska združba.
6. Dolenc Grošelj, L. (2015). Najpogostejše oblike nespečnosti pri odraslih in mladostnikih. V L. Dolenc Grošelj in M. Trošt (ur.), *Mala šola nevrologije: motnje spanja* (str. 40–45). Ljubljana: Klinični oddelek za bolezni živčevja v sodelovanju s kliničnim inštitutom za klinično nevrofiziologijo. Nevrološka klinika, univerzitetni Klinični center.
7. Goldstein, A. N. in Walker, M. P. (2014). The Role of Sleep in Emotional Brain Function. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 679–708.
8. Hafner, M., Stepanek, M., Taylor, J., Troxel, W. M. in van Stolk, C. (2017). Why sleep matters-the economic costs of insufficient sleep: a cross-country comparative analysis. *Rand health quarterly*, 6 (4), 11.
9. Hammond, E. C. (1964). Some preliminary findings on physical complaints from a prospective study of 1,064,004 men and women. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 54 (1), 11–23.
10. Jahrami, H., BaHammam, A. S., AlGahtani, H., Ebrahim, A., Faris, M., AlEid, K. in Hubail, S. (2020). The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of covid-19. *Sleep and Breathing*, 1–9.
11. Jaiswal, S. J., Owens, R. L. in Malhotra, A. (2017). Raising awareness about sleep disorders. *Official Organ of Indian Chest Society*, 34 (3), 262–268.
12. Krističević, T., Štefan, L. in Sporiš, G. (2018). The associations between sleep duration and sleep quality with body-mass index in a large sample of young adults. *International journal of environmental research and public health*, 15 (4), 758.
13. Luyster, F. S., Strollo, P. J., Zee, P. C. in Walsh, J. K. (2012). Sleep: a health imperative. *Sleep*, 35 (6), 727–734.
14. Madrid - Valero, J. J., Martínez - Selva, J. M., Couto, B. R. D., Sánchez - Romera, J. F. in Ordoñana, J. R. (2017). Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. *Gaceta sanitaria*, 31, 18–22.
15. Messenger, J. C., Lee, S. in McCann, D. (2007). *Working time around the world: Trends in working hours, laws, and policies in a global comparative perspective*. Routledge.
16. National institute of neurological disorder and stroke (2018). *Understanding sleep*. Pridobljeno, s <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Understanding-Sleep#6>.
17. Peršolja, M., Mišmaš, A. in Jurdana, M. (2018). Povezava med neprespanostjo in delazmožnostjo zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 52 (1), 8–17.
18. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. (2015). Uradni list RS, št. 23/05 (30. 10. 2015). Pridobljeno, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/123617>.
19. Rębak, D., Suliga, E., Głuszek - Osuch, M. in Głuszek, S. (2017). Risk factors of cardiovascular diseases in paramedics. *Medical Studies*, 33 (4), 279–289.
20. Rodriguez - Jareño, M. C., Demou, E., Vargas - Prada, S., Sanati, K. A., Škerjanc, A., Reis, P. G., Helimaki - Aro, R., Macdonald, E. B. in Serra, C. (2014). European Working Time Directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence. *BMJ open*, 4 (7).
21. Silva, K. K. M., De Martino, M. M. F., de Oliveira Viana, M. C., Bezerra, C. M. B. in Miranda, F. A. N. (2017). Relationship between work shifts and quality of sleep of nurses: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16 (1), 57–63.
22. Statistični urad Republike Slovenije (2016). *Aktivno in neaktivno prebivalstvo*. Pridobljeno s, <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6517>.
23. Timmis, A., Townsend, N., Gale, C. P., Torbica, A., Lettino, M., Petersen, S. E. in De Smedt, D. (2020). *European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2019*. *European heart journal*, 41 (1), 12–85.

24. Vargas, P. A. Flores, M. in Robles, E. (2014). Sleep quality and body mass index in college students: the role of sleep disturbances. *Journal of American College Health*, 62 (8), 534–541.
25. Zakon o delovnih razmerjih. (2013). Uradni list RS, št. 21/2013 z dne 13. 3. 2013: 150. člen ZDR-1. Pridobljeno 16. 10. 2018, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5944&d-16544-s=1&d-16544-o=2&d-16544-p=1&d-49682-p=2#>.
26. Zhang, L., Sun, D. M., Li, C. B. in Tao, M. F. (2016). Influencing factors for sleep quality among shift-working nurses: A cross-sectional study in China using 3-factor Pittsburgh sleep quality index. *Asian nursing research*, 10 (4), 277–282.

Konzumacija alkohola među mladima

UDK 613.81-053.6+616-084

KLJUČNE RIJEČI: adolescenti, mladi, konzumacija alkohola, poremećaji uzrokovani alkoholom, prevencija

POVZETEK - Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije skupinu mladih čine osobe u dobi između 10. i 24. godine. Mladi se susreću s brojnim izazovima odrastanja, promjenama i pritiscima od strane okoline na koje se prema svojim mogućnostima i sposobnostima nastoje prilagoditi i donositi odluke. Otežana prilagodba i prisutnost različitih čimbenika vezanih uz obitelj, školu, okolinu te negativnih osjećaja poput nesigurnosti, manjka samopouzdanja, usamljenosti i depresije mogu povećati sklonost mlade osobe za konzumacijom alkohola. Prema ESPAD istraživanju među učenicima 2015. godine, Hrvatska je bila na šestom mjestu od 48 zemalja prema udjelu mladih (51 % mladića i 42 % djevojaka) koji su pili pet i više pića za redom (binge drinking) u posljednjih 30 dana. Vodeće su bile Danska, Austrija i Cipar, a na dnu ljestvice Norveška, Sjedinjene Američke Države i Island. Prema rezultatima istraživanja za Hrvatsku, mladići su pretežito konzumirali pivo (57 %), dok su djevojke pretežito konzumirale vino (44 %). Prilikom konzumacije alkohola u svega 17,41 % mladih osoba postoji osviještenost o razvoju mogućih posljedica povezanih s alkoholom. Kako ne bi došlo do početka konzumacije alkohola u mladim osobama i razvoja neželjenih posljedica važno je provođenje mjera prevencije, gdje ključnu ulogu ima i medicinska sestra.

UDC 613.81-053.6+616-084

KEYWORDS: adolescents, the young, alcohol consumption, alcohol-related disorders, prevention

ABSTRACT - According to the definition of the World Health Organization, young people are persons between the ages of 10 and 24. Young people face many challenges of growing up, changes and pressures to which they are trying to adapt and make decisions according to their abilities and competences. Adaptation difficulties and other risk factors related to family, school, environment and negative feelings such as insecurity, lack of confidence, loneliness, and depression could increase the tendency of a young person to drink alcohol. According to the ESPAD Survey Project in 2015, Croatia ranked sixth among 48 countries according to the prevalence of binge drinking in the last 30 days among 15 year-olds (51% of young men and 42% of young women). At the top of the scale were Denmark, Austria and Cyprus, and at the bottom Norway, the United States and Iceland. According to the results of the survey for Croatia, young men mostly consumed beer (57%), while young women mostly consumed wine (44%). Only 17,41% of young people showed awareness of possible consequences associated with alcohol consumption. In order to avoid the beginning of alcohol consumption in young people, and the development of undesirable consequences, it is important to implement preventive measures, where a nurse also plays the key role.

1 Teoretična izhodišča

Konzumacija alkohola među mladima značajan je javnozdravstveni problem koji ne utječe samo na mladu osobu koja konzumira alkohol već i na njezinu obitelj, prijatelje i zajednicu u kojoj živi. Rezultati Europskog istraživanja o pušenju, pijenju i uzimanju droga među učenicima 2015. godine pokazuju kako je više od 90 % petnaestogodišnjaka u Hrvatskoj konzumiralo alkohol jednom ili više puta u životu, a u posljednjih godinu dana njih preko 80 % (ESPAD, 2015). Posebice zabrinjavaju podaci o prakticiranju ekscesivnog konzumiranja alkohola i iskustva opijanja u mladim (ESPAD, 2015). Konzumacija alkohola, duhana i droga može biti dio eksperimentiranja tijekom psihološkog razvoja u adolescenciji, ali može dovesti i do ovisnosti, oštećenja zdravlja i razvoja bolesti. Posljedice prekomjerne konzumacije

alkohola očituju se u obliku organskih ili psihičkih bolesti, oštećenja ili poremećaja te u obliku poremećaja socijalnog funkcioniranja (Manović i Raković, 2017). Kako bi se spriječio njihov razvoj, važne su mjere primarne prevencije, a ukoliko je problem već prisutan, rano prepoznavanje problema i pružanje adekvatne pomoći mladoj osobi i njezinoj obitelji.

Razdoblje adolescencije burno je i obilježeno mnogobrojnim promjenama. Adolescenti i mladi lakše se ili teže nose s njima. Kao rezultat otežane prilagodbe na prisutne promjene mogu se javiti određeni problemi i oblici ponašanja koji su socijalno neprihvatljivi. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) najznačajniji problemi mladih su: konzumacija alkohola, droga i pušenje, rizično spolno ponašanje, mentalni problemi, ozljede, nasilje te poremećaji prehrane, malnutricija i pretilost (WHO, b.d.a).

Razdoblje adolescencije često je praćeno različitim oblicima eksperimentiranja koje je povezano s normalnim neurokognitivnim razvojem. U adolescenata se pod utjecajem hormonalnih promjena i njihova djelovanja prvo razvija limbički sustav koji je odgovoran za traženje zadovoljstva i nagrade, te emocionalne reakcije i spavanje. U kasnijim fazama adolescencije nakon razvoja limbičkog sustava slijedi razvoj prefrontalnog korteksa čija je zadaća nadzor i odgovornost nad obavljanjem izvršnih funkcija kao što su donošenje odluka, organizacija, planiranje za budućnost i kontrola nagona (WHO, b.d.b).

Čimbenici koji mogu povećati sklonost konzumaciji sredstava ovisnosti uključujući pritom i alkohol, vezano uz obitelj jesu: nesređena obiteljska okolina, neučinkovito roditeljstvo (npr. otežano odgajanje djeteta koje ima neki oblik poremećaja u ponašanju ili jednostavno ima teški karakter), manjak odnosa između roditelja i djeteta te odobravanje konzumacije alkohola unutar obitelji (Čulo i Jurković, 2016). Povijest konzumacije alkohola u obitelji također je čimbenik rizika, ali i čimbenik ranjivosti osobe (WHO, 2014). Osim toga, rizik konzumacije alkohola povećavaju školski neuspjeh i problemi, neprikladno ponašanje u školi i razredu (npr. agresija), druženje s vršnjacima i osobama koje su sklone devijantnom ponašanju te loše razvijene socijalne vještine ili prisutno asocijalno ponašanje (Čulo i Jurković, 2016). Socijalni rizici prisutni u mlade osobe koji ujedno mogu biti i razlog konzumacije alkohola jesu vršnjački pritisak, marginalne grupe u koje je uključena mlada osoba i u čijem okruženju se kreće, grupe osoba ili vršnjaka koje konzumiraju alkohol te grupe koje imaju loš stav prema institucijama (Čulo i Jurković, 2016). Na konzumaciju alkohola mlada osoba se može odlučiti i zbog osjećaja nesigurnosti, manjka samopouzdanja, usamljenosti, depresije, anksioznosti, uznemirenosti, napetosti i drugih negativnih osjećaja (Čulo i Jurković, 2016), ali i zbog same znatiželje.

2 Metoda

Korištene istraživačke metode su metoda kompilacije kojom smo proučili stranu i domaću literaturu te preuzeli zaključke i spoznaje dosadašnjih znanstveno istraživačkih rezultata. Isto tako, korištena je metoda deskripcije kojom smo opisali činjenice o zastupljenosti konzumacije alkohola među mladima u Hrvatskoj.

3 Rezultati ESPAD istraživanja za 2015. godinu

Europsko istraživanje o pušenju, pijenju alkohola i upotrebi droga (ESPAD) međunarodno je istraživanje čija ciljana skupina jesu učenici koji pohađaju redovnu srednju školu te u godini provođenja istraživanja navršavaju 16 godina (ESPAD, 2015; Pejnović Franelić idr., 2016). U Hrvatskoj to su učenici koji polaze 1. i 2. razred srednje škole (Pejnović Franelić idr., 2016).

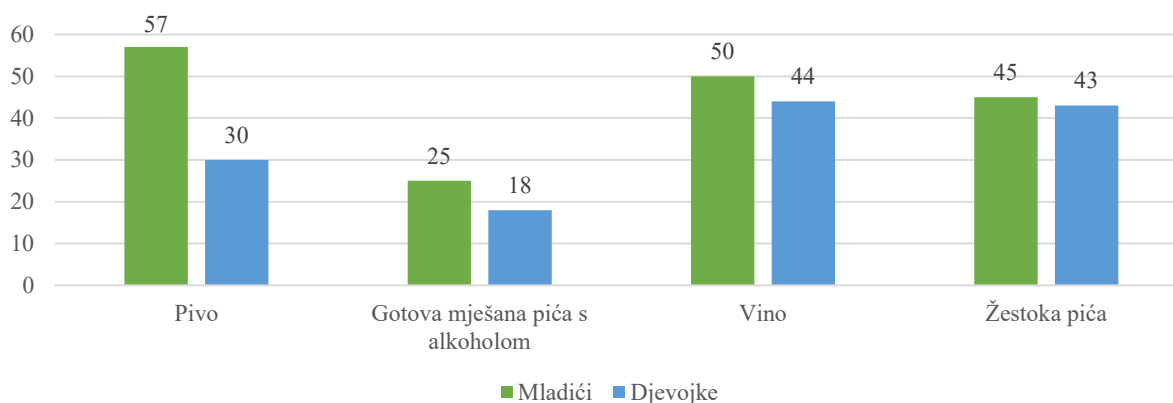
Prema rezultatima ESPAD (2015) istraživanja provedenog u Hrvatskoj, 86,6 % hrvatskih učenika navodilo je kako bi prilično lako ako ne i vrlo lako moglo nabaviti alkoholno piće.

Najviši postotak njih (80,1 %) smatralo je lako dostupnim pivo, 79,1 % vino, a 62,9 % njih žestoka i miješana pića (Pejnović Franelić idr., 2016). Podatci upućuju kako veliki postotak učenika koji su ujedno i maloljetne osobe poprilično lako dolazi do alkoholnog pića bez obzira što postoji zakonska regulativa koja zabranjuje prodaju u trgovinama te usluživanje i dopuštanje konzumacije alkoholnog pića u ugostiteljskoj djelatnosti.

Prema rezultatima dobivenim istraživanjem za 2015. godinu u Hrvatskoj 94 % mladića i 91 % djevojaka u životu je jednom ili više puta konzumiralo alkohol. U posljednjih 12 mjeseci alkohol je konzumiralo 84 % mladića i 80 % djevojaka, a u posljednjih 30 dana to je činilo 60 % mladića i 49% djevojaka (ESPAD, 2015; Pejnović Franelić idr., 2016). U kategoriji učestalosti konzumacije alkohola u posljednjih 30 dana Hrvatska se u odnosu na druge zemlje nalazila na 13. mjestu. Na samom vrhu ljestvice bile se Danska, Češka i Austrija, a zemlje s najnižom prevalencijom bile su Norveška, Sjedinjene Američke Države i Island (ESPAD, 2015).

Učenicima koji su odgovorili, da su konzumirali u posljednjih 30 dana alkoholno piće postavljeno je pitanje vezano uz vrstu pića koju su konzumirali u spomenutom vremenskom periodu. Prema rezultatima istraživanja za Hrvatsku, mladići su pretežito konzumirali pivo (57 %), a najmanje gotova miješana pića s alkoholom (25 %), dok su djevojke pretežito konzumirale vino (44 %), a najmanje kao i mladići miješana alkoholna pića s alkoholom (18 %) (ESPAD, 2015) (graf 1).

Graf 1: Prikaz konzumacije alkohola prema vrsti pića u posljednjih 30 dana među mladima u Hrvatskoj



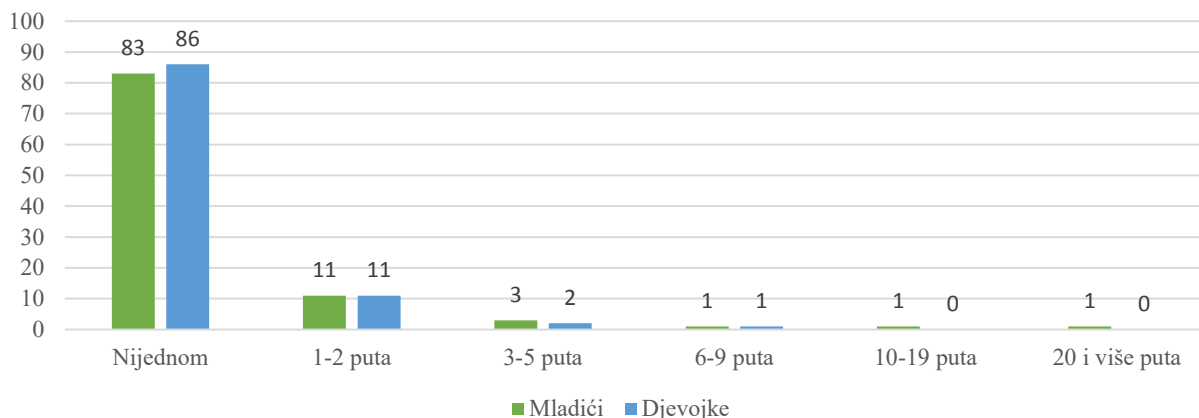
Vir: Use of various alcoholic beverages during the last 30 days by gender. (2015). Pridobljeno 25. 4. 2018, s <http://www.espad.org/content/table-10b-use-various-alcoholic-beverages-during-last-30-days-gender-2015-percentages>.

U posljednjih 30 dana pet i više pića za redom konzumiralo je u jednom navratu 16 % mladića i 15 % djevojaka, 14 % mladića i 11 % djevojaka dva puta, a 13 % mladića i 10 % djevojaka tri do pet puta, te mali postotak u više od pet navrata. Sveukupno jednom ili više puta u posljednjih 30 dana, pet i više pića za redom konzumiralo je 51 % mladića i 42 % djevojaka što je Hrvatsku smjestilo na 6. mjesto u odnosu na druge zemlje sudionice. Ispred Hrvatske vodeće su bile Danska, Austrija, Cipar, Lihtenštajn i Malta, dok su na samom dnu ljestvice bile Norveška, Sjedinjene Američke Države i Island (ESPAD, 2015).

Rezultati istraživanja pokazuju kako se kod nas 49 % mladića i 58 % djevojaka nijednom u svom životu nije opilo, 24 % mladića i 23 % djevojaka navelo je jedno do dva takva iskustva, a tri do devet iskustava navelo je 17 % mladića i 14 % djevojaka (ESPAD, 2015). Dob prvog opijanja za 10,5 % učenika je 13 godina ili ranije (Pejnović Franelić idr., 2016).

Šesdeset i jedan posto mladića i 68 % djevojaka u posljednjih 12 mjeseci nije se opilo. Jedno do dva iskustva opijanja navelo je 23 % mladića i 22 % djevojaka. Sedam posto mladića i pet posto djevojaka imali su tri do pet iskustava opijanja, a 3 % mladića i 1 % djevojaka 20 i više opijanja u posljednjih 12 mjeseci (ESPAD, 2015). U posljednjih 30 dana, najveći udio mladih nije se opijalo, 11 % i mladića i djevojaka naveli su jedno do dva opijanja, a samo manji postotak tri i više (ESPAD, 2015) (graf 2).

Graf 2: Prikaz učestalosti opijanja u posljednjih 30 dana među mladima u Hrvatskoj



Vir: Frequency of intoxication during the last 30 days by gender. (2015). Pridobljen 25. 4. 2018 s, <http://www.espad.org/report/table-23b-frequency-intoxication-during-last-30-days-gender-2015-percentages>.

Konзумacija alkohola može dovesti do različitih oblika rizičnih ponašanja (svađe, tučnjave, nesreće, rizično spolno ponašanje). Prema rezultatima ESPAD (2015) istraživanja, u posljednjih 12 mjeseci u Hrvatskoj najviši postotak učenika oba spola izgubili su ili oštetili predmet ili komad odjeće (22 % mladića i 22 % djevojaka). U tučnjavu je bilo uključeno 15 % mladića, 16 % njih u ozbiljnu svađu, 12 % je imalo problema s policijom, 13 % je imalo spolni odnos bez zaštite, a 15 % njih vozilo je pod utjecajem alkohola. Ostala rizična ponašanja (hospitalizacija zbog ozljede ili opijenosti, žrtva seksualnog nasrtaja i dr.) bila su zastupljena u manjem postotku. Djevojke su pod utjecajem alkohola u zadnjih 12 mjeseci sudjelovale u ozbiljnoj svađi (13 %), 6 % je imalo problema s policijom, 4 % spolni odnos bez zaštite, 6 % se namjerno ozlijedilo, a 6 % je plivalo u dubokoj vodi. Ostala rizična ponašanja (žrtva razbojstva, hospitalizacija zbog opijenosti ili ozljede idr.) bila su zastupljena u manjem postotku (Pejnović Franelić idr., 2016).

3.1 Mjere pomoći osobi koja konzumira alkohol

Odluka osobe za konzumacijom alkohola može biti donesena svojevrijedno, ali i pod utjecajem brojnih čimbenika iz okoline. Pružanje pomoći mladoj osobi s postojećim problemom konzumacije alkohola pruža se od strane relevantnih stručnjaka unutar zdravstvenog sustava (služba za školsku i adolescentnu medicine, liječnik opće/obiteljske medicine, psiholog, dječji i adolescentni psihijatar). Kako bi se pomoglo adolescentu ili mladoj osobi koja konzumira alkohol važno je pristupiti svakome individualno, stvoriti topli odnos pun povjerenja i pokazati interes za slušanjem i pružanjem pomoći. Jedna od metoda koja se može koristiti prilikom pružanja pomoći jest motivacijski intervju. Ova metoda većinom se primjenjuje kod osoba s razvijenim poremećajima nastalih kao posljedica konzumacije alkohola, međutim može se primjenjivati i kod osoba u kojih postoji neodlučnost i otpor prema liječenju odnosno rješavanju prisutnog problema konzumacije alkohola. Motivacijskim intervjuem nastoji se osobu potaknuti na preuzimanje odgovornosti i uvođenje promjena u svom životu (Thaller i Markušić,

2013, prema Matejčić, 2017). Prema meta analizi Kohlera i Hofmanna (2015) od ukupno šest uključenih istraživanja u četiri je pronađena i utvrđena veća učinkovitost provedbe motivacijskog intervjuja u odnosu na provedbu standardnih intervencija (npr. savjetovanje, davanje edukativne brošure) u smanjenju posljedica povezanih s konzumacijom alkohola. Isto tako u pet od šest studija utvrđeno je kako mladi nakon hospitalizacije i provedene kratke intervencije pružanja pomoći (s uključenim ili ne uključenim motivacijskim intervjuom) konzumiraju manje alkohola. Neovisno o metodi pružanja pomoći, važno je mlade upoznati s činjenicama o štetnosti konzumacije alkohola, utvrditi razlog same konzumacije alkohola i pokušati ga riješiti davanjem i primjenom konstruktivnih prijedloga i savjeta prilagođenih potrebama i navikama osobe.

3.2 Mjere prevencije

Prema podacima međunarodnih istraživanja (ESPAD, HBSC, RARHA) u posljednjim godinama bilježi se veliki trend konzumacije alkohola među mladima (ESPAD, 2015; Inchley idr., 2016; Pejnović Franelić, Muslić i Markelić, 2017). Konzumacija alkohola postaje sve više prihvatljivija u društvu, a osobito je zabrinjavajuće što i konzumacija alkohola među mladima postaje sve više društveno prihvatljiva unatoč postojanju zakonske regulative i drugih mjera koje se provode (Manović i Raković, 2017). Prevencija konzumacije alkohola u mladima zahtjeva multidisciplinarni pristup koji podrazumijeva uključivanje državnih tijela, zakonodavnog, obrazovnog i zdravstvenog sustava, zajednice i drugih organizacija (poput volonterske organizacije).

Pravovremenom prevencijom postiže se smanjenje motivacije mlade osobe za konzumacijom alkohola, povećanje osobne kompetentnosti, sprječavanje početka konzumacije alkohola i razvoja posljedica uzrokovanih njegovim djelovanjem i prekomjernom konzumacijom te se postiže očuvanje zdravlja i kvalitete života (Manović i Raković, 2017).

Primarna prevencija obuhvaća sve aktivnosti i intervencije koje se provode s ciljem sprječavanja početka i razvoja konzumacije alkohola (Golik - Gruber i Gruber, 2008; Žuškin idr., 2006), odnosno usmjerene su cijeloj populaciji mladih osoba. Njihovim provođenjem djelomično se djeluje na ponašanje i stavove mladih vezano uz konzumaciju alkohola. Mlade se informira i educira o štetnim učincima alkohola, djelovanju alkohola na organizam te im se putem intervencija i aktivnosti pomaže u izgradnji karaktera. Mjere sekundarne prevencije usmjerene su ranom otkrivanju problema konzumacije alkohola u mlade osobe (Golik - Gruber i Gruber, 2008; Žuškin idr., 2006) i one se provode u skupini mladih za koje je utvrđeno da postoji rizik za razvoj takvog ponašanja. Mjere tercijarne prevencije obuhvaćaju sprječavanje ponovne konzumacije alkohola ili sprječavanje pojave simptoma ili razvoja posljedica kada mlada osoba već konzumira alkohol (Golik - Gruber i Gruber, 2008; Žuškin idr., 2006).

3.3 Uloga Službe za školsku i adolescentnu medicinu u prevenciji konzumacije alkohola

Preventivnu zdravstvenu zaštitu mladih u Republici Hrvatskoj provode timovi školske i adolescentne medicine na razini primarne zdravstvene zaštite u sklopu sustava javnog zdravstva. Timi školske medicine čine liječnik specijalist školske i adolescentne medicine i medicinska sestra prvostupnica sestrinstva. Uloga je tima školske medicine pružanje i provođenje mjera primarne prevencije, rano otkrivanje bolesti i poremećaja, prilagodba uvjeta školovanja prema potrebama mladih koji imaju narušeno zdravlje, pružanje potpore i vođenje kroz sustav obrazovanja s ciljem očuvanja i unapređenja zdravlja (Karin i Posavec, 2016). Neke od mjera koje se provode u tu svrhu jesu provođenje sistematskih pregleda, skrining, cijepljenje, zdravstveno odgojni i savjetovani rad (Karin i Posavec, 2016).

Sistematski pregledi provode se u 1. i 5. razredu osnovne škole te u 1. razredu srednje škole i na 1. godini fakulteta (Karin i Posavec, 2016). U 1. razredu srednje škole i na 1. godini fakulteta oni se provode u svrhu utvrđivanja prisutnosti rizičnih oblika ponašanja, navika i zdravstvenih rizika te utvrđivanja prilagodbe na školu ili fakultet (Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, 2006). Kod ispitivanja rizičnih navika osim pitanja usmjerenih za pušenje, droge, spolno ponašanje postavljaju se i pitanja vezana uz konzumaciju alkohola i čimbenike koji mogu doprinijeti razvoju rizičnih ponašanja (socijalizacija, prilagodba na školu). Ukoliko se u adolescenata utvrdi rizik za spomenute oblike ponašanja postavljaju se još i dodatna pitanja, i osoba se upućuje u savjetovanište (Karin i Posavec, 2016).

U svrhu promicanja, unapređenja i očuvanja zdravlja adolescenata i mladih, tim školske medicine, također provodi i zdravstveni odgoj (Karin i Posavec, 2016). Vezano uz konzumaciju alkohola mlade se educira o činjenicama vezanim uz samu konzumaciju (što je alkohol, djelovanje alkohola na organizam i ponašanje osobe, posljedice izazvane konzumacijom alkohola, uspješnom suprotstavljanju čimbenicima okoline, kome se mogu obratiti za pomoć). Cilj zdravstvenog odgoja jest prosvječivanje mladih i usvajanje zdravih životnih navika i stilova ponašanja (Karin i Posavec, 2016) kako bi se što uspješnije i trajnije odgodio početak konzumacije alkohola.

Ukoliko se u mlade osobe utvrdi postojanje rizičnih navika i ponašanja, u ovom slučaju prisutnost problema s konzumacijom alkohola, važno je osiguranje potpore, skrbi i pomoći u njegovu rješavanju od strane tima školske medicine koja se najvećim djelom pruža kroz savjetovanišni rad (Karin i Posavec, 2016).

4 Zaključak

Na temelju pregledane literature i jednog od važnijih Europskih istraživanja o prevalenciji konzumacije alkohola među mladima vidljivo je kako je konzumacija alkohola među populacijom srednjoškolaca u Hrvatskoj veliki javnozdravstveni problem i kao takav zahtjeva adekvatne mjere prevencije i intervencije usmjerene rješavanju već prisutnog problema. Prema rezultatima ESPAD (2015) istraživanja, u svim kategorijama vezanim uz konzumaciju alkohola, Hrvatska se nalazi pri vrhu ljestvice u odnosu na druge zemlje sudionice, što upućuje na veličinu problema pijenja u nas. Unatoč dobro definiranoj zakonskoj regulativi, koja zabranjuje prodaju alkoholnih pića maloljetnicima, pijenje je društveno prihvatljivo i uobičajen način zabave među mladima. Uspješni programi prevencije konzumacije alkohola među mladima podrazumijevaju sveobuhvatni pristup zakonske regulative, obrazovanja, gospodarstva, kulture i zdravstvenog sustava. Pravovremena intervencija i prevencija od strane tima školske i adolescentne medicine, kao i pružanje pomoći mladima za koje je utvrđeno da imaju problem s konzumacijom alkohola, važne su za sprječavanje posljedica koje uzrokuje alkohol, ali i ono najvažnije, temelj su za zdravu populaciju u budućnosti.

Kako bi se pokušale detektirati što usmjerenije mjere prevencije i pomoći, ubuduće bi valjalo napraviti kvalitativno istraživanje pomoću fokus grupa mladih osoba u kojih je utvrđeni rizik za konzumacijom alkohola. Na taj bi se način identificirale aktivnosti prevencije i pružanja pomoći iz perspektive mladih osoba koje su u riziku za prakticiranjem pijenja alkohola ili je problem već postojan u njih. Također, valjalo bi kvalitativno istraživanje provesti i u mladima koje nisu u riziku i ne konzumiraju alkohol kako bi se uvidjelo postoje li neke aktivnosti koje oni provode, a koje su učinkovite te bi se mogle predložiti osobama koje su u riziku ili već piju alkohol.

LITERATURA

1. Čulo, A. in Jurković, D. (2016). Prevencija i intervencije u zdravstvenoj njezi djece kod intoksikacije psihoaktivnih supstanci. V V. Krželj (ur.), Hrvatska proljetna pedijatrijska škola XXXIII. Seminar za liječnike i medicinske sestre (str. 79–85). Split: Hrvatska proljetna pedijatrijska škola.
2. ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2015). The 2015 ESPAD Report – Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Pridobljeno 25. 4. 2018, s <http://www.espad.org/report/home>.
3. Golik - Gruber, V. in Gruber, E. N. (2008). Alkohol i radno mjesto. *Alkohološki glasnik*, 153, 3–7.
4. Inchley J., Currie D., Young T., Samdal O., Torsheim T., Augustson L. idr. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being, *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study International Report from the 2013/2014 Survey*. Denmark: WHO. Pridobljeno 27. 4. 2018, s http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1.
5. Karin, Ž. in Posavec, M. (2016). Preventivni programi u školskoj i adolescentnoj medicini. *Paediatrica Croatica*, 60, 177–182.
6. Kohler, S. in Hofmann, A. (2015). Can Motivational Interviewing in Emergency Care Reduce Alcohol Consumption in Young People? A Systematic Review and Meta-analysis. *Alcohol and Alcoholism*, 50, 107–117.
7. Manović, L. i Raković, I. (2017). Prevencija alkoholizma kod mladih osoba. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 13 (51), 32–37.
8. Matejčić, A. (2017). *Suvremeni pristupi liječenju alkoholizma (Diplomski rad)*. Zagreb: Medicinski fakultet Zagreb.
9. Pejnović Franelić, I., Muslić, L. in Markelić, M. (2017). Standardizirano Europsko istraživanje o alkoholu, Standardized European Alcohol Survey – RARHA SEAS Rezultati istraživanja u Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
10. Pejnović Franelić, I., Markelić, M., Muslić, L., Musić Milanović, S., Pavić Šimetin, I., Mayer, D. idr. (2016). Europsko istraživanje o pušenju, pijenju i uzimanju droga među učenicima - ESPAD The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Prikaz hrvatskih nacionalnih rezultata 2015. godine. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
11. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (2006). Pridobljeno 14. 6. 2018, s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_11_126_2779.html.
12. WHO (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Pridobljeno 10. 12. 2017, s http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.
13. WHO. (b.d.a). Adolescents: health risks and solutions, Pridobljeno 25. 6. 2018, s <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
14. WHO. (b.d.b). Adolescent development, Pridobljeno 23. 6. 2018, s http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/#.
15. Žuškin, E., Jukić, V., Lipozenčić, J., Matošić, A., Mustajbegović, J., Turčić, N. idr. (2006). Ovisnost o alkoholu – posljedice za zdravlje i radnu sposobnost. *Arhiv za higijenu i toksikologiju*. 57, 413–426.

Opravljanje zdravstveno negovalnih intervencij v kliničnem okolju

UDK 378.147.091.33:616

KLJUČNE BESEDE: študent, mentor, intervencije v zdravstveni negi, klinično usposabljanje

POVZETEK - Namen prispevka je pregledati in oceniti kvantiteto opravljanja zdravstveno negovalnih intervencij, ki jih študenti pod vodstvom mentorja opravijo v kliničnem okolju. Za študente je zelo pomembno, da intervencije preizkusijo večkrat, saj s tem usvajajo znanja, ki so za pridobitev kompetenc pomembna. V nabor intervencij, ki smo jih v lastnem anketnem vprašalniku ponudili kot možnost izbire, smo vključili le tiste, ki so jih študenti obravnavali pri kabinetnih vajah v prvem letniku pri predmetih »Teorija zdravstvene nege« in »Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo«. Glede na rezultate opravljenih zdravstveno negovalnih intervencij študentov Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu, ki so zaključili prvi letnik lahko sklepamo, da se predvsem študente prvega letnika še vedno uporablja kot nadomestno delovno silo v procesu osnovne zdravstvene nege, to pa pripisujemo pomanjkanju zdravstveno negovalnega osebja. Rezultati so pokazali tudi to, da se v drugem in tretjem letniku to nekoliko popravi, vendar samostojnega izvajanja določenih posegov še vedno primanjkuje. Ob tem pa je spodbudno to, da pa študenti, ki izkažejo interes in željo po znanju, že v prvem in drugem letniku ob mentorju izvajajo intervencije ali posege, ki jih po učnem načrtu obravnavajo pri predmetih v višjih letnikih.

UDC 378.147.091.33:616

KEYWORDS: student, mentor, interventions in health care, clinical training

ABSTRACT - The purpose of this paper is to review and evaluate the quantity of health care interventions performed by students under the guidance of a mentor in a clinical setting. It is very important for students to try the interventions as often as possible, as this acquires knowledge that is important for the acquisition of competences. In the set of interventions that we offered as an option in our own questionnaire, we included only those that were discussed by students in cabinet exercises in the first year in the subjects "Theory of Nursing" and "Nursing of the Elderly with Gerontology". According to the results of nursing interventions of students of the Faculty of Health Sciences of the University of Novo mesto who completed the first year, we can conclude that first-year students are still used mainly as a substitute workforce in the process of primary care, which is attributed to the lack of health care staff. The results also showed that this is somewhat improved in the second and third year, but there is still a lack of independent implementation of certain interventions. At the same time, it is encouraging that students who show interest and desire for knowledge, carry out interventions and procedures with the mentor already in the first and second year, although they are covered according to the curriculum in subjects in higher years.

1 Uvod

Del formalnega izobraževanja za poklic diplomirane medicinske sestre (pri tem mislimo na oba spola), je tudi klinično usposabljanje, ki poteka v bolnišnicah, zdravstvenih domovih in socialnovarstvenih ustanovah ter v skupnosti pod nadzorom visokošolskih učiteljev s področja zdravstvene nege v sodelovanju s kliničnimi mentorji. Poklic diplomirane medicinske sestre je reguliran poklic, ki mu obseg in vsebino izobraževanja predpisujeta Direktiva 2005/36/ES in 2013/55/ES Evropskega parlamenta in Sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Obsega 2300

ur, kar je polovica študijske obveze vsakega študenta visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega.

Ker poklic zahteva veliko mero praktičnih spretnosti, ki pa jih je le do določene mere mogoče pridobivati v simuliranih pogojih, je klinično usposabljanje ključna komponenta usposabljanja medicinskih sester (Babuder, 2016; Zupančič, 2014). Sodelovanje in usklajeno delo visokošolskih učiteljev fakultete in mentorjev v učnih zavodih je zato izjemno pomembno za uspešno izvedbo študija, v katerem študentje pridobijo vse s programom predpisano znanje in spretnosti. V kliničnem okolju morajo zato biti usposobljeni strokovnjaki (mentorji), študentje pa morajo na kliničnem usposabljanju dokumentirati obravnavo pacienta, opazovati, sodelovati in izvajati aktivnosti zdravstvene nege in druge postopke ter posege (Draginc, Laznik, Leskovic in Zupančič, 2017).

2 Klinično okolje, klinični mentor in mentorstvo

V kliničnem okolju imajo mentorji odločilno vlogo pri pridobivanju in utrjevanju praktičnih veščin ter povezovanju teorije s prakso pri študentih zdravstvene nege. Pomembno je, kako je mentorstvo v izobraževalnem procesu organizirano in vodeno.

Le v primeru, ko klinično okolje ima izobražene in usposobljene klinične mentorje, ta predstavlja odlično okolje za pridobivanje znanja in usvajanje praktičnih prvin. Za ustvarjanje kakovostnega kliničnega okolja pa se mora klinični mentor kontinuirano izobraževati in biti v stiku z razvojem tako zdravstvene nege kot tudi drugih znanosti. Na študenta, ki v okolje prinese nove poglede, mnenja in nova, z novejšo literaturo podprta znanja, je treba gledati na način, da ti pripomorejo k usvajanju novih nazorov in znanj (Babuder, 2016).

Vsak mentor mora biti aktiven poslušalec, saj s tem izraža spoštovanje do sogovornika – študenta ter z njim gradi odnos, bogati svoje znanje in prihaja do vedno novih zamisli oz. idej (Marc in Torkar Papež, 2006). Mentor mora študenta vedno opozoriti na njegovo vedenje, kadar to ni sprejemljivo, ni v skladu z dogovorjenim programom aktivnosti, dodeljenih nalog ne opravlja redno, vestno, odgovorno in strokovno ter takrat, ko ne ravna skladno z veljavnim poklicnim kodeksom etike in drugimi obstoječimi dokumenti za zaščito pravic pacientov. Ob tem naj mentor upošteva pravila uspešne konstruktivne kritike, graje ali izrekanja pohvale (Pease in Pease, 2007).

Kot pravi J. Starc (2017), vsako mentorstvo predstavlja edinstven in vzajemen odnos med mentorjem in študentom. Mentor je v tem odnosu strokovnjak, pri čemer s svojimi strokovnimi, odnosno komunikacijskimi in organizacijsko-administrativnimi kompetencami oblikuje mentorstvo kot učno partnerstvo, v katerem je primarni cilj študentova rast, napredek in razvoj. Mentor mora stalno paziti, da je odnos partnerski, sodelovalni in cilji dogovorjeni, saj le na tak način lahko s študentom vzpostavi dober odnos, poln zaupanja.

Temeljna kompetenca kakovostnega mentorja je zmožnost pozornega poslušanja brez presojanja, s čimer izkazuje študentu svojo podporo in ustvarja varno okolje za skupno razmišljanje, hkrati pa tudi povečuje svojo sposobnost razumevanja (Kalin in Valenčič Zuljan, 2007). Klinični mentor je zdravstveni delavec, usposobljen, da v učnem zavodu opravlja neposredno mentorstvo študentom zdravstvene nege fakultete (Pravilnik o izvajanju kliničnega usposabljanja študentov, 2019, člen 2).

V raziskavi (Kermavnar, 2015) so študenti svojo nepripravljenost največkrat opravičili s preobremenjenostjo s študijskimi obveznostmi in posledično s pomanjkanjem časa. Pogosto pa so navedli tudi neuskklajenost urnika praktičnega usposabljanja s predavanji, ko so imeli praktično usposabljanje razpisano pred predavanji, torej preden so sploh poslušali teoretične

vsebine, ki jih sicer na usposabljanju, če naj povežejo teorijo s prakso, nujno potrebujejo. Vsekakor to ni dobra popotnica za začetek praktičnega usposabljanja.

Pravilno vodeno klinično usposabljanje v učnih zavodih, ki poteka pod vodstvom kliničnega mentorja, je zagotovilo za študentovo uspešno pridobivanje potrebnih veščin za izvajanje varne in kakovostne zdravstvene nege in za mentorjevo nadgradnjo njegovega teoretičnega znanja in izkušenj s svežimi pogledi in znanji študenta.

Za usposabljanje študentov, ki pridejo iz predavalnic v klinično okolje, je ustrezno mentorstvo ključnega pomena. Od medicinskih sester družba veliko pričakuje, zato je treba njihovemu izobraževanju posvetiti posebno pozornost. Toliko bolj pomembno je to v današnjem času, ko pripravništvo po končanem izobraževanju ni več potrebno, saj skupaj z diplomo diplomant pridobi tudi licenco za delo. Torej se od študenta zahteva, da po končanem šolanju samostojno in suvereno z vso odgovornostjo nastopi delo diplomirane medicinske sestre (Kulaš, 2013).

Naloge kliničnega mentorja so (Laznik in Leskovic, 2018):

- seznanitev s portfolio študentov (učni načrt, anketa in vsa predpisana dokumentacija),
- udeležba na letnem usposabljanju za klinične mentorje, ki ga organizira fakulteta,
- priprava programa aktivnosti v skladu z učnim načrtom,
- predstavitev institucije, zaposlenih in hišnega reda učnega zavoda,
- upoštevanje individualnih učnih potreb študentov, omogočanje učnih situacij ter ustvarjanje pogojev in možnosti za pridobivanje kompetenc,
- vključevanje študentov v negovalni in zdravstveni tim za klinično usposabljanje študentov,
- informiranje pacientov za opazovanje, sodelovanje in/ali izvajanje aktivnosti zdravstvene nege s strani študentov,
- učenje, vodenje, spremljanje in vrednotenje študentovega dela v skladu z dogovorjenim programom aktivnosti.

Poklici v zdravstveni negi zahtevajo veliko mero praktičnih spretnosti, ki se jih v manjšem obsegu pridobiva v simuliranih pogojih in v večjem v kliničnih okoljih, zato mentorstvo predstavlja pomemben del usposabljanja dijakov, študentov in novo zaposlenih (Babuder, 2016).

3 Opravljanje negovalnih intervencij študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju

Klinično usposabljanje mora biti izvedeno v skladu z urami, ki jih predpisuje Direktiva 2013. Klinični mentor mora biti študentu dostopen vsaj 40 % časa na dan, ko je študent na kliničnem usposabljanju, študent pa mora biti kontinuirano spremljan in usmerjan v kliničnem okolju. Izvajalci kliničnega usposabljanja morajo zagotoviti, da študenti delajo pod neposrednim ali posrednim mentorstvom ves čas kliničnega usposabljanja. Priporočeni kadrovski normativ za klinično usposabljanje je 1 študent/1 klinični mentor. Na področjih, kjer je prisotno pomanjkanje kliničnih mentorjev, je sprejemljiv standard 2 študenta/1 klinični mentor, vendar naj tak kadrovski standard ne presega več kot polovice ur kliničnega usposabljanja (Skela-Savič, 2015).

Klinična praksa daje priložnost študentom, da razvijajo in pridobivajo veščine, ki so bistvene pri delu s pacienti ter da pridobljeno teoretično znanje povežejo z delom v učnem okolju (Ramšak Pajk, 2016).

Izkušnje študentov iz praktičnega usposabljanja in kliničnega okolja sodijo med pomembnejše elemente v procesu izobraževanja za zdravstveno nego. Vloga mentorja je ključna pri vodenju, usmerjanju in razvoju bodoče generacije. Biti mentor pomeni imeti privilegij in odgovornost,

pomagati študentu osvojiti ter povezati teorijo s prakso. Praktično usposabljanje je centralni del izobraževanja, ki razvija veščine, kritičnost, analitičnost in spodbuja samorefleksijo (Ramšak Pajk, 2007).

V prispevku se osredotočamo na negovalne intervencije zdravstvene nege in pomenu opravljanja le teh v kliničnem okolju. Študentje negovalne intervencije najprej spoznajo in nato pridobljeno znanje potrdijo s kolokvijem, nato pa v kliničnem okolju skupaj z mentorjem usvajajo in pridobivajo poklicne kompetence, ki so za poklic diplomirane medicinske sestre oziroma diplomiranega zdravstvenika potrebne. Za izhodišče smo vzeli učne vsebine prvega letnika prve stopnje študijskega programa na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu. V nadaljevanju navajamo le učne vsebine, ki jih študentje obravnavajo v prvem letniku, saj nas je v raziskavi, ki smo jo opravili za potrebe prispevka zanimalo predvsem, ali te negovalne intervencije opravljajo tudi kasneje v kliničnem okolju.

Pri predmetih »Teorija zdravstvene nege« in »Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo«, ki ju študenti prvega letnika tako v teoretičnem kot tudi praktičnem smislu spoznajo v predavalnici in kabinetu, obravnavajo preko negovalnih intervencij. Med te aktivnosti ne štejemo aktivnosti osnovne zdravstvene nege kot so postiljanje postelje, anogenitalna nega ter vsi postopki glede izvajanja pomoči pacientom pri izvajanju osebne higiene, hranjenje pacienta, obračanje zaradi preprečevanja nastanka preležanin in še nekatere druge. V okviru učnih vsebin predmeta teorija zdravstvene nege na kabinetnih vajah v prvem letniku dodiplomskega izobraževanja pridobivajo bodoči diplomanti poleg splošnih kompetenc z učenjem in izvajanjem negovalnih intervencij tudi specifične kompetence kot so: Elektro kardiogram (EKG) odvzem venozne krvi za preiskave, nastavitev intravenske kanile oziroma vzpostavitev proste venske poti za namen venozne aplikacije zdravil in nadomeščanja tekočin, nastavitev urinskega katetra pri ženskah, čiščenje dihalnih poti s sterilno aspiracijo, aplikacija kisika, oskrba septičnih ran ...

Mentorji pri svojem delu odgovarjajo za čim kakovostnejše praktično usposabljanje študentov ter razvijanje kompetenc za delu, odgovorni pa so tudi za varnost pacienta in študenta. Znanje in izkušnje študentov iz kliničnega okolja sodijo med pomembnejše elemente v procesu izobraževanja iz zdravstvene nege, vloga mentorja pri kliničnem usposabljanju pa je ključna pri vodenju, usmerjanju in razvoju prihodnje generacije (Kalender Smajlović in Smodiš, 2019).

Študent beleži vse aktivnosti zdravstvene nege, ki jih v kliničnem okolju izvaja v svoj dnevnik študenta na kliničnem usposabljanju, ki smo ga na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu poimenovali »Aktivnosti v zdravstveni negi«. Spretnost izvajanja aktivnosti zdravstvene nege se razvijajo postopoma od opazovanja in sodelovanja do samostojne izvedbe. Knjižica je študentom tudi smernica za spremljanje lastnega znanja in napredovanja v izobraževalnem programu. V njej študent med kliničnim usposabljanjem evidentira aktivnosti, kar mu sproti potrdi klinični mentor, lahko pa dopiše tudi tiste intervencije, ki v seznamu niso napisane (Laznik in Leskovic, 2018). Podpise kliničnih mentorjev zbira študent vsa tri leta izobraževanja, ob zaključku študija pa mora biti potrjenih najmanj 80 odstotkov vseh aktivnosti. Ob koncu študija je knjižica del obvezne dokumentacije, ki jo študent odda. Če je izpolnjena v skladu s pravilnikom, pa koordinator in vodja kliničnega usposabljanja izda končno potrdilo o izpolnjevanju vseh obveznosti, ki so vezana na klinično usposabljanje.

Od študentov se na kliničnem usposabljanju pričakuje maksimalna angažiranost, interes, aktivno vključevanje v delovni proces in medosebna interakcija z mentorji in ostalimi zaposlenimi v zdravstvu (Webb in Shakespeare, 2008). Študenti se zavedajo, da je uspeh pridobivanja znanja na kliničnem usposabljanju odvisen od njihove želje, pripravljenosti, motiviranosti, radovednosti in iskanja novih priložnosti za učenje (Dale idr., 2013).

Po zaključku izobraževanja od študenta delodajalci pričakujejo tako teoretična kot tudi praktična znanja. Po bolonjskem sistemu obveznega pripravništva več ni, zato si mora vsak študent prizadevati, biti aktiven in samoiniciativen, da se ob mentorju na kliničnem usposabljanju izvajanja aktivnosti zdravstvene nege nauči čim bolje. To pomeni, da mora sam iskati informacije, izkazati interes za delo ter iskati priložnosti, da se postopkov in posegov v okviru kompetenc diplomirane medicinske sestre nauči izvajati brezhibno. Naučiti se neke aktivnosti pomeni, da jo je ob prisotnosti kliničnega mentorja potrebno ponoviti čim večkrat tudi samostojno.

Mentorstvo v praktičnem usposabljanju je ena od oblik mentorstva, ki se pojavlja v času študija z namenom vodenja in usmerjanja študenta pri nadgradnji pridobljenega znanja v praksi. Študenti na praktičnem usposabljanju uporabijo na fakulteti pridobljena znanja in jih hkrati preverjajo v bodočem poklicnem okolju (Kermavnar in Govekar - Okoliš, 2016).

Klinično usposabljanje je pomemben dejavnik v izobraževalnem procesu zdravstvene nege, saj obsega 2.300 ur celotnega izobraževalnega programa. Študenti se z aktivnostmi zdravstvene nege in medicinsko tehničnimi posegi seznanijo najprej v kabinetih v simuliranih pogojih. Ob zaključku kabinetnih vaj opravijo preizkus znanja in šele nato odidejo na klinično usposabljanje v klinično okolje (Draginc, 2015).

Pri predavanjih študenti vseh letnikov velikokrat omenjajo (to nam je bilo tudi izhodišče za odločitev za raziskavo), da se, jih vse prevečkrat uporabi zgolj za nadomestno delovno silo v času izpadov zaradi dopustov, absentizma, fluktuacij ..., kar pa po besedah študentov največkrat velja za študente prvega in nekoliko redkeje še drugega letnika.

4 Metoda

Namen raziskave je ugotoviti kvantiteto opravljenih negovalnih intervencij zdravstvene nege, ki jih študenti opravijo med kliničnim usposabljanjem. Cilj raziskave je raziskati, v kolikšni meri študentje prvega letnika opravljajo med kliničnim usposabljanjem aktivnosti zdravstvene nege, ki so jih usvajali med študijem in ne le tiste, za katere so kompetence pridobili že ob zaključku srednješolskega izobraževanja, ugotoviti, kaj od kliničnih mentorjev študenti dejansko pričakujejo in ali obstaja razlika v kvantiteti samostojno opravljenih intervencij med študenti in študentkami. Z raziskavo želimo na podlagi analize odgovorov, torej pridobljenih podatkov iz odgovorov študentov, opozoriti na problematiko o kateri pa, kot ugotavljamo, ni opravljenih raziskav. V veliki večini se prispevki in raziskave navezujejo le na način mentoriranja, odnosa in komunikacije med mentorjem in mentoriranim študentom ter pridobivanju kompetenc v skladu z učnim programom izobraževanja na področju zdravstvene nege. Koordinator in vodja kliničnega usposabljanja (soavtor prispevka) na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede (v nadaljevanju UNM FZV), vsako leto opravi analizo anketnih vprašalnikov, ki jih vsi študentje za vsako od opravljenih področij v kliničnem okolju izpolnijo. Analiza je namreč pokazala (podatki so dostopni v osebni arhivu vodje kliničnega usposabljanja UNM FZV), da so predvsem študenti prvega letnika prevečkrat v procesu zdravstvene nege vključeni le v dela osnovne zdravstvene nege.

S tem namenom, smo z uporabo kvantitativnega načina raziskovanja in z deskriptivno ter kavzalno neeksperimentalno metodo dela izvedli tudi raziskavo, za zbiranje primarnih podatkov pa uporabili tehniko anketiranja. Za teoretični del prispevka smo pregledali dostopno slovensko literaturo za področje kliničnega usposabljanja v zadnjih nekaj letih, ki je objavljena in prosto dostopna na spletu in v knjižnici Univerze v Novem mestu. Anketni vprašalnik smo na osnovi pregleda učnih načrtov predmetov »Teorija zdravstvena nega« in »Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo« oblikovali na spletnem portalu www.1ka.arnes.si, povezavo do

vprašalnika pa v mesecu avgustu 2020 poslali na skupne e-naslove vseh letnikov Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu. V anketnem vprašalniku, ki je bil dostopen od 26. 8. do 1. 9. 2020, smo v prvem delu anketirance povprašali po spolu in letniku študija, ki ga zaključujejo. V drugem delu so študentje opredeljevali kvantiteto opravljenih negovalnih intervencij, ki so jih izvajali v kliničnem okolju, kompetence za njih pa pridobili že ob zaključku srednješolskega izobraževanja, v tretjem delu pa so študentje opredeljevali kvantiteto opravljenih negovalnih intervencij med intervencijami, ki so jih usvajali med študijem, torej pri predmetih »Teorija zdravstvena nega« in »Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo«.

Vzorec je bil namenski in neslučajni. V raziskavi so sodelovali vsi študentje Fakultete za zdravstveno nego Univerze v Novem mestu, ki so v času anketiranja zaključevali prvi, drugi ali tretji letnik redne ali izredne oblike študija. Od skupaj 350 študentov, ki so ta pogoj izpolnjevali, je na anketo v celoti odgovorilo 148 študentov, kar sicer predstavlja slabo polovico vseh študentov. Od teh je bilo 31 (20,9 %) moških in 117 (79,1 %) žensk. 74 (50 %) anketiranih končuje prvi, 47 (31,8 %) drugi, 27 (18,2 %) vseh anketirancev pa tretji letnik študija. Menimo, da je vzorec zadosten, da smo lahko na podlagi obdelanih anketnih vprašalnikov in pridobljenih podatkov študentov Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu kakovostno in transparentno odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja.

5 Rezultati in razprava

Praktično in klinično usposabljanje študenti potrebujejo zato, da se konkretno seznanijo s svojim bodočim strokovnim delom ter ob tem ovrednotijo svoja teoretična znanja s praktičnimi izkušnjami. Zato je potrebno, da fakulteta in delovna organizacija, kjer poteka praktično usposabljanje študentov, zagotovi, da je usposabljanje izpeljano kakovostno. Fakulteta kakovost programa zagotavlja s svojim učnim načrtom, urniki in samo organizacijo razporejanja študentov na prakso. V delovnem okolju pa je za kakovost praktičnega usposabljanja bistvenega pomena, da študenta vodi strokovno usposobljena in izkušena oseba, to je mentor. Mentor je pri tem vključen v proces z namenom, da mentoriranec sledi njegovi praksi in postaja učinkovitejši v lastnih interpretacijah različnih veščin in znanj. Pod njegovim vodenjem študent razvija veščine, potrebne za opravljanje določenega dela, spoznava delovno okolje in se uči poklicnega vedenja (Kermavnar in Govekar - Okoliš, 2016).

Tabela 1: Opravljene aktivnosti zdravstvene nege med kliničnim usposabljanjem v prvem letniku

	<i>Trenutno zaključujem 1 letnik - med KU sem izvajal/a:</i>					
	<i>nikoli</i>	<i>opazovanj e</i>	<i>izvedba ob mentorju vsaj 1x</i>	<i>Samostojn a izvedba 1x</i>	<i>Samostojn a izvedba 2x - 5x</i>	<i>Samostojn a izvedba 6x ali več</i>
*Anogenitalna nega	0 0,00 %	0 0,00 %	1 1,37 %	0 0,00 %	1 1,37 %	71 97,26 %
*Kopanje pacienta v kadi	7 9,59 %	1 1,37 %	4 5,48 %	4 5,48 %	9 12,33 %	48 65,75 %
*Kopel pacienta v postelji	7 9,59 %	1 1,37 %	3 4,11 %	5 6,85 %	17 23,29 %	40 54,79 %
*Nega ustne proteze	1 1,37 %	0 0,00 %	1 1,37 %	2 2,74 %	12 16,44 %	57 78,08 %
*Nega ustne votline	3 4,11 %	0 0,00 %	2 2,74 %	0 0,00 %	9 12,33 %	59 80,82 %
*Umivanje glave pacientu ...	32 43,84 %	2 2,74 %	1 1,37 %	7 9,59 %	10 13,70 %	21 28,77 %

*Striženje nohtov	4	2	2	4	12	49
	5,48 %	2,74 %	2,74 %	5,48 %	16,44 %	67,12 %
*Hranjenje pacienta	0	0	1	0	0	72
	0,00 %	0,00 %	1,37 %	0,00 %	0,00 %	98,63 %
*Obračanje pacienta - ...	0	0	3	0	3	67
	0,00 %	0,00 %	4,11 %	0,00 %	4,11 %	91,78 %
Aplikacija kisika	9	6	9	8	22	19
	12,33 %	8,22 %	12,33 %	10,96 %	30,14 %	26,03 %
Aplikacija terapije i.m.	13	3	15	8	16	18
	18 %	4 %	21 %	11 %	22 %	25 %
Aplikacija terapije i.v.	15	7	12	10	14	15
	20,55 %	9,59 %	16,44 %	13,70 %	19,18 %	20,55 %
Aplikacija terapije s.c.	4	0	3	2	15	49
	5,48 %	0,00 %	4,11 %	2,74 %	20,55 %	67,12 %
Aspiracija – navadna	25	12	12	4	8	12
	34,25 %	16,44 %	16,44 %	5,48 %	10,96 %	16,44 %
Aspiracija skozi tubus	48	5	6	2	5	7
	65,75 %	6,85 %	8,22 %	2,74 %	6,85 %	9,59 %
Čistilna klizma	16	11	12	6	13	15
	21,92 %	15,07 %	16,44 %	8,22 %	17,81 %	20,55 %
Hranjenje po NGS	8	3	2	6	7	47
	10,96 %	4,11 %	2,74 %	8,22 %	9,59 %	64,38 %
Kateterizacija žene	17	17	16	11	5	7
	23,29 %	23,29 %	21,92 %	15,07 %	6,85 %	9,59 %
Nastavljanje infuzije	8	9	11	7	19	19
	10,96 %	12,33 %	15,07 %	9,59 %	26,03 %	26,03 %
Nastavitev i.v. kanala)	18	12	22	7	9	5
	24,66 %	16,44 %	30,14 %	9,59 %	12,33 %	6,85 %
Nastavitev podkožne infuzije (hipodermoklizza)	29	13	17	4	6	4
	39,73 %	17,81 %	23,29 %	5,48 %	8,22 %	5,48 %
Nega stome (cisto., kolono. ...)	12	13	5	7	20	16
	16,44 %	17,81 %	6,85 %	9,59 %	27,40 %	21,92 %
Odvzem venske krvi – z brizgo	23	13	11	5	13	8
	31,51 %	17,81 %	15,07 %	6,85 %	17,81 %	10,96 %
Odvzem venske krvi – vacutainer	7	4	14	6	17	25
	9,59 %	5,48 %	19,18 %	8,22 %	23,29 %	34,25 %
Preveza aseptične rane	5	4	13	4	18	29
	6,85 %	5,48 %	17,81 %	5,48 %	24,66 %	39,73 %
Preveza septične rane	12	4	14	4	15	24
	16,44 %	5,48 %	19,18 %	5,48 %	20,55 %	32,88 %
Priprava terapije p. o.	18	9	15	4	8	19
	24,66 %	12,33 %	20,55 %	5,48 %	10,96 %	26,03 %
Priprava terapije i.v.	19	4	15	9	14	12
	26,03 %	5,48 %	20,55 %	12,33 %	19,18 %	16,44 %
Priprava terapije i.m.	19	3	15	8	19	9
	26,03 %	4,11 %	20,55 %	10,96 %	26,03 %	12,33 %
Priprava terapije s.c.	14	4	10	10	14	21
	19,18 %	5,48 %	13,70 %	13,70 %	19,18 %	28,77 %
Snemanje EKG	12	6	5	5	12	33
	16,44 %	8,22 %	6,85 %	6,85 %	16,44 %	45,21 %
Vstavljanje NGS	44	22	5	2	0	0
	60,27 %	30,14 %	6,85 %	2,74 %	0,00 %	0,00 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Ugotavljamo, da se je naše predvidevanje več kot potrdilo. Rezultati zelo jasno kažejo na to, da študentje prvega letnika v veliki meri izvajajo aktivnosti, ki so jih usvojili že v času srednješolskega izobraževanja na področju zdravstvene nege, ali pa so pred vpisom na fakulteto za zdravstveno vede opravili še propedeutični tečaj. Te aktivnosti so zapisane v prvem delu tabele in označene z zvezdico. Kot je iz podatkov razbrati, kažejo na jasno opredelitev študentov prvega letnika, da te aktivnosti izvajajo zelo veliko, ostale aktivnosti, za katera znanja pa so študentje prvega letnika UNM FZV pridobivali v kabinetih in na koncu opravili tudi kolokvij, pa dosegajo bistveno nižjo povprečno oceno. Mentor je vodnik, učitelj, vzgojitelj, moder in dobro misleč svetovalac, oseba, ki z nasveti in pojasnili usmerja ter vodi neizkušenega posameznika (Govekar - Okoliš in Kranjčec, 2016). Mentor mentorirancu skrajša pot do cilja in nadomešča nekatere njegove manjkajoče lastnosti (Krajnc, 2012). Saarikoski in sodelavci (2013) ugotavljajo, da so študenti zdravstvene nege svoje mentorje v kliničnem okolju srečali v večini primerov enkrat do trikrat v obdobju poteka kliničnega usposabljanja. Vsi, ki smo vpeti v organizacijo kliničnega usposabljanja se zavedamo, da morajo tudi študenti za opravljanje novih aktivnosti pokazati interes. Kot je zapisala ena od študentk, ko je v anketni vprašalnik zapisala sporočilo študentom: »Vsem novopečenim študentom polagam na srce, da če se želijo nečesa naučiti, morajo zanimanje za znanje pokazati tudi sami. Malokrat se bo namreč zgodilo, da bo mentor sam prišel do študenta in ga spodbujal k osvajanju novih znanj, saj mentoriranje izvaja ob svojem rednem delu in mu je vsake minute dejansko škoda!«. Glede na zapise, ki so jih študentje namenili mentorjem, pa od njih pričakujejo več vključevanja v izvajanje intervencij zdravstvene nege in več časa zanje. Tudi klinični mentorji v raziskavi, ki so jo opravili Jokelainen idr. (2011 v Meden, Kvas in Hoyer, 2017) priznavajo, da bi potrebovali več ur za usposabljanje študentov. Enako je pokazala tudi raziskava na UNM FZV, ko mentorji o zadovoljstvu s kliničnim usposabljanjem in študenti podajo svoja mnenja (Samoevalvacijsko poročilo, 2017/2018 in 2018/2019), da jim časa za mentoriranje kronično primanjkuje. Klinični mentorji bi morali imeti čas, da bi se na mentorstvo dobro pripravili, študenta na kliničnem usposabljanju vodili ter ga tudi načrtno ocenili (Teatheredge, 2010). Dokazano namreč je, da razpravljanje učinkovito pripomore k izboljšanju profesionalnega razvoja študenta, njegovih zmožnosti reflektiranja in ocenjevanja usvojenih kompetenc ter k odkrivanju močnih ter šibkih točk študenta na kliničnem usposabljanju. Razpravljanje je pomembna priložnost za pridobivanje znanja in spretnosti na kliničnem usposabljanju ter za razkrivanje prakse zdravstvene nege, predvsem situacij, ki pogosto ostanejo neopazene (Levett - Jones, 2007).

Zanimalo nas je tudi, ali morda obstajajo statistično značilne razlike med študenti in študentkami pri samostojnem opravljanju katere koli negovalne intervencije, ki so predstavljene v tabeli 1. Ker pogoja za uporabo Hi kvadrat preizkusa hipoteze neodvisnosti nista bila pri nobeni od negovalnih intervencij izpolnjena, smo opravili Kullbach preizkus. Izkazalo se je, da je do statistično pomembnih razlik prišlo le pri nekaterih negovalnih intervencijah, ki jih v nadaljevanju tudi predstavljamo. Kljub izraženi statistični značilnosti, pa podatkov ne moremo posploševati na celotno populacijo študentov in študentk zdravstvene nege v Sloveniji, saj so pri anketiranju sodelovali le študenti Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu. Za posplošitev, bi morali anketiranje razširiti na več zdravstvenih fakultet v Sloveniji.

Vrednost Kullbach preizkusa ($2\hat{\Gamma} = 13,099$; $df = 5$) se je pri negovalni intervenciji »Kopel v postelji« pokazala kot statistično pomembna ($\alpha = 0,022$). Izkazalo se je, da študentke bistveno pogosteje izvajajo »Kopel v postelji«, brez mentorja kot študenti. Izvedbo intervencije samostojno več kot 1x je opravilo 88,1 % (104) študentk in 63,3 % (19) študentov. Vrednost Kullbach preizkusa ($2\hat{\Gamma} = 11,496$; $df = 5$) se je tudi pri negovalni intervenciji »Umivanje glave pacientu v postelji« pokazala kot statistično pomembna ($\alpha = 0,042$). Izkazalo se je, da študentke bistveno pogosteje izvajajo »Umivanje glave pacientu v postelji«, brez mentorja kot študenti. Izvedbo intervencije samostojno več kot 1x je opravilo 61,0 % (72) študentk in 46,7 % (14)

študentov. Precej presenetljiv pa je podatek glede negovalne intervencije »Obračanje pacienta - preprečevanje RZP«. Vrednost Kullbach preizkusa ($2\hat{\eta} = 14,187$; $df = 4$) se je pri omenjeni negovalni intervenciji pokazala kot statistično pomembna ($\alpha = 0,007$). Izvedbo intervencije samostojno več kot 1x so opravile vse študentke, medtem ko je intervencijo več kot 1x opravilo 86,6 % (26) študentov. Pri tem vprašanju so trije študentje odgovorili, da pacientov niso obračali za namen preprečevanja RZP še nikoli oziroma je eden intervencijo le opazoval.

Še posebej pa nas je zanimalo, ali morda obstaja statistično pomembna razlika med študenti in študentkami pri intervencijah, ki pa so specifične za visokošolsko strokovno izobraževanje na področju zdravstvene nege, torej intervencije, ki so se jih študenti učili v prvem, drugem ali tretjem letniku. Izbrane intervencije v tabeli 1 niso označene z zvezdico.

Ker tudi pri teh intervencijah ni bilo pogoja za uporabo Hi kvadrat preizkusa hipoteze neodvisnosti, smo ponovno uporabili Kullbach preizkus. Vrednost Kullbach preizkusa ($2\hat{\eta} = 12,741$; $df = 6$) se je pri negovalni intervenciji »Odvzem arterijske krvi za plinsko analizo - PAAK« pokazala kot statistično pomembna ($\alpha = 0,047$). Izvedbo intervencije samostojno več kot 1x je opravilo 10,1 % (12) študentk, med tem ko je intervencijo več kot 1x opravilo 20,0 % (6) študentov.

6 Zaključek

Glede na rezultate opravljenih zdravstveno negovalnih intervencij študentov Fakultete za zdravstveno vede Univerze v Novem mestu, ki so zaključili prvi letnik, bi lahko zapisali, da se predvsem študente prvega letnika še vedno uporablja predvsem kot nadomestno delovno silo v procesu osnovne zdravstvene nege. Zavedamo se, da taka trditev vzbuja skrb in ima tudi negativno konotacijo, zato moramo v prihodnosti poiskati razloge, za takšna občutja in doživljanja študentov.

Čemu to pripisati lahko sklepamo le po komentarjih, ki jih študentje v letnih evalvacijskih anketnih vprašalnikih po končanem kliničnem usposabljanju na posameznem področju izpolnijo in oddajo vodji kliničnega usposabljanja na UNM FZV. Po teh podatkih lahko to pripisujemo pomanjkanju zdravstveno negovalnega osebja v času dopustov in koriščenju prostih oziroma presežnih delovnih ur ter pogosto tudi velikemu izpadu delavcev zaradi fluktuacije, ki je v zdravstvenih zavodih zelo prisotna. Kljub vsemu pa se vse nekoliko popravi v drugem in tretjem letniku, vendar večkratnega, torej samostojnega izvajanja določenih intervencij več kot 6x še vedno primanjkuje. Ob tem pa je spodbudno to, da pa študenti, ki izkažejo interes in željo po znanju že v prvem in drugem letniku ob mentorju izvajajo intervencije ali posege, ki jih po učnem načrtu obravnavajo pri predmetih v višjih letnikih. Kot pa smo že omenili, kljub izraženi statistični značilnosti podatkov o razliki v opravljanju posameznih intervencij med študenti in študentkami ne želimo posploševati na celotno populacijo študentov in študentk zdravstvene nege v Sloveniji, ker je vzorec anketiranih vseeno premajhen. S pregledom vseh pridobljenih podatkov smo z rezultati, glede samostojnega opravljanja specifičnih intervencij zadovoljni, saj se je statistično pomembna razlika izkazala le pri eni t. i. »specifični intervenciji«, kamor odvzem vzorca za plinsko analizo arterijske krvi (PAAK) zagotovo sodi, vendar tudi ta ne sodi med kompetence, ki jih diplomanti visokošolskega študijskega programa zdravstvene nege pridobijo po končanem izobraževanju. Na to je treba vse študente opozoriti in poudariti pomen kompetenc in nevarnost preseganja le teh.

V prihodnosti bomo razvoj samostojnega opravljanja negovalnih intervencij zagotovo spremljali še bolj natančno in na letnih izobraževanjih mentorjev na to zagotovo opozarjali,

študente pa spodbujali k samoiniciativnosti in želji po pridobivanju znanj za usvajanje kompetenc, ki ga bodo pri svojem delu še kako potrebovali.

LITERATURA

1. Babuder, D. (2016). Lastnosti mentorja in mentoriranca z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50 (4), 327–335.
2. Dale, B., Lelin, A. in Gunnar Dale, J. (2013). What factors facilitate good learning experiences in clinical studies in nursing: bachelor student's perceptions. *ISRN Nursing*, 1–7. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1155/2013/628679> PMID:18372216.
3. Draginc, A. (2015). Klinično usposabljanje na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto. V A. Draginc (ur.), *Klinični mentor - pomemben člen v izobraževanju diplomantov zdravstvene nege*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
4. Draginc, A., Laznik, G., Leskovic, L. in Zupančič, V. (2017). *Vodnik za klinične mentorje*. Fakulteta za zdravstvene vede, Novo mesto.
5. Govekar - Okoliš, M. in Kranjčec, R. (2016). *Mentorstvo v praktičnem usposabljanju v delovnih organizacijah*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
6. Kalender Smajlovič, S. in Smodiš, M. (2019). Razlike med ocenjevanjem in samoocenjevanjem kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev in študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. *Obzornik zdravstvene nege*, 53 (2), 128–136.
7. Kalin, J. in Valenčič Zuljan, M. (2007). Medosebno komuniciranje v procesu mentoriranja. V M. Valenčič Zuljan (ur.), *Izzivi mentorstva* (str. 45–70). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
8. Kermavnar, N. (2015). *Mentorstvo kot andragoška oblika dela na primeru praktičnega usposabljanja študentov (Doktorska disertacija)*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Ljubljana.
9. Kermavnar, N. in Govekar - Okoliš, M. (2016). Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22 (2), 23–37.
10. Krajnc, A. (2012). Individualizacija izobraževanja vodi v mentorsko gibanje »Znaš, nauči drugega«. *Andragoška spoznanja*, 18 (2), 19–30.
11. Kulaš, F. (2013). Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji s kliničnim usposabljanjem študentov zdravstvene nege (Magistrska naloga). Koper: Fakulteta za management.
12. Laznik, G. in Leskovic, L. (2018). Aktivnosti v zdravstveni negi: dnevnik študentov na kliničnem usposabljanju. Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
13. Levett - Jones, T. L. (2007). Facilitating reflective practice and self-assessment of competence through the use of narratives. *Nurse Education Practice*, 7 (2), 112–119.
14. Marc, D in Torkar Papež, K. (2006). *Kultura govornice in zapisane besede ali retorika za današnjo rabo*. Ljubljana: DZS.
15. Meden, E., Kvas, A. in Hoyer, S. (2017). Opisna raziskava mnenj in stališč študentov zdravstvene nege ter kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja. *Obzornik zdravstvene nege*, 51 (4), 320–327.
16. Pease, A. in Pease, B. (2007). *Kako spretno komunicirati z ljudmi*. Ljubljana: Lisac & Lisac.
17. *Pravilnik o izvajanju kliničnega usposabljanja študentov* (2019). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
18. Ramšak Pajk, J. (2007). Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, 71–75.
19. Ramšak Pajk, J. (2016). Vloga mentorjev pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege. V S. Pivač, B. Skela Savič in S. Hvalič Touzery (ur.), *Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu*. Jesenica: Fakulteta za zdravstvo.
20. Saarikoski, M., Kaila, P., Lambrinou, E., Cañaveras, R. M. P., Tichelaar, E., Tomietto, M. idr. (2013). Students' experiences of cooperation with nurse teacher during their clinical placements: an empirical study in a Western European context. *Nurse Education in Practice*, 13 (2), 78–82.
21. Shakespeare, P. in Webb, C. (2008). Professional identity as a source for talk: exploring the mentor – student relationship. *Nursing Inquiry*, 15 (4), 270–279.

22. Skela - Savič, B. (2015). Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49 (4), 320–333.
23. Starc, J. (2018). Komunikacija in medsebojni odnos med mentorjem in študentom na kliničnem usposabljanju. V G. Laznik (ur.), *Komunikacija med zaposlenimi in študenti zdravstvene nege med kliničnim usposabljanjem*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
24. Teatheredge, J. (2010). Interviewing student and qualified nurses to find out what makes an effective mentor. *Nursing Times*, 106 (48), 19–21.
25. Zupančič, V. (2014). Indikatorji profesionalnega odnosa izvajalcev zdravstvene nege. V B. Filej (ur.), *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

Ključne ovire in napake pri izvajanju higiene rok med epidemijo covid-19

UDK 614.4+616.9:613

KLJUČNE BESEDE: preventiva, znanje, ovire, napake, preprečevanje okužbe

POVZETEK - Zaradi zdravstvenih okužb sta povečani tudi obolevnost in umrljivost ljudi. Spremljanje in dokazovanje pomena ustrezne higiene rok ter s tem zmanjšanje bolnišničnih okužb spada med ključne naloge izvajalcev zdravstvene nege. Glavni cilji pri izvedbi anketiranja so bili pridobiti vpogled v 1) osnovno znanje, 2) stališča in 3) prakso higiene rok izvajalcev zdravstvene nege med epidemijo covid-19. Uporabili smo deskriptivno kvantitativno metodo s tehniko anketiranja, ki je bil dostopen v spletni obliki preko portala Ika in v papirni obliki ter posredovan v eni od bolnišnic v JV Sloveniji. V anketiranju je sodelovalo 65 zaposlenih, ki so v starostnem razponu od 20 do 65 let. Rezultati kažejo, da se izvajalci zdravstvene nege zavedajo pomena higiene rok, da so znanje pridobili v srednji šoli in na delovnem mestu. Da bolnišnica skrbi za dodatno izobraževanje o higieni rok, ter da izvaja kontrolo večkrat letno. Ob pričetku epidemije covid-19 se večina zaposlenih dodatno informira o pomembnosti higiene rok za preprečevanje širjenja okužbe.

UDC 614.4+616.9:613

KEYWORDS: prevention, knowledge, obstacles, errors, prevention of infection

ABSTRACT - Health infections also increase human illness rate and mortality. Monitoring and demonstrating the importance of adequate hand hygiene and thus reducing hospital-acquired infections is one of the main tasks of nursing staff. The main objectives in conducting the survey were to gain insight into 1) basic knowledge, 2) views and 3) the practice of hand hygiene of nursing providers during the covid-19 epidemic. We used a descriptive quantitative method with a survey technique accessible in web form through the portal Ika and in paper form, which was conducted in one of the hospitals in South-East Slovenia. The survey involved 65 employees aged between 20 and 65. The results show that nursing practitioners are aware of the importance of hand hygiene and that they acquired knowledge in secondary school and in the workplace. It was also evident that the hospital offers additional training in hand hygiene and that it carries out control several times a year. At the beginning of the covid-19 epidemic, most employees are further informed about the importance of hand hygiene in order to prevent the spread of the infection.

1 Uvod

Okužba z virusom SARS-CoV-2 lahko povzroči koronavirusno bolezen 2019 oz. covid-19. Inkubacijska doba (čas med okužbo in pojavom bolezni) je lahko do 14 dni, povprečno približno 6 dni. Bolezen se najpogosteje kaže z znaki/simptomi okužbe dihal, to je s slabim počutjem, utrujenostjo, nahodom, vročino, kašljem in pri težjih oblikah z občutkom pomanjkanja zraka. Pri približno 80 % okuženih bolezen poteka v lažji obliki. Pri otrocih je potek bolezni praviloma lažji, tveganje za težek potek in zaplete pa se poveča pri starejših (zlasti starejših od 60 let) in osebah s pridruženimi boleznimi, kot so srčno-žilne bolezni, bolezni pljuč, jeter, ledvic, sladkorna bolezen, imunske pomanjkljivosti ipd. Za težji potek bolezni je značilna pljučnica (Z znanjem do boljšega zdravja, 2020). Pri preprečevanju okužbe z virusom SARS-CoV-2 je tako kot pri drugih nalezljivih boleznih, ki povzročajo okužbe dihal, priporočljivo

upoštevati vsakodnevne preventivne ukrepe. Vsak izmed nas lahko zmanjša tveganje za okužbo in širjenje okužbe z rednim in temeljitim umivanju rok z milom in vodo. V primeru, da voda in milo nista dostopna, si roke razkužimo z namenskim razkužilom za roke. Vsebnost etanola v razkužilu za roke naj bo najmanj 60 %. Razkužilo za roke je namenjeno samo zunanji uporabi (preprečevanje okužbe z virusom SARS- CoV-2 (Preprečevanje okužbe z virusom SarS-CoV-2, 2020).

Ozaveščanje o higieni rok ima pomembno vlogo pri izboljševanju in osvojitvi najboljših praks preprečevanja in obvladovanja okužb ter preprečevanja širjenja večkratno odpornih mikroorganizmov. Higiena rok v današnjem času, ko se soočamo z epidemijo covid-19, dobiva še večji pomen. Postala je nepogrešljiv del našega vsakdana, postala je dejanje, ki rešuje življenja (Mednarodni dan higiene rok, 2020). Zaradi zdravstvenih okužb sta povečani tudi obolevnost in umrljivost ljudi. Spremljanje in dokazovanje pomena ustrezne higiene rok ter s tem zmanjšanje bolnišničnih okužb spada med prioritete Svetovne zdravstvene organizacije, saj je med petimi najpomembnejšimi aktivnostmi, ki promovirajo učinkovito in sistematično zbiranje podatkov o stanju higiene rok v različnih okoljih po vsem svetu (WHO, 2009). Ključnega pomena za preprečevanje navzkrižnega prenosa okužb je ustrezna stopnja higiene rok (Stone, Teare in Cookson, 2001, str. 367). Ker zdravstvenih okužb ni mogoče povsem preprečiti, jih lahko omilimo. Nedosledno izvajanje higiene rok je prisotno v vseh okoljih in razlogi so odvisni so od okolja, infrastrukture, kulturnih razlik in celo od verskega prepričanja. Najpomembnejši dejavniki, ki vplivajo na nedosledno izvajanje higiene rok, so: poklicna kategorija zdravstvenih delavcev (npr. zdravniki, bolničarji, fizioterapevti...), delo na posebnih področjih zdravstvene oskrbe (intenzivna nega, kirurgija, urgencia, anesteziologija), pomanjkanje kadra in prekomerna zasedenost postelj ter uporaba zaščitnih plaščev in rokavic (Zupanc, 2013). Najmanj upoštevani so prav trenutki, ki najbolj vplivajo na možen prenos mikroorganizmov: pred stikom z bolnikom in pred izvajanjem čistega posega (Pittet, Allegranzi in Storr, 2008, str. 6). Med drgnjenjem so najpogosteje zapostavljeni deli zapestje, palec, prsti, dlani in konice prstov (Arias, Garcell, Ochoa, Aries in Miranda 2016, str. 368; Sue, Wong, Lo in Ali, 2019, str. 140) avtorji so mnenja, da okužbe lahko omejimo z natančnim izvajanjem higiene rok, rednim izobraževanjem vseh zaposlenih in pa tudi z rednim notranjim nadzorom izvajanja prakse higiene rok.

2 Metode

Ključni cilji raziskave so bili pridobiti vpogled v 1) osnovno znanje, 2) stališča in 3) prakso higiene rok osebja v SB NM. Uporabljena je bila deskriptivno kvantitativna metoda raziskovanja s tehniko anketiranja. Da bi zajeli čim več medicinskih sester in tako pridobili približno sliko higiene rok, smo sestavili anketni vprašalnik, ki je bil bolnišničnemu osebju dostopen v spletni obliki preko portala lka in v papirni obliki. Anketiranje je potekalo od 25. maja do 8. junija 2020.

Anketni vprašalnik o higieni rok je razdeljen na osem sklopov. V prvem sklopu smo izvajalce zdravstvene nege vprašali o izobraževanju higiene rok, v drugem delu o dostopnosti zaščite v bolnišnici, v tretjem pa o znanju na področju higiene rok. Četrty del obravnava anketirančeva stališča o higieni rok, peti del način izvajanja v času pred in med epidemijo covid-19, šesti del pa vzroke za morebitno neizvajanje higiene rok pred in med epidemijo covid-19. Sedmi del obravnava napake, ki se lahko pojavijo med higieno rok, osmi pa socio-demografske spremenljivke (spol, starost, leta izkušenj v zdravstvu, oddelek zaposlitve in naziv po končani izobrazbi).

Vprašalnik o higieni rok je izpolnilo 65 zaposlenih v eni od jugovzhodne Slovenije. Od tega je bila velika večina žensk, in sicer 61, kar znaša 94 % anketirancev. Ostalo so bili moški, torej

štiri, kar znaša 6 % vseh anketirancev. Največ jih je bilo starih med 21. in 30. letom. Po letih izkušenj dela v zdravstvu jih je sodelovalo največ anketirancev ki imajo med eno in pet let delovne dobe. Od vseh vključenih oddelkov bolnišnice v raziskavi je z urgentnega bloka sodelovalo 21 anketirancev, osem iz oddelka neakutne obravnave in sedem iz žilne kirurgije. Iz ostalih oddelkov bolnišnice so bili eden do trije anketiranci. Po stopnji izobrazbe je v raziskavi sodelovalo 31 diplomiranih medicinskih sester, 27 srednjih medicinskih sester in sedem magistric zdravstvene nege ali drugih ved.

3 Rezultati

3.1 Izobraževanje o higieni rok

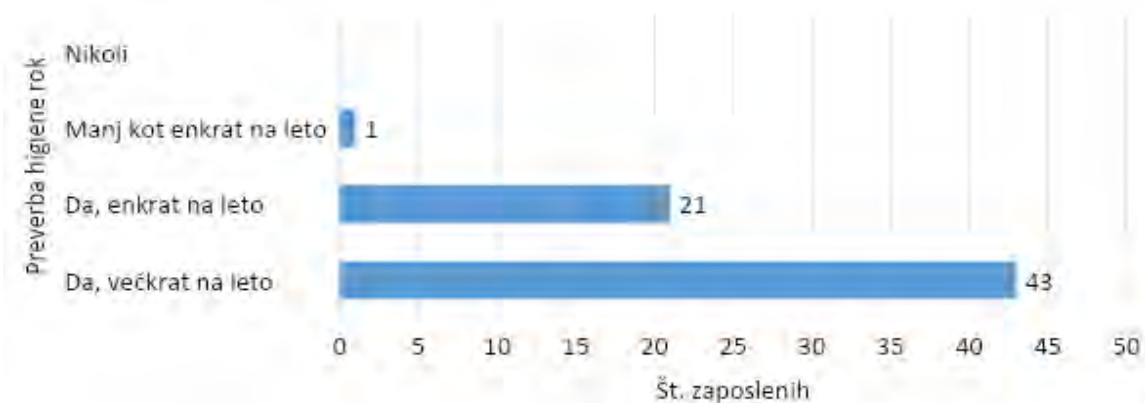
V sklopu izobraževanja o higieni rok so anketiranci odgovarjali na pet različnih vprašanj. Pri prvem vprašanju nas je zanimalo, kje so se učili o higieni rok. Odgovori so bili sledeči: v srednji šoli 51,4 %, na fakulteti 35,27 % v službi 35,27 %, drugje 7 % in 0 % nisem se učil.

V nadaljevanju smo pridobili rezultate odgovorov na vprašanje, kdaj so se nazadnje udeležili prve ali obnovitvene delavnice o higieni rok. Velika večina, kar 60 (92 %) anketiranih se je delavnice udeležilo v zadnjih 12 mesecih, noben od anketirancev pa se delavnice ni nikoli udeležil.

V sklopu vprašanj o izobraževanju rok nas je zanimalo, ali so bili bolnišničnemu delavcu ob zaposlitvi predstavljeni higienski standardi in higiena rok. Od vseh anketirancev jih je 52 (80 %) odgovorilo, da so jim bili predstavljeni higienski standardi in higiena rok, preostalih 13 (20 %) anketirancev pa je odgovorilo, da jim standardi niso bili predstavljeni.

Četrto vprašanje v anketnem vprašalniku se je nanašalo na delodajalčev nadzor higiene rok. Na osnovi pridobljenih rezultatov sklepamo, da delodajalec redno preverja higieno rok in skrbi, da jo zaposleni pravilno in konstantno izvajajo.

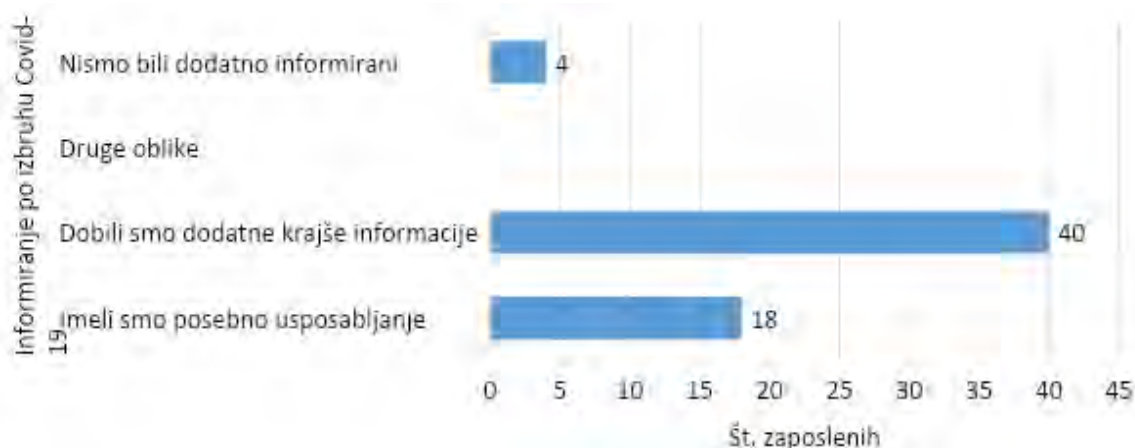
Graf 1: Pogostost nadzora higiene roke s strani delodajalca



Vir: Lastni vir, 2020.

Ob pojavu virusa covid-19 so se povsod poostriili higienski ukrepi. S petim vprašanjem smo tako pridobili odgovore, kako so bili anketiranci ob izbruhu epidemije informirani o higieni rok. Rezultati so prikazani v grafu 2 kažejo, da je večina anketiranih pridobila dodatne informacije, 40 (62 %) zaposlenih le dodatne krajše, 18 (28 %) zaposlenih pa je imelo posebno usposabljanje.

Graf 2: Potek informiranja po izbruhu covid-19



Vir: Lastni vir, 2020.

Anketirance smo povprašali tudi o dostopnosti zaščitne opreme. Tabela 1 prikazuje rezultate, kakšna je dostopnost zaščitnih rokavic, mask, plaščev, kap in očal pred izbruhom epidemije korona virusa in kakšna je bila dostopnost med samo epidemijo. Rezultati kažejo, da se je dostopnost zaščitne opreme malenkost zmanjšal med časom epidemije korona virusa.

Tabela 1: Dostopnost zaščitne opreme pred in med časom covid-19

	Pred epidemijo covid-19		Med epidemijo covid-19	
	Da	Ne	Da	Ne
Ali imate vedno na voljo zaščitne rokavice?	64 (98,5 %)	1 (1,5 %)	61 (94 %)	4 (6 %)
Ali je na vašem oddelku vedno na voljo zaloga rokavic?	64 (98,5 %)	1 (1,5 %)	57 (88 %)	8 (12 %)
Ali je na vašem oddelku na voljo zaloga zaščitne opreme (plašč, kapa, maska in očala)?	50 (77 %)	15 (23 %)	41 (63 %)	24 (37 %)

Vir: Lastni vir, 2020.

Zelo pomembne so tudi informacije, zakaj zaposleni ne izvajajo higieno rok. Vzroke in pogostost (nikoli, redno, občasno, pogosto, vedno) za slabše izvajanje higijene rok pred in med epidemijo korona virusa, ki jih prikazuje naslednja tabela.

Tabela 2: Vzroki za slabše izvajanje higijene rok pred in med epidemijo covid-19

	Pred epidemijo covid-19					Med epidemijo covid-19				
	Nikoli	Redko	Občasno	Pogosto	Vedno	Nikoli	Redko	Občasno	Pogosto	Vedno
Pomanjkanje znanja	27 (42 %)	16 (25 %)	9 (14 %)	9 (14 %)	3 (5 %)	32 (50 %)	11 (17 %)	8 (12 %)	10 (16 %)	3 (5 %)
Pomanjkanje časa	13 (21 %)	12 (19 %)	20 (31 %)	18 (28,5 %)	1 (1,5 %)	22 (35 %)	15 (23 %)	9 (14 %)	16 (25 %)	2 (3 %)
Boleče ali suhe roke	15 (23 %)	11 (17 %)	22 (35 %)	14 (22 %)	2 (3 %)	22 (35 %)	11 (17 %)	17 (26,5 %)	13 (20 %)	1 (1,5 %)
Ni dovolj papirnatih brisač za enkratno uporabo	31 (34,5 %)	16 (25 %)	13 (20,5 %)	4 (6 %)	/	33 (51 %)	22 (35 %)	7 (11 %)	1 (1,5 %)	1 (1,5 %)
Večino časa nosim rokavice	11 (17 %)	11 (17 %)	25 (39 %)	16 (25 %)	1 (1,5 %)	14 (22 %)	8 (12 %)	18 (28,5 %)	18 (28,5 %)	6 (9 %)
Neustrezna namestitvev umivalnika	26 (40 %)	20 (31 %)	11 (17 %)	6 (9 %)	1 (1,5 %)	32 (50 %)	15 (23 %)	9 (14 %)	5 (8 %)	3 (5 %)
Pomanjkanje mila	27 (42 %)	20 (31 %)	14 (22 %)	3 (5 %)	/	29 (45 %)	18 (29 %)	13 (20,5 %)	3 (5 %)	/
Agresivnost razkužila	14 (22 %)	13 (20,5 %)	27 (42 %)	9 (14 %)	1 (2 %)	21 (33 %)	15 (23 %)	19 (30 %)	6 (9 %)	3 (5 %)

Vir: Lastni vir, 2020.

Napake pri izvajanju

Kljub temu da dosledno izvajamo higieno rok, se lahko še vedno pojavijo napake. V zadnjem sklopu smo anketirance povprašali, kaj menijo, da so ključne napake pri samem izvajanju higiene, zaradi česar lahko nato pride do okužb. Anketiranci so lahko podali več odgovorov, te pa so prikazani v spodnjem grafu 3.

Graf 3: Ključne napake pri izvajanju higiene rok



Vir: Lastni vir, 2020.

4 Diskusija

Rezultati anketiranja so pokazali, da se izvajalci zdravstvene nege v bolnišnici zavedajo pomena higiene rok. V anketi so prevladovala ženske, in sicer odgovarjalo jih je 61 žensk od 65 vseh anketiranih. Po odgovorih sodeč so se o higieni rok veliko izobražili že v srednji šoli, nato še ob zaposlitvi. Bolnišnica po rezultatih ankete redno skrbi za izobraževanje o higieni rok z delavnicami. Poleg izobraževanja tudi izvaja kontrolo, in sicer večkrat letno. Ob pričetku pojava epidemije covid-19 so večino zaposlenih dodatno informirali o pomembnosti higiene rok, nekateri so imeli celo posebno usposabljanje za preprečevanje širjenja okužbe. Anketiranci so mnenja, da je zaščitna večinoma dostopna, med epidemijo covid-19 se je dostopnost sicer zmanjšala, a glede na rezultate malo.

Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom, postaja pomemben del nacionalnih strategij v zdravstvu v številnih razvitih državah. Delno na to vpliva vse večje zavedanje samih bolnikov in javnosti. Strokovna spoznanja nas učijo, da precejšen del okužb, povezanih z zdravstvom, lahko preprečimo, dostikrat že z upoštevanjem enostavnih pravil, ki bi jih moral poznati vsak zdravstveni delavec (Lejko - Zupanc, 2013, str. 9).

Dirk in Elston (2020) v raziskavi opravljeni v Južni Karolini poročajo o visoki incidenci kožnih zapletov, povezanih s preventivnimi ukrepi, med zdravstvenimi delavci, ki so vključeni v zdravljenje bolnikov z epidemijo okužbe s koronavirusom (covid-19). Prevalenca poškodb kože, povezanih z okrepljenimi preventivnimi ukrepi, je bila med zdravstvenimi delavci 97,0 % (526 od 542). Pogosta higiena rok je bila povezana z večjo incidenco dermatitisa rok.

Med vzroke za slabše izvajanje higiene rok pred in med epidemijo covid-19 so anketiranci navajali, pomanjkanje časa in znanja, boleče ali suhe roke zaradi agresivnosti razkužil in primanjkljaja papirnatih brisač.

Kljub internemu nadzoru nad dosledno izvajanje higiene rok, se lahko še vedno prisotne napake. V zadnjem sklopu smo anketirance povprašali, kaj menijo, da so ključne napake pri samem izvajanju higiene, zaradi česar lahko pride do okužbe. Anketiranci so lahko podali več

odgovorov in sicer, kot razlog za pojav napak so navajali: prekratek čas umivanja rok, razkuževanja mokrih rok, ena tretjina anketirancev omenja neuporabo mila in trije kot napako izpostavljajo prepogosto umivanje rok.

Zdravstvena oskrba v bolnišnici je vedno povezana z določenim tveganjem nastanka okužb, povezanih z zdravstvom. Kljub napredku v sistemu zdravstvenega varstva bolniki ostajajo ranljivi (Devnani, Kumar in Sharma, 2011, str. 149). Etiologija okužb, povezanih z zdravstvom, pogostost kontaminiranih rok z različnimi patogenimi organizmi in vloga rok zdravstvenih delavcev pri nastanku okužb, povezanih z zdravstvom, kažejo, kako pomembna je higiena rok zdravstvenih delavcev (Kampf in Kramer, 2004, str. 865).

Na podlagi izvedene ankete, lahko trdimo, da zaposleni v bolnišnici dosledno in v veliki večini trenutkov izvajajo higieno rok. Razlike pred in med epidemijo covid-19 so tudi pri teh rezultatih malenkostne, kar samo potrjuje, da zaposleni izvajajo higieno rok, ker se zavedajo njene pomembnosti pri preprečevanju prenašanja okužbe, ne glede na to ali gre za skrajne razmere ali ne.

Dokazovanje učinkovitosti higijene rok na preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom, je ključnega pomena za motivacijo zaposlenih in tudi za načrtovanje strategije promocije higijene rok. Allegranzi in Pittet (2009, str. 307) sta zbrala več kot 20 bolnišničnih raziskav, ki dokazujejo povezavo med higieno rok in preprečevanjem okužb, povezanih z zdravstvom. V raziskavi Cummings, Andersson in Kaye (2010, str. 313) sta dokazali povezavo med nedoslednostjo v higieni rok in prenosu kolonizacije s proti meticilinu odpornim *Staphylococcus aureus* ter s tem povezanimi stroški. Kot primer pozitivnega učinka higijene rok na preprečevanje okužb v povezavi z žilnimi pristopi med drugimi opisujejo tudi drugi raziskovalci (Barrera, Zingg, Mendez, 2007; Pessoa - Silva, Hugonnet in Pfister, 2007; Zingg, Imhof, in Maggiorini, 2009). V mnogih državah so dokazi o učinkovitosti higijene rok spodbudili zagotavljanje večjih kadrovskih, materialnih in finančnih sredstev na nacionalni ravni sta ugotovila (Devnani, Kumar in Sharma, 2011, str. 150).

5 Zaključek

Če povzamemo, izvajalci zdravstvene nege v bolnišnici imajo razmeroma dobro higieno rok, pozitivno stališče in jo dobro izvajajo. Zavedamo se, da so bili naši respondenti seznanjeni z nameni naše raziskave, zato so se vedli v skladu s pričakovanji. Predlagamo, da bi bilo morda smiselno še več pozornosti nameniti zadostni količini razkužil, manjšemu hitenju med delom in boljšo organizacijo dela s pacienti. Morda je tudi smiselno razmisliti o pogostejšem nadzoru doslednosti izvajanja higijene rok in individualnem poročanju o nepravilnostih izvajanja higijene rok. Covid-19 se širi predvsem s kapljičnim in kontaktnim prenosom, zato je higiena rok eden od najučinkovitejših ukrepov v boju proti le tega.

LITERATURA

1. Allegranzi, B. in Pittet, D. (2007). Healthcare associated infection in developing countries: simple solution to meet complex challenges. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 28 (12), 1323–1327.
2. Allegranzi, B. in Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare associated infection prevention. *J Hosp Infect*, 73 (4), 305–301.
3. Arias, A. V., Garcell, H. G., Ochoa, Y. R., Arias, K. F. in Miranda, F. R. (2016). Assessment of hand hygiene techniques using the World Health Organization's six steps. *Journal of Infection and Public Health*, 6, 366–369.

4. Barrera, L., Zingg, W., Mendez, F. idr (2011). Effectiveness of a hand hygiene promotion strategy using alco-holbased handrub in 6 intensive care units in Colombia. *Am J Infect Control*, 39 (8), 633–915.
5. Devnani, M., Kumar, R. in Sharma, R. (2011). I. A survey of hand washing facilities in the outpatient de-partment of a tertiary care teaching hospital in India. *J Infect Dev Ctries*, 5 (2), 114–118.
6. Dirk, M. in Elston, M. D. (2020). Occupational skin disease among healthcare workers during the coronavirus (covid-19) epidemic. *Elston Jmacaddermato*. Pridobljeno 11. 9. 2020, s <https://covid-19.conacyt.mx/jspui/bitstream/1000/5375/1/1108981.pdf>.
7. Donaldson, L. (2006). *Dirty hands ... the human cost*. London: UK Department of Public Health.
8. Kampf, G. in Kramer, A. (2004). Epidemiologic Background of Hand Hygiene and Evaluation of the Most Im-portant Agents for Scrubs and Rubs. *Clin Microbiol Rev*, 17 (4), 863–893.
9. Lejko Zupanc, T. (2013). Globalni pogled na problematiko okužb, povezanih z zdravstvom. *Medicinski razgledi*, 52 (6), 5–10.
10. Ministrstvo za zdravje (2020). Ohranimo življenje: očistimo roke. Pridobljeno 11. 9. 2020, s <https://www.gov.si/novice/2020-05-04-5-maj-mednarodni-dan-higiene-rok-ohranimo-zivljenje-ocistimo-roke/>.
11. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2020) Z znanjem do boljšega zdravja. Pridobljeno 11. 9. 2020, s <https://www.nijz.si/sl/koronavirus-2019-ncov>.
12. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2020). Preprečevanje okužbe z virusom SarS-CoV-2, (2020). Pridobljeno 11. 9. 2020, s <https://www.nijz.si/sl/preprecevanje-okuzbe-z-virusom-sars-cov-2019>.
13. Pessoa - Silva, C. L., Hugonnet, S., Pfister, R., Touveneau, S., Dharan, S. idr., (2007). Reduction of health care associated infection risk in neonates by successful hand hygiene promotion. *Pediatrics*. 120 (2), 382–390.
14. Pittet, D., Allegranzi, B. in Storr, J. (2008). The WHO » Clean care is Safer care programme: field testing to enhance sustainability and spread of hand hygiene improvements. *Infection of Public Health*, 1 (1), 4–10.
15. Stone, S., Teare, L. in Cookson, B. (2001). Guiding hands of our teachers. *Hand hygiene Liaison Group. Lancet*, 357, 479–480.
16. Sue, L. K. P., Wong, J. W. S., Lo, K. Y. K. and Ali, T. K. H. (2019). The use of hand scanner to enhance hand hygiene practice among nursing students: a single-blinded feasibility study. *Nurse Education Today*, 76, 137–147.
17. Teare, L., Cookson, B., Stone, S. (2001). Hand hygiene. *BMJ*, 323, 411–412.
18. WHO (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge. *Clean Care is Safer Care*. Geneva.
19. Zingg, W., Imhof, A., Maggiorini, M., Stocker, R., Keller, E., idr., (2009). Impact of a prevention strategy targeting hand hygiene and catheter care on the evidence of catheterrelated bloodstream infections. *Crit Care Med.*, 37 (7), 2167–2173.
20. Zupanc, U. (2010). Preprečevanje prenosa okužb pri bolnikih na rehabilitaciji. V R. Petkovšek Gregorin (ur.), *Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega* (str. 83–88). Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Priporočila fizioterapevta za dobro počutje na delovnem mestu

UDK 615.82/84:616.833

KLJUČNE BESEDE: sindrom karpalnega kanala, z delom povezane težave, mobilizacijske vaje perifernega živčevja

POVZETEK - Zaradi poklicnih dejavnikov delovnega okolja kot so ponavljajoči se gibi fleksije in ekstenzije v zapestju pri tipkanju ali igranju instrumenta, delo z vibratornimi stroji, uporaba moči pri delu, prisilna drža, položaj zgornjega uda in ponavljajoče se torzije v zapestjih ter kombinacije naštetih dejavnikov prihaja do vedno pogostejših okvar perifernega živčevja. Eno najpogostejših je sindrom karpalnega kanala, katerega delež predstavlja okrog 60.000 bolnikov v Sloveniji. Takšno stanje povzroča začasno ali trajno delanezmožnost in velik finančni udarec za bolnika kot tudi podjetje in zdravstveno blagajno. Sindrom karpalnega kanala je bolezen, ki je najpogosteje povezana z delom, vendar jo lahko sprožajo tudi drugi dejavniki. Njeni simptomi pa so lahko zelo moteči in marsikdaj vodijo v predčasno upokojitvev. Poleg sindroma karpalnega kanala, ki ga povzroča stisnjenje medialnega živca, pa lahko imamo zaradi natezne poškodbe določene fascialne linije tudi težave s prevodnostjo ulnarnega in radialnega živca, ki prav tako zahtevata terapevtsko obravnavo. V določenih primerih in če je dovolj zgodaj pa si lahko preventivno pomagamo sami z mobilizacijskimi vajami.

UDC 615.82/84:616.833

KEYWORDS: carpal tunnel syndrome, work related issues, mobilization exercises of peripheral nerves

ABSTRACT - Due to occupational factors of the working environment such as repetitive movements of flexion and extension in the wrist when typing or playing an instrument, working with vibrating machines, use of force at work, forced posture, upper limb position and repetitive torsion in the wrists and combinations of these factors lead to more frequent peripheral nerve damage. One of the most common is carpal tunnel syndrome, which represents around 60,000 patients in Slovenia. Such a condition causes temporary or permanent incapacity for work and a major economic burden for the patient as well as the company and the health insurance. Carpal tunnel syndrome is a disease that is most commonly associated with work, but can also be triggered by other factors. Its symptoms can be very disturbing and often lead to early retirement. In addition to carpal tunnel syndrome, which is caused by compression of the medial nerve, fascial lines can also cause conductivity problems of the ulnar and radial nerves, which also requires therapeutic treatment. In certain cases and if it's early enough, we can help ourselves preventively with mobilization exercises.

1 Uvod

Statistike kažejo, da je 62 % okvar zdravja, povezanih z delom, nastalih zaradi stalnih in ponavljajočih se obremenitev, med njimi pa jih je okoli 7,5 % povezanih s tipkanjem, delom z miško in podobnimi aktivnostmi. Pri delu z računalnikom vsak pomik glave naprej za 2,5 centimetra podvoji obremenitev vratne hrbtenice in mišičja. Že po le štirih urah dela z miško pomembno oslabi mišična moč in gibljivost rok. Prvi znaki so najpogosteje bolečine, zakrčenost vratu in ramen, napetost v glavi in vratu, bolečine in mravljinčenje v rokah, križu in nogah. Sindrom karpalnega kanala pri delu z računalnikom nastane zaradi pretirane in kumulativne uporabe, ker je pri vnosu podatkov na uro treba napraviti okoli 12 tisoč udarcev na tipke. Ugotovljeno je tudi, da že štiriurno delo z miško povzroči zmanjšanje moči stiska roke

za od 18 do celo 60 odstotkov. Posebno tveganje predstavlja stalni prisilni položaj zapestnega sklepa, ki je zvit navzgor in vstran (Ratej, 2004).

V podlahti potekajo 3. glavni živci (n. radialis, n. medianus, n. ulnaris), ki oživčujejo mišice in kožo roke. Ulnarni in medialni živec potekata vsak skozi svoj tunel, ki ga ustvarja kostno vezivno tkivo. Najpomembnejši med njimi je medialni živec, ki poteka skozi zapestni kanal, saj nam ponavadi zaradi narave dela le-ta povzroča največ težav, zato se bom v tem članku osredotočila na sindrom karpalnega kanala.

2 Sindrom karpalnega kanala

Sindrom karpalnega kanala spada v kategorijo kroničnih skeletno-mišičnih okvar, ki nastanejo zaradi preobremenitve kitnih ovojnica in zapestja. Imenujemo ga tudi sindrom čezmerne obremenjenosti. Predstavlja skupek znakov in simptomov, ki so rezultat utesnitve medialnega živca znotraj karpalnega kanala zaradi kombinacije dejavnikov kot so mehanični stres, povečan pritisk znotraj kanala in ishemična poškodba živca (Zamborsky idr., 2017). Sindrom karpalnega kanala pogosteje prizadene ženske (razmerje ženske : moški je 4 : 1). Najpogosteje se pojavlja med 30. in 60. letom starosti z vrhuncem med 45. in 54. letom. Skoraj polovica vseh primerov sindroma karpalnega kanala je profesionalno povzročena. V več kot polovici primerov sindrom prizadene obe roki, kadar pa je prizadeta le ena roka, je to običajno dominantna roka (Al-Azzawi, 2016).

2.1 Anatomija

Karpalni tunel je zgrajen iz kostno-vezivne ožine, ki je na dlančni strani roke. Zapestne kosti tvorijo dno kanala. Skozi kanal poteka devet fleksornih tetiv in medialni živec, ki vstopa v tunel na sredini ali rahlo radialno. Vse te strukture drži v tunelu ligament (ligamentum transversum carpi), ki tvori streho zapestja (Werner in Andary, 2002). Okoli kit, ki prečkajo karpalni kanal, je napeljana sinovialna ovojnica, ki jih relativno dobro ločuje. Medialni živec poteka skozi karpalni kanal precej površinsko, neposredno pod retinakulumom fleksorumom, pred tetivo površinski fleksorji drugega in tretjega prsta. Zaradi takega položaja živca, odsotnosti zaščitne ovojnice in neelastičnosti omenjene ligamentarne strukture (transverzalni ligament) lahko že manjše spremembe obsega karpalnega kanala privedejo do pritiska na medialni živec, kar ima za posledico subjektivne in objektivne težave distalno od mesta pritiska (Dorward, 1984).

Glede na anatomske značilnosti karpalnega kanala je jasno, da je za nastanek potrebna izpolnitev dveh pogojev in sicer fleksija v zapestju v kombinaciji s povečano silo prijema. To poveča napetost v kitah fleksorjev prstov in s tem v transverzalnem ligamentu. Ker je medialni živec med kitami fleksorjev in transverzalnim ligamentom, je med fleksijo zapestja stisnjen. Bolniki s sindromom karpalnega kanala imajo posledično povišan intrakarpalni tlak (Mackinnon, 2002; Tsujii idr., 2006). K okvari živca pa prispeva tako pritisk kot tudi ishemija – slabša prekrvavljenost (zaradi pritiska in fleksije) (MacDermid in Doherty, 2004).

2.2 Klinična slika

V zgodnji fazi bolniki s sindromom karpalnega kanala občasno občutijo kratkotrajno odrevenelost v palcu, kazalcu, sredincu in na radialni strani prstanca medtem ko držijo telefon ali časopis. Bolečina, mravljinčenje in hipestezija so prisotne lokalno predvsem ponoči ali proti jutru. Ti simptomi so lahko rezultat začasne ishemije medialnega živca. Z napredovanjem bolezni se volumen karpalnega kanala zmanjšuje in vodi v fibrozo medialnega živca, kar se na začetku kaže kot zmerna nevropatija s stalnimi težavami in zmanjšano mišično močjo ter občutkom nespretnosti, ki se poslabšuje ob aktivnosti prstov (Uchiyama idr., 2010). Simptomi so pogosto bolj intenzivni ponoči kot podnevi. Nekateri bolniki opisujejo utrujenost ali širjenje

bolečine distalno v predel prstov roke in proksimalno v predel podlahti, komolca in vse do rame ter občutek zatekanja zapestja in prstov (Ibrahim, 2012). Težave znajo biti tako nadležne, da bolnika celo zbudijo iz spanca. Moteno je tudi delo, bolniki opisujejo nerodnost, predmeti jim padajo iz rok, imajo težave pri vožnji avtomobila. Težave si najpogosteje lajšajo s tem, da zamenjajo položaj roke ali pa zamenjajo aktivnost. Tej stopnji sledi stopnja hude nevropatije, ko so izražene že atrofija tenarja (zmanjšana je groba moč roke – stisk pesti, ...) in značilne deformacije roke, kjer je videti tudi trofične motnje kože (zmanjšano je znojenje, senzibiliteta na palcu, kazalcu, sredincu in radialni strani polovice prstanca). Bolečino najpogosteje izzovejo določen položaj roke ali pa stereotipno ponavljanje določenega giba zapestja, npr. pronacija ali supinacija. Težave imajo pri natančnih in majhnih gibih palca (zapenjanje bluže ali držanje stvari - krtača za lase, držalo nakupovalnega vozička) (Srakar, 1994; Uchiyama idr., 2010).

2.3 Vzroki

Vzroki za nastanek karpalnega kanala so lahko lokalni ali regionalni (vnetja - tendosinovitis, revmatoidni artritis, infekcije, putika, dermatomiositis, revmatična polimialgija, sklerodermija, travme – poškodbe, tumorji, anatomske anomalije, osteoartritis, amiloidoza, ...); sistemski (diabetes, debelost, hipotiroza, nosečnost, menopavza, sistemski lupus eritematozus, sklerodermija, alkoholizem, ...), anatomski (kostne štrline, zadebeljen karpalni ligament, kostni kalusi po zlomih, nevromi, lipomi, mielomi, nenormalni mišični trebuh, osteofiti po poškodbah, hematomi, močna mediana arterija, razne razvojne nepravilnosti ...); fiziološki – nevropatska stanja (sladkorna bolezen, ...), motnje tekočinskega ravnovesja (nosečnost, jemanje oralnih kontraceptivov, eklampsija, miksedem, Raynaudova bolezen, debelost ...); fizikalni (povezani so z neugodnim položajem in uporabo zapestja – ponavljajoči se gibi fleksije in ekstenzije v zapestju pri ročnem delu z uporabo moči, sile, mraz, ponavljajoče se stiskanje orodja, ponavljajoča se torzija v zapestju, gibi pri tipkanju ali igranju inštrumentov, lahko pa tudi kompresija pri dolgotrajnem kolesarjenju ali pri nošenju mavca po nekaterih zlomih v zapestju, delo z vibratornimi stroji, ...) (Padua idr., 2016; Arorri in Spence, 2008). Tveganje se poveča tudi, če je prisoten hitrejši ritem dela in obremenitev ter pomanjkanje odmorov med delom, kakor tudi neergonomska ureditev delovnega okolja in neustrezne razvade (nepravilno sedenje, položaj rok, dlani, ...) (Kao, 2003).

Osnovna patofiziologija kompresije živca je skupna vsem vzrokom sindroma. Čezmerne obremenitve povzročajo niz mikrotravm, ki jih reparativni mehanizmi ne zmorejo več obvladovati, zato pride kot posledica kroničnega vnetja do brazgotinjenja. Brazgotina v tetivi komprimira lokalne žile in živce, s čimer se zmanjša prekrvavitev tkiva, kar stanje še poslabša. Zaradi zadebelitve kit, kitnih ovojnica pride do zoženja lumna karpalnega kanala in povečanja tlaka znotraj kanala (Al-Azzawi, 2016).

Za razvoj sindroma karpalnega kanala so pomembni tudi dejavniki zunaj delovnega okolja, kamor štejemo starost (za vsako leto starosti se tveganje za nastanek sindroma karpalnega kanala poveča za 3 %; še posebej se povečuje tveganje pri ženskah v menopavzi in po dopolnjenem 55. letu); spol (prevalenca pri ženskah je dve- in večkrat večja kot pri moških - vzrok so lahko presnovne ali hormonske razlike in delovna opravila, ki se med spoloma razlikujejo in so v številnih raziskavah glavni dejavnik razlikovanja); rasa (belci imajo po raziskavah večjo verjetnost nastanka sindroma karpalnega kanala kot nebelci); povišana telesna masa (v raziskavah so ugotovili, da za 3 kg povišana telesna masa predstavlja povečano tveganje za 8 %); prisotnost drugih bolezni mišično-kostnega sistema; metabolične bolezni – predvsem sladkorna bolezen in bolezni ščitnice (hipotiroza); sistemske vezivnotkivne bolezni; antropometrični dejavniki; kajenje; uživanje alkohola; domača opravila v gospodinjstvu ali dela v prostem času (pletenje, vrtnarjenje) in nekatere rekreativne aktivnosti (kegljanje, atletika, ...);

psihične ali psihosomatske težave delavcev, ki nimajo možnosti vpliva na delovne procese, so nezadovoljni z delom in delajo pod časovnim pritiskom (Silverstein idr., 1987).

2.4 Diagnostika

Za postavitev diagnoze je potrebna natančna anamneza, ki mora zajeti začetek simptomov, ki v začetnem stadiju primarno vključuje nočne parestezije, motnje senzibilitete, atrofije mišic roke, provokativne faktorje kot so položaji roke in ponavljajoči se gibi, delovne aktivnosti in pri tem uporaba inštrumentov, vibratorno orodje, lokacija bolečine v regiji senzornega medialnega živca z ascendentno potekajočo bolečino proti ramenu ali descendentno radiacijo bolečine, aktivnosti, ki zmanjšajo simptome (tresenje roke, menjavanje položajev) in prisotnost preddispozicijskih dejavnikov kot so diabetes, debelost, putika, kronični poliartritis, neoplazme, amiloidoza, poškodbe, revmatoidni artritis, miedema, akromegalija ali nosečnost, operativnih posegih, pri ženskah o reproduktivni preteklosti, družinske in socialne razmere, razvade, trenutna zdravljenja, ... (Kao, 2003; Atroshi idr., 1999).

Sindrom karpalnega kanala potrjujemo z diagnostičnima in provokativnima testoma: Phalenov test (pojav parestezij ali bolečine v medialnem živcu pri 60 sekundnem vzdrževanje ekstenzije zapestja je pozitiven znak) in Tinelov test (pojav parestezij v palcu, kazalcu, sredincu in radialni strani prstanca pri tapkanju na volarno stran zapestja je pozitiven znak). Testa se uporabljata v kombinaciji s temeljito anamnezo, kliničnim statusom in drugimi diagnostičnimi metodami (test moči stiska rok, senzorični testi, EMG, ultrasonografija, MRI) (Zamborsky idr., 2017, De Krom idr., 1990).

2.5 Zdravljenje

V začetni fazi bolezni si lahko bolniki olajšajo nočne težave tako, da dlan oziroma zapestje postavijo pod hladno vodo, katere učinek bo takojšnje zmanjšanje težav. Do izboljšanja lahko pride tudi po masaži ali stresanju prizadete roke (Corbin, 2000).

Zdravljenje lahko poteka:

- konservativno – kratkotrajna imobilizacija v razbremenilnem položaju in izogibanje škodljivim dejavnostim (pri pacientih z blago do zmerno izraženimi simptomi). Zdravniki predpišejo kortikosteroide, steroidne injekcije, vitamine B6 in B12, nesteroidna protivnetna zdravila, jogo, fizioterapijo (mobilizacija karpalnih kosti, UZ, laser, vaje za moč, raztezanje) in/ali uporabo zapestnih ortoz (Zamborsky idr., 2017; Padua idr., 2016).
- operativno – dekompresija vezivno, kostnovezivno ali vezivnomišičnega tkiva, ki utesnjujejo živec (Padua idr., 2016).

3 Fascija roke

Glede na Grayevo anatomijo, le-ta definira fascijo kot vezivno tkivo, ki je tako veliko, da je vidno s prostim očesom. Fascijo razdelimo na fascijo okoli živcev in žil in fascijo, ki pokriva površino mišic in organov. Ta razdelitev kaže nove možnosti klasifikacije glede na plasti v telesu in jo delimo na superficialno fascijo (je predvsem zelo raztegljiva, poteka v hipodermisu in dermisu; sestavljena je iz ohlapnega vezivnega in maščobnega tkiva; ovija organe, žleze in nevrovaskularne poti; polni prazne prostore), globoko fascijo – fascia profunda (ima manjšo preskrbo s krvjo, veliko število senzoričnih receptorjev za propriocepcijo in nocicepcijo, poteka skozi mišice, kosti, živce in krvne žile ter jih ovija kot plast kompaktnega, fibroznega vezivnega tkiva; sem sodijo aponevroze, laminarne fascije – plantarna fascija, ligamenti, kite, ovojnice, sklepne kapsule in mišični septumi) in visceralna fascija – fascia cervico-thoraco-abdomino-pelvis, ki obeša in ovija notranje organe v dveh plasteh kot vezivno tkivna membrana (parietalna in visceralna plast). Visceralna fascija se imenuje glede na organ, ki ga ovija

(meninge, perikardium, pleura, peritoneum). Fascija ima naslednje funkcije: registrira gibanje, preskrbljuje kosti in ostala tkiva s hranili, deluje nociceptivno, ima proprioceptivne sposobnosti, se lahko aktivno krči ne glede na skeletne mišice. Za dobro delovanje fascij je potrebno iz telesa odstraniti stranske produkte metabolizma in jih preskrbeti s kisikom in hranili.

Glede na to, da fascije ovijajo žile in živce in da jih le-ti tudi prehajajo, lahko pričakujemo pri poškodbah, motnjah transporta antivirusnih in antibakterijskih tekočin, genetskih pomankljivostih produkcije posameznih komponent fascialne tekočine, pomanjkanju vitaminov in mineralov, vnetjih, kot posledica bolezni (gripa) določene simptome kot so bolečina globoko v tkivu (tudi nočna), krče, občutek oslabelosti, difuzne parestezije (zbadanje, mravljinčenje) (Typaldos, 2014).

3.1 Miofascialne linije

Globoka sprednja miofascialna linija roke poteka od 3., 4., 5. rebra in procesusa korakoideusa po sredini anteriornega dela roke do tuberositas radialis in do procesusa stiloideusa radiusa ter se preko koščic skafoida in trapeziuma zaključuje na konici palca.

Superficialna sprednja miofascialna linija roke poteka od medialne tretjine ključnice, rebernih hrustancev, spodnjih reber, torakolumbalne fascije in črevnice po medialni liniji humerusa do medialnega epikondila humerusa in do konice prstov palmarne strani.

Globoka zadnja miofascialna linija roke poteka od procesusov spinozov spodnje cervikalne in zgornje torakalne hrbtenice, medialne strani lopatice in glavice humerusa do olekranona ulne ter procesusa stiloideusa ulne preko koščic trikvetruma in hamatuma do zunanje strani mezinca.

Superficialna zadnja miofascialna linija roke poteka od okcipitalnega grebena, procesusov spinozov torakalne hrbtenice, spine skapule, akromiona, lateralne tretjine klavikule in deltoidnega tuberkla humerusa do lateralnega epikondila humerusa in se končuje na konicah dorzalne površne prstov.

Te miofascialne linije vključujejo mišice ramenskega obroča in roke. V kolikor pride do motenj v smislu motenega metabolizma zaradi različnih razlogov (poškodbe, preobremenitve mišic, vnetja, slabe drže, ...), lahko pričakujemo motnje v delovanju prekrvavitve ter motnje v delovanju živcev, ki se kažejo z bolečinami, parestezijami in otrplostjo po poteku miofascialnih linij (Myers, 2014).

4 Razprava

Sindrom karpalnega kanala se razvije postopoma in počasi kot rezultat različnih dejavnikov, ki lahko povzročajo iritacijo in vnetje na področju karpalnega kanala. Vzroki za nastanek sindroma karpalnega kanala lahko obstajajo pri delu leta dolgo in kljub temu poklicna etiologija ni prepoznana. Incidenco pojavljanja lahko zmanjšamo s tem, da uvedemo ergonomске ukrepe v službah, kjer je ugotovljeno, da se ta bolezen pogosteje pojavlja. Ugotovljeno je, da samo 13 % Evropejcev tipka z vsemi prsti, 42 % jih uporablja nekaj prstov, ostalih 45 % pa samo dva prsta, zato je obremenitev pri tem še večja (Ratej, 2004). Pri delu z računalnikom tako priporočamo uporabo različnih pripomočkov kot so vertikalne miške, podloge z gelom, podstavki za tipkovnico, ki so namenjeni razbremenitvi roke in zapestja. Zato je še bolj pomembna kakovostna tipkovnica, ergonomsko ustrezna nastavitev, pa tudi ustrezna organizacija dela. Tipkovnica pri delu mora biti nameščena pred uporabnikom, naklon naj ne bo večji od 15 stopinj, če je rob višji od 1,5 cm, je nujen podaljšek, ki služi kot podloga roki. Položaj rok mora biti tak, da je roka pri delu ob telesu, dlan pa v ravnini podlahti. Vsako uro

dela z računalnikom je potreben vsaj 5-minutni odmor, v katerem zapremo oči za nekaj sekund, gledamo v daljavo in mežikamo (nikakor pa ne beremo časopisa ali deskamo po računalniku). Prav tako je treba izvajati vaje za vratno hrbtenico, sklepe, zapestje in roko ter spodnji del hrbtenice. Zunaj službe so pomembni telesna vadba in krepitev celega telesa, pravilna drža in pravilen položaj pri spanju. Kdor že ima težave v smislu začetnega sindroma karpalnega kanala, mora prizadeto roko čim manj obremenjevati, zapestja ne sme imeti upognjenega navzdol daljši čas, zamenjati mora orodje, s katerim dela oz. prilagoditi delovni proces. Med delom je treba rokam privoščiti redne odmore in počitek. Izogibati se je treba delu z rokami preblizu ali predaleč stran od telesa. Prilagoditi je treba višino sedeža tako, da so podlahti poravnane s tipkovnico brez upogibanja zapestij (Schmid idr., 2015).

5 Zaključek

Vprašanje o tem, ali je sindrom karpalnega kanala res povezan z obremenitvami v delovnem okolju, pa vseeno ni tako enoznačno, saj številni raziskovalci menijo, da so ti dokazi nezadostni, da sindrom ni povezan z obremenitvami na delu oz. da je ta vpliv zanemarljiv in precenjen. Nekateri raziskovalci menijo, da so glavni dejavniki tveganja za nastanek sindroma spol, starost, debelost ali pomanjkanje fizične aktivnosti, sladkorna bolezen, artroza karpometakarpalnega sklepa palca, kajenje in redno uživanje alkohola. Obremenitve na delu so le eden v nizu pomembnejših vzrokov. Ponavljajoči se gibi v okolju znižanih temperatur pa so priznani kot glavni vzrok sindroma. Priporoča se, da tisti, ki imate tveganja na delovnem mestu, da si prilagodite delovno okolje – monitor, tipkovnico, besedilno predlogo, miško, ergonomski stol z naslonjali za roke, podlogo za zapestje, sedite čim bolj ravno z naslanjanjem na naslonjalo stola, ki je ergonomsko oblikovan, vsakih 60 minut napravite krajši odmor, obvezno izvajajte vaje za roke, vrat in ramena tudi med delom, v prostem času se ukvarjajte z različnimi športnimi aktivnostmi, ki vključujejo tudi raztezanje. Prav tako pa se je potrebno zavedati, da je pravilno delovanje mehko tkivnih struktur ključnega pomena za normalno delujoč metabolizem na katerega vplivajo že poleg naštetih dejavnikov tudi stres, prehrana in hidracija.

LITERATURA

1. Al-Azzawi, A. T. H. (2016). The role of ultrasound in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Muthanna Medical Journal*, 3 (2), 107–116.
2. Arorri, S. in Spence, R. A. (2008). Carpal tunnel syndrome. *Ulser Med J*, 77 (1), 6–17.
3. Atroshi, I., Gummesson, C., Johnsson, R., Ornstein, E., Ranstam, J. in Rosén, I. (1999). Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *JAMA*, 282 (2), 153–158.
4. Corbin, D. E. (2000). Carpal tunnel syndrome recovery. *Occup Health Saf.*, 69 (4), 84–86.
5. De Krom, M. C., Knipschild, P. G., Kester, A. D. in Spaans, F. (1990). Efficacy of provocative tests for diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Lancet*, 335 (8686), 393–395.
6. Dorwart, B. B. (1984). Carpal tunnel syndrome: a review. *Semin Arthritis Rheum*, 14 (2), 134–140.
7. Ibrahim, I. (2012). Carpal Tunnel Syndrome: A Review of the Recent Literature. *The Open Orthopaedics Journal*, 6 (1), 69–76.
8. Kao, S. Y. (2003). Carpal tunnel syndrome as an occupational disease. *J Am Board Fam Pract.*, 16 (6), 533–542.
9. MacDermid, J. C. in Doherty, T. (2004). Clinical and Electrodiagnostic Testing of Carpal Tunnel Syndrome: A Narrative Review. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 34 (10), 565–588.
10. Mackinnon, S. E. (2002). Pathophysiology of nerve compression. *Hand Clin*, 18 (2), 231–241.
11. Myers, T. W. (2014). *Anatomy trains: myofascial meridians for manual and movement therapists*. Elsevier.

12. Padua, L., Coraci, D., Erra, C., Pazzaglia, C., Paolasso, I., Loreti, C., ... in Hobson - Webb, L. D. (2016). Carpal tunnel syndrome: clinical features, diagnosis, and management. *The Lancet Neurology*, 15 (12), 1273–1284.
13. Ratej, M. (2004). Sindrom zapestnega prehoda kot poklicna bolezen (Specialistična naloga). Ljubljana: UL MF.
14. Schmid, A. B., Kubler, P. A., Johnston, V. in Coppieters, M. W. (2015). A vertical mouse and ergonomic mouse pads alter wrist position but do not reduce carpal tunnel pressure in patients with carpal tunnel syndrome. *Applied ergonomics*, 47, 151–156.
15. Silverstein, B. A., Fine, L. J. in Armstrong, T. J. (1987). Occupational factors and carpal tunnel syndrome. *American journal of industrial medicine*, 11 (3), 343–358.
16. Srakar, F (1994). Ortopedija. Ljubljana: Sledi Žalec.
17. Tsujii, M., Hirata, H., Yoshida, T., Imanaka – Yoshida, K., Morita, A. in Uchida, A. (2006). Involvement of tenascin-C and PG-M/versican in flexor tenosynovial pathology of idiopathic carpal tunnel syndrome. *Histol Histopathol*, 21 (5), 511–518.
18. Typaldos, S. (2014). The Fascial Distortion model. EFDMA.
19. Uchiyama, S., Itsubo, T., Nakamura, K., Kato, H., Yasutomi, T. in Momose, T. (2010). Current concepts of carpal tunnel syndrome: pathophysiology, treatment, and evaluation. *Journal of Orthopaedic Science*, 15 (1), 1–13.
20. Werner, R. A. in Andary, M. (2002). Carpal tunnel syndrome: pathophysiology and clinical neurophysiology. *Clin Neurophysiol*, 113 (9), 1373–1381.
21. Zamborsky, R., Kokavec, M., Simko, L. in Bohac, M. (2017). Carpal tunnel syndrome: symptoms, causes and treatment options. Literature review. *Ortop Traumatol Rehabil*, 19 (1), 1–8.

Stavovi fizioterapeuta o obrazovanju kroz formalno i neformalno obrazovanje

UDK 615.82/84-057.11:37

KLJUČNE RIJEČI: fizioterapija, motivacija, formalno i neformalno obrazovanje

POVZETEK - U Republici Hrvatskoj fizioterapeuti mogu stjecati dodatno znanje i vještine kroz dva modela. Motiviranost za dodatnom edukacijom podiže standard pružene usluge, razinu znanja i vještina. Ispitati motiviranost fizioterapeuta za dodatnim usavršavanjem, zadovoljstvo dodatnim usavršavanjem i korelaciju motivacije i zadovoljstva. U istraživanju su sudjelovali zaposleni fizioterapeuti s više od jedne godine radnog staža. Ispitivanje je provedeno putem dva anketna upitnika. Najznačajniji vanjski poticaj je kvaliteta radnih uvjeta, a najvažniji unutarnji poticaj je želja za znanjem. Ispunjenje vanjskih poticaja ima 34,1 %, a ispunjenje unutarnjih poticaja kod 54,9 % ispitanika. Želja za dodatnom edukacijom nije popraćena od strane poslodavca niti prepoznata u zakonskom okviru. Uočljivo je da odnos uloženog i dobivenog ima sve snažniju ulogu. Poticaji se mijenjaju u skladu s općim društvenim odnosima. Treba prepoznati trenutak u kojem se može zadržati rad protkan željom za pomaganjem drugima, raditi na pravilnoj nagradi za postignuća ili napore pojedinih fizioterapeuta za podizanjem kvalitete usluge.

UDC 615.82/84-057.11:37

KEYWORDS: physiotherapy, motivation, formal and non-formal education

ABSTRACT - In the Republic of Croatia, physiotherapists can acquire additional knowledge and skills through two models. Motivation for additional education raises the standard of service provided, the level of knowledge and skills. The aim of this paper is to examine the motivation of physiotherapists for additional training, satisfaction with additional training and the correlation of motivation and satisfaction. Employed physiotherapists with more than one year of work experience participated in the research. The survey was conducted through two survey questionnaires. The strongest external stimulus is the quality of working conditions and the most important internal stimulus is the desire for knowledge. Fulfillment of external incentives has 34.1% of respondents and fulfillment of internal incentives 54.9% of respondents. The desire for additional education is not shared by the employer nor is it recognized in the legal framework. It is noticeable that the relationship between investment and profit has an increasingly strong role. Incentives change according to general social relations. One should recognize the moment in which they can keep the work interwoven with the desire to help others, to work on the right reward for the achievements or efforts of individual physiotherapists to raise the quality of service.

1 Uvod

Fizioterapeuti temeljnim obrazovanjem, kliničkom praksom i stručnim usavršavanjem osim znanja, vještina i sposobnosti, razvijaju stavove i uvjerenja koja mogu utjecati na proces daljnjeg obrazovanja. Temeljna i ključna komponenta za učenje zdravstvenim profesijama je klinička praksa kroz integraciju teorijskog i praktičnog znanja (Delany i Bragge, 2008). Dakle, fizioterapija je znanstvena disciplina, a koja ima i elemente strukovne discipline (Brumnić i sur., 2017).

Fizioterapija je neovisna zdravstvena profesija koja je prisutna u svim kliničkim područjima, te zahtijeva kontinuiranu nadogradnju temeljnih znanja fizioterapeuta usvojenih tijekom studija.

Fizioterapija se neprestano mijenja i razvija. Razvoj i napredak velikog broja profesija pa tako i fizioterapije, usko je povezan s obrazovanjem i usvajanjem novih znanja i vještina.

Obrazovanje je jedan od temeljnih stupova na kojima počiva svako zanimanje, struka, društvo, država, pa globalno i cijeli svijet (Kuka, 2012). Europski i svjetski standardi u edukaciji iz područja fizioterapije ističu potrebu obrazovanja fizioterapeuta na razinama preddiplomskog i diplomskog studija.

Dosadašnji tradicionalni način obrazovanja podrazumijevao je samo formalno obrazovanje kao jedini model usvajanja znanja, i vještina (Đonlić i Moretti, 2011).

Današnji, suvremeni koncept obrazovanja usmjeren je na cjeloživotno obrazovanje i učenje. Cjeloživotno obrazovanje ne zamjenjuje tradicionalno školovanje, već ono predstavlja fleksibilan sustav učenja koji omogućuje cjeloživotno stjecanje i razvijanje kompetencija koje su ljudima potrebne za život u odrasloj dobi (Rajić i Lapat, 2010 navedeno u Pastuović, 2008). Koncept cjeloživotnog obrazovanja odnosi se na formalni, neformalni, informalni oblik obrazovanja (Pastuović, 2008).

Državni zavod za statistiku (2017) definira formalno obrazovanje kao institucionalizirano, namjerno i planirano obrazovanje kroz javne ustanove i priznata privatna tijela (https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2017/08-01-13_01_2017.htm).

Sustav neformalnoga obrazovanja još uvijek je nepregledno područje različitih obrazovnih programa kojima se ne ostvaruje nova kvalifikacija. Neformalno obrazovanje može, ali nije neophodno da rezultira potvrdom o usvojenom obliku obrazovanja, te ta potvrda nema status javne isprave iz koje se ostvaruju prava završenih polaznika i obveze poslodavaca ili druge obrazovne ustanove na davanje prioriteta prilikom prijave za natječaja za zapošljavanje (Simel, 2011).

Vrste su neformalnoga obrazovanja tečaj, seminar, radionica, konferencija, stručni skup i slično (Vekić, 2015).

Informativni oblik obrazovanja vezan je uz svakodnevne aktivnosti u radu, obitelj i slobodno vrijeme gdje nema strukturiranosti u smislu ciljeva, vremena i potpore učenju (Rogić, 2017).

U 90-im godinama prošloga stoljeća naglasak s obrazovanja premješta se na učenje, čime se odgovornost s države usmjerava na pojedinca (Vekić, 2015).

Pojam cjeloživotno učenje naglasak stavlja na važnost neorganiziranoga učenja za čovjekov razvoj, pa se pažnja posvećuje nenamjernom učenju i samoobrazovanju (Vekić, 2015).

Usljed razvoja tehnike i tehnologija, ujecaja i potreba tržišta rada od fizioterapeuta se očekuje praćenje tih promjena te kontinuirano učenje i obrazovanje. Postoji niz čimbenika koji utječu na obrazovanje fizioterapeuta, a jedan od njih je i motivacija. Motivacija prema Armstrongu (2006) je razlog zbog kojeg ljudi nešto čine.

Motivacija se na ovaj način može opisati kao ponašanje usmjereno prema određenom cilju. Motivacija utječe na ponašanje odrasle osobe, dok obrazovanje ima ulogu pomoći pojedincu da zadovolji motive (Vinković, 2015).

1.1 Obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj

U Hrvatskoj fizioterapeuti se obrazuju kroz formalni, neformalni i informativan oblik obrazovanja. Kroz formalni oblik obrazovanja fizioterapeuti imaju mogućnost studiranja i stjecanja znanja iz područja fizioterapije kroz dvije razine pri veleučilištima i sveučilištima (dodiplomski, diplomski studij). Dodiplomski studij koji pohađaju redovni i izvanredni studenti u trajanju je od tri godine, nakon čega se stječe stručni naziv prvostupnik/prvostupnica

fizioterapije. Druga razina, diplomski sveučilišni studij i specijalistički diplomski stručni studij iz područja fizioterapije, traje još dodatne dvije godine i po završetku studija stječe se stručni naziv magistar/magistra fizioterapije i diplomiran fizioterapeut.

Obrazovanje fizioterapeuta u Hrvatskoj teži ka europskim i svjetskim standardima obrazovanja. Europski i svjetski standardi u edukaciji iz područja fizioterapije ističu potrebu obrazovanja fizioterapeuta na razinama preddiplomskog i diplomskog studija.

Uz formalno obrazovanje fizioterapeuta sve istaknutija je potreba za neformalnim i informalnim oblicima obrazovanja. Na taj način koncepcija dodatne edukacije odgovara na potrebe pojedinca u suvremenom društvu koje se neprekidno mijenja. Dodatna edukacija i proces cjeloživotnog obrazovanja uključuju kontinuirani profesionalni, ali i osobni rast i razvoj (Austin i Graber, 2007).

Vrlo često stavovi i uvjerenja koja stječemo kroz najranija životna doba mogu uvelike utjecati na daljnji profesionalni razvoj i znatno odrediti djelovanje pojedinca (Mandarić Vukušić, 2018).

Cilj ovoga rada je analiza stavova i motivacije fizioterapeuta prema dodatnoj edukaciji.

2 Ciljevi

Ciljevi ovog istraživanja su sljedeći:

- ispitati stupanj motiviranosti fizioterapeuta za dodatnim obrazovanjem
- ispitati stupanj motiviranosti fizioterapeuta za dodatnom edukacijom
- ispitati čimbenike za dodatnim obrazovanjem
- ispitati čimbenika za dodatnom edukacijom
- ispitati zadovoljstvo dodatnim obrazovanjem
- ispitati zadovoljstvo dodatnom edukacijom

3 Hipoteze

Hipoteza 1: Postoji statistički značajna povezanost između stupnja obrazovanja i motivacije za dodatnim obrazovanjem

Hipoteza 2: Postoji statistički značajna povezanost između stupnja obrazovanja i motivacije za dodatnom edukacijom

Hipoteza 3: Postoji statistički značajna povezanost između stupnja obrazovanja i zadovoljstva dodatnim obrazovanjem

Hipoteza 4: Postoji statistički značajna povezanost između stupnja obrazovanja i zadovoljstva dodatnom edukacijom

Hipoteza 5: Postoji statistički značajna povezanost između motivacije za dodatnim obrazovanjem i zadovoljstva dodatnim obrazovanjem

Hipoteza 6: Postoji statistički značajna povezanost između motivacije za dodatnom edukacijom i zadovoljstva dodatnim edukacijom

4 Metode i materijali

Temelj za zaključivanje činiti će podaci prikupljeni anketnim upitnikom. Anketnim upitnikom su prikupljeni osnovni podaci o ispitanicima (dob, stupanj obrazovanja, godine rada u struci, radno mjesto ispitanika prema tipu organizacije), zatim podaci koji se odnosi na nastavak trajne

edukacije i trenutne motiviranosti za daljnju edukaciju, čimbenike koji utječu na motivaciju, stavove prema nastavku edukacije nakon formalnog obrazovanja, postojanje financijske podrške poslodavca, prepoznavanje potrebe u Republici Hrvatskoj za visoko educiranim kadrom iz područja fizioterapije, te stav o cjeloživotnom obrazovanju. Podatci su prikupljeni tijekom proljeća i ljeta 2020. godine. Svi ispitanici su informirani o cilju istraživanja, te im je zajamčena anonimnost pri obradi i prezentaciji rezultata.

Za obradu dobivenih rezultata korišten je IBM SPSS sustav, inačica 19.

5 Rezultati

Istraživanje je provedeno u Republici Hrvatskoj. Ispitanici su bili fizioterapeuti iz četiri hrvatske regije s izuzetkom Gorske Hrvatske iz koje nije bio niti jedan ispitanik. Od 161 fizioterapeuta, 87 ih je iz istočne Hrvatske, 31 iz središnje i sjeverozapadne Hrvatske, 22 iz Istre i Hrvatskog primorja te 21 iz Dalmacije.

Najveći broj ispitanika pripada dobnoj skupini između 30–39 godina, njih 70 (43,5 %), zatim oni do 29 godina, njih 40 (24,8 %). Ispitanika starosti između 50–59 godina bilo je 21 (13 %), od 40–49 godina 16 (9,9 %), a onih sa 60 godina i više u ispitivanju je sudjelovalo 13 (8,9 %).

Prema tipu organizacije u kojima fizioterapeuti rade ispitanici su dali sljedeće odgovore: U Kliničkom bolničkom centru radi njih 69 (42,9 %), u općim ili županijskim bolnicama zaposleno je 44 ispitanika fizioterapeuta (27,3 %), u domovima zdravlja ili poliklinikama 32 (19,9 %), u privatnoj djelatnosti 10 (6,2 %), a u obrazovno nastavno znanstvenim institucijama 4 ispitanika fizioterapeuta (2,5 %).

Od ukupnog broja ispitanih fizioterapeuta velika većina nalaze se u skupini djelatnika ili zaposlenika, ukupno 148 (91,9 %). Pet fizioterapeuta raspoređeno je na djelatnosti voditelja radne jedinice, tri su glavna fizioterapeuta, niti jedan poslodavac, dok se samo jedan ispitanik izjasnio da obavlja neki drugi oblik rada, ne izjasnivši se koji.

Prema duljini radnog staža ispitanici su dali sljedeće odgovore: 61 fizioterapeut (37,9 %) s manje od 10 godina staža, 50 (31,1 %) od 10 do 19 godina staža, 18 (11,2 %) od 20 do 29 godina radnog staža, zatim 39 do 39 godina staža 20 (12,4 %) i na kraju s 40 godina radnog iskustva i više bilo je 11 fizioterapeuta (6,4 %).

Stupanj obrazovanja među ispitanicima istraživanja je raspodijeljen tako da su najveća skupina ispitanika prvostupnici fizioterapije 81 (50,3 %), zatim fizioterapeutski tehničar 51 (31,7 %), magistra struke 16 (8,9 %), diplomirani fizioterapeut 12 (7,5 %) te jedan fizioterapeut s doktoratom (0,6 %).

U struci se kroz obrazovni sustav na nekoj od visoko obrazovnih institucija tijekom radnog vijeka odlučilo 80 fizioterapeuta, a isti broj ispitanika izjavio je kako se nije odlučilo za nastavak edukacije. Jedan ispitanik nije dao odgovor na ovo pitanje. Kroz radionice, tečajeve ili sličan oblik edukacije odlučilo se 108 fizioterapeuta, 44 je izjavilo kako se nije odlučilo za ovaj oblik edukacije, dok 9 fizioterapeuta nije dalo odgovor na ovo pitanje.

Trenutna motiviranost za daljnju edukaciju kod ispitanika je odgovorena medijanom od 3,47 sa standardnom devijacijom 1,034. Rezultat je od srednje prema visokoj motiviranosti fizioterapeuta prema dodatnoj edukaciji neovisno o modalitetu izobrazbe.

Od čimbenika koji su fizioterapeuti označili kao osobni motiv za edukaciju izdvaja se kvaliteta radnih uvjeta kao najvažniji vanjski čimbenik, a kao najistaknutiji unutarnji čimbenik izdvaja se zadovoljstvo.

S obzirom na distribuciju rezultata uočava se kako osim ova dva najistaknutija odgovora, izdvajaju i financije kao važan vanjski poticaj za nastavak obrazovanja te želja za znanjem kao istaknuti unutarnji poticaj.

Na pitanje o zadovoljstvu na koji je način okolina reagirala na dodatnu edukaciju fizioterapeuti su odgovorili kroz aritmetičku sredinu od 3,09 sa standardnom devijacijom od 1,210. Raspodjela rezultata naglasak stavlja na to da 52 fizioterapeuta niti je nezadovoljno niti je zadovoljno (32,5 %), druga najveća skupina fizioterapeuta dalo je odgovor da je uglavnom zadovoljno 46 (29,8 %), njih 26 (16,1 %) u potpunosti je nezadovoljno. Uglavnom nezadovoljno je 12 fizioterapeuta (7,5 %), dok je u potpunosti zadovoljno 15 fizioterapeuta (9,3 %).

Na ispunjenje vanjskih poticaja kroz dodatnu edukaciju ispitanici se u 31,7 % odgovora ne mogu odlučiti (51 ispitanik), u 28,6 % (48 ispitanika) odgovora ispitanici izjavljuju kako su uglavnom ispunjena očekivanja dodatnom edukacijom. Neispunjena očekivanja ili djelomično neispunjena očekivanja ima 14,0 % (24 ispitanika). Potpuno ispunjena očekivanja ima 5,6 % (9 ispitanika) S druge strane, izražavanje ispunjenja unutarnjih poticaja fizioterapeuti su iskazali na sljedeći način; od ukupnog broja 71 fizioterapeut navodi kako su unutarnji poticaji uglavnom ispunjeni dodatnom edukacijom (44,1 %). Ispitanika koji ne mogu jasno odgovoriti na ovo pitanje bilo je 44 (27,3 %). U potpunosti je unutarnji poticaj bio ispunjen kod 17 ispitanika (10,8 %). Skupina ispitanika kod kojih u potpunosti nije došlo do ispunjenja unutarnjih poticaja je 10 (6,2 %), dok njih 12 (7,5 %) je izjavilo kako se uglavnom nisu ispunila očekivanja u pogledu unutarnjih poticaja.

Na pitanje »Zanima li Vas nastavak nakon završetka formalnog obrazovanja« ispitanici su u većini slučajeva izjavili kako ih zanima podijelivši se prema intenzitetu u dvije skupine. Vrlo visoku razinu pokazalo je 62 ispitanika (38,5 %), opću zainteresiranost pokazalo je 60 ispitanika (37,3 %) da o tome nema stav izrazilo je 15 ispitanika (9,3 %). Njih 12 (7,5 %) nije zainteresirano, dok njih 10 (6,8 %) uopće ne zanima dodatno obrazovanje.

Ispitanici su se izjasnili i po pitanju stava o tome utječe li dodatna edukacija na kvalitetu rada. Dobiveni odgovori su bili raspoređeni tako da je 57 ispitanika (35,4 %) reklo da često misli da je tako, 50 ispitanika (31,7 %) tvrdi da je to povremeno, a da je edukacija svakodnevno utječe na kvalitetu rada izjavilo je 37 fizioterapeuta (23 %) Da edukacija rijetko utječe na kvalitetu rada smatra 14 ispitanika (8,7 %) a da to nikada nije tako smatra jedan ispitanik (0,6 %).

Postoji li financijska podrška poslodavca prema fizioterapeutima koji se dodatno educiraju, ispitanici su dali sljedeće odgovore. 59 ispitanika nikada nema financijsku podršku svojeg poslodavca (36,6 %). Kako rijetko imaju financijsku podršku poslodavca izjavilo je 32 ispitanika (19,9 %). Povremenu financijsku podršku dobiva 34 ispitanika (21,1 %). Da je to često izjavilo je 13 ispitanika (8,1 %), a kako je uvijek tako izjavilo je 19 ispitanika (11,8 %).

Jedna od dobrobiti dodatne edukacije na visokim učilištima je stjecanje znanja o provedbi znanstvenog istraživanja. Ispitanici su izjavili kako uglavnom nemaju dovoljnu količinu znanja i vještina za provedbu istraživanja bez dodatne edukacije. Odgovorili su aritmetičkom sredinom od 2,801 sa standardnom devijacijom od 1,304. Najveći broj ispitanika 52 (32,3 %) nije mogao ocijeniti ima li potrebna znanja i vještine. Ispitanici koji imaju jasan stav o tome su podijeljeni; skupina od 59 (46,8 %) ispitanika misli da nema potrebna znanja i vještine, dok 49 ispitanika (30,3 %) smatra kako ima potrebna znanja i vještine za provedbu znanstvenih istraživanja.

Prepoznaje li se na razini cijele Republike Hrvatske potreba za visoko educiranim kadrom pitanje je na koje su ispitanici dali odgovor kako se takva potreba ne prepoznaje u broju od 97 ispitanika (50,2 %). Ispitanika koji su dali odgovor »ni ne ni da« bilo je 29 (18 %), a broj ispitanika koji smatra kako se potreba za visoko obrazovanim kadrom prepoznaje bilo je 33

(20,5 %). S druge strane, pitanje o uvažavanju fizioterapeuta s dodatnom edukacijom, dalo je sljedeće rezultate. Da se fizioterapeute ne uvažava uopće ili dovoljno smatra 94 ispitanika (78,4 %). Fizioterapeuta koji su odgovorili neodređeno bilo je 38 (23,6 %), dok je skupina ispitanika koji smatraju da ih se uvažava dovoljno ili iznimno brojala skupinu od 27 (16,8 %). Da je fizioterapija struka koja zahtjeva cjeloživotno učenje smatra 151 ispitanik (93,8 %) Neodređen odgovor dalo je 5 ispitanika (3,1 %), dok njih 3 smatraju kako fizioterapija ne zahtjeva cjeloživotno obrazovanje i edukaciju (1,8 %). Negativan stav o dodatnoj edukaciji ima 7 ispitanika (4,3 %), neodređen stav pokazalo je 26 ispitanika (16,1 %), pozitivan stav ima 91 fizioterapeut (58,5 %), a iznimno pozitivan stav ima 35 fizioterapeuta (21,7 %). Kada bi ponovo morali odlučivati o dodatnoj edukaciji, a s obzirom na dosadašnje iskustvo jednako kao i do sada postupio bi 101 fizioterapeut (62,8 %). Fizioterapeuta koji ne znaju bilo je 39 (24,2 %), a broj fizioterapeuta koji ne bi ponovili iste odluke bilo je 18 (11,2 %). U interkorelaciji promatranih varijabli visine obrazovanja i motivacije za dodatnim obrazovanjem postoji statistička povezanost $p = .201$. Statistički značajna povezanost je i između varijabli visina obrazovanja i ponovljene odluke o edukaciji $p = .245$. Druga interkorelacija, između promatrane varijable visine obrazovanja i zbrojne varijable utjecaja pokazuje da postoji statistički značajna povezanost ($p = .367$), a također postoji statistički značajna povezanost između varijabli utjecaja i ponavljanja donesene odluke o edukaciji ($p = .182$) Visina obrazovanja i važnost utjecaja nisu značajno statistički povezane varijable. Promatrajući interkorelaciju varijabli visina izobrazbe i dodatna edukacija u visokim učilištima uočava se značajna statistički negativna povezanost $p = -.303$. Značajna negativna statistička povezanost postoji između varijabli visina obrazovanja i dodatna edukacija kroz tečajeve, radionice i sl. $P = -.392$. Usmjerenom na 1. hipotezu nalazimo rezultat da postoji negativna statistički značajna povezanost $p = -0.203$ između varijabli koje se odnose na osobnu korist i fizioterapeuta koji su se odlučili na dodatnu edukaciju u okviru tečajeva, radionica i sl. Interkorelacija varijabli motivacija za dodatnom edukacijom i zadovoljstvo dodatnom edukacijom pokazuju da postoji statistički značajna povezanost ($p = .280$ za tvrdnju reakcija okoline na dodatnu edukaciju, statistička povezanost $p = .180$, za tvrdnju ispunjenje vanjskih poticaja, $p = .29$ za tvrdnju ispunjenje unutarnjih poticaja te iznimno visoku i značajnu statističku povezanost $p = .59$ o trenutnom stavu o dodatnoj edukaciji). Promatrane su interkorelacije između stupnja obrazovanja i zadovoljstva dodatnom edukacijom. Postoji statistički značajna pozitivna povezanost između ove dvije varijable $p = .201$. Anketa je strukturirana tako da promatra tri temeljne pozicije u odnosu prema okolini. Prva pozicija je pozicija u kojoj fizioterapeuti ostvaruju položaj snažnijeg utjecaja u okolini u kojoj rade. Na promatranu veličinu fizioterapeuti su dali sljedeći odgovor. Zbrojna varijabla 5 promatranih tvrdnji (Armstrong, 2006; <https://www.zakon.hr/z/320/Zakon-o-znanstvenoj-djelatnosti-i-visokom-obrazovanju>; Pastuović, 2008; Vekić, 2015; Vinković, 2015) dala je medijan od 3,094 uz standardnu devijaciju $SD = 3,248$. Na tvrdnje koje se odnose na pomoć drugima (Brumnić, 2017; https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2017/08-01-13_01_2017.htm; Kuka, 2012; Simel, 2011; Mandarić Vukušić, 2018) ispitanici su odgovorili na sljedeći način; medijan 4,248 uz standardnu devijaciju $SD = 2.663$. Treća skupina tvrdnji (Delany in Bragge, 2009; Đonlić in Moretti, 2011, Rajić in Lapat, 2010; Rogić, 2017; Udovičić, 2013; Lovrić, 2017) odnosila se na stjecanje osobne koristi. Ispitanici su dali odgovor na način da je medijan 4,830, a standardna devijacija $SD = 3.003$. Najistaknutija pozitivno označena je 14. tvrdnja »Pomagati ljudima kojima je potrebno« (medijan 4,61, $SD = .561$). Najistaknutija negativno percipirana veličina je 9. tvrdnja »Dobiti javno priznanje« (medijan 2,58, $SD = 1.064$).

6 Rasprava

U istraživanju su promatrane varijable stupnja obrazovanja i motivacije za dodatnim obrazovanjem. Promatranje stupnja obrazovanja bilo je prema modelu obrazovanja koji je trenutno važeći u Republici Hrvatskoj (<https://www.zakon.hr/z/320/Zakon-o-znanstvenoj-djelatnosti-i-visokom-obrazovanju>). Stoga, u ovo istraživanje nisu mogli biti uključeni oni fizioterapeuti koji su svoju izobrazbu završili u nekoj drugoj zemlji, bilo da se radi o zemljama Europske Unije ili pak trećim zemljama, neovisno o tome što ti fizioterapeuti obavljaju svoju djelatnost na teritoriju Republike Hrvatske. Ovo istraživanje nije imalo za cilj provesti kontrolu kvalitete obrazovanja, nego ispitati motivaciju za dodatnim obrazovanjem. S druge strane, nije bilo moguće odrediti korektiv za promatranje u kojem trenutku se netko od fizioterapeuta uključio u dodatno obrazovanje. Motivi dodatnog obrazovanja ne bi trebali, osobito u sustavu cjeloživotnog obrazovanja, biti promatrani kroz godine starosti ili dobne zrelosti. Takav način promatranja dobivenih rezultata ima više socijalni nego profesionalni aspekt (Marušić, 2012). Osim toga, u istraživanju je trebalo jasno razgraničiti obrazovanje od edukacije iz razloga što fizioterapeuti u sustavu trajne izobrazbe mogu posezati za jednom ili drugom ponuđenom mogućnošću (Maravić, 2003). Obrazovanje je, kako je već navedeno, strukturirano na način koji odgovara zakonskom okviru u Republici Hrvatskoj. Edukacija se može provoditi kroz različite oblike stjecanja znanja i vještina, čime pravila za stjecanje kompetencija bivaju u nadležnosti organizatora edukacije. Za prihvaćanje stečenih kompetencija dijelom je nadležna Hrvatska komora fizioterapeuta, dijelom je edukacijski proces prepušten tržišnom modelu, trenutnoj popularnosti izvjesne tehnike, njezinoj isplativosti, a samo u manjoj mjeri stvarnoj učinkovitosti. Za sada u Republici Hrvatskoj ne postoje mehanizmi za provjeru etičnosti primijenjene tehnika u fizioterapiji, niti postoje mehanizmi za provjeru znanstvene utemeljenosti za neka edukacijska područja kojima fizioterapeuti mogu pristupiti. Drugim riječima, akti komore i Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti ne definiraju do kraja ovo pitanje (<https://www.zakon.hr/z/398/Zakon-o-fizioterapeutskoj-djelatnosti>). Stoga ovo istraživanje nije išlo u pravcu iznalaženja rješenja za kvalitetnim ponudama u okviru edukacije fizioterapeuta, nego je cilj bio promotriti jesu li fizioterapeuti zadovoljni postignutim. Promatrane veličine dale su rezultate koji su u korelaciji jedna prema drugoj istaknuli važnost usmjeravanja fizioterapeutske struke. S obzirom na ukupan broj ispitanih fizioterapeuta i na njihovu raspodjelu po regijama Republike Hrvatske, može se reći da prva veličina može biti reprezentativan uzorak, međutim druga veličina ukazuje da je jedna regija u ispitivanju zastupljena većim postotkom pa je iz toga nemoguće zaključiti jesu li stavovi ispitanika validni za sve regije. Podzastupljenost ispitanika veličina je koja ovom istraživanju daje na težini samo u slučaju ako se gleda kroz ukupan broj pada općeg broja radnih mjesta u fizioterapiji te na činjenicu da postoji sve više privatnih tvrtki s malim brojem ukupno zaposlenih (Udovičić, 2013). U takvom okruženju bilo bi teško očekivati da će zaposlenici iskreno odgovoriti na anketna pitanja iz razloga što je fluktuacija fizioterapeuta u privatnim tvrtkama znatno veća nego u državnim ili poluprivatnim. Višina obrazovanja otvara mogućnosti za postavljanje pitanja. Fizioterapeuti koji su u poziciji donositi odluke prema primjeni nekog postupka svakako će postavljanjem više varijanci biti u poziciji objektivnije sagledati problem koji se pred njima nalazi. Istraživanje je pokazalo da fizioterapeuti koji imaju višu razinu strukovnog obrazovanja imaju veću motivaciju za daljnjom edukacijom (Lovrić, 2017). Treba biti korektan pa naglasiti kako se paradigma obrazovanja uvelike promijenila zadnjih dvadesetak godina. U Republici Hrvatskoj danas postoji nekoliko visokoškolskih ustanova koje omogućavaju visoku izobrazbu za fizioterapeute dok je prije dvadeset i pet godina bilo samo dvije. Dostupnost novih tehnika također je danas mnogo raširenija. Stoga bi bilo nekorektno reći da ispitanici koji pripadaju generaciji koja je svoje školovanje završila prije trideset ili četrdeset godina nisu imali

motiva za dodatnim obrazovanjem ili edukacijom. Oni jednostavno nisu imali mogućnosti niti prilike.

Selektivno promatranje ovih dviju varijabli može se dopuniti promatranjem pitanja bi li fizioterapeuti ponovili iste profesionalne odluke ukoliko im se pruži prilika, a da imaju ovo životno iskustvo. Ova varijabla uzeta je iz razloga kako se ne bi stekao dojam kako je zadovoljstvo fizioterapeuta vlastitom edukacijom kratkoročno. Ona je popuna tvrdnji o već iznesenim stavovima.

Mjerenje zadovoljstva provedenom dodatnom edukacijom kroz ispunjenje vanjskih ili unutarnjih poticaja daje nekoliko korelacija koje su znakovite u pogledu pristupanja budućem planiranju edukativnog sadržaja. Naime, iako je distribucija rezultata pravilne krivulje, uočava se kako dva odgovora imaju pretežno veću značajnost. U iskazivanju vanjskih poticaja fizioterapeuti su naveli radne uvjete, kao najznačajnije, dok u iskazivanju unutarnjih poticaja najveću značajnost ima kvaliteta rada. U širem kontekstu fizioterapeutima je važno na konkretan način pružiti kvalitetnu uslugu korisniku bilo kroz podizanje kvalitete vlastitog rada ili kroz podizanje kvalitete radnih uvjeta. Dakle, korisnik je na prvom mjestu kada je riječ o promišljanju i odluci fizioterapeuta za ulaganje u dodatnu edukaciju. Upravo stoga, iznenađuje podatak kako je samo mali broj od ukupno ispitanih imao podršku poslodavca u financijskom smislu. Probleme vlastitog financiranja dodatnih edukacija fizioterapeuta ističu i drugi autori (Brumnić idr., 2017). Uspoređujući vanjske i unutarnje poticaje fizioterapeuta s najistaknutijom tvrdnjom dobivenom od strane ispitanika, a to je pomaganje ljudima kada je potrebno, dolazi se do zaključka kako su fizioterapeuti spremni odvojiti vlastita sredstva i vrijeme u korist osobe u potrebi. Ovo treba promotriti i u svjetlu zbrojnih varijabli koje ističu da fizioterapeuti cijene materijalnu korist. Taj rezultat treba gledati iz dvije perspektive. S obzirom da mali broj fizioterapeuta ima financijsku potporu poslodavca, oni kojima to nije omogućeno nastoje sebi priskrbiti isplativost edukacije. S druge strane, postoji vlastito »darivanje« fizioterapeuta u želji da se korisniku pruži kvalitetnija usluga, ali ono nije »nagrađeno« od strane poslodavca. Dakle, ne postoji pravedna distribucija uloženog i dobivenog, što fokus skreće s »darivanja« svojih vještina na »prodavanje« usluga. Vjerujem da bi kreatori odnosa u svijetu fizioterapije trebali voditi računa o ovom aspektu.

Dobiveni podatak koji nije bio temeljem ovog istraživanja, ali to svakako ne umanjuje njegovu kvalitativnu vrijednost, je pokazatelj o broju fizioterapeuta koji kroz dodatnu izobrazbu žele steći dodatnu materijalnu korist. U anketnom obrascu nije bilo moguće zaokružiti više od jednog točnog odgovora, stoga je dobiveni rezultat precizna odrednica za jednu trećinu ispitanika. Što se pak tiče drugog po veličini rezultata unutarnjih poticaja, znanje ima veliku ulogu u odluci fizioterapeuta za trajnom edukacijom. Ova dva rezultata dodatno osnažuju tvrdnju kako se uvjeti i odnosi u društvu mijenjaju te je očekivana rezultanta takvih promjena uvijek s naglaskom na opipljivu i mjerljivu stvarnost.

Primarno, cilj ovog istraživanja bio je promotriti kakvi su opći stavovi fizioterapeuta o dodatnoj edukaciji. Mijenjaju li se stavovi iskustvom ili se tim istim iskustvom, učvršćuju? To temeljno pitanje o kojem zavisi kvalitativna sprega između izobrazbe i želje za napredovanjem (bilo u materijalnom ili nematerijalnom smislu) zalag je budućnosti struke. Ispitanici su jasno i nedvojbeno istaknuli kako je izobrazba važan dio rada u struci. Nešto veći broj je onih koji su spremni odvojiti vrijeme i novac za konkretna znanja, ali ima i onih fizioterapeuta koji uviđaju važnost nastavka obrazovanja kroz znanstvene ustanove. Nepromijenjen stav o edukaciji kod fizioterapeuta koji su završili nekakav oblik nadogradnje znanja ili vještina govori u prilog da čimbenici koji utječu na odluku o dodatnoj izobrazbi bivaju učvršćeni njezinom provedbom.

7 Zaključak

U okviru današnjih odnosa u struci, načinu izobrazbe fizioterapeuta razvidno je da postoje mnoge mogućnosti za usavršavanje tijekom godina rada. Fizioterapeuti koji se odlučuju na dodatnu edukaciju i dalje se oslanjaju uvelike na vlastita sredstva, entuzijazam i želju da mogu priskrbiti korisniku što kvalitetniju uslugu.

Sustavno mjerenje podataka o važnosti edukacije ne bi trebalo biti stihijsko kopiranje uvezenih novina. Stoga za zaključiti je kako u Republici Hrvatskoj ima veliki broj fizioterapeuta koji posjeduju znanja i vještine za unaprjeđenje struke u kvalitativnom smislu. Nažalost, niti Zakon o fizioterapijskoj djelatnosti, niti Zakon o zdravstvenom osiguranju ne prepoznaju fizioterapeute koji se dodatno obrazuju kao višu razinu kvalitete u procesu pružanja zdravstvene skrbi, bilo u državnim, bilo u privatnim ustanovama, uz poneku iznimku.

Fizioterapeuti su skupina koja svoje usmjerenje nalazi u najvećoj mjeri kroz pomaganje drugima pa je i to svojevrsna nagrada za kvalitetan rad. Poticaji koji predstavljaju paradigmu motivacije, mijenjaju se u skladu s općim društvenim odnosima. Treba prepoznati trenutak u kojem se može zadržati rad protkan željom za pomaganjem drugima, raditi na pravilnoj nagradi za postignuća ili napore pojedinih fizioterapeuta za podizanjem kvalitete usluge.

LITERATURA

1. Armstrong, M. (2006). *A Handbook of Human Resource Management Practice*. London: KoganPage.
2. Austin, T. M. in Graber, K C. (2007). Variables influencing physical therapists' perceptions of continuing education. *Phys Ther*, 87 (8), 1023–1036.
3. Brumnić, V., Šklempe Kokić, I. in Jelica, S. (2017). Fizioterapija – struka, znanost ili nešto treće? U M. Smoljić in S. Janković (ur.), *Fizioterapija u sportu, rekreaciji i wellnessu* (str. 260–273). Vukovar: Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru.
4. Delany, C. in Bragge, P. (2009). A study of physiotherapy students' and clinical educators' perceptions of learning and teaching. *Medical teacher* 31 (9). Pridobljeno, s <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01421590902832970>.
5. Đonlić, V. in Moretti, V. (2011). Mogućnost primjene neformalnog i informalnog obrazovanja u studentskim sportskim udrugama i savezima. U I. Prskalo in D. Novak (ur.), *Tjelesna i zdravstvena kultura u 21 stoljeću – kompetencije učenika* (str. 564–571). Poreč: Hrvatski kineziološki savez.
6. https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2017/08-01-13_01_2017.htm.
7. <https://www.zakon.hr/z/320/Zakon-o-znanstvenoj-djelatnosti-i-visokom-obrazovanju>.
8. Kuka, E. (2012). Koncept neformalnog obrazovanja. *Život i škola*, 27 (58), 197–203.
9. Lovrić, M. (2017) *Zadovoljstvo na poslu i radna motivacija fizioterapeuta* (Diplomski rad). Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Diplomski sveučilišni studij fizioterapija.
10. Mandarić Vukušić, A. (2018). Profesionalni razvoj odgajatelja i učitelja za rad s roditeljima. *Hrvatski časopis za odgoj i obrazovanje*, 20 (1), 73–94.
11. Maravić, A. (2003) *Cjeloživotno učenje*. Edupoint, Časopis za promjenu informacijskih tehnologija u obrazovanju, godina 3, ISSN 1333-5387.
12. Pastuović, N. (2008). Cjeloživotno učenje i promjene u školovanju. *Odgojne znanosti*, 10 (2), 253–267.
13. Rajić, V. in Lapat, G. (2010). Stavovi budućih učitelja primarnog obrazovanja o cjeloživotnom učenju i obrazovanju. *Andragoški glasnik*, 14 (1), 57–64.
14. Rogić, A. M. (2017). Odnos različitih oblika učenja u cjeloživotnom obrazovanju nastavnika. *Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja*, 63 (2), 13–24.
15. Simel, S. (2011). Neformalno obrazovanje odraslih kao model obrazovanja. *Andragoški glasnik*, 15 (19), 47–59.

16. Udovičić, A. (2013) Malo i srednje poduzetništvo u Hrvatskoj s osvrtom na obiteljsko poduzetništvo. Učenje za poduzetništvo (str. 405–416).
17. Vekić, M. (2015). Obrazovanje u novom ruhu: cjeloživotno učenje i obrazovanje odraslih. Hrvatski jezik: znanstveno – popularni časopis za kulturu hrvatskog jezika, 2 (3), 5–14.
18. Vinković, A. (2015). Motivacijski čimbenici u obrazovanju odraslih (Završni rad). Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet u Rijeci.
19. Zakon o fizioterapijskoj djelatnosti. Pridobljeno, s <https://www.zakon.hr/z/398/Zakon-o-fizioterapeutskoj-djelatnosti>.

Obravnava pacientov - otroške žrtve nasilja v družini

UDK 364.632-053.5+614.253

KLJUČNE BESEDE: *pacienti, nasilje, otroci, družina, multidisciplinarni tim*

POVZETEK - V prispevku smo poglobljeno zbirali in analizirali obravnavo pacientov, ki so žrtve nasilja nad otroki. Preučili smo literaturo v zvezi z nasiljem nad otroki v družini. Namen je prikazati socialno problematiko, ki je zelo pereča tema. Preventiva na tem področju je pomemben člen razkrivanja nasilja. Poudarili smo kaj je nasilje, nasilje nad otroki v družini in katere oblike nasilja v družini sploh poznamo. Za prikaz situacije smo prikazali statistične podatke za tujino in Slovenijo. Dotaknili smo se tudi teme o pravnih izhodiščih za obravnavo nasilja, ki se je v zadnjih letih zelo spremenila in dosegla bolj natančna in stroga določila. Razložili smo potek ukrepov znotraj zdravstvene ustanove, o pomembnosti sodelovanja s centri za socialno delo ter kako zelo je pomemben multidisciplinarni tim in možnosti namestitvev za žrtve nasilja. Podali smo inovativno idejo, kaj bi storili za izboljšanje socialne problematike v našem okolju.

UDC 364.632-053.5+614.253

KEYWORDS: *patients, domestic violence, children, multidisciplinary team*

ABSTRACT - In this article we gathered and analysed different literature about treating children victims of domestic violence. Our purpose was to show social issues, which are a burning topic. Prevention in this area is very helpful for detecting violence. We emphasised what violence is, domestic violence against children and types of domestic violence. To demonstrate the situation, we presented statistical data for Slovenia and other countries. We also touched on the legal starting points for dealing with violence, which has changed a lot in recent years and now consists of more precise and strict statutory provision. We explained the course of measures within the health institutions, amplified the importance of collaboration between the health institution and the social services and the importance of multidisciplinary team. We also discussed the possibilities of accommodation for victims of violence. In the end we gave an innovative idea about what can be done to improve the social issues in our environment.

1 Uvod

Nasilje nad otroki je v zadnjih desetih letih postala aktualna družbena tema, ki je vedno bolj zanimiva za javnost, strokovnjake, raziskovalce, medije in politike. Je velik družbeni problem. Na obsežen obseg tega nasilja so se v Sloveniji leta 2008, odzvali s sprejetjem Zakona o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). Notri so namenili posebno skrb varstvu in zaščiti otrok pred nasiljem. (Antončič, 2016, str. 223).

2 Nasilje

»Nasilje pomeni kršitev temeljnih človekovih pravic, med drugim pravice do življenja, varnosti, dostojanstva, zaščite pred telesnimi in duševnimi poškodbami, pravice do enakosti v družini ter do najvišjega možnega standarda telesnega in duševnega zdravja (Resolucija, 2009 v Anderluh, Brecelj - Kobe, Cvetežar Hojka, Gregorič Kumperščak, Kocmur, Lokovšek, Mihevc Ponikvar, Mlakar, Rus Makovec in Širaj Mažgon, 2015 str. 58).«

2.1 Nasilje nad otroki

Nasilje v družini je vsaka uporaba psihičnega, fizičnega, spolnega, ekonomskega nasilja oziroma zanemarjanja ene osebe, ki je član družine, proti drugemu članu, ne glede na spol, starost, družbeno - ekonomski položaj, versko in etnično pripadnost, kraj bivanja ali katero koli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročitelja oziroma povzročiteljice nasilja. Nasilje v družini se redko kaže kot enkratno dejanje ali oblika. Številne in raznovrstne oblike nasilja v družini se v praksi najpogosteje prepletajo, ponavljajo in stopnjujejo. Nasilna dejanja se lahko ponavljajo mesece, leta ali desetletja (Anderluh, idr., 2015 str. 58).

Nasilje v družini je povezano z nekaterimi okoliščinami, ki jih raziskovalci imenujejo rizični dejavniki. To so: nižji socialno-ekonomski položaj, zloraba alkohola ali drog v družini, enostarševske družine, družine v stresnih situacijah, družine, v katerih je prisoten konflikt med staršema, neenak družbeni položaj partnerjev (izobrazba, dohodki, verska pripadnost), otroci s posebnimi značilnostmi temperamenta. (Anderluh, idr., 2015 str. 63).

»Otroci, ki so žrtve nasilja v družini, imajo pogosteje vedenjske težave, ki se kažejo tudi v izvrševanju kaznivih dejanj že v mladostni, in pogosteje izvršujejo kazniva dejanja tudi potem, ko odrastejo. Povezava med zlorabo v otroštvu in izvrševanjem kaznivih dejanj je bila empirično dokazana v številnih ameriških raziskavah (Antončič, 2016, str. 225).«

2.2 Statistični podatki nasilja za tujino in Slovenijo

Otroci so najpogosteje žrtve kaznivih dejanj zanemarjanja mladoletne osebe in surovega ravnanja, spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let, in različnih oblik fizičnega in psihičnega nasilja (Antončič, 2016, str. 225).

Vsak dan otroci po vsem svetu in kulturah še vedno izkusijo nasilje. Razširjenost nasilja nad otroci je uničujoča, saj vsakih 5 minut zaradi nasilja umre otrok. Milijarda otrok (več kot polovica otrok, starih od 2–17 let je že doživelo čustveno, fizično in/ali spolno nasilje. 4 od 5 otrok, starih od 2 do 14 let so disciplinirani z nasiljem (Beer, Demuth in Walkner, 2017, str. 6).

»Vsaka druga (56,1 %) ženska je od dopolnjenega svojega 15. leta že doživela eno od oblik nasilja; najpogosteje psihično nasilje (49,3 %), potem fizično (23,0 %), ekonomsko (14,1 %), omejevanje gibanja (13,9 %) in spolno nasilje (6,5 %) (Zver Makovec, 2015, str. 34 v Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih, 2010).«

»V letu 2014 je bilo 882 otrok žrtev nasilja v družini. Število otrok žrtev narašča (Poročilo o delu policije za leto 2014 v Zver Makovec, 2015, str. 34).«

»Na številke Društva SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja vsako leto pokliče od 2000 do 3000 ljudi (Statistika Društva SOS telefon v Zver Makovec, 2015, str. 34).«

2.3 Pravna izhodišča za obravnavo nasilja v družini

2.3.1 Zakon o preprečevanju nasilja v družini - ZPND (2008).

Prepoved fizičnega nasilja nad otroki je prinesel Zakon o preprečevanju nasilja v družini - ZPND (2008). Od 19. novembra 2016, pa je v ZPND-ju vsakršno nasilje v družini in telesno kaznovanje otrok izrecno zakonsko prepovedano. Obenem zakon širi opredelitev, kaj je nasilje v družini, krog družinskih članov in ukrepe policije in sodišč. Med novostmi zakona je 3. a člen, ki določa, da je prepovedana katerakoli oblika telesnega kaznovanja otrok. S tem zakonom se je Slovenija končno pridružila številnim članicam Sveta Evrope, ki so že uzakonile prepoved telesnega kaznovanja. Prepoved telesnega kaznovanja otrok in ponižujočega ravnanja z otroki je bila sprejeta tudi v Družinskem zakoniku (Antončič, 2017, str. 224).

ZPND določa redno strokovno izobraževanje vseh, ki se ukvarjajo s problematiko nasilja, in predpisuje multidisciplinarni pristop pri obravnavi žrtve. (Petrovič, Huselja in Gregorič, 2015 str. 132).

Kazenski zakonik Republike Slovenije 191. člen Nasilje v družini: Uveden je bil v letu 2008 (Antončič, 2017, str. 223).

Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo (Antončič, 2017, str. 223).

Pravilnik o sodelovanju policije z drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini (Antončič, 2017, str. 223).

Na tematiko nasilja v družini se navezujejo tudi naslednji zakoni in pravilniki: Zakon o organiziranosti in nalogah policije, Zakon o kazenskem postopku, Zakon o nalogah in pooblastilih policije, Zakon o policiji, Zakon o varstvu javnega reda in miru, Pravilnik o obravnavi nasilja v družini za vzgojno-izobraževalne zavode (Petrovič idr., 2015, str. 133).

2.4 Ukrepi za izboljšanje/preprečevanje nasilja

Vsak, zlasti pa strokovni delavci v zdravstvu ter osebje vzgojno-varstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodov, morajo ne glede na določbe o varovanju poklicne skrivnosti takoj obvestiti center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo, kadar le ti sumijo, da je otrok žrtev nasilja (ZPND, 6. člen) (Meglič, 2015, str. 94).

K boljšemu in učinkovitejšemu delu z žrtvami nasilja so pripomogla tudi številna izobraževanja in usposabljanja za policijo, centre za socialno delo, nevladne organizacije, pedagoški in svetovalni kader. (Antončič, 2017, str. 229–230).

2.4.1 Izvajanje ukrepov znotraj zdravstvene ustanove

Pomembno je, da se vsi zdravstveni delavci v pediatriji zavedajo, da imajo ob sumu slabega ravnanja z otrokom koristi in pravice otroka prednost pred koristmi in pravicami drugih udeležencev postopka, ki ga zdravstveni delavec sproži, ko prepozna nasilje. Otrok je lahko izpostavljen eni ali več oblikam nasilja hkrati. Na znake zlorabe ali slabega ravnanja z otrokom je potrebo biti pozoren pri vseh sistematskih preventivnih pregledih otrok in pri kurativnih pregledih v pediatričnih ambulantah na primarni, sekundarni in terciarni ravni (Meglič, 2015, str. 94)

Pravna podlaga za priporočila »Prepoznavanje in obravnavanje zlorabljenega otroka« je Zakon o preprečevanju nasilja v družini, ki določa, da je dolžnost prijavljanja ogrožajočega nasilja v družini, posebno pa nad otroki, splošna in zavezuje vse zdravstvene delavce, ne glede na delovno mesto, položajno moč in pripadnost poklicni skupini. Prav tako »Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini« pri izvajanju zdravstvene dejavnosti določa, da mora v nujnih primerih, ko je ogroženo življenje žrtve nasilja ali njenih otrok, zdravstveni delavec takoj obvestiti policijo ali pristojni center za socialno delo (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2018, str. 49).

Vsaka zdravstvena ustanova mora izdelati navodila o zaščiti žrtev nasilja v družini. Jasno morajo biti opredeljene odgovornosti in naloge zdravstvenih delavcev, socialne službe ter vodstva; kdaj in na kakšen način ukrepa varnostna služba; kdaj je potrebna intervencija policije, centra za socialno delo in drugih pristojnih institucij (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2018, str. 50).

2.4.2 Obveščanje pristojnih institucij

O nasilju se obvešča policijo (v nujnih primerih) ter center za socialno delo. Pri tem se upošteva postopke, ki jih določata »Zakon o preprečevanju nasilja v družini« in »Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini« pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Zaposleni zdravstveni delavec, ki je zaznal nasilje oziroma odgovorna oseba izpolni predpisani obrazec za prijavo nasilja v družini v zdravstveni dejavnosti in ga posreduje centru za socialno delo (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, oktober 2018, str. 48).

2.4.3 Sodelovanje s centri za socialno delo (CSD)

Pristojnosti CSD ob prejemu informacije o nasilju v družini CSD deluje v skladu z Zakonom o socialnem varstvu in ZPND. Ukrepa v najkrajšem možnem času: poskrbi za odpravo neposredne ogroženosti žrtve, ji nudi pomoč ter poskrbi za njeno dolgoročno varnost. Nudi pomoč povzročitelju nasilja, ki ga lahko napoti v ustrezne izobraževalne, psihosocialne in zdravstvene ustanove. V roku 5 dni CSD posreduje informacijo o začelih aktivnostih organu, ki je posredoval obvestilo o nasilju. Ustanovi multidisciplinarni tim ter vanj povabi pristojne predstavnike posameznih organizacij in ustanov. Odgovorne osebe organizacij so dolžne zagotoviti sodelovanje svojih predstavnikov (Premzel in Petrovič, 2015, str. 135).

2.4.4 Multidisciplinarni tim

Organizacijo in delovanje multidisciplinarnega tima narekuje ZPND in področni pravilniki. CSD je naložena osrednja koordinacijska vloga. V primeru neposredne in urgentne ogroženosti je potrebna takojšnja zaščita žrtve: CSD deluje skupaj s policijo; sodelovanje se vzpostavi takoj preko telefona. Po zagotovitvi varnosti žrtve pričnemo CSD z delom na podlagi strokovnih odločitev ter zakonskih določil. Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini. Sodelovanje je obvezno za vse povabljene organizacije, namenjen je pripravi in potrditvi načrta pomoči ter nudenju podpore žrtvi vnaprej za zagotovitev dolgoročne varnosti. Izhodišče kakovostnega multidisciplinarnega sodelovanja so: skupno delovanje različnih služb, spoštovanje strokovne avtonomije in medsebojno strokovno zaupanje. Timsko delo oziroma sodelovanje se je v praksi pokazalo kot pomemben dejavnik pri zagotavljanju pomoči, varnosti žrtve ter njenem hitrejšem okrevanju. Vsi prisotni strokovnjaki tima si izmenjajo informacije ter s svojimi informacijami, predlogi in znanjem pomagajo drugim vključenim za lažjo pomoč žrtvi. Koordinacijo vodenja in usklajevanja pomoči vodi nosilec zadeve na CSD. Nosilec skrbi tudi za pretok pomembnih informacij med člani (Premzel in Petrovič, 2015, str. 136).

Slika 1: Timsko sodelovanje v multidisciplinarnem timu



Vir: Premzel, F. in Petrovič, R. (2015). Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini. V J. Šimenc (ur.), Sodelovanje s centri za socialno delo (SCD).

2.4.5 Nevladne organizacije

V zadnjih 25 letih so se razvile številne nevladne službe: telefoni za otroke, ženske, odrasle, starejše žrtve nasilja, zatočišča in varne hiše za ženske in otroke žrtve nasilja, skupine za samopomoč za osebe z motnjami hranjenja, skupine za samopomoč za žrtve nasilja, programi za žrtve spolnega nasilja in kasneje tudi treningi socialnih veščin za moške povzročitelje nasilja ter druge oblike svetovalnega dela za osebe, ki povzročajo nasilje. Nevladne organizacije na preventivni ravni redno sodelujejo s CSD, regionalnimi koordinatoricami za nasilje, šolami ter policijo. S CSD sodelujejo še v zvezi z dejavnostjo zatočišč in deloma tudi pri delu multidisciplinarnega tima (Popaja, 2015, str. 147)

Programi pomoči nevladnih organizacij osebam z izkušnjo nasilja (Popaja, 2015, str. 147–148):

- Zaupno, anonimno in brezplačno telefonsko svetovanje za osebe, ki so ali še vedno doživljajo nasilje.
- Osebno svetovanje in druga psihosocialna pomoč za osebe, ki so ali še vedno doživljajo nasilje.
- Varna namestitev v kriznem centru in/ali varni hiši za osebe, ki doživljajo nasilje.
- Skupine za samopomoč za osebe in spremstvo na institucije za osebe, ki so ali še vedno doživljajo nasilje.
- Svetovanje za osebe, ki so ali še vedno povzročajo nasilje.
- Treningi socialnih veščin za moške, ki so ali še vedno povzročajo nasilje nad ženskami.
- Krizna namestitev za žrtve trgovine z ljudmi.
- Delavnice za osnovne in srednje šole.
- Svetovalnice za žrtve spolnega nasilja, za osebe, ki so ali ki povzročajo nasilje in žrtve trgovine z ljudmi.

Seznam nekaterih ključnih nevladnih organizacij, na katere se lahko prizadeti obrnejo (Popaja, str. 151–152):

- Zavod Emma - Center za pomoč žrtvam nasilja
- Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja: 080 11 55
- Društvo za nenasilno komunikacijo

- Zveza prijateljev mladine Slovenije – TOM telefon
- Društvo življenje brez nasilja Novo mesto

2.4.6 Namestitvene možnosti za žrtve nasilja

Krizni centri - mreža kriznih centrov je sestavljena iz kriznih centrov za mlade in kriznih centrov za odrasle žrtve nasilja:

- Za otroke do 6 let- hiša zavetja Palčica je namenjena otrokom, pri katerih pristojni CSD ugotovi, da je zanj nujno, da se umakne iz zanj ogrožajočega okolja in je potrebna takojšnja kratkotrajna namestitvev
- Za otroke in mladostnike od 6 do 18 let - vanj se lahko zatečejo, če se znajdejo v akutni stiski, zaradi katere je nujna izločitev iz okolja, v katerem bivajo (Popaja, str. 149).

Varna hiša/zatočišče/zavetišče - je namenjena ženskam (z otroki ali brez), ki so žrtve nasilja in se morajo pred nasiljem umakniti na varno. Nahaja na tajni lokaciji, ki je med bivanjem v njej in tudi po odhodu iz nje ne smete nikomur izdati (Popaja, str. 148).

Materinski dom - je namenjen materam z mladoletnimi otroki do 15. leta starosti in nosečnicam, ki so se znašle v socialni stiski in nimajo drugih možnosti bivanja (Popaja, str. 148)

2.5 Ideja za izboljšanje/preprečevanje nasilja nad otroki v občini Trebnje

Med pregledom literature sem dobila idejo glede izboljšanja te socialne problematike v občini Trebnje, kjer sem zaposlena. Občina Trebnje je velika občina, ki je mešanica mesta in podeželja, to pomeni, da v tej občini živijo ljudje iz različnih okolij in kulturnih pripadnosti.

Tako je nastal predlog o društvu Gosenica, ki bi deloval na področju nasilja nad otroki v družini. Deloval bi v CIK Trebnje (center za izobraževanje in kulturo), ki je ravno v sredini med Centrom za socialno delo, policijo, ZD Trebnje in OŠ Trebnje, vrtci, lokalno knjižnico (ta se nahaja v isti stavbi), vse te lokacije so v radiju 50m - 500m . Se pravi idealna točka za organiziranje pomoči. Zakaj knjižnica? Knjižnica je prostor v katerega zaide vsak otrok. V literaturi sta Premzel in Petrovič, (2015, str. 136), razložila, da se je timsko delo oziroma sodelovanje v praksi pokazalo kot pomemben dejavnik pri zagotavljanju pomoči, varnosti žrtve ter njenem hitrejšem okrevanju. V društvu bi za začetek delovanja sodelovali prostovoljci iz področja zdravstva, socialne službe, šolstva in policije. Sredstva bi poskusili dobiti iz lastnega žepa, prispevkov, sponzorjev in Občine Trebnje. Za bolj učinkovito delovanje bi sodelovanje potekalo s Centrom za socialno delo Trebnje, ZD Trebnje - pediatrijo, policijo, šolo in vrtcem. Društvo bi si prizadevalo, da se zgradi dobro delujoča mreža pomoči med različnimi institucijami, povezali bi se še z Društvom življenje brez nasilja, ki je zaenkrat edina nevladna organizacija na Dolenjskem, potem z varnimi hišami ter kriznimi centri. Se pravi, da bi bilo ključnega pomena dobro sodelovanje multidisciplinarnega tima.

Izvajala bi se preventivna in kurativna dejavnost. Se pravi preventiva bi bila sestavljena iz zloženek društva, na katerih bi bilo opisano nasilje, kaj vse spada v nasilje nad otroci v družini, kam se lahko otroci ali osebe, ki zaznajo nasilje v družini obrnejo. Izvajala bi se tudi predavanja po šolah, vrtcih (staršem, učiteljem in vzgojiteljem), v zdravstvenem domu, v knjižnicah, po lokalnih skupnostih. Predavanja bi potekala tako, da bi se vsa lokalna skupnost naučila kaj vse vključuje nasilje nad otroki v družini, da bi marsikomu odprlo oči in bi lahko pomagali in prepoznali nasilja nad otroki. Zagotavljali bi pomoč pri prijavi na policijo, na Center za socialno delo, se pravi, da bi pomagali pri vključitvi v institucije (aktivno sodelovanje v kriznih timih strokovnih služb in žrtev). Nudili bi zaščito žrtvam med doživljanjem nasilja, zagotovili bi takojšnjo, strokovno, brezplačno in dostopno pomoč čim večjemu številu žrtev nasilja. Imeli bi svetovanje in organizacijo pomoči tistim, ki doživljajo nasilje (žrtve). Izvajali bi telefonske pogovore - anonimna pomoč. Pridobivali in usposabljali bi prostovoljce za delo na kriznem

telefonu. Izvajalo bi se tudi individualno svetovanje žrtvam ali svojcem, ki vedo kaj se dogaja v družini. V ZD Trebnje bi imeli poseben kotiček, kjer bi bile zloženke o društvu, vzpostavljena bi bila mreža zaposleni na pediatriji, učitelji in društvo Gosenica. Učitelje in tim pediatrije bi spodbujali, k čimprejšnjemu sporočanju kakršnega koli zaznanega nasilja nad otroki na Center za socialno delo, policijo, ali v naše društvo, katero bi to sporočilo v te institucije. V knjižnici bi bile razne zloženke o nasilju nad otroci, tudi zloženke o društvu Gosenica, razstavljen bi bile knjige, ki na otroški in nedolžen način predstavijo nasilje, da bi se otroci preko branja odločili povedati svojo zgodbo. Tako, bi se društvo tudi povežalo z knjižničarkami, ki bi nam pomagale pri preventivi nasilja in preusmerile otroke na nas.

V spodnji tabeli na podlagi kratke SWOT analize predstavljam prednosti, priložnosti, slabosti ter nevarnosti tega projekta, ki bi se morda v prihodnosti izpeljal.

Tabela 1: SWOT analiza »idejnega projekta, ki bi zmanjšal nasilje nad otroki«

<i>Swot analiza</i>
<i>Prednosti:</i> Bližina strokovnih institucij (CSD, ZD, OŠ, policija, vrtci, nevladne organizacije), velikost občine
<i>Priložnosti:</i> Zmanjšanje nasilja nad otroki v družini v Občini Trebnje, večje poznavanje problematike, boljša povezanost institucij, ozaveščanje ljudi
<i>Slabosti:</i> Slaba odzivnost, strah žrtev pred izpovedjo resnice, nezanimanje občanov za problematiko
<i>Nevarnosti:</i> Nekakovostno delo, premalo denarnih sredstev, pomanjkanje prostovoljcev na tem področju

Vir: Lastni vir, 2020.

3 Zaključek

Med pregledom literature je bilo ugotovljeno, da imamo v Sloveniji odlično zakonsko urejeno področje »nasilje nad otroki«. Vendar je med prebivalci to še ena tema o kateri se neradi pogovarjamo oz. si zatiskamo oči, da to pri nas ni možno. V prihodnosti nam morda uspe vsaj delno idejo uvrstiti na program dela občine, saj bi s tem ogromno pripomogli k boljšemu in varnemu okolju za otroke in prihodnost Trebanjske občine. Menim, da je preventiva na tem področju pomemben člen razkrivanja nasilja. Ključnega pomena pri vsem reševanju pa je dobro sodelovanje v multidisciplinarnem timu. Ko je že storjeno nasilje, je pomembno čimprej ukrepanje na tem področju. Otroci, ki so žrtve nasilja večinoma ne želijo tega povedati na glas, saj včasih ne vedo komu bi se zaupali, jih je strah posledic ali pa so že navajeni vseh pritiskov nasilja, ki se izvajajo nad njimi. V zadnjem letu smo opazili več nasilja zaradi razmer, ki so trenutno aktualne. Otroci so veliko več doma, kot bi bili drugače, če bi seveda šolanje potekalo po ustaljenih smernicah. Ravno to je problem pri tistih, ki so se nasilju izognili iz tega vidika, da so bili v šoli ali pa celo v dijaških domovih.

Za konec pa zelo pomenljiv verz: »Otrok se ne rodi zato, da bi rešil probleme svojih staršev, zapolnil praznino v njunem življenju ali njun odnos naredil popolnega. Rodi se zato, da bi pisal in živel svojo lastno zgodbo. (Neznani avtor)«

LITERATURA

1. Anderluh, M., Breclj - Kobe, M., Cvetežar, I. Š., Gregorič Kumperščak, H., Kocmur, M., Lokovšek, N., Mihevc Ponikvar, B., Mlakar, J., Rus Makovec, M. in Širaj Mažgon, K. (2015). Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Ljubljana: RS, Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 1. 11. 2019, s <http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/zakonodaja/strokovne-smernice-za-obravnavo-nasilja-v-dru%C5%BEini-pri-izvajanju-zdravstvene-dejavnosti.pdf>.
2. Aničič, K., Hrovat Svetičič, T., Hrovat, T. in Sušnik, A. (2017). Nasilje nad otroki, Strokovne smernice za delo z otroki, ki doživljajo zanemarjanje in/ali nasilje. Ljubljana: Društvo za nenasilno komunikacijo.
3. Antončič, E. (2016). Nasilje nad otroki. V A. Črnak Meglič in B. Kobal Tomc (ur.), Položaj otrok v Sloveniji danes: situacijska analiza. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo. Pridobljeno 30. 10. 2019, s <https://www.irssv.si/upload2/PolozajOtrokVSloveniji.pdf>.
4. Beer, C., Demuth, K. in Wallner, F. (2017). The right to protection ending violence against children. Innsbruck: SOS Children's Villages International Programme & Strategy. Pridobljeno 5. 11. 2019, s <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ViolenceAgainstChildren-WEB.pdf>.
5. Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi (2018). Obravnava žrtev nasilja v družini v zdravstvenih ustanovah. Utrip, 26 (7), 47–54.
6. Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi. Priporočila prepoznavanje in obravnava zlorabljenega otroka. Utrip, 26 (8), 47–56.
7. Društvo življenje brez nasilja (2019). Pridobljeno 1. 11. 2019, s <http://varnahisanovomesto.si/o-drustvu-2/>.
8. Meglič, A. (2015). Pediatrija. V J. Šimenc (ur.), Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje (str. 94–100). Ljubljana: Zdravniška zbornica Ljubljana.
9. Misli o otrocih in starševstvu (2020). Pridobljeno 16. 10. 2020, s <https://www.raptas.si/misli-o-otrocih-in-starsevstvu/>.
10. Petrovič, R., Huselja, A. in Gregorič, N. (2015). Pravna izhodišča za obravnavo nasilja v družini. V J. Šimenc (ur.), Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje (str. 131–133). Ljubljana: Zdravniška zbornica Ljubljana.
11. Popaja, D. (2015). Sodelovanje z nevladnimi organizacijami. V J. Šimenc (ur.), Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje (str. 147–152). Ljubljana: Zdravniška zbornica Ljubljana.
12. Premzel, F. in Petrovič, R. (2015). Sodelovanje s centri za socialno delo (SCD). V J. Šimenc (ur.), Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje (str. 134–140). Ljubljana: Zdravniška zbornica Ljubljana.
13. Zver Makovec, M. (2015). Globalne in lokalne statistike. V J. Šimenc (ur.), Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje (str. 34–35). Ljubljana: Zdravniška zbornica Ljubljana.

Ocena znanja pacientov o zdravljenju z neposrednimi oralnimi antikoagulantmi

UDK 615.2+616.12+613:37

KLJUČNE BESEDE: zdravljenje trombembolij in atrijske fibrilacije, ambulantna oskrba, zdravstvena vzgoja, medicinska sestra

POVZETEK - Neposredni oralni antikoagulantni se uporabljajo za zdravljenje trombembolij in atrijske fibrilacije. Zdravstvena vzgoja tekom zdravljenja pomaga pacientom nadzirati bolezen, ukrepati ob zapletih in upoštevati priporočila. Namen raziskave je bil ugotoviti znanje pacientov o zdravljenju z neposrednimi oralnimi antikoagulantmi. S kvantitativno deskriptivno metodo dela smo izvedli presečno študijo. V letu 2019 smo s pomočjo anketnega vprašalnika zbrali podatke in jih analizirali. Vzorčenje je bilo namensko. Nizek delež anketiranih je imelo znanje o časovnem razmiku med posameznimi odmerki zdravila, krvavitvi iz dlesni in prebavi. Približno polovica anketirancev je prepoznalo kontraindicirano prehransko dopolnilo in priporočalo cepljenje proti gripi. Višji delež anketiranih bi pravilno ukrepal ob načrtovanem operativnem posegu, ureznini, izbral ustrezno protibolečinsko terapijo in pravilno ukrepal, če ne bi vedel ali je zdravilo že vzel. Višjo stopnjo znanja so pokazali anketiranci iz mlajše starostne skupine, z višjo stopnjo izobrazbe in anketiranke ženskega spola. Za varno uporabo zdravil je potrebna višja raven znanja pacientov. Proces zdravstvene vzgoje je potrebno dodelati in se bolj osredotočiti na ranljive skupine pacientov. Zdravstveni delavci lahko s stalnim izobraževanjem pripomorejo k bolj kakovostni zdravstveni vzgoji.

UDC 615.2+616.12+613:37

KEYWORDS: thromboembolism treatment, atrial fibrillation treatment, outpatient care, health/patient education, nursing

ABSTRACT - The direct oral anticoagulants are used to treat thromboembolisms and atrial fibrillation. Health education during treatment helps patients to manage the disease, follow the recommendations, identify complications and act on them properly. The purpose of the research was to determine the level of the patients' knowledge about the treatment with direct oral anticoagulants. With a quantitative descriptive method of work, we performed a cross-sectional study. In 2019 the data was gathered with the use of a questionnaire and then analysed. Sampling was purposive. Only a few respondents knew about the timing between each medication intake, gum and gastrointestinal bleeding. Almost half of the respondents recognised a contraindicated dietary supplement and marked influenza vaccination as recommended. More respondents knew the correct behaviour in case of the planned surgery and dilemma whether you have already taken your dose of the medication or not, management of the incision, choice of pain therapy and behaviour. Younger respondents, women and those with higher level of education showed more knowledge than the rest. Higher level of knowledge is required to ensure the safe use of anticoagulants. Health education needs to be improved and requires a special focus on vulnerable patient groups. Healthcare workers can contribute to a better quality of health education through continuing education.

1 Teoretična izhodišča

Antikoagulantni preprečujejo nastanek krvnih strdkov in povečanje obstoječih (MedlinePlus, 2020). Mednje spadajo neposredni oralni antikoagulantni (NOAK) – apiksaban, rivaroksaban, dabigatran in edoksaban (Harter, Levine in Henderson, 2015), ki se uporabljajo za zdravljenje trombembolij in atrijske fibrilacije (AF) (Patel, 2016), vendar ne pri nosečnicah, materah, ki dojijo, pacientih z antifosfolipidnim sindromom ali pridruženim aktivnim rakom (Štalc in Mavri, 2014). Največjo koncentracijo v plazmi dosežejo že v roku nekaj ur po zaužitju zdravila

(od 0,5 do 4 ure), zato predhodna uporaba parenteralnih antikoagulantov ni potrebna (Gonsalves, Pruthi in Patnaik, 2013).

1.1 Uporaba zdravil

Dabigatran se jemlje dvakrat dnevno (med obrokom), prav tako apiksaban, ki ga sicer lahko vzamemo neodvisno od obrokov (Coleman, Peacock, Bunz in Alberts, 2017). Jemanje rivaroksabana je v nekaterih virih navedeno dvakrat dnevno prvih 21 dni, nato enkrat dnevno (Bonner in Johnson, 2014) oziroma že od začetka enkrat dnevno (Coleman idr., 2017). Rivaroksaban lahko vzamemo med ali pa po obroku (Lane in Wood, 2015).

Pred predvidenim operativnim posegom mora pacient obvestiti zdravstvenega delavca v antikoagulacijski ambulanti, saj mora biti jemanje NOAK-a začasno ustavljeno (Patel, 2016; Lane in Wood, 2015). V primeru, da pacient pozabi vzeti odmerek NOAK-a, ga lahko vzame naknadno le, če je do naslednjega odmerka še najmanj šest ur (Steffel idr., 2018; CEC – Clinical Excellence Commission, 2017; Lane in Wood, 2015). V primeru jemanja rivaroksabana dvakrat dnevno se sicer lahko naslednji odmerek podvoji. Pacient brez vednosti zdravnika odmerka v nobenem primeru ne sme podvajati ali opuščati (CEC, 2017; Vene, 2017).

Zaradi zniževanja plazemske koncentracije NOAK-a se odsvetuje šentjanževka (Vranckx, Valgimigli in Heidbuchel, 2018; Blinc, 2017), hrana, bogata z vitaminom K (špinača, ohrovt, avokado, zelena solata), pa na NOAK-e ne vpliva (Violi, Lip, Pignatelli in Pastori, 2016). Pitje alkohola je zaradi višjega tveganja za pojav krvavitve in možnosti pojava AF, odsvetovano (če že, naj ne popijejo več kot ene enote alkohola dnevno (Lane in Wood, 2015), to je 10 g čistega alkohola (NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014). Kontraindicirana je sočasna uporaba NOAK-ov in nesteroidnih protivnetnih zdravil, saj povečuje tveganje za pojav krvavitve (Min-Taek idr., 2020).

1.2 Neželeni učinki in preventivno delovanje

Najpogostejše večje krvavitve, ki so lahko usodne, so krvavitve iz prebavnega trakta (pri 5–15 % pacientov) (Kolnik in Brvar, 2014; Qureshi idr., 2014; Ageno idr., 2012). Opozoriti pacienta na simptomatiko tovrstne krvavitve je pomembno, saj se lahko kaže tudi kot črno blato, ki je manj poznan znak krvavitve (NIDDK – National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016). Pri 10–20 % pacientov se pojavijo manjše krvavitve (iz očne veznice, nosu, dlesni, krvavitve v kožo, mišičje in sklepe) (Flis, 2017; Kolnik in Brvar, 2014). V primeru da se zunanja krvavitve ob lokalni hemostazi ne ustavi, je potrebno posredovanje zdravniške pomoči (Kolnik in Brvar, 2014).

Preventivno delovanje, kot je uporaba mehke zobne ščetke, električnega brivnika in izogibanje dejavnostim, ki povečajo možnost za poškodbo, je ključno za preprečevanje zapletov zdravljenja (Lane in Wood, 2015; Bonner in Johnson, 2014; Rahman idr., 2013). Prav tako se priporoča cepljenje proti gripi, saj kronične srčno-žilne bolezni predstavljajo večje tveganje za zaplete ob gripi (Iorio, Camilloni in Basileo, 2006).

1.3 Zdravstvena obravnava

Zdravljenje poteka v okviru ambulantne oskrbe. S tem se zmanjša število in trajanje hospitalizacij, prihrani se stroške in omogoči večjo kakovost življenja pacientov (Zondag, Kooiman, Klok, Dekkers in Huisman, 2013), vendar pa se zmanjša nadzor nad pacientovim zdravstvenim stanjem. Poleg ustreznega predpisa zdravila s strani zdravnika, je pomembno tudi pravilno jemanje terapije ter upoštevanje priporočil (Vranckx idr., 2018; Blinc, 2017; Iorio idr., 2006), pri čemer se poudarja tudi pomembna vloga medicinske sestre. Prepoznati poslabšanje zdravstvenega stanja in se ustrezno odzvati predstavlja velik problem predvsem pri starostnikih

(Pisters, Elvan, Crijs in Hemels, 2018). Ker je pacient enakovreden in aktiven član zdravstvenega tima, prevzema odgovornost na področju lastnega zdravja, s tem pa postaja zdravstvena vzgoja o predpisanih zdravilih zelo pomemben del zdravljenja (Singh idr., 2013; Longtin idr., 2010; Dumić, Hercan in Pajnkihar, 2009)

Interakcija med zdravstvenim delavcem in pacientom vključuje entuziazem in odzivnost na potrebe posameznika (Paterick, Patel, Tajik in Chandrasekaran, 2017). Ključno oviro za uspešno vodenje bolezni predstavlja nizka stopnja znanja o bolezni in zdravljenju (Salmasi idr., 2019; Heidbuchel idr., 2015). Zdravstveno vzgojo je treba prilagoditi starosti in stopnji izobrazbe pacienta (Hews - Girard, Guelcher, Meldau, McDonald in Newall idr., 2017), vsebine pa razložiti pacientu na razumljiv način, s čim manj strokovne terminologije (Heidbuchel idr., 2015). Vsak pacient ima svoj stil učenja (Beagley, 2011), zato je pomembno, da v proces učenja vključimo različne učno-vzgojne materiale, med katerimi lahko sami izberejo za njih najbolj primerne (Popoola idr., 2016; Heidbuchel idr., 2015). Zdravstveni delavci morajo biti pozorni na pacientove verbalne in neverbalne znake, paciente naj spodbujajo k postavljanju vprašanj in stalno naj preverjajo pacientovo razumevanje predstavljenih vsebin (Kobue, Moch in Watermeyer, 2017; Beagley, 2011). Prepoznati morajo ovire (pismenost, jezik, strah, hrup, itd.) in jih zmanjšati v največji možni meri (Hews - Girard idr., 2017) ter po potrebi vključiti svoje (Heidbuchel idr., 2015). Zdravstveni delavci pacientu zagotovijo dostop do informacij in ustrezne obveščenosti (NHS – National health service, 2010; NMC – Nursing and Midwifery Council, 2008). Pacient mora tekom zdravljenja vedeti katera zdravila jemlje, kako pomembno je, da se drži poteka zdravljenja, kako naj pravilno ukrepa ob zapletih ter kdaj naj poišče zdravniško pomoč (Heidbuchel idr., 2015).

2 Metode

S kvantitativno deskriptivno metodo smo izvedli presečno študijo in z anketnim vprašalnikom zbrali podatke. V digitalni zbirki podatkov PubMed smo pregled literature izvedli s pomočjo ključnih besed v angleškem in slovenskem jeziku, ob tem smo starost literature omejili na največ 10 let. V primeru starejše literature s pomembnimi informacijami za našo raziskavo, smo uporabili tudi to. Vključitveni kriteriji izbora literature so bili: v celoti dostopna, v angleškem in slovenskem jeziku.

2.1 Namen raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti znanje pacientov o zdravljenju z NOAK-i, osrednji cilj pa, ali pacienti poznajo način uporabe in priporočila glede NOAK-ov. Postavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali pacienti poznajo pravila glede jemanja zdravil?
- Ali pacienti vedo, čemu se je treba izogibati?
- Ali pacienti poznajo priporočila glede cepljenja proti gripi?
- Ali demografski dejavniki vplivajo na znanje pacientov?

2.2 Opis merskega instrumenta

Uporabili smo anketni vprašalnik, ki so ga na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik pripravile avtorice raziskave z naslovom »Zdravstvena pismenost bolnikov – uspeh zdravstvenovzgojnih šol (evalvacija bolnikovega znanja pri antikoagulacijskem zdravljenju)« (Terseglav, Žontar, Štuhec, Kosten in Kadivec, 2018). Odobritev s strani avtoric za uporabo vprašalnika smo dobili 15. 10. 2018. Vprašalnik je vseboval 3 vprašanja glede demografskih podatkov (starost, spol in izobrazba) ter 9 vprašanj zaprtega tipa za ugotavljanje znanja pacientov ob zdravljenju z NOAK-i (način uporabe zdravila, ukrepanje ob zapletih, priporočila

glede jemanja zdravil). Pred začetkom anketiranja smo vprašalnik dali na vpogled medicinskim sestram, ki so zaposlene v antikoagulacijski ambulanti, saj smo želeli preveriti ustreznost in razumljivost vprašanj. Pacienti so vprašalnik prejeli v tiskani obliki.

2.3 Opis vzorca

Vzorčenje je bilo namensko, vzorec so predstavljali pacienti, ki so se z NOAK-i zdravili v eni izmed antikoagulacijskih ambulant v Sloveniji. V izbranih dveh tednih je bilo obravnavanih 270 pacientov, vrnjenih anketnih vprašalnikov pa 83, kar je 30,7 % realizacija vzorca. Anketnega vprašalnika niso izpolnili tisti, ki jih ni bilo na predvideno kontrolo v ambulanto ter tisti, ki so ga zavrnilo sodelovanje oziroma ga sami ali s pomočjo spremljevalca niso mogli izpolniti.

2.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po predhodnem soglasju za izvedbo raziskave je vsak naročeni pacient dobil anketni vprašalnik, ob tem jim je bila zagotovljena anonimnost.

Za primerjavo med demografskimi podatki, smo anketirance razdelili na mlajšo (do 65 let) in starejšo skupino (65 let ali več), osebe z nižjo (največ gimnazijska izobrazba) in višjo izobrazbo ter ločili glede na spol. V primeru, da je v anketnem vprašalniku manjkal posamezen demografski podatek, se vprašalnik ob analizi tega demografskega podatka ni upošteval. Kljub temu pa se je upošteval pri ostalih izpolnjenih demografskih značilnostih in v skupni analizi. Analiza podatkov je potekala z računalniškim programom Microsoft Excel 2016. Naredili smo osnovno statistično analizo (frekvenca, delež) in test hi-kvadrat, pri čemer je vrednost $p < 0,05$ predstavljala statistično pomembno vrednost.

3 Rezultati

V obravnavi rezultatov smo se osredotočili na 5 vprašanj anketnega vprašalnika, ki so se nanašale na preventivno delovanje posameznika v sklopu zdravljenja. Prvi sklop predstavlja demografske podatke in primerjavo med njimi, drugi sklop pa zajema način uporabe NOAK-ov in priporočila ob njihovem jemanju.

3.1 Demografski podatki

Povprečna starost je znašala 71 let, večina anketirancev je spadala v starejšo starostno skupino ($n = 61$, 73,5 %). Med anketiranci je prevladoval ženski spol ($n = 44$, 53 %) in anketiranci z nižjo izobrazbo ($n = 51$, 61,4 %) (tabela 1).

Tabela 1: Demografski podatki

Značilnost		<i>n</i>	Odstotek (%)
Starost	Mlajša starostna skupina (< 65 let)	20	24,1
	Starejša starostna skupina (>= 65 let)	61	73,5
	Podatek ni pridobljen	2	2,4
Spol	Ženski	44	53
	Moški	37	44,6
	Podatek ni pridobljen	2	2,4
Izobrazba	Nižja	51	61,4
	Višja	32	38,6

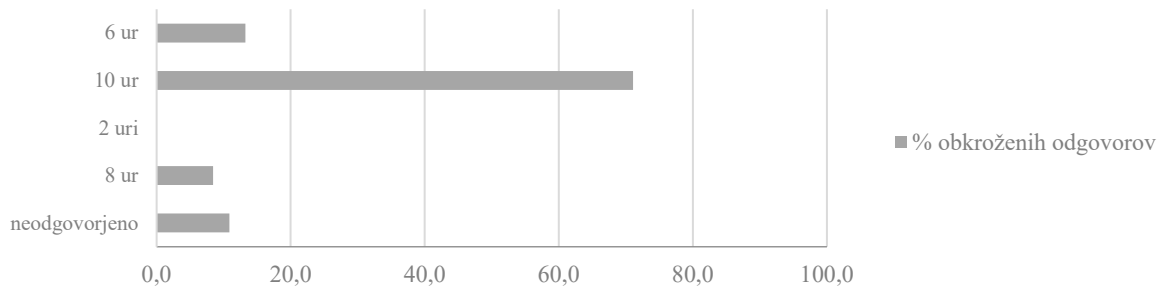
Legenda: *n* = število udeležencev raziskave.

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

3.2 Vsebinska vprašanja

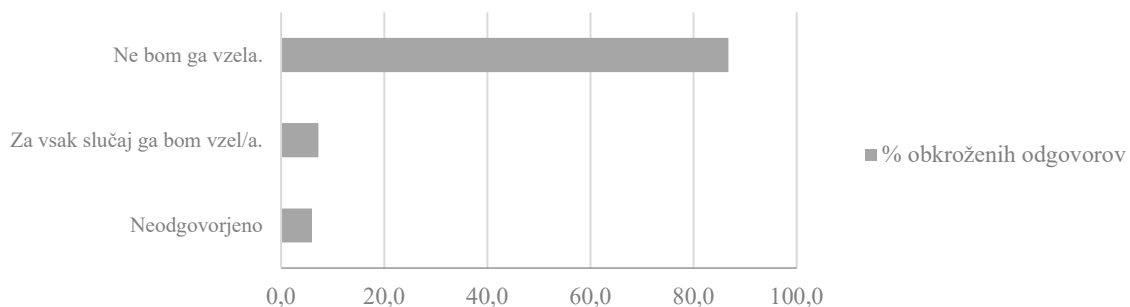
Za šest urni razmik med posameznimi odmerki je vedel le majhen delež udeležencev (n = 10, 12,0 %). Večina (n = 59, 71,1 %) je bila mnenja, da potreben časovni razmik znaša 10 ur, nihče pa ni bil mnenja, da mora biti 2 uri (Slika 1). Mlajša starostna skupina je imela več pravih odgovorov ($\chi^2 = 23$, $p < 0,05$), prav tako tudi ženske ($\chi^2 = 23,2$, $p < 0,05$) in anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe ($\chi^2 = 23,9$, $p < 0,05$).

Slika 1: Potreben časovni razmik med dvema odmerkoma zdravila



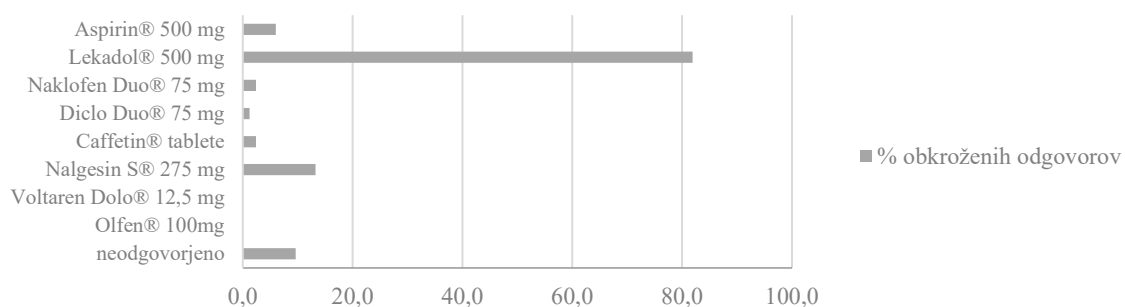
Večina udeležencev (n = 72, 86,7 %) odmerka NOAK-a ne bi vzela, v primeru da ne bi vedela ali ga je že, manj kot desetina anketirancev bi odmerek kljub temu vzelo (n = 6, 7,2 %) (Slika 2). Anketiranci iz starejše starostne skupine ($\chi^2 = 21,5$, $p < 0,05$) moški ($\chi^2 = 21,6$, $p < 0,05$) in anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe ($\chi^2 = 22,4$, $p < 0,05$) pa so imeli več pravih odgovorov.

Slika 2: Ukrepanje v primeru, ko oseba ni prepričana, ali je vzela odmerek zdravila



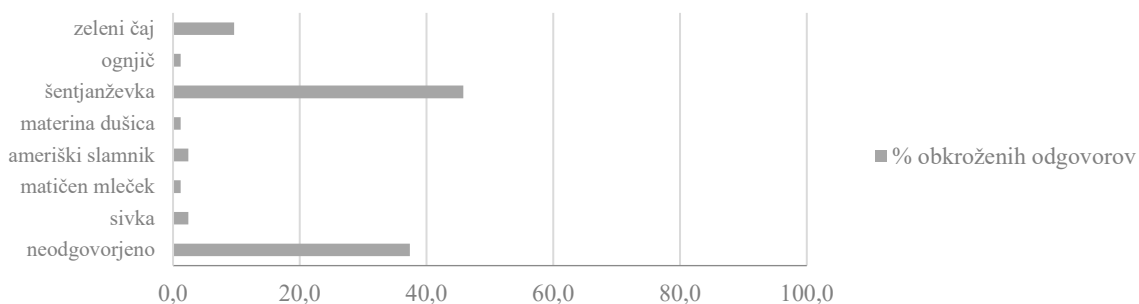
Večina anketirancev (n = 58, 69,9 %) bi v primeru bolečin vzela Lekadol® ali Caffetin® tablete. 10 anketirancev (12 %) je bilo mnenja, da bi lahko poleg Lekadola® vzeli tudi nesteroidno protivnetno zdravilo (slika 4). Anketiranci iz starejše starostne skupine ($\chi^2 = 7,0$, $p < 0,05$), ženske ($\chi^2 = 9,0$, $p < 0,05$) in anketiranci z nižjo stopnjo izobrazbe ($\chi^2 = 7,7$, $p < 0,05$) so imeli več pravih odgovorov.

Slika 3: Zdravilo proti bolečinam brez recepta, ki je dovoljeno ob jemanju neposrednih oralnih antikoagulantov



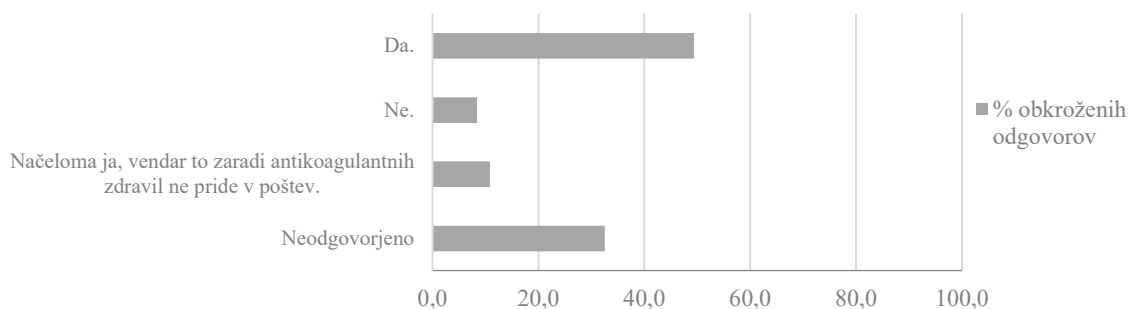
Za odsvetovanje uživanja šentjanževke ob jemanju NOAK-ov je vedela skoraj polovica anketirancev (n = 40, 48,2 %). 31 anketirancev (37,3 %) ni poznalo odgovora na to vprašanje (slika 4).

Slika 4: Prepoznavanje učinkovine, ki je ob jemanju neposrednih oralnih antikoagulantov kontraindicirana



Za priporočanje cepljenja proti gripi je vedela skoraj polovica anketirancev (n = 41, 49,4 %). Približno tretjina anketirancev (n = 27, 32,5 %) na to vprašanje ni odgovorila (slika 5). Več pravih odgovorov je imela skupina anketirancev z višjo stopnjo izobrazbe ($\chi^2 = 3,9$, $p < 0,05$).

Slika 5: Priporočila glede cepljenja proti gripi



4 Razprava

Cilj raziskave je bil ugotoviti ali pacienti poznajo način uporabe NOAK-ov in priporočila ob njihovem jemanju. V sklopu raziskovalnih vprašanj smo ugotovili, da je zavedanje o nevarnosti podvojenega odmerka visoko, vendar večina ne ve za potreben časovni razmik med posameznimi odmerki NOAK-a. Zavedajo se nevarnosti jemanja drugih zdravil, ki prav tako vplivajo na proces strjevanja krvi, manj pa jih ve tudi za neustrezna prehranska dopolnila. Polovica anketirancev ve, da je cepljenje proti gripi priporočeno. V povprečju so imeli anketiranci 4,3 pravilne odgovore od devetih, kar je skoraj polovica.

Najnižji delež pravih odgovorov je imelo vprašanje o potrebnem časovnem razmiku med posameznimi odmerki NOAK-a. Razlog bi lahko bilo jemanje NOAK-a na 24 ur, s tem se anketirancem ta podatek ni zdel tako pomemben ali pa so spregledali besedo najmanj. Večina je menila, da potreben časovni razmik znaša 10 ur, kar je sicer z vidika nevarnosti za povečanje tveganja krvavitve, ob dvojnem odmerku, varnejše. Pokazala se je statistično pomembna razlika pri mlajši starostni skupini, ženskah ter anketirancih z višjo stopnjo izobrazbe. Podobne ugotovitve navajajo tudi Terseglav idr. (2018) in Desteghe idr. (2016).

Skoraj polovico pravih odgovorov so anketiranci imeli pri vprašanjih o kontraindiciranem prehranskem dopolnilu in priporočilu o cepljenju proti gripi. Podoben delež pravih

odgovorov pri prepoznavanju šentjanževke so imeli tudi Terseglav idr. (2018), medtem ko so imeli Viola, Fekete in Csoka (2017) pri enakem vprašanju le tretjino pravilno izpolnjenih odgovorov. Nekaj več kot tretjina anketirancev na to vprašanje ni odgovorilo, kar nakazuje na to, da je treba to področje zdravstvene vzgoje okrepiti. Razlik v znanju glede na demografske podatke nismo dokazali, medtem ko Terseglav idr. (2018) navajajo, da je bilo več pravilnih odgovorov anketirancev mlajše starostne skupine.

Cepljenje proti gripi je priporočalo večje število anketirancev v raziskavi avtorjev Terseglav idr. (2018) glede na našo raziskavo, med temi pa je bilo v obeh raziskavah več anketirancev z višjo stopnjo izobrazbe. Pomanjkanje znanja o cepljenju in s tem strah pred neznanim ter zaupanje neverodostojnim virom bi bil lahko razlog za nižji delež pravilnih odgovorov anketirancev z nižjo stopnjo izobrazbe. Yeung, Lam in Coker (2016) so glede na demografske podatke ugotovili le višjo precepljenost starejših. Poudarjajo pa tudi, da pozitivno prepričanje o cepljenju še ne pomeni, da se bo oseba tudi cepila.

Večina anketirancev ve, da v primeru bolečin lahko vzame Lekadol® ali Caffetin® tablete, ne pa nesteroidnih protivnetnih zdravil, kar dokazuje tudi raziskava Terseglav idr. (2018). Viola idr. (2017) so imeli le desetino pravilno izpolnjenih odgovorov, na pomanjkanje znanja glede protibolečinske terapije pa opozarjajo tudi Desteghe idr. (2016). Desetina anketirancev na to vprašanje ni vedelo odgovora. V primeru bolečin bi verjetno poklicali antikoagulacijsko ambulanto, vendar te možnosti odgovora ni bilo. Statistično pomembne razlike so se pojavile pri starejši starostni skupini, ženskah in osebah z nižjo stopnjo izobrazbe, kar potrjuje tudi raziskava Terseglav idr. (2018). Hernández Madrid idr. (2016) navajajo, da je Aspirin® jemalo največ anketirancev s srednješolsko izobrazbo.

Večina anketiranih se zaveda nevarnosti podvojenega odmerka, zato odmerka raje ne bi vzela, če ne bi vedela ali ga je že. Vprašanje ima najvišji delež pravilnih odgovorov, kar ugotavlja tudi raziskava Terseglav idr. (2018). Več pravilnih odgovorov so imeli moški, anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe in anketiranci starejše starostne skupine.

Glede na demografske dejavnike so bili največkrat kot ranljiva skupina izpostavljeni anketiranci z nižjo stopnjo izobrazbe (pri treh vprašanjih). Nižja stopnja izobrazbe je povezana podrejanjem in pasivnim sodelovanjem v procesu zdravljenja, kar je značilnost paternalističnega modela, ki je sicer veljal v preteklosti. Danes naj bi bil pacient aktiven in enakovreden član v procesu zdravljenja ter prevzemal odgovornost na področju lastnega zdravja (Longtin idr., 2010; Dumić idr., 2009). Viola idr. (2017) navajajo, da je nižja stopnja znanja povezana z nižjo stopnjo izobrazbe, vendar so kot nižjo stopnjo izobrazbe definirali osebo z največ osnovnošolsko izobrazbo, zato primerjava z našo raziskavo ni primerna. Tudi Terseglav idr. (2018), Desteghe idr. (2016) ter Alphonsa, Sharma, Sharma in Bhatia (2015) navajajo povezavo med višjo stopnjo izobrazbe in višjo ravniyo znanja.

Glede določanja, ali je spol povezan s stopnjo znanja ali ne, so raziskave neenotne. Terseglav idr. (2018) ter Alphonsa idr. (2015) povezujejo moški spol z višjo stopnjo znanja, Hernández Madrid idr. (2016) ter Shrestha, Sapkota, Kumpakha, Acharya in Sharma (2015) pa ne dokazujejo spola kot statistično pomembnega dejavnika, medtem ko Viola idr. (2017) tako kot naša raziskava dokazujejo višjo stopnjo znanja žensk (pri dveh vprašanjih). Raznolikost ugotovitev se lahko nanaša na posamezno kulturno območje in s tem različno pogostost iskanja zdravniške pomoči ter ozaveščenosti glede na spol (Viola idr., 2017).

Terseglav idr. (2018) ter Viola idr. (2017) navajajo, da se z naraščanjem starosti stopnja znanja, povezana z NOAK-i, zmanjšuje. Tudi Desteghe idr. (2016) opozarjajo na nizko stopnjo znanja starejših, ki imajo s pridruženimi boleznimi že tako večje tveganje za infarkt. Hernández Madrid idr. (2016) ter Shrestha idr. (2015) niso dokazali statistično pomembnih razlik v stopnji znanja med starostnimi skupinami. V naši raziskavi smo na področju preventivnega ravnanja

ugotovili, da je imela starejša starostna skupina pri enem vprašanju večje število pravih odgovorov, ko pa gledamo obravnavo rezultatov vprašanj celotnega vprašalnika, pa se je starejša starostna skupina v splošnem odrezala slabše glede na mlajšo skupino.

S pomočjo rezultatov raziskave ugotavljamo, katero področje zdravljenja z NOAK-i pacientom predstavlja težave ter na katere skupine pacientov glede na demografske dejavnike moramo biti še posebej pozorni.

Tekom zdravstvene vzgoje v antikoagulacijski ambulanti uporabljajo videoposnetek in računalniško predstavitev o GVT, antikoagulacijsko knjižico, in ob tem pogovor z medicinsko sestro. Ustrezna spletna mesta in aplikacije na telefonih bi lahko bili dodatni načini posredovanja znanja, s katerimi bi zajeli predvsem mlajšo populacijo. Poiskati bi morali načine, kako pomagati pacientom, ki niso vešč uporabe interneta in telefona. Ob vključevanju svojcev se pojavlja problematika pomanjkanja časa in usklajevanja, torej bi morali uvesti način, ki bi omogočal svojcem pridobivati znanje in postavljati vprašanja kadarkoli v tednu. Možnost izbire načina pridobivanja informacij, ki se pacientom in svojcem zdi najustreznejši, je prvi korak do uspešnejše zdravstvene vzgoje. Pacientu in svojcem je treba zagotoviti kratke in jedrnate, pa vendar dovolj obsežne informacije.

Nadzora nad anketiranci tekom izpolnjevanja vprašalnikov nismo izvajali, kar je pomanjkljivost naše raziskave, prav tako tudi nizka realizacija vzorca. Tekom izpolnjevanja vprašalnika bi si lahko med seboj pomagali, iskali odgovore na internetu ali pa upoštevali mnenje svojca, kar pa se sicer dogaja tudi v resničnem življenju. Zato predvidevamo, da bi bile odločitve v resničnem življenju podobne odločitvam obkroženim v anketnem vprašalniku. Ob tem je pomembno, da pacientom pokažemo ustrezne strokovne spletne strani in ostala zdravstvenovzgojna gradiva, ki lahko služijo kot eden izmed dodatnih načinov pridobivanja znanja, vendar ne kot nadomestilo za pogovor z medicinsko sestro v okviru zdravstvene vzgoje.

Za nizek delež pravih odgovorov na vprašanje o časovnem razmiku, je morda krivo nerazumevanje vprašanja, saj je nekaj anketirancev pripisalo, da jemlje NOAK le enkrat dnevno, iz česar je razvidno, da vprašanja niso pravilno razumeli. Da bi se nerazumevanju vprašanja izognili, bi ga morali zastaviti natančneje, ali pa ga postaviti znotraj konteksta – pozabil sem vzeti odmerek zdravila, koliko ur mora biti še do naslednjega odmerka, da lahko pozabljeni odmerek vzamem?

Zanimivo bi bilo tudi oceniti znanje na začetku zdravljenja in nekaj tednov kasneje ter narediti primerjavo. Bi bilo potrebno videoposnetek in računalniško predstavitev, ki se sicer pokažeta ob začetku zdravljenja, ponoviti še kasneje tekom zdravljenja? Ali pa se stopnja znanja z dolžino časa zdravljenja povečuje? Vprašanje o najbolj optimalni zdravstveni obravnavi zajema tudi prednosti skupinske obravnave, s katero bi lahko rešili tudi problematiko pomanjkanja časa zdravstvenih delavcev.

5 Zaključek

Stopnja znanja je ocenjena kot nizka (4,3 pravilni odgovori od devetih), ob čemer se nam pojavi vprašanje, ali je ambulantna oskrba ob jemanju NOAK-ov varna? Odkrili smo področja zdravljenja z NOAK-i, ki pacientom predstavljajo težave in skupine pacientov, na katere moramo biti tekom obravnave še posebej pozorni. S tem smo dobili povratno informacijo o uspešnosti procesa zdravstvene vzgoje in možnostih za izboljšave.

LITERATURA

1. Ageno, W., Gallus, A. S., Wittkowsky, A., Crowther, M., Hylek, E. M. in Palareti, G. (2012). Oral anticoagulant therapy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 141 (2), e44S–88S. doi: 10.1378/chest.11-2292
2. Alphonsa, A., Sharma, K. K., Sharma, G. in Bhatia, R. (2015). Knowledge regarding oral anticoagulation therapy among patients with stroke and those at high risk of thromboembolic events. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 24 (3), 668–672. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.11.007
3. Beagley, L. (2011). Educating patients: understanding barriers, learning styles, and teaching techniques. *J Perianestr Nurs*, 26 (5), 331–337. doi: 10.1016/j.jopan.2011.06.002
4. Blinc, A. (2017). ESC smernice in NOAK – nov standard zdravljenja. In: Znanstveno-strokovno srečanje Združenja kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo. Neposredni peroralni antikoagulantni (NOAK) v klinični praksi: e-zbornik prispevkov, 26.–27. maj 2017 (str. 13–14). Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije.
5. Bonner, L. in Johnson, J. (2014). Deep vein thrombosis: diagnosis and treatment. *Nurs Stand*, 28 (21), 51–58. doi: 10.7748/ns2014.01.28.21.51.e8222
6. CEC – Clinical excellence commission (2017). Non-vitamin K antagonist oral anticoagulant (NOAC) guidelines. Sydney: Clinical excellence commission.
7. Coleman, C. I., Peacock, W. F., Bunz, T. J. in Alberts, M. J. (2017). Effectiveness and safety of apixaban, dabigatran, and rivaroxaban versus Warfarin in patients with nonvalvular atrial fibrillation and previous stroke or transient ischemic attack. *Stroke*, 48 (8), 2142–2149. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.017474.
8. Desteghe, L., Engelhard, L., Raymaekers, Z., Kluts, K., Vijgen, J., Dilling - Boer, D. idr. (2016). Knowledge gaps in patients with atrial fibrillation revealed by a new validated knowledge questionnaire. *Int J Cardiol*, 223, 906–914. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.08.303
9. Dumić, D., Hercan, T. in Pajnikihar, M. (2009). Partnerska vloga pacienta v procesu učinkovite obravnave bolečine. V *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, 11. do 13. maj 2009. Ljubljana.
10. Flis, V. (2017). Kako nevtralizirati učinek antikoagulacijskih zdravil v nujnih primerih? V Znanstveno-strokovno srečanje Združenja kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo. Neposredni peroralni antikoagulantni (NOAK) v klinični praksi: e-zbornik prispevkov, 26.–27. maj 2017 (str. 46–53). Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije. Pridobljeno 25. 9. 2019, s <http://www.sicardio.org/Documents/noak2017.pdf>.
11. Gonsalves, W. I., Pruthi, R. K. in Patnaik, M. M. (2013). The new oral anticoagulants in clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 88 (5), 495–511. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.03.006
12. Harter, K., Levine, M. in Henderson, S. O. (2015). Anticoagulation drug therapy: a review. *West J Emerg Med*, 16 (1), 11–17. doi: 10.5811/2Fwestjem.2014.12.22933
13. Heidbuchel, H., Berti, D., Campos, M., Desteghe, L., Parente Freixo, A., Robalo Nunes, A. idr. (2015). Implementation of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in daily practice: the need for comprehensive education for professionals and patients. *Thromb J*, 13, 22. doi: 10.1186/s12959-015-0046-0
14. Hernández Madrid, A., Potpara, T. S., Dargès, N., Chen, J., Larsen, T. B., Estner, H. idr. (2016). Differences in attitude, education, and knowledge about oral anticoagulation therapy among patients with atrial fibrillation in Europe: result of a self-assessment patient survey conducted by the European heart rhythm association. *Europace*, 18 (3), 463–467. doi: 10.1093/europace/euv448
15. Hews - Girard, J., Guelcher, C., Meldau, J., McDonald, E. in Newall, F. (2017). Principles and theory guiding development and delivery of patient education in disorders of thrombosis and hemostasis: reviewing the current literature. *Res Pract Thromb Haemost*, 1, 162–671. doi: 10.1002/2Frth2.12030
16. Iorio, A. M., Camilloni, C. in Basileo, M. (2006). Influenza vaccination in patients on long-term anticoagulant therapy. *Vaccine*, 24, 6624–6628. doi: 10.1016/j.vaccine.2006.05.036
17. Kobue, B., Moch, S. in Watermeyer, J. (2017). »It's so hard taking pills when you don't know what they're for«: a qualitative study of patients' medicine taking behaviours and conceptualisation of

- medicines in the context of rheumatoid arthritis. *BMC Health Serv Res*, 17 (1), 303–314. doi: 10.1186%2Fs12913-017-2246-8
18. Kolnik, M. in Brvar, M. (2014). Prepoznavanje neželenih učinkov zdravljenja z antikoagulacijskimi zdravili in ukrepanje. *Farma Vestn*, 65 (2), 171–175.
 19. Lane, D. A. in Wood, K. (2015). Patient guide for taking the Non-Vitamin K antagonist oral anticoagulants for atrial fibrillation. *Circulation*, 131 (16), e415–5. doi:10.1161%2FCIRCULATIONAHA.114.012808
 20. Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L. in Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*, 85 (1), 53–62. doi: 10.4065%2Fmcp.2009.0248
 21. MedlinePlus (2020). Blood thinners – also called: anti-platelet drugs, anticoagulants. Pridobljeno 3. 4. 2020, s <https://medlineplus.gov/bloodthinners.html>.
 22. Min - Taek, L., Kwang - Yeol, P., Myo - Song, K., Seung - Hun, Y., Ye - Jin, K. in Sun - Young, J. (2020). Concomitant use of NSAIDs or SSRIS with NOACs requires monitoring for bleeding, 61 (9), 741–749. doi: doi.org/10.3349/ymj.2020.61.9.741
 23. NHS – National health service (2010). Quality and service improvement tools. Patient information. Coventry: University of Warwick. Pridobljeno 18. 12. 2019, s <http://www.miltonkeynesccg.nhs.uk/resources/uploads/files/NHS%20III%20Handbook%20service%20improve.pdf>.
 24. NIDDK – National institute of diabetes and digestive and kidney diseases (2016). Symptoms & causes of GI bleeding. Bethesda: National institutes of health. Pridobljeno 26. 9. 2019, s <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/gastrointestinal-bleeding/symptoms-causes>.
 25. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (2014). Osnovna dejstva o alkoholu. Pridobljeno 30. 5. 2020, s <https://www.nijz.si/sl/osnovna-dejstva-o-alkoholu>.
 26. NMC – Nursing and Midwifery Council (2008). The Code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives. London: Nursing and midwifery council. Pridobljeno 18. 12. 2019, s <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-old-code-2008.pdf>.
 27. Patel, R. (2016). Effective management of venous thromboembolism in the community: non-vitamin K antagonist oral anticoagulants. *Int J Gen Med*, 9, 107–115. doi: 10.2147/IJGM.S100299
 28. Paterick, T. E., Patel, N., Tajik, A. J. in Chandrasekaran, K. (2017). Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 30 (1), 112–113. doi: 10.1080/08998280.2017.11929552
 29. Pisters, R., Elvan, A., Crijns, H. J. G. M. in Hemels, M. E. W. (2018). Optimal long-term antithrombotic management of atrial fibrillation: life cycle management. *Neth Heart J*, 26 (6), 311–320. doi: 10.1007/s12471-018-1118-0
 30. Popoola, V. O., Lau, B. D., Shihab, H. M., Farrow, N. E., Shaffer, D. L., Hobson, D. B. idr. (2016). Patient preferences for receiving education on venous thromboembolism prevention – a survey of stakeholder organizations. *PLoS ONE* 11(3): e0152084. doi: 10.1371/journal.pone.0152084
 31. Qureshi, W., Mittal, C., Patsias, I., Garikapati, K., Kuchipudi, A., Cheema, G. idr. (2014). Restarting anticoagulation and outcomes after major gastrointestinal bleeding in atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 113 (4), 662–668. doi: 10.1016/j.amjcard.2013.10.044
 32. Rahman, A. R. A., Sathar, J., Chee, C. C., Sinthamoney, E., Che Hassan, H. H., Harunarashid, H. idr. (2013). Clinical practice guidelines – prevention and treatment of venous thromboembolism. Malaysia: Ministry of health Malaysia.
 33. Salmasi, S., Kwan, L., MacGillivray, J., Bansback, N., De Vera, M. A., Barry, A. R. idr. (2019). Assessment of atrial fibrillation patients' education needs from patient and clinician perspectives: a qualitative descriptive study. *Thromb Res*, 173, 109–116. doi: 10.1016/j.thromres.2018.11.015
 34. Shrestha, S., Sapkota, B., Kumpakha, A., Acharya, U. in Sharma, R. (2015). Evaluation of patients' knowledge on warfarin in outpatient pharmacy of a tertiary care cardiac center. *BMC Res Notes*, 8, 429–434. doi: 10.1186%2Fs13104-015-1416-1

35. Singh, J., Singh, N., Kumar, R., Bhandari, V., Kaur, N. in Dureja, S. (2013). Awareness about prescribed drugs among patients attending out-patient departments. *Int J Appl Basic Med Res*, 3 (1), 48–51. doi: 10.4103%2F2229-516X.112240
36. Steffel, J., Verhamme, P., Potpara, T. S., Albaladejo, P., Antz, M., Desteghe, L. idr. (2018). The 2018 European heart rhythm association practical guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 39 (16), 1330–1393. doi: 10.1093/eurheartj/ehy136
37. Štalc, M. in Mavri, A. (2014). Zdravljenje z novimi peroralnimi antikoagulacijskimi zdravili. *Farm Vestn*, 65 (2), 129–136.
38. Terseglav, K., Žontar, T., Štuhec, N., Kosten, T. in Kadivec, S. (2018). Zdravstvena pismenost bolnikov – uspeh zdravstvenovzgojnih šol (evalvacija bolnikovega znanja pri antikoagulacijskem zdravljenju). V *Celostna obravnava bolnika s kronično pljučno boleznijo. 14. Golniški simpozij, Bled, 5. in 6. oktober 2018 (str. 93–101)*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
39. Vene, N. (2017). Pregled zdravljenja z NOAK. V *Znanstveno-strokovno srečanje Združenja kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivno kardiologijo. Neposredni peroralni antikoagulanti (NOAK) v klinični praksi: e-zbornik prispevkov, 26.–27. maj 2017 (str. 21–24)*. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije. Pridobljeno 25. 9. 2019, s <http://www.sicardio.org/Documents/noak2017.pdf>.
40. Viola, R., Fekete, H. in Csoka, I. (2017). Patients' knowledge on oral anticoagulant treatment in Hungary. *Int J Clin Pharm* 39 (6), 1265–1272. doi: 10.1007/s11096-017-0544-1.
41. Violi, F., Lip, G. Y., Pignatelli, P. in Pastori, D. (2016). Interaction between dietary vitamin K intake and anticoagulation by vitamin K antagonists. *Medicine* 95 (10), e2895. doi: 10.1097%2FMD.0000000000002895.
42. Vranckx, P., Valgimigli, M. in Heidebuchel, H. (2018). *Arrhythm Electrophysiol Rev*, 7 (1), 55–61. doi: 10.15420%2Fae.2017.50.1
43. Yeung, M. P. S., Lam, F. L. Y in Coker, R. (2016). Factors associated with the uptake of seasonal influenza vaccination in adults: a systematic review. *J Public Health*, 38 (4), 746–753. doi: 10.1093/pubmed/fdv194
44. Zondag, W., Kooiman, J., Klok, F. A., Dekkers, O. M. in Huisman, M. V. (2013). Outpatient versus inpatient treatment in patients with pulmonary embolism: a meta-analysis. *Eur Respir J*, 42 (1), 134–44. doi: 10.1183/09031936.00093712

Problemi najstniških mater pri dojenju: pregled literature

UDK 618.73-053.6-055.2

KLJUČNE BESEDE: mladostništvo, težave pri dojenju, kakovost dojenja, zdravstvena nega, promocija

POVZETEK - Dojenje je zaradi znanih pozitivnih in blagodejnih učinkov tako na mati, kot na dojenčka še vedno prepoznano kot številka ena v prehrani za novorojenčka in kasneje tudi dojenčka. Zato je pomembno že od samega spočetja in čez čas nosečnosti na preventivnih obiskih pri ginekologu poudarjati in spodbujati dojenje kot najboljšo izbiro za novorojenčka, v času po porodu in bivanju v porodnišnici, pa naj bo prioriteta medicinskih sester in babic učenje in spodbujanje mamice pri dojenju. Problemi najstniških mater pri dojenju nastanejo že od začetka spočetja, saj v večini primerov otrok ni načrtovan, nosečnost ni zaželena, prav tako pa lahko noseča najstnica začuti odpor s strani družine, prijateljev, vrstnikov. Zato je pomembno, da ob tako pomembnem času v njenem življenju začuti podporo vsaj s strani ginekologinje in medicinske sestre pri kateri opravlja preventivne preglede, kasneje pa občuti podporo in sprejetost tudi s strani osebja v porodnišnici, kjer je rodila. Kadar najstnica tega ne začuti, pa lahko občutek nesprejetosti privede do težav z dojenjem, ki so neprijetni tako za njo, kot za novorojenčka.

UDC 618.73-053.6-055.2

KEY WORDS: adolescence, breastfeeding problems, quality of breastfeeding, nursing, promotion

ABSTRACT - Due to the known positive and beneficent effects on both the mother and the baby, breastfeeding is still recognized as number one in the diet for the newborn and later also the baby. That is why it is important to emphasize and promote breastfeeding as the best choice for the newborn from the very beginning of pregnancy and during pregnancy visits to the gynecologist. In the period after childbirth and during the stay at the maternity hospital, the priority of nurses and midwives should be teaching and encouraging mothers to breastfeed. Breastfeeding problems with teenage mothers arise from the time of conception, because in most cases the child is not planned, the pregnancy is not desired and a pregnant teenager can feel reluctance by her family, friends and peers. That is why it is crucial that at such an important time in her life she feels support from at least the gynecologist and the nurse performing screening tests and later on feels support and acceptance from the staff at the maternity hospital where she gave birth. However, when a teenager does not feel this, the feeling of rejection can lead to breastfeeding problems that are uncomfortable for both her and the newborn.

1 Uvod

Dojenje je zaradi svojih vsesplošno znanih pozitivnih in blagodejnih učinkov na mati in otroka prepoznano kot številka ena v prehrani za novorojenčka in kasneje tudi dojenčka (Davis - Hathaway in Barragan, 2015). V stroki poznamo več izrazov, ki opisujejo različne tipe dojenja. Otrok je lahko izključno dojen kar pomeni da prejema izključno materino mleko (Eglash, idr., 2008). Sledi mu termin prevladujoče dojen, kar pomeni, da prejema večino hranilnih snovi preko materinega mleka, poleg tega pa prejema tudi npr. čaj ali vodo. Na koncu pa še termin malo dojeni otrok, ko otrok prejme minimalno oziroma nekaj mleka v 24h časovnem obdobju, poleg pa zaužije mlečno formulo, vodo, ali pa je mati pričela z uvajanjem mešane prehrane in zmanjšuje dojenje pri otroku (Binns idr., 2016).

2 Dojenje najstniške matere

Do najstniške in pogosto tudi nezaželene nosečnosti pogosto pride pri adolescentkah, ki prihajajo iz družin z nižjimi prihodki. Zato bi se naj stroka ukvarjala s spolno vzgojo že od osnovne šole dalje, da se otroke ki prehajajo v najstniška leta nauči tveganj in nezaščitenih spolnih odnosov. Če bi zdravstvena vzgoja o varni spolnosti bila uspešna, bi se dalo preprečiti marsikatero nezaželeno nosečnost in tveganja za zdravje najstnic (Camarotti idr., 2011).

O izključno dojenem otroku govorimo takrat, ko otrok poleg materinega mleka ne zaužije ničesar, niti vode (Bouchet - Horwitz, 2015). Takojšnji skin-toskin kontakt med materjo in otrokom po porodu, takojšnji pričetek dojenja in učenje dojenja so se izkazali kot najboljša tehnika, ki je pripomogla k dolgotrajnejšemu dojenju pri najstniški materi (Pries idr., 2016).

2.1 Znaki uspešnega dojenja

Veliko najstniških mater niti ne ve, če pravilno dojijo in kakšni so znaki pravilnega dojenja. Znaki uspešnega dojenja so:

- Indikatorji dobre pozicije otroka pri dojenju:
 - široko odprta usta,
 - manj vidna areola pod brado, kot nad bradavico,
 - otrokova brada se dotika dojke, spodnja ustnica je zaobjela bradavico in nosek je prost, da lahko otrok diha;
 - mati ne čuti nobene bolečine.
- Indikatorji uspešnega dojenja pri otroku:
 - slišno in vidno požiranje otroka,
 - ritmično sesanje dojke,
 - sproščene rokice in nogice,
 - mokra usta,
 - redno mokra/polulana plenička.
- Indikatorji uspešnega dojenja pri ženskah:
 - zmehčanje dojke,
 - ko konča z hranjenjem ne čuti kompresije dojk,
 - ženska se počuti sproščeno in zaspano.

Vidimo, da je veliko znakov takšnih, ki so nekaterim splošno znani, smiselni in logični. Vendar pa se vseeno najde nek odstotek mladih mater, ki se pri dojenju ne znajdejo in potrebujejo dodatno pomoč (Finnikin, 2015).

2.2 Prednosti dojenja

Pozitivni učinki dojenja niso samo za dojenčka, ampak blagodejno delujejo tudi na mati (Ebenezer, 2010).

Tabela 1: Prikaz pozitivnih učinkov dojenja pri materi in otroku

<i>Prednosti dojenja za mati:</i>	<i>Prednosti dojenja za otroka:</i>
hitrejše okrevanje po porodu, učinek naravne kontracepcije, zmanjšanje faktorjev tveganja za nastanek predmenopavzalnega raka na dojki, priročen in ekonomičen način prehranjevanja, znižanje možnosti za nastanek raka na jajčnikih, hitrejše izgubljanje kilogramov, pridobljenih med nosečnostjo.	Materino mleko zadošča za vse otrokove nutritivne potrebe, znižuje možnost nastanka infekcij, kot so npr: gastroenteritis, pljučnica in vnetje srednjega ušesa, znižana možnost nastanka astme in ekcemov, hitrejši psihomotorični razvoj, višji IQ, manjša možnost kasnejše debelosti, možnost zmanjšanja nastanka avto-imunih bolezni, kot je npr. diabetes tipa 1, možnost zmanjšanja nastanka sindroma nenadne smrti novorojenčka.

Vir: Ebenezer (2010).

2.3 Težave pri dojenju

Zaradi nasploh zmanjšane hospitalizacije pri materah po porodu so tako najstniške, kot ostale matere soočene s tem, da vzpostavijo ritem dojenja, ter se naučijo pravilnega dojenja, praktično same. Vzpostavitev dojenja je po študiji (Monberg Fenstr idr., 2018) polno novosti in veliko informacij, ki so lahko utrujajoče in naporne. Najstniške matere, ki so se zaradi svojega neznanja morale po odgovore na svoja vprašanja zateči k družini raje kot k zdravniškemu osebju so v raziskavi dokazano dojile manj časa. Prav tako je za najstniško mater porod, učenje ravnanja z novorojencem in vzpostavitev dojenja precej stresno obdobje, ki posledično največkrat povzroči prenehanje truda matere pri dojenju (Poole in Gephart, 2014). Bolj kot medicinske ali fizične prepreke, najstniške matere navajajo psihološke težave. Počutijo se osramočene, ne želijo si dojeti zunaj, saj jih je strah, da bi bile obsojane s strani ljudi, ter se težje vračajo nazaj v šolo ali službo (Sipsma idr., 2013).

Fizične težave pri dojenju najstniških mater pa so npr. vdrti bradavičke, boleče bradavičke, naval mleka ali kontra pojav – premalo mleka, boleča oteklina, v težjih zapletih tudi mastitis (Khriesat in Ismaile, 2017). Med drugim kot razloge za prenehanje dojenja navajajo tudi samski status, nizek socialno-ekonomski prihodek, negativno obnašanje do lastnega zdravja (npr. kajenje, pitje alkohola), premalo prenatalne skrbi. Kot glavna faktorja za težave pri dojenju oziroma za prenehanje dojenja sta navedena socialna in ekonomska nestabilnost (Apostalkis - Kyrus idr., 2013). Veliko najstniških mater kot razlog za prenehanje dojenja navaja negativen vpliv dojenja na njihova socialna in intimna razmerja, fizične zahteve dojenja, nevšečnost dojenja in socialno nepodporo (Nessbit idr., 2012).

2.4 Vloga zdravstvenih delavcev pri dojenju

Spodbujanje in podpora dojenja bi morali biti prioriteta javnega zdravja. Same številke dojenja, bi lahko bile višje, če bi se k dojenju aktivno in uspešno vključevala celotna družina (predvsem partner), prijatelji, določene skupnosti oz. skupine, ter zdravniki in zdravstveni delavci. Vse matere, bi morale prejeti profesionalne podatke o vzpostavitvi dojenja, vzdrževanju dojenja, ter vse odgovore na vprašanja, ki se jim v času vzpostavitve dojenja porajajo po mislih (Gordon, 2013). Potrebno je strokovno ukrepati ravno zato, ker so mlade matere v precepu glede dojenja, preveč se odločajo ali bi otroka dojile, ali ne. Tukaj bi se stroka morala vključevati in pričeti mlade matere vključevati v poučne skupine ali programe (Gordon, 2013). Predvsem za mlade matere, brez znanja o dojenju bi bilo zelo dobrodošlo, da bi se zdravstveni delavci bolj aktivno vključevali v promoviranje dojenja, odgovarjali na vprašanja o dojenju in tudi demonstrirali

dojenje z slikovnim materialom ali video posnetki (Eglash idr, 2008). V raziskavi Mendoza (2010) ugotovijo, da je zdravstvena stroka vzporedno z nutricionisti edina, ki se zavzema za to, da bi otroci bili dojeni v čim večjem številu. Filipini so služili kot vzor za druge države, med drugim tudi Združene države Amerike, saj se redno uvrščajo med države, ki so najboljše ocenjene glede standardov o dojenju med materami.

2.5 Dojenčku prijazna porodnišnica ali ustanova

Vsaka ustanova, ki se ima za dojenčku prijazno porodnišnico ali ustanovo, bi se naj držala sledečih deset pravil (Bouchet - Horwitz, 2015, str. 209):

- Priprava pisnih pravil dojenja, ki jih redno predstavlja vsem zdravstvenim delavcem.
- Vsi zdravstveni delavci morajo biti usposobljeni, za izvajanje teh pravil.
- Vse nosečnice je treba poučiti o prednostih dojenja in o pravilnem dojenju.
- Materam je treba pokazati, kako dojiti in ohranjati mleko tudi, če bi bile ločene od svojih otrok.
- Materam je treba pomagati, da začnejo dojiti prvih 30 min po porodu.
- Novorojenčki razen materinega mleka ne prejemajo druge hrane in tudi tekočine, razen kadar bi bilo to medicinsko indicirano.
- Matere in novorojenčki naj bodo skupaj 24h.
- Vzpodbujati je treba dojenje po želji.
- Dojenim dojenčkom ne dajemo cucljev ali dud.
- Vzpodbujati je treba ustanavljanje skupin za podporo dojenja, kamor je po odpustu iz porodnišnice mogoče napotiti mati.

Socio-demografski faktorji tveganja so povezani z nižjo številko dojenja pri najstniških materah. Številke se še naprej nižajo, saj mlade mamice nimajo podpore s strani nekoga, ki bi jih razumel. Nujno potrebujejo podporne skupine z inovativnim programom, ki jih razume kako se počutijo, hkrati pa jim nudi pomoč in odgovore na vsa vprašanja (Leclair idr., 2014). Pri vzdrževanju dojenja po prihodu iz porodnišnice lahko najstniški materi bistveno pomaga patronažna medicinska sestra. Če z najstnico vzpostavi pristen in zaupljiv odnos, ji le-ta lahko razkrije vse probleme, ki jo pri dojenju pestijo. Medicinska sestra, pa mora kot profesionalka v svoji stroki znati pomagati ukrepati in tako pripomore k ohranjanju dojenja, ki je bistveno za novorojenčka oz. dojenčka (Ambikapathi idr., 2016). Za pediatre in zdravstvene delavce je ključnega pomena, da razumejo kako deluje dojenje, saj s tem znanjem pripomorejo k odpravljanju določenih težav pri mladih materah, ki ne znajo dojiti in to delajo prvič (Sriraman, 2017).

3 Razprava

Menim, da v sodobnem času v katerem živimo sedaj nebi smelo biti več toliko problemov pri dojenju, ki jih preživljajo najstniške matere. Seveda na nekatere fizične vplive in voljo samega telesa nimajo vpliva, vendar pa bi morale biti prisotnih manj psiholoških negativnih vplivov. K temu lahko najprej pripomore družba sama. Mislim, da je v naši družbi še vedno preveč tabujev in zgražanj nad najstniško nosečnostjo. Če bi se ljudje rešili večine predsodkov in nebi sodili najstniških mater, bi že s tem bilo veliko lažje najstniškim materam sprejemati samo nosečnost in kasneje porod, hkrati pa bi to pripomoglo k boljši samozavesti najstnic.

Zdravstveni delavci, bi se že zaradi poklica samega morali zavzemati za to, da najstniške matere nebi bile izvzete iz družbe. Morali bi delovati v njihovo korist, jim pomagati pri navajanju na novorojenčka in učenju dojenja. Najstniške matere imajo navadno glede otroka in dojenja premalo znanja in najbrž tudi motivacije, zato bi morale prejeti profesionalne in kakovostne informacije že v porodnišnici v času ko sta z novorojenčkom hospitalizirana. Ob prihodu domov

bi za nadaljevanje prejemanja znanja naj poskrbela patronažna medicinska sestra, ki najstniški materi pomaga na domu. V domačem okolju bi le-ta bila bolj dovzetna za prejemanje širšega znanja in informacij. Mislim, da bi skupno sodelovanje stroke z najstniškimi materami pripomoglo k večji številki dojenih otrok.

Kljub temu, da je na voljo širok spekter virov informacij, se mlade matere na vse vire ne morejo zanesti. Razni laični forumi in napačne informacije lahko pri najstnicah povzročijo napačne predstave o dojenju, kar posledično lahko vodi k nepopravljivi škodi, kar se tiče številke dojenih otrok. Zato bi se tako družba kot stroka morali truditi k sprejemanju najstniških nosečnic ne glede na svoja prepričanja in vrednote.

LITERATURA

1. Ambikapathi, R. idr. (2016). How multiple episodes of exclusive breastfeeding impact estimates of exclusive breastfeeding duration: report from the eight-site MAL-ED birth cohort study. *Maternal & Child Nutrition*, 12 (4), 740–756.
2. Apostolakis - Kyros, K., Valentine, C. in DeFranco, E. (2013). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *The Journal of Pediatrics*, 163 (5), 1489–1494.
3. Binns, C., Lee, M. in Low, W. Y. (2016). The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28 (1), 7–14.
4. Bouchet - Horwitz, J. (2015). Ensuring breastfeeding success. *Childhood Obesity and Nutrition*, 7 (4), 208–211.
5. Camarotti, C. M. idr. (2011). The experience of breastfeeding in a group of teenage mothers. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (1), 55–60.
6. Davis - Hathaway, S. in Barragan, A. (2015). Breastfeeding: the teenage years. *Childhood Obesity and Nutrition*, 7 (4), 188–191.
7. Ebenezer, J. (2010). Supporting breastfeeding. *InnovAiT*, 3 (12), 714–718.
8. Eglash, A., Montgomery, A. in Wood, J. (2008). Breastfeeding. *Disease-a-month*, 54 (6), 343–411.
9. Finnikin, L. (2015). Breastfeeding: support a new mum today. *InnovAiT*, 8 (3), 133–140.
10. Gordon, C. M. (2013). Breastfeeding initiation in teen mothers. *The Journal of Pediatrics*, 163 (5), 1235–1239.
11. Khriesat, W. in Ismaile, S. (2017). Negative attitudes & misinformation to breastfeeding among young generation in a nursing program. *Australasian Medical Journal*, 10 (11), 934–940.
12. Leclair, E., Sprague, A., Robert, N. in Fleming, N. (2014). Factors which impact breastfeeding in adolescent pregnancies: a cohort study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27 (2), 24.
13. Mendoza, R. L. (2010). Breast milk versus formula: courts, health marketing, and asymmetric information. *Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 2 (1), 7–15.
14. Monberg Feenstra, M. idr. (2018). Early breastfeeding problems: a mixed method study of mothers' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16 (3), 167–174.
15. Nesbitt, S. A. idr. (2012). Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12 (149), 1–14.
16. Pries, A. M. idr. (2016). Pervasive promotion of breastmilk substitutes in Phnom Penh, Cambodia, and high usage by mothers for infant and young child feeding. *Maternal & Child Nutrition*, 12 (2), 38–51.
17. Pries, A. M. idr. (2016). Promotion and prelacteal feeding of breastmilk substitutes among mothers in Kathmandu Valley, Nepal. *Maternal & Child Nutrition*, 12 (2), 8–21.
18. Sipsma, H. L. idr. (2013). Breastfeeding behavior among adolescents: initiation, duration, and exclusivity. *Journal of Adolescent Health*, 53 (3), 394–400.
19. Sriraman, N. K. (2017). The nuts and bolts of breastfeeding: anatomy and physiology of lactation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47 (12), 305–310.
20. Wambach, K. A. in Cohen, S. M. (2009). Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (4), 244–254.

Nasilje nad zdravstvenimi delavci

UDK 614.253+364.636

KLJUČNE BESEDE: nasilje, zdravstveni delavci, zakonodaja, delovno mesto, zdravstvo

POVZETEK - Nasilje na delovnem mestu je negativen odnos med dvema ali več osebami v delovnem okolju, ki ga spremlja agresivno vedenje in se ponavlja ali pa se zgodi nepričakovano. Študije kažejo, da so zdravstveni delavci izpostavljeni predvsem nefizičnemu nasilju, hkrati pa navajajo, da je izpostavljenost nefizičnemu nasilju dejavnik tveganja za nastanek fizičnega nasilja. Kot preventiva izpostavljenosti nasilju sta pomembna izobraževanje zaposlenih na tem področju ter zaščita zaposlenega. Raziskava je temeljila na deskriptivni in kavzalno neeksperimentalni metodi dela. Uporabljena je bila kvantitativna tehnika pridobivanja podatkov. Podatke smo pridobili s pomočjo anonimnega vprašalnika. V raziskavi je sodelovalo 111 zdravstvenih delavcev (zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, radiološki inženirji, mavčarji). 9.9 % anketiranih je dnevno izpostavljeno nasilju, 57,8 % pa večkrat na mesec. Najpogostejša oblika nasilja je mobing s strani sodelavcev, največkrat pa nasilje izvajajo pacienti, sledijo zdravniki in medicinske sestre. Konflikti med člani tima najbolj vplivajo na kakovost dela, hkrati zaradi nasilja na delovnem mestu le redko izostanejo z dela. Žrtve nasilja imajo več telesnih simptomov, kot so glavoboli, prebavne težave in motnje srčnega ritma.

UDC 614.253+364.636

KEYWORDS: violence, health professionals, legislation, workplace, healthcare

ABSTRACT - Workplace violence is a negative relationship between two or more people in a work environment that is accompanied by aggressive behaviour and which is recurring or happening unexpectedly. Studies show that such health professionals are primarily exposed to non-physical violence, while at the same time stating that exposure to non-physical violence is a risk factor for physical violence. The education of employees in this field and the protection of employees are important as the prevention of exposure to violence. The research was based on a descriptive and causally non-experimental method of work. Quantitative data acquisition technique was used. The data was obtained using an anonymous questionnaire. The study involved 111 healthcare professionals (doctors, nurses, physiotherapists, radiology engineers, plasterers). 9.9 % of the respondents are exposed to violence daily and 57.8 % several times a month. The most common form of violence is mobbing by co-workers and the violence is most often perpetrated by patients, followed by doctors and nurses. Conflicts between team members mostly affect the quality of work, while the workers are rarely absent from work due to violence in the workplace. Victims of violence have several physical symptoms, such as headaches, digestive problems and heart rhythm disorders.

1 Uvod

Nasilje v delovnih okoljih ni nov pojav, vendar je v družbi uspel pritegniti pozornost šele v 90. letih prejšnjega stoletja. Pojem nasilje je tesno povezan s pojmom agresivnost, ki ga opredeljujemo kot reakcijo na določene težave in usmerjeno delovanje k določenemu zastavljenemu cilju. Če povežemo ta dva pojma, lahko nasilje opredelimo kot negativno ali razdiralno agresijo, ki posledično pripelje do kršenja pravil varnega in kvalitetnega skupnega bivanja, kršenja človekovih pravic in njegovih osebnostnih mej ter zlorabljanje moči enega v škodo drugega (Arnšek, 2010, str. 13). Nasilje v zdravstvu nasprotuje načelom zdravstvene etike. Mnogi zdravstveni delavci so v svojem delovnem času izpostavljeni fizičnim incidentom, grožnjam, zastraševanju, šikaniranju, spolnemu nadlegovanju idr. Nasilje na delovnem mestu se lahko pojavi v vseh ustanovah, poklicih in na vsaki hierarhični ravni. Vzroke za to pripisujejo

slabi organizaciji dela, nejasnemu delegiranju nalog, nejasni hierarhični organizaciji, slabi komunikaciji med delavci in strahu pred izgubo službe (Voljč, 2017, str. 281).

2 Teoretična izhodišča

Nasilje je pojav, ki si ga vsak posameznik drugače interpretira. Kar nekdo razume oziroma doživlja kot nasilje, je lahko za drugega ravno nasprotno. Nasilje se lahko pojavlja v vsakem okolju, kadarkoli. V zdravstvu se pojavlja zelo pogosto, ker so zdravstveni delavci nenehno v stiku z ljudmi, ki so ranljivi. Poznamo več vrst nasilja, vsaka vrsta pa se izraža drugače (Bertoncelj Pfajfar, 2016, str. 66). Navadno eni vrsta nasilja sledijo tudi druge, hkrati pa narašča tudi intenziteta izvajanja nasilja. Navadno žrtve nasilja svoje frustracije prenašajo na ostale, zato se razvije sklenjen krog, kjer žrtev nasilja postane tudi izvršilec le-tega.

V današnji družbi je nasilje še vedno tabu tema, velikokrat tudi nepravilno definirana. Pri nasilju na delovnem mestu je pomembno, da se poleg delovnega okolja, nadrejenih in sodelavcev pri tej temi dotaknemo tudi trajanja in pogostosti izvajanja trpinčenja na delovnih mestih. Večina raziskav pojasnjuje, da se o nasilju govori takrat, ko se nasilje na delovnem mestu pojavlja večkratno tedensko v obdobju šestih mesecev (Dernovšek, 2013, str. 82). Zaradi različnih osebnostnih lastnosti imajo posamezniki različno občutljivost in toleranco do nasilja in se posledično na nasilje tudi različno odzovejo. Ne glede na posledice, ki jih pušča pri žrtvi, je treba pred ukrepanjem prepoznati vrsto nasilja in šele nato se lahko žrtvi poišče ustrezno pomoč. Ob napačnem ukrepanju se lahko povzroči še več škode, posledično dejanskega problema ne izkoreninimo.

Vse vrste nasilja (verbalno, fizično, spolno, ekonomsko, psihično) imajo velik vpliv na samo delo in delovanje vsakega posameznika v procesu dela. Nasilje na delovnem mestu zmanjšuje delovno učinkovitost, saj se žrtev ne more spoprijeti s težavami in preprekami, ki zadevajo zgolj njeno delovno funkcijo. Dolgotrajno in ponavljajoče se nasilje na delovnem mestu pri zaposlenih vodi do absentizma in izostanka od dela. Nasilje na delovnem mestu lahko vodi v izgorelost ali menjavo službe, kar negativno vpliva na samo žrtev, delovno organizacijo in na zdravstveni tim (Bojić, 2016, str. 12).

Nasilje nad zdravstvenimi delavci je še dandanes tabu tema. Govora o takšnih dogodkih je malo, saj se večina zdravstvenih delavcev zaradi preobremenjenosti in izgorelosti težko spoprijema s takšnimi dogodki, še težje pa se jim je podati v iskanje rešitev, ki terja veliko birokracije, dokazovanja, izpostavljenosti. Zelo težko je dokazati nasilje, ki je bilo izvedeno s strani pacienta, saj je treba upoštevati pogoje, kot sta anonimnost in zdravstveno stanje. Problem vidimo pri pacientih, ki niso zmožni presojanja in nad zdravstvenimi delavci izvajajo nasilje. V takšnih primerih zelo težko prikažemo in dokažemo, da je nad zdravstvenim delavcem izvedeno nasilje, hkrati lahko trdimo, da pacient zaradi njegovega stanja ni namerno škodoval posamezniku, zato ima tu ključno vlogo delovna organizacija. Delovna organizacija mora imeti zaposlene ljudi, ki ščitijo njihove zaposlene, hkrati mora določenim oddelkom omogočiti nenehni nadzor, saj bi to vodilo, da bi se zaposleni počutili bolj varno, samozavestno in svojega dela ne bi opravljali s strahom (Mustafai, 2019, str. 1)

Veliko nasilja je povzročena med zdravstvenimi delavci samimi. Položaj, status in izobrazba imajo velik vpliv na izvajanje in prejemanje nasilja med zdravstvenimi delavci. Pomembno je, da si žrtve nasilja poiščejo pomoč, se o nasilju pogovarjajo ter nasilje prijavijo. Menimo, da je najtežje nasilen dogodek prijaviti, ker zdravstveni delavci niso dovolj poučeni o poteku le-tega ter o obstoječih obrazcih (Mustafai, 2019, str. 2)

3 Metode

Raziskava je temeljila na deskriptivni in kavzalno neeksperimentalni metodi dela. Uporabljena je bila kvantitativna tehnika pridobivanja podatkov. Podatke smo pridobili s pomočjo anonimnega vprašalnika. V empiričnem delu smo zbrali in analizirali primarne in sekundarne vire. Vire smo preučili, jih sistematizirali in predstavili s pomočjo deskripcije, kompilacije in komparacije. Podatke smo grafično prikazali s pomočjo programa Microsoft Office Excel.

Kot raziskovalni instrument je bil uporabljen anketni vprašalnik namenjen zdravstvenim delavcem – medicinskim sestram, zdravnikom, fizioterapevtom, radiološkim inženirjem, mavčarjem. Anketni vprašalnik je sestavljen iz 19 sklopov vprašanj. Prvih šest vprašanj se nanaša na demografske podatke in na delovno mesto posameznika, drugi del vprašanj se nanaša na pogostnost izvajanja nasilja na delovnem mestu, tretji del vprašanj se nanaša na vrsto izvedenega nasilja nad zdravstvenimi delavci in kdo je najpogosteje vršilec nasilja na delovnem mestu, četrti sklop vprašanj je sestavljen iz razvrščanja skupin po tem, kdo največkrat izvaja nasilje nad zdravstvenimi delavci, peti del vprašanj se nanaša na simptome, ki se pri posamezniku pojavijo zaradi doživetega nasilja na delovnem mestu, šesti del vprašanj se nanaša na vpliv nasilja na delo zdravstvenega delavca, osmi del vprašanj se nanaša na pomoč, ki si jo zdravstveni delavci poiščejo v primeru, da je nad njimi bilo izvršeno nasilje, deveti del vprašanj pa se nanaša na ravnanje delovne organizacije v primeru nasilja in poznavanje zakonodaje na področju nasilja na delovnem mestu. Anketni vprašalnik je bil sestavljen tako, da smo lahko odgovore sistematično in številčno ovrednotili ter grafično in tabelarno prikazali. Rezultate smo predstavili grafično, tabelarno in opisno. Uporabljeni so bili primarni in sekundarni viri. Primarni viri podatkov so bili pridobljeni z raziskavo v Splošni bolnišnici X, sekundarni viri so bili pridobljeni s pregledom in študijem strokovne domače in tuje literature ter s pomočjo baze podatkov Cinahl, Cobiss, Pubmed ipd.

Vzorec raziskave je zajemal zdravstveno osebje Splošne bolnišnice X. Razdelili smo 400 vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 189 vprašalnikov, od tega je bilo popolno rešenih 111 vprašalnikov. Anketiranci, ki so sodelovali v raziskavi, so sodelovali prostovoljno, predhodno smo za sodelovanje pridobili njihovo soglasje. Predhodno smo pojasnili namen in potek raziskave. Anketni vprašalnik je bil anonimen, podatki, ki so bili pridobljeni, bodo hranjeni skladno z načeli varovanja osebnih podatkov. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali vsa etična načela in norme. Vprašalnike smo v mesecu juliju 2019 razdelili med zdravstveno osebje Splošne bolnišnice X. Zbiranje izpolnjenih anketnih vprašalnikov smo opravili v avgustu 2019.

V prispevku je predstavljenih le del rezultatov. V celoti so dostopni v magistrski nalogi avtorice Mustafai (2019).

4 Rezultati

Analiziranih je bilo 111 anket. S Cronbach koeficientom alfa smo ocenili zanesljivost merjenja našega anketnega vprašalnika oziroma notranjo konsistentnost merske lestvice. Ocena $\alpha = 0,949$ izkazuje odlično zanesljivost konstrukta. Prejeli smo 111 popolnoma izpolnjenih vprašalnikov. Ženske so izpolnile 82 (73,9 %) anketnih vprašalnikov, moški pa 29 (26,1 %) anketnih vprašalnikov. Največ anketiranih je starih od 21 do 30 let (54; 48,6 %), najmanj je starih manj kot 21 let (1; 0,9 %). Od 31 do 40 let je starih 33 anketirancev (29,7 % zdravstvenih delavcev), od 41 do 50 let je starih 21 anketirancev (18,9 %), več kot 50 sta stara 2 zdravstvena delavca (1,8 %). Največ anketiranih je diplomiranih medicinskih sester (45; 40,5 %), najmanj je mavčarjev (5; 4,5 %) in drugih (5; 4,5 %). Radioloških inženirjev je 6 anketiranih (5,4 %), fizioterapevtov je 12 anketirancev (10,8 %), zdravnikov je 16 anketiranih (14,4 %), srednjih

medicinskih sester je 22 anketiranih (19,8 %). Pod drugo so anketiranci dopisali farmacevt, študent medicine, pripravnik.

5 anketirancev (4,5 %) meni, da se nad njimi nikoli na delovnem mestu nikoli ne izvaja nasilje. Da se nad njimi nasilje izvaja zelo redko, je odgovorilo 31 anketirancev (27,9 %), redko (1–2-krat mesečno) je odgovorilo 22 zdravstvenih delavcev (19,8 %), manj pogosto (1–3-krat na teden) 22 anketirancev (19,8 %). 20 anketirancev (18 %) je odgovorilo, da pogosto prejemajo nasilje (4–6-krat na teden), 11 zdravstvenih delavcev (9,9 %) nasilje prejema zelo pogosto (vsak dan). Anketirani menijo, da nad njimi pacienti v času obravnave najpogosteje vpijejo nanje in jih glasno zmerjajo ($M = 2,67$; $SD = 1,10$), najmanj pogosto pa jih spolno napadejo ($M = 1,19$; $SD = 0,53$). Pogosto so pacienti v času obravnave tudi ustražovali in grozili ($M = 2,19$; $SD = 1,09$), poniževali in zaničevali ($M = 2,26$; $SD = 0,96$), manj pogosto pa otipavali ($M = 1,39$; $SD = 0,66$). Anketirani menijo, da nad njimi pacientovi svojci v času obravnave najpogosteje vpijejo nanje in jih glasno zmerjajo ($M = 2,34$; $SD = 1,14$), najmanj pogosto pa jih spolno napadejo ($M = 1,14$; $SD = 0,51$). Pacienti največkrat izvajajo nasilje nad zdravstvenimi delavci, najmanj pogosto pa študenti in dijaki, ki so na praksi. Zelo pogosti izvajalci so tudi medicinske sestre, zdravniki, obiskovalci oziroma pacientovi svojci, drugi zdravstveni delavci – mavčarji, fizioterapevti. Tabela 1 prikazuje simptome, ki jih doživljajo zdravstveni delavci zaradi nasilja na delovnem mestu.

Tabela 1: Simptomi, ki jih anketiranci doživljajo zaradi nasilja na delovnem mestu

	Odgovori (N %)						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon
	nikoli	redko	manj pogosto	pogosto	zelo pogosto	Skupaj				
Glavobol	12 (11%)	43 (39%)	19 (17%)	30 (28%)	5 (5%)	109 (100%)	109	113	2,8	1,1
Depresija	55 (50%)	29 (27%)	14 (13%)	8 (7%)	3 (3%)	109 (100%)	109	113	1,9	1,1
Tesnoba, strah	39 (36%)	36 (33%)	18 (17%)	11 (10%)	5 (5%)	109 (100%)	109	113	2,1	1,2
Želodčne težave	39 (36%)	23 (21%)	21 (19%)	19 (17%)	7 (6%)	109 (100%)	109	113	2,4	1,3
Težave s spanjem	39 (36%)	21 (19%)	16 (15%)	26 (24%)	7 (6%)	109 (100%)	109	113	2,5	1,4
Težave s prehranjevanjem	50 (46%)	20 (18%)	12 (11%)	21 (19%)	6 (6%)	109 (100%)	109	113	2,2	1,3
Motnje srčnega ritma	61 (56%)	24 (22%)	12 (11%)	9 (8%)	3 (3%)	109 (100%)	109	113	1,8	1,1
Nočne more	69 (63%)	19 (17%)	12 (11%)	8 (7%)	1 (1%)	109 (100%)	109	113	1,7	1,0
Izbruhi jeze	34 (31%)	29 (27%)	25 (23%)	16 (15%)	5 (5%)	109 (100%)	109	113	2,3	1,2
Drugo	67 (61%)	23 (21%)	9 (8%)	7 (6%)	3 (3%)	109 (100%)	109	113	1,7	1,1

Vir: Mustafai, D. (2019). Nasilje nad zdravstvenimi delavci (Magistrsko delo). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

Največ anketiranih ima zaradi doživetega nasilja na delovnem mestu v povprečju glavobol ($M = 2,74$; $SD = 1,11$), najmanj pa nočne more ($M = 1,64$; $SD = 1,00$). Med pogostimi simptomi se pojavljajo tudi tesnoba, strah ($M = 2,13$; $SD = 1,15$), želodčne težave ($M = 2,37$; $SD = 1,29$), težave s spanjem ($M = 2,45$; $SD = 1,35$) in težave s prehranjevanjem ($M = 2,21$; $SD = 1,35$). Anketirani se v povprečju najbolj strinjajo, da konflikti med člani tima vplivajo na kakovost njihovega dela ($M = 3,90$; $SD = 1,17$), izostanki z dela zaradi nasilja na delovnem mestu pa so

redki ($M = 1,95$; $SD = 1,07$). Največ anketiranih (41; 36,9 %) je za verbalno nasilje s strani pacientov/spremljevalcev povedalo sodelavcu. Največ anketiranih (37; 33,3 %) je za fizično nasilje s strani pacientov/spremljevalcev povedalo sodelavcu. Za spolno nasilje s strani pacientov/spremljevalcev največkrat anketirani niso povedali nikomur (52; 45,8 %). Za verbalno nasilje s strani sodelavcev/nadrejenih so anketiranci največkrat povedali domačim (30; 27 %), za fizično nasilje s strani sodelavcev/nadrejenih največkrat niso povedali nikomur (33; 29,7 %), prav tako največkrat niso povedali nikomur za spolno nasilje strani sodelavcev/nadrejenih (58; 52,3 %). Za mobing s strani sodelavcev so v večini primerih povedali domačim (31; 27,9 %), za mobing s strani nadrejenih pa so zdravstveni delavci največkrat povedali sodelavcu (33; 29,7 %). Anketirani so se v primeru nasilja v povprečju najpogosteje pogovorili z domačimi ($M = 3,32$; $SD = 1,39$), najmanj pogosto pa so nasilje prijavili ($M = 1,23$; $SD = 0,75$). Zelo redko so se pogovorili s strokovnjakom ($M = 1,35$; $SD = 0,88$) ali se o nasilju izobraževali ($M = 1,68$; $SD = 0,96$).

Tabela 2 prikazuje ravnanje delovne organizacije v primeru nasilja na delovnem mestu.

Tabela 2: Ravnanje delovne organizacije v primeru nasilja na delovnem mestu

	Odgovori (N %)				Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon
	Da	Delno	Ne	Skupaj				
Vodstvo delovne organizacije se odzove na izbruh nasilja.	16 (15%)	44 (42%)	44 (42%)	104 (100%)	104	113	2,3	0,7
Varnost zaposlenih je največjega pomena v naši organizaciji.	20 (19%)	37 (36%)	47 (45%)	104 (100%)	104	113	2,3	0,8
Varnost pacienta je največjega pomena v naši organizaciji.	41 (39%)	43 (41%)	20 (19%)	104 (100%)	104	113	1,8	0,7
Delovna organizacija skrbi za supervizijo obvladovanja nasilja na delovnem mestu.	11 (11%)	36 (35%)	57 (55%)	104 (100%)	104	113	2,4	0,7
Delovna organizacija nam omogoča izobraževanje iz področja obvladovanja nasilja.	7 (7%)	44 (42%)	53 (51%)	104 (100%)	104	113	2,4	0,6
Delovna organizacija nam omogoča vsa sredstva za obvladovanje nasilja.	4 (4%)	34 (33%)	66 (63%)	104 (100%)	104	113	2,6	0,6
Delovna organizacija mi omogoča, da se na delovnem mestu počutim varno.	12 (12%)	48 (46%)	44 (42%)	104 (100%)	104	113	2,3	0,7
O vsakem neljubem dogodku se vodi zapisnik prijavljenega nasilja.	16 (15%)	37 (36%)	51 (49%)	104 (100%)	104	113	2,3	0,7

Vir: Mustafai, D. (2019). Nasilje nad zdravstvenimi delavci (Magistrsko delo). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

Največ anketiranih meni, da jim delovna organizacija ne omogoča vseh sredstev za obvladovanje nasilja (67; 60,4 %), da delovna organizacija ne skrbi za supervizijo obvladovanja nasilja na delovnem mestu (59; 53,2 %), da varnost zaposlenih ni največjega pomena v ustanovi, kjer so zaposleni (49; 44,1 %). 51 anketirancev (45,9 %) meni, da jim delovna organizacija delno omogoča, da se na delovnem mestu počutijo varno. 19 zdravstvenih delavcev (17,1 %) meni, da se o vsakem neljubem dogodku vodi zapisnik prijavljenega nasilja. Tabela 3 prikazuje poznavanje urejenosti službe za preprečevanje nasilja na delovnem mestu.

Tabela 3: Poznavanje urejenosti službe za preprečevanje nasilja na delovnem mestu.

	Odgovori (N %)				Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. odklon
	Da	Delno	Ne	Skupaj				
Poznam zakonodajo na področju nasilja na delovnem mestu.	39 (38%)	38 (37%)	26 (25%)	103 (100%)	103	113	1,9	0,8
Delodajalec mi zagotavlja varnost pri delu.	19 (18%)	54 (52%)	30 (29%)	103 (100%)	103	113	2,1	0,7
Delodajalec mi zagotavlja zdravje pri delu.	14 (14%)	60 (58%)	29 (28%)	103 (100%)	103	113	2,1	0,6
Delodajalec ima sprejete ukrepe za preprečevanja nasilja.	21 (20%)	49 (48%)	33 (32%)	103 (100%)	103	113	2,1	0,7
Delodajalec odpravlja nasilje na delovnem mestu.	8 (8%)	45 (44%)	50 (49%)	103 (100%)	103	113	2,4	0,6
V organizaciji, kjer sem zaposlen imamo obrazec, kjer evidentiramo nasilje, ki je izvršeno nad nami.	17 (17%)	30 (29%)	56 (54%)	103 (100%)	103	113	2,4	0,8
Vem, koga je potrebno obvestiti, da je bilo nad menoj izvršeno nasilje.	43 (42%)	27 (26%)	33 (32%)	103 (100%)	103	113	1,9	0,9
Vem, da obstaja Protokol obravnave nasilnih dejanj nad zdravstvenimi delavci v zdravstveni in babiški negi.	31 (30%)	27 (26%)	45 (44%)	103 (100%)	103	113	2,1	0,9
Poznam vsebino Protokola obravnave nasilnih dejanj nad zdravstvenimi delavci v zdravstveni in babiški negi.	22 (21%)	31 (30%)	50 (49%)	103 (100%)	103	113	2,3	0,8
Vem, da obstaja Protokol obravnave trpinčenja, spolnega in drugega nadlegovanja na delovnem mestu ali v zvezi z delom nad zaposlenimi v zdravstvu in babiški negi.	26 (25%)	31 (30%)	46 (45%)	103 (100%)	103	113	2,2	0,8
Poznam vsebino Protokola obravnave trpinčenja, spolnega in drugega nadlegovanja na delovnem mestu ali v zvezi z delom nad zaposlenimi v zdravstvu in babiški negi.	17 (17%)	36 (35%)	50 (49%)	103 (100%)	103	113	2,3	0,7

Vir: Mustafai, D. (2019). Nasilje nad zdravstvenimi delavci (Magistrsko delo). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

43 anketirancev (38,7 %) meni, da poznajo zakonodajo na področju nasilja na delovnem mestu. Večina anketirancev meni, da jim delodajalec delno zagotavlja varnost pri delu (55; 49,5 %), zdravje pri delu (62; 55,9 %) in ima delno sprejete ukrepe za preprečevanje nasilja (51; 45,9 %). 51 anketirancev (45,9 %) jih meni, da delodajalec ne odpravlja nasilja na delovnem mestu ter da organizacija nima obrazca, kjer se lahko evidentira izvršeno nasilje (55; 49,5 %). Večina zaposlenih (49; 44,2 %) ve, koga je treba obvestiti, da je bilo nad njimi izvršeno nasilje.

Protokola obravnave nasilnih dejanj nad zdravstvenimi delavci v zdravstveni in babiški negi (52; 46,8 %) in Protokola obravnave trpinčenja, spolnega in drugega nadlegovanja na delovnem mestu ali v zvezi z delom nad zaposlenimi v zdravstvu in babiški negi (48; 43,2 %) zdravstveni delavci v večini ne poznajo.

5 Razprava

Leta 2010 je Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa v okviru Evropske raziskave izvedel raziskavo o trpinčenju na delovnem mestu. V raziskavi je sodelovalo 823 anketirancev. Rezultati so pokazali, da je 10,4 % anketiranih odgovorilo, da so bili izpostavljeni nasilju. Takšnih, ki so nasilju bili izpostavljeni vsak dan, je bilo 1,5 % vprašanih. V isti raziskavi je bilo ugotovljeno, da so bile pogostejše žrtve ženske (62,8 %) kot moški (37,2 %) (Urdih in Stergar, 2010, str. 133). V naši raziskavi je več kot 85,5 % anketiranih odgovorilo, da so na delovnem mestu bili izpostavljeni nasilju, medtem ko je nasilju vsakodnevno izpostavljenih 9,9 % vprašanih. To pripisujemo dejstvu, da z leti narašča število pacientov, obseg dela se povečuje in število zaposlenih ne zadostuje potrebam dela. Ti dejavniki vodijo k nestrpnosti, agresivnemu vedenju in posledično je tudi več nasilja. Podobno kot v raziskavi Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa je tudi v naši ugotovljeno, da so ženske večkrat žrtve nasilja, kot moški. Izpostavili bi, da se večje razlike glede prejetega nasilja v naši raziskavi pojavljajo glede na profesijo. Medicinske sestre so večkrat izpostavljene nasilju kot ostali zdravstveni delavci (mavčarji, fizioterapevti, radiološki inženirji, zdravniki). V Sloveniji se sicer nasilje nad zdravstvenimi delavci sistematično ne spremlja. V naši raziskavi so se skoraj vsi anketirani že soočili z nasiljem na delovišču, le 5 jih je takih, ki take izkušnje še ni imelo. Klemenc in Pahor (2004, str. 46) med najpogostejše povzročitelje nasilja uveljavljajo medicinske sestre, paciente in zdravnike. V naši raziskavi je bilo ugotovljeno, da je več nasilja prejetega s strani zdravstvenih delavcev oziroma sodelavcev. Tretjina anketiranih je mnenja, da so pacienti najpogostejši vršilci nasilja nad zdravstvenimi delavci. Neskladja se pojavljajo pri vprašanju, kjer so anketiranci morali rangirati skupine ljudi glede na to, kdo je največkrat izvajalec nasilja. Na sam vrh izvajalcev nasilja je tretjina anketiranih postavilo paciente. Kljub temu, da se odgovori razlikujejo, so razlike minimalne. Menimo, da je do neskladja prišlo zaradi tipa postavljenega vprašanja. Pri rangiranju so anketirani kot izvajalce nasilja izpostavili paciente, medtem ko so pri ocenjevanju na Likartovi lestvici med najpogostejše vršilce nasilja označili zdravstvene delavce/ sodelavce.

Babnik in sodelavci (2012, str. 148) v svoji raziskavi ugotavljajo, da se je več kot 60 % od 692 zaposlenih v zdravstvu že srečalo z nasiljem na delovnem mestu, ki je bilo v največji meri psihično nasilje. Najpogostejši viri izvajanja nasilja so bili sodelavci z višjo izobrazbo in pacienti. Novejša raziskava v Izraelu kaže, da je bilo 729 zdravstvenih delavcev v zadnjih šestih mesecih kar 1500-krat izpostavljeno agresivnim pojavom, od tega je bilo največ verbalne agresije, temu sledi spolno nasilje (Shafran - Tikva, Zelker, Stern in Chnitz, 2017, str. 43). Kot najpogostejše nasilje so anketiranci označili mobing s strani sodelavcev, hkrati pa so paciente rangirali na sam vrh kot izvajalce nasilja. Sledijo jim zdravniki ter nato medicinske sestre. Manj pogosto so kot izvajalci nasilja bili izpostavljeni obiskovalci, drugi zdravstveni delavci (fizioterapevti, mavčarji) ter študentje in dijaki, ki so na praksi. V naši raziskavi so anketiranci kot mobing označili obrekovanja, zmerjanja, oviranje in zastraševanje. Ena od raziskav, ki je bila leta 2008 narejena v Španiji, kjer je sodelovalo 312 medicinskih sester je pokazala, da ima 17,2 % zdravstvenih delavcev izkušnjo mobinga. Pod razumevanje mobinga so anketiranci omenili predvsem prekrivanje informacij, nenehno kritiziranje in omalovaževanje žrtev. Kot povzročitelji pa so bili najbolj zastopani nadrejeni oziroma samo vodstvo (Fornes - Vives, Martinez - Abascal, Garcia - Banda, 2008, str. 127–133). Med anketiranci v naši raziskavi je

večina anektiranih medicinskih sester odgovorilo, da je nad njimi bil izvršen mobing. Študije iz Amerike, ki so bile narejene leta 1997 in je kateri je sodelovalo 130 medicinskih sester, so pokazale, da je bilo 90 anketirancev v časovnem obdobju do enega leta žrtev verbalnega zlorabljanja s strani ostalih zdravstvenih delavcev. Novejša študija iz leta 2003, v kateri je sodelovalo 461 medicinskih sester, pa je pokazala, da je 91 % anketiranih v zadnjem mesecu doživelo verbalno zlorabo, ponižanja in napade (Sperry in Duffy, 2009. str. 435). Veliko vlogo pri preprečevanju nasilja na delovnem mestu ima delovna organizacija. Večina anketirancev se ne strinja, da jim delovna organizacija omogoča vsa sredstva za obvladovanje nasilja. Zdravstveni delavci menijo, da njihova varnost ni največjega pomena v ustanovi, kjer so zaposleni in da delovna organizacija ne skrbi za supervizijo obvladovanja nasilja na delovnem mestu. Zaskrbljujoče je dejstvo, da več kot polovica anketiranih ne pozna zakonodaje na področju nasilja na delovnem mestu, delovna organizacija pa nima obrazca, kjer lahko zaposleni evidentirajo nasilje, ki je bilo izvršeno nad njimi.

6 Zaključek

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) opisuje zdravje kot »stanje telesnega, psihičnega in socialnega zdravja in ne le kot odsotnost bolezni in zdravstvenih težav«, s čimer je poudarjeno, da sta ob fizični komponenti zdravja za človeka pomembni tudi njegova psihična in socialna komponenta. Po načelih WHO-ja »ima vsak človek pravico do varnega delovnega mesta in zdravega okolja, ki mu bo omogočalo normalno socialno in ekonomsko produktivno življenje« (Koić, 2006, str. 22). Tako verbalno, fizično, spolno, ekonomsko ali psihično nasilje ima velik vpliv na samo delo in delovanje vsakega posameznika v procesu dela. Možnosti za uspešno delovanje ob prisotnosti nasilja na delovnem mestu so otežene, saj se žrtev ne more spoprijeti z težavami in prepekami, ki zadevajo zgolj njegovo delovno funkcijo. V primeru, da takšen način dela poteka dolgoročno in se nenehno ponavlja, lahko pri zaposlenih vodi do absentizma in izostanka od dela. Velikokrat se takšni dogodki končajo z izgorelostjo, odpovedjo, kar negativno vpliva na samo žrtev, delovno organizacijo in na zdravstveni tim. V prihodnosti je nujno potrebno zaposlene seznaniti z protokoli na področju nasilja na delovnem mest. Prav tako je potrebno, da ima vsaka zdravstvena organizacija obrazce za evidentiranje nasilja, ki so dostopni in javni vsem zdravstvenim delavcem.

LITERATURA

1. Arnšek, T. (2010). Nadlegovanje in trpinčenje na delovnem mestu. V Nadlegovanje in trpinčenje na delovnem mestu, Ljubljana, 17. april 2008 (str. 1–17). Ljubljana: Inšpektorat RS za delo, Socialna inšpekcija.
2. Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. in Kopač, N. (2012). Predstavitev rezultatov dela raziskave »nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu«: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. Obzornik zdravstvene nege, 46 (2), 147–156.
3. Bertonec, V. (2016). Mobing na delovnem mestu kot temeljni dejavnik stresa (Magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
4. Bojić, M. (2016). Izpostavljenost nasilju zdravstvenih delavcev na delovnem mestu (Diplomska naloga). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
5. Dernovšek, M. (2013). Simptomi in znaki duševnih motenj. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
6. Fornes - Vives, J., Martinez - Abascal, M. in Garcia - Banda, G. (2008). Socioprofessional variables involved in mobbing in nursing. Enfermeria Clinica, 18 (3), 127–133.
7. Klemenc, D. in Pahor, M. (2004). Zmanjševanje pojavov nasilja na delovnih mestih sester v Sloveniji. Obzornik zdravstvene nege, 38 (1), 43–52.
8. Koić, E. (2006). Posljedice mobinga na psihičko zdravlje zaposlenika. V M. Dodić - Fikfak (ur.) in M. Molan (ur.), Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa: Nasilje na delovnem mestu (str. 19–25). Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

9. Mustafai, D. (2019). Nasilje nad zdravstvenimi delavci (Magistrsko delo). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
10. Shafran - Tikva, S., Zelker, R., Stern, Z. in Chinitz, D. (2017). Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital – a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. *Israel journal of health policy research*, 6 (1), 43–57.
11. Sperry, L. in Duffy, M. (2009) Workplace Mobbing: Family Dynamics and Therapeutic Considerations. *The American Journal of family Therapy*, 37 (1), 433–442.
12. Urdih, T. in Stergar, E. (2010). Workplace bullying during economic crisis: what do figures show? V G. Costa (ur.) in P. Bertazzi (ur.), *Promoting Dignity and Justice at Work* (str. 122–133). Milan: La medicina del Lavoro.
13. Voljč, B. (2017). Etični vidiki nasilja v zdravstvu. V S. Kraljić (ur.), J. Reberšek Gorišek (ur.) in V. Rijavec (ur.), *Varnost pacienta in zdravstvenih delavcev* (str. 281–285). Maribor: Univerza v Mariboru.

Kako svetovalci za zdrav način življenja razumejo celostni pristop

UDK 613-057.54-021.361

KLJUČNE BESEDE: celostni pristop, svetovalci za zdrav način življenja

POVZETEK - Proučevanje razumevanja pomena celostnega pristopa k zdravju ljudi med strokovnjaki na širšem strokovnem področju, ki je povezano z zdravjem, je izjemno pomembno za izboljšanje komunikacije in učinkovito zdravstveno oskrbo. Cilj študije je bil raziskati in ovrednotiti razumevanje celostnega pristopa k zdravju ljudi med svetovalci za zdrav način življenja ter oceniti raven znanja in veščin, povezanih z zagotavljanjem podpore z različnih vidikov. S pomočjo strukturiranega vprašalnika smo izvedli presečno analitično raziskavo na vzorcu 53 svetovalcev za zdrav način življenja. Svetovalci se počutijo najbolj gotovi na področju biološkega vidika zdravja ljudi, sledijo psihološki, socialni in duhovni vidik. Povezanost med delovno dobo in samooceno ravni znanja in veščin je statistično pomembna samo pri biološkem vidiku. Vse druge samoocene ne kažejo statistično pomembnih povezanosti z delovno dobo. Prav tako so vse samoocene ravni znanja in veščin druga z drugo statistično pomembno povezane. Študija je pokazala, da se strokovnjaki v mnogih vidikih ne čutijo gotovo. Potrebni so izobraževanje, pojasnitev konceptov in ocena učinkovitosti ukrepov.

UDC 613-057.54-021.361

KEYWORDS: holistic approach, healthy lifestyle consultants

ABSTRACT - Understanding the importance of an integrated approach to human health among health-related professionals is important for improving communication and health care effectiveness. The goal of the study was to explore and evaluate the understanding of a holistic approach to human health among healthy lifestyle consultants and to assess the level of knowledge and skills associated with providing support from different perspectives. Using a structured questionnaire, we conducted a cross-sectional analytical survey on a sample of 53 healthy lifestyle consultants. The study shows that consultants feel most confident in the biological aspect of health, followed by the psychological, social and spiritual aspects. The correlation between length of a service and self-assessment of knowledge and skills levels is statistically significant only for the biological aspect. All other self-assessment indicators don't show statistically significant correlations with the length of a service. All self-assessed levels of knowledge and skills were statistically significantly related to each other. The study showed that the experts do not feel certain in many aspects. Education, concept clarification and evaluation of the measures' effectiveness are needed.

1 Teoretična izhodišča

Celostni pristop k zdravju ljudi je ključnega pomena za medicino in zdravstvene vede na splošno ter se v zadnjih desetletjih aktivno preučuje in opisuje.

Celostni pristop priznava in obravnava pacientove fiziološke, psihološke, sociološke, razvojne, duhovne in kulturne potrebe (Wallace, 2013, str. 24). Celostna zdravstvena oskrba je celovita ali popolna oskrba bolnika, ki upošteva fizične, čustvene, socialne, ekonomske in duhovne potrebe osebe, njen odziv na bolezen in učinek bolezni na sposobnost zadovoljevanja potreb po samooskrbi (Ventegodt, Kandel, Ervin in Merrick, 2016, str. 1935).

Celosten pristop k zdravju je trenutno najpodrobneje opisan in raziskan na področju zdravstvene nege.

Holistična ali celostna obravnava pacientov v zdravstveni negi pomeni, da pri obravnavi pacienta upoštevamo vse njegove potrebe, ki izhajajo iz bio-psiho-socialnih in duhovnih potreb. Celostna zdravstvena nega ne pomeni, da nekaj delaš, je odnos, filozofija in način življenja. Upošteva povezanost telesa, uma, duha ter priznava povezanost med zdravjem in boleznijo (Filej in Kaučič, 2015, str. 12).

Prva »holistična« medicinska sestra je bila Florence Nightingale, ki je pri svojem delu »žene s svetilko« upoštevala paciente kot človeška bitja, povezana z okoljem (Katz Ressler, 2011, v Filej in Kaučič, 2015, str. 14). Holistično medicinsko sestro je uradno priznalo ameriško združenje medicinskih sester leta 2007 (American Holistic Nursing Association, 2012, v Filej in Kaučič, 2015, str. 14). Vendar ji združenje pripisuje mnogo širšo vlogo kot le zadovoljevanje pacientovih fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb, saj naj bi v svojo obravnavo vključila tudi komplementarne in integrativne načine obravnave, naj bi upoštevala proces zdravljenja ter upoštevala vse pacientove vrednote in prepričanja o zdravju in bolezni.

Celostna zdravstvena nega ima svojo vsebino znanja (body of knowledge), standarde prakse in na dokazih temelječe raziskovanje (American Holistic Nursing Association, 2012, v Filej in Kaučič, 2015, str. 14). Celostna zdravstvena nega je umetnost in znanost, način razmišljanja, praksa ter profesionalna in osebna odgovornost. Medicinska sestra pomaga drugi osebi, da raste k celoti, k ravnovesju telesa, razuma in duše, ali pomaga drugemu pri okrevanju po bolezni, ali pri prehodu v mirno smrt. Celostni pristop ne pomeni le zdravljenja simptomov, temveč je povezan s skrbjo, ljubeznijo, sočutjem in ustvarjalnostjo in se je razvil z vključevanjem idej filozofije, sistemske teorije in celostnega procesa oskrbe (Montgomery Dossey, Keegan in Guzzetta, 2005, v Filej in Kaučič, 2015, str. 14).

Številni raziskovalci poskušajo opisati celostni pristop s svojega stališča, vendar se v definicijah razlikujejo. Nekateri raziskovalci priznavajo, da je opredelitev celostnega pristopa še vedno nejasna in potrebuje dodatna pojasnila.

Uporaba zgolj medicinskega modela ni le nezadostna za zdravljenje, pač pa tudi izpostavi paciente resnim grožnjam, podaljša hospitalizacijo in poveča stroške zdravljenja. V mnogih državah, kot so Združeno kraljestvo, Avstralija, Iran in druge, pogoji za nego niso dovolj primerni. Mnogi vidiki pacientovih potreb so pozabljeni in dostojanstvo pacientov je pogosto zanemarjeno. Rezultati več študij kažejo, da številni dejavniki, kot so pomanjkanja časa, neprimerni odnosi med zaposlenimi, nepopolna zdravstvena poročila, neustrezen klinični nadzor, nerazpoložljivost virov, slabo upravljanje, nezadostno znanje, motivacijski dejavniki in nerazumevanje koncepta celostne oskrbe medicinskih sester, prispevajo k pomanjkljivosti celostne oskrbe (Jasemi, Valizadeh, Zamanzadeh in Keogh, 2017, str. 72).

Celostna oskrba je nejasen in subjektiven koncept. Na splošno opisuje pristope in posege, ki naj bi zadovoljili pacientove fizične, duševne, čustvene in duhovne potrebe. Vendar ta opredelitev ni izčrpna, raziskave pa kažejo, da medicinske sestre pogosto uporabljajo koncept celostne oskrbe v različnih kontekstih, brez jasnega znanja o tem, kaj to pomeni. Zato je smisel koncepta celostne oskrbe pogosto nejasen in dvoumen ter ponavadi napačno razumljen. Najpogosteje se celostna oskrba obravnava z neodobranjem in obsojena kot nespecializirana, neznanstvena, potratna in zamudna. Na splošno literatura nakazuje, da pomen celostne oskrbe ostaja dvoumen in da so vse poglobljene študije v zvezi z definicijo le-te redke (Jasemi idr., 2017, str. 72).

Celostni pristop pa lahko implementiramo ne le na področju zdravstvene nege, temveč tudi na veliko širšem strokovnem področju, ki je povezano s človekovim zdravjem.

V tem prispevku sta bili preučeni uporaba in razumevanje koncepta celostnega pristopa svetovalcev za zdrav način življenja.

Ti strokovnjaki spadajo v skupino zavezniških zdravstvenih poklicev (Allied Health Professionals) (Lizarondo, Kumar, Hyde in Skidmore, 2010, str. 143) in delajo na področju promocije zdravja. Nimajo nujno izobrazbe iz medicine ali zdravstvene nege, vendar morajo nujno pridobiti na dokazih temelječa znanja o zdravi prehrani, telesni dejavnosti in drugih spremembah življenjskega sloga, ki vplivajo na zdravje in dobro počutje ljudi.

Ker komunikacija svetovalcev za zdrav način življenja z ljudmi ni omejena na predpise zdravstvenih zavodov, se domneva, da se uporaba vseh komponent celostnega pristopa razvije vsaj tako kot v zdravstveni negi.

2 Metoda

Namen raziskave je bil ovrednotiti sedanje razumevanje svetovalcev za zdrav način življenja, zaposlenih v podjetju Šola popolnega telesa, o celostni oskrbi ter oceniti raven znanja in veščin, povezanih z zagotavljanjem podpore učencev (strank) z različnih vidikov celostne oskrbe.

Raziskovalni vprašanji sta bili:

Ali sta stopnja razumevanja vidikov celostne oskrbe in raven znanja in veščin, povezanih z zagotavljanjem podpore učencev (strank) z različnih vidikov celostne oskrbe pri svetovalcih, odvisni od delovne dobe?

Ali se raven znanja in veščin, povezanih z zagotavljanjem podpore učencev (strank) z različnih vidikov celostne oskrbe, razlikuje pri različnih vidikih (fizični, psihični, socialni in duhovni)?

Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Izvedli smo anketiranje. Vzorec, ki smo ga zajeli, zajema 53 anketiranih. V času raziskave je bilo v podjetju zaposlenih 192 svetovalcev, torej ugotavljamo, da je vzorec reprezentativen za to skupino. Vsi anketiranci so ženske, povprečna delovna doba v vzorcu je 22,96 meseca.

Uporabili smo vprašalnik z zaprtimi vprašanji z nominalnimi lestvicami, ki je bil predhodno testiran na treh zaposlenih v podjetju. Po testiranju so bili izvedeni potrebni popravki.

Za pripravo vprašalnika so bili obdelani različni standardizirani vprašalniki in splošni pristopi, uporabljeni v drugih študijah (Shakweer, 1999; Watson, 2009, str. 171; Takase in Teraoka, 2011, str. 396). Podobnih raziskav ni bilo ugotovljenih (večina raziskav je prilagojena za medicinske sestre oz. zdravstvenike), zato smo vprašanja in pristop prilagodili za namen anketiranja nezdravstvenih strokovnjakov, ki delajo na področju promocije zdravja.

Vprašalnik je vključeval naslednja dela:

Del I: Podatki o zaposlitvi: delovna doba v določenem podjetju v mesecih.

Del II: Vprašalnik o celostni oskrbi, ki je bil sestavljen iz 4 zaprtih vprašanj z uporabo nominalnih lestvic za samooceno znanja, povezanega z zagotavljanjem 4 vidikov celostne oskrbe. Za merjenje je bila uporabljena 5-stopenjska skala: višji odgovor na lestvice je pomenil višjo samooceno stopnje znanja anketiranca.

Anketiranje je bilo izvedeno s pomočjo aplikacije Typeform, ki je namenjeno za različne vrste vprašalnikov in primarno analizo podatkov. Za analizo kvantitativnih podatkov so bili uporabljeni Statistični paket SPSS 20 in notranje funkcije aplikacije Typeform, kjer je bil narejen vprašalnik.

Zanesljivost lestvice smo ugotovili s Chrombachovim koeficientom; ta je visoka ($\alpha = 0,834$).

Za ocenjevanje povezanosti med spremenljivkami smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient; se je preverjala medsebojna povezanost samoocen ravni znanja in veščin iz različnih vidikov skrbi za zdravje in tudi povezanost glede na delovno dobo.

3 Rezultati

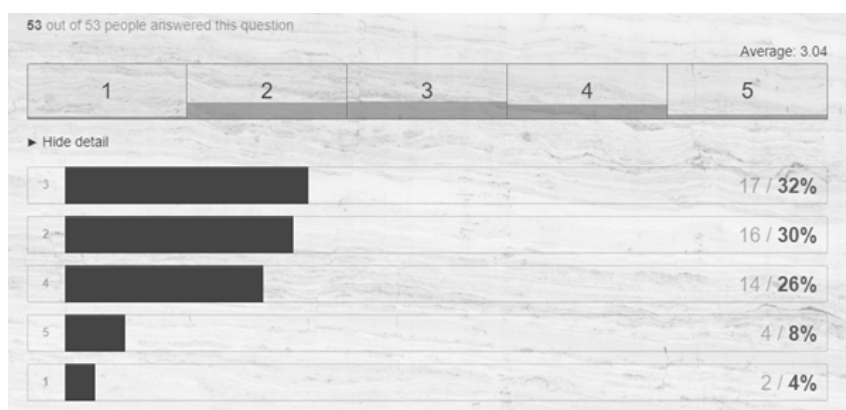
Rezultati kažejo, da svetovalci najvišje ocenjujejo svoja znanja o fizičnem vidiku zdravja ljudi (povprečna samoocena je 3,21, na 5-stopenjski skali), sledi psihološki vidik (povprečna samoocena je 3,04), na tretjem mestu je socialni vidik (povprečna samoocena je 2,66) in nazadnje je duhovni vidik (2,25). Delež odgovorov svetovalcev na vsako vprašanje vprašalnika je podan v grafih 1, 2, 3 in 4 in predstavljeni tudi v tabeli 1.

Graf 1: Samoocena stopnje znanja, povezanega z zagotavljanjem podpore na fizičnem področju zdravstvene oskrbe strank



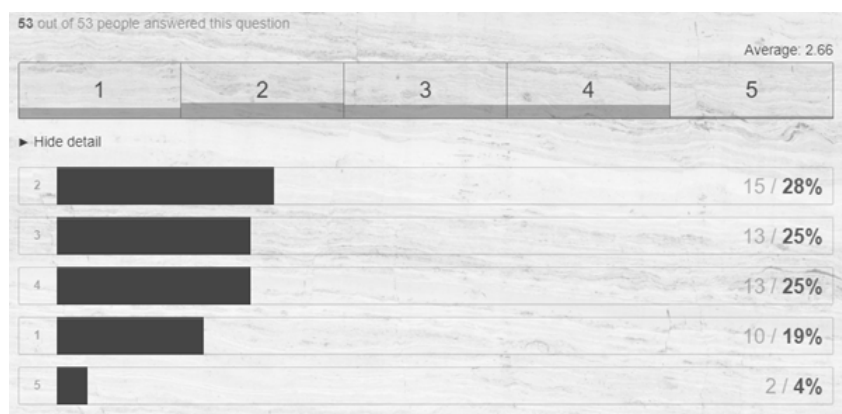
Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Graf 2: Samoocena stopnje znanja, povezanega z zagotavljanjem podpore pri psihološkem vidiku zdravstvene oskrbe strank



Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Graf 3: Samoocena stopnje znanja, povezanega z zagotavljanjem podpore pri socialnem vidiku zdravstvene oskrbe strank



Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Graf 4: Samoocena stopnje znanja, povezanega z zagotavljanjem podpore pri duhovnem vidiku skrbi za zdravje strank



Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Tabela 1: Opisna statistika pridobljenih podatkov

Descriptive Statistics						
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
delovna_doba	53	1	60	22.96	17.384	302.191
Bio	53	2	5	3.21	.863	.745
Psi	53	1	5	3.04	1.018	1.037
Socio	53	1	5	2.66	1.159	1.344
Duh	53	1	5	2.25	1.108	1.227
Valid N (listwise)	53					

Vir: Lastni vir, 2019.

Nadalje je bil izveden statistični test za odgovore na raziskovalna vprašanja. Tabela 2 prikazuje rezultate opredelitvi povezanosti med spremenljivkami s Spearmanovim korelacijskim koeficientom, se je preverjala medsebojna povezanost samoocen ravni znanja in veščin iz različnih vidikov skrbi za zdravje in povezanost glede na delovno dobo.

Kot je razvidno iz tabele 2, je povezanost med delovno dobo in samooceno stopnje znanja statistično pomembna samo za fizični vidik (Sig = 0,047, ki je manj kot 0,005). Povezanost je

pozitivna, šibka (koeficient = 0,223). Vse druge samoocene (psihološki, socialni, duhovni vidiki) ne kažejo statistično pomembnih povezanosti z delovno dobo.

Vendar so vse samoocene stopenj znanja, povezanega z zagotavljanjem podpore pri različnih vidikih zdravja, statistično pomembno povezane (Sig od 0.000 do 0.001) drug med drugo in povezanost je od zmerne do močne.

Tabela 2: Opredelitev povezanosti med spremenljivkami s Spearmanovim korelacijskim koeficientom

			Correlations				
			delovna_doba	Bio	Psi	Socio	Duh
Spearman's rho	delovna_doba	Correlation Coefficient	1.000	.233*	.217	.122	.117
		Sig. (1-tailed)	.	.047	.059	.192	.203
		N	53	53	53	53	53
Bio	Bio	Correlation Coefficient	.233*	1.000	.664**	.417**	.414**
		Sig. (1-tailed)	.047	.	.000	.001	.001
		N	53	53	53	53	53
Psi	Psi	Correlation Coefficient	.217	.664**	1.000	.590**	.459**
		Sig. (1-tailed)	.059	.000	.	.000	.000
		N	53	53	53	53	53
Socio	Socio	Correlation Coefficient	.122	.417**	.590**	1.000	.537**
		Sig. (1-tailed)	.192	.001	.000	.	.000
		N	53	53	53	53	53
Duh	Duh	Correlation Coefficient	.117	.414**	.459**	.537**	1.000
		Sig. (1-tailed)	.203	.001	.000	.000	.
		N	53	53	53	53	53

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Vir: Lastni vir, 2019

4 Razprava

V teku raziskave je bilo opravljeno ovrednotenje (prek samoocene) sedanjih znanj svetovalcev za zdrav način življenja, zaposlenih v podjetju Šola popolnega telesa, o različnih vidikih celostne oskrbe. Ugotovili smo, da se stopnje znanja, povezanega z zagotavljanjem podpore učencev (strank) z različnih vidikov celostne oskrbe, razlikujejo pri različnih vidikih (fizični, psihični, socialni in duhovni).

Svetovalci ocenjujejo svoja znanja najvišje pri fizičnem vidiku zdravja ljudi, sledi psihološki vidik, na tretjem mestu je socialni vidik in nazadnje je duhovni vidik.

Ugotovili smo, da je povezanost med delovno dobo in samooceno stopnje znanja statistično pomembna samo za fizični vidik. Povezanost je pozitivna in šibka. Vse druge samoocene (psihološki, socialni, duhovni vidiki) ne kažejo statistično pomembnih povezanosti z delovno dobo. Kljub dejstvu, da narava dela vključuje nenehno interakcijo z ljudmi na socialnem, psihološkem in duhovnem področju, svetovalci ocenjujejo stopnjo znanja pri teh vidikih nižje kot pri fizičnem.

Čeprav nismo našli nobene raziskave o celostnem pristopu med svetovalci za zdrav način življenja ali podobnimi strokovnjaki, so rezultati študije povsem skladni z rezultati študij med medicinskimi sestrami in zdravstveniki, še posebej pri ocenjevanju zaznavanja in znanj o različnih vidikih celostne oskrbe.

Ugotovitve študije Ebrahima in sodelavcev (2015, str. 76) so pokazale, da je večina medicinskih sester osredotočena predvsem na neposredno zdravstveno nego, nadzor nad okužbami, biološki vidik zdravstvene nege. Več drugih študij predvideva, da se medicinske sestre dobro

izobražujejo le glede biološkega vidika oskrbe pacientov ter da se ne obravnavajo druge potrebe bolnikov in včasih tudi resnejše težave, povezane s temi vidiki (Olive, 2003, str. 27).

Yılmaz in Okyay (2009, str. 42) sta izvedla študijo, katere namen je bil ugotoviti mnenja medicinskih sester o duhovnosti in duhovni negi. Študija je pokazala, da 65,2 % medicinskih sester ni imelo znanj o duhovnosti in duhovnem vidiku zdravstvene nege. Wu in sodelavci (2016, str. 36) v študiji, opravljeni med 200 medicinskimi sestrami in zdravstveniki, so ugotovili, da so na splošno strokovnjaki pripravljene nuditi duhovno oskrbo, čeprav jih je le 12,5 % menilo, da so prejeli ustrezno izobrazbo na tem področju.

Domnevamo, da pri svetovalcih za zdrav način življenja primanjkuje razumevanje pomena vidikov; najmanjša stopnja razumevanja je pri duhovnem vidiku, nekaj pomanjkanja razumevanja je tudi pri psihološkem in socialnem vidiku. V zvezi s tem se svetovalci zlahka nagibajo k temu, da podcenjujejo svoje pravo znanje.

Obstaja jasna potreba po več informacijah in usposabljanju za celosten pristop do zdravja ljudi in vseh vidikov, pa tudi po ponovnem ovrednotenju in primerjanju odgovorov po zaključku usposabljanja.

Smiselne so naslednje aktivnosti:

- Organizacija izobraževalnih dejavnosti za svetovalce za podrobno razlago celostnega pristopa.
- Upoštevanje učinkovitosti uporabe pridobljenega znanja ter ponovno ovrednotenje razumevanja celostnega pristopa in njegove praktične implementacije pri delu.

Proučevanje razumevanja pomena celostnega pristopa iz perspektive znanja strokovnjakov na širšem strokovnem področju, ki je povezano z zdravjem ljudi, je izjemno pomembno za izboljševanje procesov komunikacije in posledično za učinkovitejšo oskrbo zdravja ljudi.

Zdravstveni delavci v zdravstvenih ustanovah neposredno vplivajo na vse vidike zdravja ljudi, vendar pa je celostni pristop enako pomemben tudi, kadar si človek prizadeva pridobiti pomoč za spremembo življenjskega sloga pri drugih strokovnjakih zavezniških zdravstvenih poklicev. V tem primeru se bistveno poveča vpliv na socialne, psihološke in duhovne vidike, strokovnjaki pa morajo jasno razumeti, kaj so ti vidiki in kako je nanje mogoče vplivati, da bi izboljšali rezultate interakcije z osebo.

LITERATURA

1. Ebrahim, M., Dahshan, A. E. in Diab, G. M. (2015). Holistic Nursing Care As Perceived By Nurses Working In Wards and Critical Care Units at Menoufiya University Hospital. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 4 (2), 70–78.
2. Filej, B. in Kaučič, B. (2015). Koncepti metapardigme v holistični obravnavi. V B. Kaučič, D. Plank A. Presker Planko in K. Esih (ur.), *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev* (str. 12–20). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
3. Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. in Keogh, B. (2017). A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian journal of palliative care*, 23 (1), 71–80.
4. Lizarondo, L., Kumar, S., Hyde, L. in Skidmore, D. (2010). Allied health assistants and what they do: A systematic review of the literature. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 3, 143–153.
5. Olive, P. (2003) The holistic nursing care of patients with minor injuries attending the A&E department. *Accid Emerg Nurs*, 11 (1), 27–32.
6. Shakweer, T. T. (1999). *Nurses' Perception of Concept of Holistic Nursing Care at El-Manial University Hospital* (Magistrsko delo). Egypt: Faculty of Nursing, Cairo University.
7. Takase, M. in Teraoka, S. (2011), Development of the Holistic Nursing Competence Scale. *Nursing & Health Sciences*, 13, 396–403.

8. Ventegodt, S., Kandel, I., Ervin, D. A. in Merrick, J. (2016). Concepts of holistic care. V L. Rubin idr. (ur.), *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities Across the Lifespan (str. 1935–1941)*. Cham: Springer International Publishing.
9. Wallace, S. (2013). The importance of holistic assessment – A nursing student perspective. *Nuritinga*, 12, 24–30.
10. Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. 2nd ed. New York, NY: Springer.
11. Wu, L., Tseng, H., in Liao Y. (2016). Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Education Today*, 38, 36–41.
12. Yılmaz, M. in Okyay, N. (2009). Hemsirelerin Maneviyat Ve Manevi Bakım İlliskin. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 11 (5), 41–52.

Skrbnički stres kod kroničnih bolesti

UDK 616-036.1+159.944.4

KLJUČNE RIJEČI: skrbnički stres, komunikacija, kvaliteta života

POVZETEK - Skrb za kronične bolesnike uključuje bolesnika, obitelj te zajednicu u kojoj pojedinac živi. Zbog dugotrajne skrbi, sukoba uloga te nedostataka resursa nastaje skrbnički stres. Cilj istraživanja je ispitati zadovoljstvo skrbnika komunikacijom i dobivenim informacijama te kvalitetu života i socijalnu podršku. Sudionici istraživanja su punoljetni skrbnici hospitaliziranih kroničnih bolesnika. Korišteni su upitnici informiranosti, zadovoljstva komunikacijom, SF-36 te HAD ljestvica. Rezultati su analizirani neparametrijskim testovima. Rezultati ukazuju na dobru informiranost te pozitivnu povezanost iste s kvalitetom života. Utvrđena je statistički značajna negativna korelacija emocionalnog statusa, anksioznosti i depresivnosti s kvalitetom života te pozitivna korelacija kvalitete života i socijalne podrške. Praktično, ne samo teorijsko usmjeravanje skrbi i prema skrbnicima kroničnih bolesnika, a ne više samo prema bolesniku, ima pozitivan utjecaj na kvalitetu zdravstvene skrbi oboljelog pojedinca, kvalitetu života i posljedično smanjenje stresa kod skrbnika te jačanje partnerskog odnosa i uspješniji rad zdravstvenih djelatnika.

UDC 616-036.1+159.644.4

KEYWORDS: caregiver stress, communication, quality of life

ABSTRACT - Care for the chronically ill includes the patient, the family and the community in which the individual lives. Due to long-term care, conflict of roles and lack of resources caregiver stress arises. The research aims to examine the satisfaction of caregivers with communication and information obtained, as well as the quality of life and social support. The study participants are adult caregivers of hospitalized chronic patients. Questionnaires of information, satisfaction with communication, SF-36 and HAD scale were used. The results were analysed by nonparametric tests. The results indicate good information and a positive connection with the quality of life. A statistically significant negative correlation of emotional status, anxiety and depression with quality of life and a positive correlation of quality of life and social support was found. Practically, not only the theoretical orientation of care towards chronic caregivers, and no longer only towards the patient, has a positive impact on the quality of health care of the sick individual, quality of life and consequently the reduction of stress in caregivers, strengthening partnerships and more successful health professionals.

1 Uvod

Trajne negativne promjene u zdravlju, koje se događaju razvojem kroničnih bolesti su ozbiljan stresor za bolesnika i obitelj pa suočavanje s novonastalom situacijom zahtijeva psihički napor. Jačinu potrebnog napora će odrediti prijašnje iskustvo, subjektivno vrednovanje izgubljenog te pružena socijalna podrška (Havelka in Havelka Meštović, 2013, str. 188–189). Ukoliko bolesnik i njegova obitelj procijene da su mogućnosti suočavanja i socijalna podrška koju primaju premale u odnosu na gubitak, razvit će se stres. Osim osobnog stresa bolesnika, vezano uz obolijevanje od kroničnih bolesti, može se javiti obiteljski i skrbnički stres.

Obiteljski je stres, po svojoj definiciji, stanje narušene obiteljske ravnoteže. Glavne su mu odrednice jačina stresa veća od obiteljskih resursa za suočavanje i trajnost duža nego kod krize (Boss, 2002. prema Berc, 2011, str. 152). Kronične bolesti nisu samo bolesti pojedinca, već se odražavaju na cijelu obitelj. Učestalo uzrokuju preraspodjelu uloga, promjene hijerarhije u obitelji i mogu biti izuzetno zahtjevne u pogledu svih obiteljskih resursa (Britvić, 2010, str.

270). Pojam koji je sve češće spominje vezano uz kronične bolesti je pojam skrbničkog stresa. Čimbenici koji mu pridonose su preopterećenost primarnog skrbnika, sukob između roditeljske uloge i uloge skrbnika, sukob radne i bračne uloge i uloge skrbnika, skrbnikova ambivalencija u stavu prema skrbi te materijalne okolnosti pružanja skrbi. Skrbnički stres može povećati bolesnikova ambivalencija prema pružanju skrbi i bolesti koje karakterizira kognitivno propadanje. Brojna istraživanja ukazuju na utjecaj bliskosti i emocionalne povezanosti skrbnika i bolesnika razvoju stresa, no neki rezultati bliskost i povezanost smatraju protektivnim faktorom dok druga govore u prilog povećanoj izloženosti stresu i depresiji, osobito kako se povećava kognitivni deficit bolesnika (Laklija, Milić Babić in Rusac, 2009, str. 75).

Kronične bolesti i invaliditet utječu na kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji zbog potrebe suočavanja sa simptomima i znakovima bolesti, osjećajem nesposobnosti te brojnim emocionalnim, psihološkim i socijalnim teškoćama. Problemi, koji se javljaju, su vrlo slični neovisno o životnoj dobi bolesnika, razumijevanju etiologije te psihosocijalnim ili fizičkim manifestacijama bolesti (Katić, 2014, str. 3). Karakteristika kroničnih bolesti je potreba holističkog pristupa te zbrinjavanje fizičkih, psihičkih, duhovnih i socijalnih potreba bolesnika, a ne samo zbrinjavanje bolesnog organa ili organskog sustava (Ivanković, Mikulić in Pavlović Cvetkov, 2011, str. 172) i uključuje aktivno sudjelovanje obitelji u skrbi (Diminić - Lisica in Rončević - Gržeta, 2010, str. 301).

Uključivanje članova obitelji započinje uspostavom kvalitetne komunikacije i informiranjem. Kvalitetno i svrhovito komuniciranje je vještina jedna je od osnovnih kompetencija svakog zdravstvenog djelatnika i nužna je za razvoj kvalitetnog odnosa između članova tima, između zdravstvenog osoblja i bolesnika te zdravstvenog osoblja i članova obitelji. Jedan od najvažnijih ishoda uspješne komunikacije je stjecanje poštovanja i povjerenja bolesnika i članova obitelji u liječnika i cijeli zdravstveni tim koji skrbi o njemu (Brkljačić, 2013, str. 138).

Osim uspostavljanja odnosa na relaciji bolesnik – zdravstveno osoblje – obitelj, Street idr. (2009) opisuju kako kvalitetna komunikacija može pridonijeti poboljšanju zdravlja kroz dostupnost skrbi, povećanje znanja i zajedničko razumijevanje problema, jačanje terapijskog saveza, unaprjeđenje sposobnosti bolesnika za suočavanje s emocijama, jačanje obiteljske i socijalne podrške, medicinske odluke temeljene na dokazima, te jačanje osnaženosti i zastupanja bolesnika (Petriček, Cerovečki in Ožvačić Adžić, 2015, str. 312–314).

Utjecaj emocionalne, instrumentalne i informacijske komponente socijalne podrške na pojavu depresije kod skrbnika bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti tema je brojnih istraživanja, Emocionalna podrška dimenzija socijalne podrške koja se iskazuje kroz slušanje, brižnost prema osobi, iskazivanje empatije te iskazivanje ljubavi i pažnje. Instrumentalna dimenzija socijalne podrške označava pružanje konkretne pomoći. Primjeri instrumentalne pomoći kod skrbi za kroničnog bolesnika bi bili financijska pomoć, pomoć kod postupaka zbrinjavanja bolesnika (kuhanje, kupanje, odlazak po hranu i lijekove. Informacijska dimenzija socijalne podrške je pružanje informacija, koje će osobi koristiti (Šincek in Vuletić, 2013, str. 53). Rezultati istraživanja Malone Beach i Zarit ukazuju u najvećem obimu na važnost instrumentalne podrške za očuvanje mentalnog zdravlja te da je njezin nedostatak povezan s pojavom depresije i razočaranjem skrbnika (Malone Beach in Zarit, 1995).

2 Istraživanje

2.1 Svrha i cilj rada

Svrha istraživanja je upozoriti na važnost uključivanja članova obitelji u skrb za kronično oboljele bolesnike te naglasiti važnost kvalitetne komunikacije i socijalne podrške članovima obitelji u smanjenju skrbničkog stresa i povećanju kvalitete života. Ciljevi ovog istraživanja su:

kod skrbnika bolesnika utvrditi razinu zadovoljstva nekim od segmenata komunikacije sa zdravstvenim osobljem, utvrditi razinu kvalitete života skrbnika, utvrditi razinu anksioznosti i depresivnosti te povezanost između kvalitete života i zadovoljstva komunikacijom, socijalne podrške, anksioznosti i depresivnosti.

2.2 Istraživačka pitanja

Postoji li povezanost između zadovoljstva komunikacijom skrbnika i zdravstvenog osoblja i samoprocjene kvalitete života skrbnika?

Postoji li povezanost između socijalne podrške i samoprocjene kvalitete života skrbnika?

Postoji li povezanost između anksioznosti i depresivnosti i samoprocjene kvalitete života skrbnika?

2.3 Istraživačka metodologija

2.3.1 Metode i tehnike skupljanja podataka

Sudionici istraživanja su članovi obitelji (skrbnici) hospitaliziranih bolesnika na odjelu III u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, Opće bolnice Varaždin. Istraživanje je provedeno u prvoj polovici 2017. godine. Za istraživanje je dobivena dozvola Etičkog povjerenstva OB Varaždin. Istraživanje je bilo anonimno i dobrovoljno, a suglasnost za sudjelovanje svi su sudionici potvrdili svojim potpisom nakon usmenog i pismenog objašnjenja svrhe i protokola istraživanja. Podijeljeno je 117 upitnika. Dva člana obitelji su odbila sudjelovati iz razloga „da oni to ne znaju“. Sto i jedan sudionik je vratio popunjen upitnik, dok se 14 upitnika nije vratilo do završetka istraživanja. Kriterij uključivanja je bio punoljetnost i pripadnost temeljnoj obitelji ili skrbništvo nad pacijentom. Temeljnu obitelj u ovom istraživanju čine partner bolesnika (vjenčani i nevjenčani), roditelji, djeca, unuci i/ili braća i sestre bolesnika. Kriterij isključivanja je bila maloljetnost člana temeljne obitelji te pripadnost široj obitelji, prijateljima ili poznanicima.

2.3.2 Opis instrumenata

Instrument istraživanja je strukturirani upitnik s pitanjima vezanim za sociodemografska obilježja, razinu i izvor informiranosti, zadovoljstvo pojedinim aspektima komunikacije sa zdravstvenim osobljem, samoprocjenu zdravlja (Short form health survey – SF-36) te depresivnosti i anksioznosti (Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD ljestvica). Dio upitnika s pitanjima iz sociodemografskog područja, te područja informiranosti i zadovoljstva komunikacijom je konstruiran za potrebe ovog istraživanja i nije validiran, dok su SF-36 i HAD validirani upitnici.

2.3.3 Opis uzorka

Sudionici istraživanja su bili podjednako raspodijeljeni po spolu. Istraživanju je pristupilo 57,4 % žena (58) i 42,3 % muškaraca (42). Najviše sudionika je bilo u dobi od 46-60 godina (37,6 %), dok je nešto manji broj bio u dobnoj skupini 61–75 godina (26,7 %) i u dobnoj skupini od 31–45 godina (24,8 %). Oko polovice sudionika je srednje stručne spreme (56,4 %) i zaposleno (49,5 %), dok je većina u braku (77,2 %).

2.3.4 Statistička obrada podataka

Normalnost raspodjela varijabli izraženih na intervalnoj mjernoj ljestvici provjeravana je Kolmogorov-Smirnov testom.

Za varijable kvaliteta života, informiranost i zadovoljstvo komunikacijom postoje statistički značajna odstupanja raspodjele od teorijski očekivane normalne raspodjele, stoga su u statističkim analizama korišteni neparametrijski testovi (Mann - Whitney U test, Kruskal - Wallis test, Spearmanov ρ koeficijent korelacije ranga) i pripadajuće mjere centralne tendencije i raspršenja – medijan i interkvartilno raspršenje (IQR). Razina statističke značajnosti određena je s vrijednosti $p < 0.05$. Svi su testovi provedeni korištenjem računalnog programa za statističku obradu podataka SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

3 Rezultati

U nastavku se u Tabeli 1 deskriptivnom statistikom prikazuju rezultati zadovoljstva skrbnika načinom i kvalitetom komunikacije zdravstvenog osoblja. U Tabeli 2 prikazana je prevalencija anksioznosti i depresivnosti među skrbnicima, a u Tabeli 3 se iznose rezultati povezanosti informiranosti, zadovoljstva komunikacijom, socijalnom podrškom, emocionalnog statusa, anksioznosti i depresivnosti s percipiranom kvalitetom života.

Rezultati istraživanja zadovoljstva komunikacijom pokazuju, da su skrbnici izuzetno zadovoljni socijalnom podrškom zdravstvenog osoblja (70 %), ljubaznošću (77 %) te paraverbalnom komunikacijom (72 %). U visokom, iako nešto manjem postotku su izuzetno zadovoljni dostupnošću zdravstvenog osoblja za razgovor (67 %), iskazivanjem razumijevanja za njihove obiteljske i socijalne probleme (60 %), nediskriminirajućim ponašanjem po bilo kojoj osnovi (62 %), te vještinom aktivnog slušanja (65 %). U većinskom postotku su iskazali i izuzetno zadovoljstvo s iskazanim strpljenjem (59 %) te razumljivim i detaljnim informacijama (55 %) (tabela 1).

Tabela 1: Zadovoljstvo skrbnika komunikacijom zdravstvenog osoblja

Trditve	1		2		3		4		5		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ZO odgovara na pitanja razumljivo i detaljno.	1	1,0%	4	4,0%	4	4,0%	36	35,6%	56	55,4%	101	100,0%
ZO govori primjerenim tonom.	2	2,0%	3	3,0%	2	2,0%	21	20,8%	73	72,3%	101	100,0%
U razgovoru sa ZO nemam osjećaj da smetam.	2	2,0%	2	2,0%	10	9,9%	27	26,7%	60	59,4%	101	100,0%
ZO pažljivo sluša sve što im želim reći.	0	,0%	4	4,0%	8	7,9%	23	22,8%	66	65,3%	101	100,0%
ZO je ljubazno.	0	,0%	0	,0%	5	5,0%	18	17,8%	78	77,2%	101	100,0%
ZO se jednako odnosi prema svim bolesnicima.	1	1,0%	2	2,0%	5	5,0%	30	29,7%	63	62,4%	101	100,0%
ZO pokazuje razumijevanje za moje obiteljske i	0	,0%	2	2,0%	11	10,9%	27	26,7%	61	60,4%	101	100,0%

socijalne probleme.												
Zadovoljan/na sam dostupnošću ZO za razgovor.	1	1,0%	2	2,0%	6	5,9%	24	23,8%	68	67,3%	101	100,0%
Mogu računati na pomoć i podršku ZO.	0	,0%	1	1,0%	7	6,9%	22	21,8%	71	70,3%	101	100,0%

Izvor: Anketni upitnik, 2017.

Rezultati HAD ljestvice pokazuju da trećina skrbnika (34 %) ima zadovoljene kriterije za anksioznost, a 16 % zadovoljava kriterije za depresivnost, dok je još petina sudionika istraživanja granično anksiozna i depresivna (tabela 2).

Tabela 2: Klinički indikativne vrijednosti anksioznosti i depresivnosti

Kategorije	Stupanj	N	%
Anksioznost HAD	Nisu anksiozni	45	44,6 %
	Granično anksiozni	22	21,8 %
	anksiozni	34	33,7 %
	Ukupno	101	100,0 %
Depresivnost HAD	Nisu depresivni	64	63,4 %
	Granično depresivni	21	20,8 %
	depresivni	16	15,8%
	Ukupno	101	100,0 %

Izvor: Anketni upitnik, 2017.

Utvrđena je statistički značajna negativna korelacija emocionalnog statusa ($r = -0,15$), anksioznosti (HAD) ($r = -0,67$) i depresivnosti (HAD) ($r = -0,63$) sa samoprocjenom kvalitete skrbnika. Što su više samoprocjene kvalitete života to su niže samoprocjene lošeg emocionalnog statusa, anksioznosti i depresivnosti. Utvrđena je statistički značajna pozitivna korelacija samoprocjene kvalitete života i socijalne podrške koju skrbnici primaju (0,36). Što su više samoprocjene socijalne podrške, to je više samoprocjena kvalitete života skrbnika. Povezanost samoprocjene kvalitete života i informiranosti skrbnika bolesnika granično je statistički značajna i pozitivna (tabela 3).

Tabela 3: Povezanost

	<i>Kakvom biste procijenili TRENUTNU kvalitetu svog života?</i>	
	<i>Spearman ro</i>	<i>P</i>
Informiranost	0,195	0,051
Zadovoljstvo komunikacijom	0,150	0,136
Socijalna podrška	0,362	<0,001
Emocionalni status	-0,152	<0,001
HAD		
Anksioznost	-0,670	<0,001
Depresivnost	-0,627	<0,001

Izvor: Anketni upitnik, 2017.

4 Rasprava

Zadovoljstvo bolesnika pruženom skrbi i zadovoljstvo skrbnika, koji su ravnopravan partner u pružanju skrbi i primatelj te iste skrbi od strane zdravstvenog osoblja, vrlo se rijetko temelji na objektivnim pokazateljima već je najčešće rezultat odnosa očekivanja, prijašnjeg iskustva i dobivene zdravstvene skrbi (Nordrum in Kennedy, 2016, b.s.). Preduvjet za pružanje skrbi i razvoj terapijskog saveza bolesnika i zdravstvenog osoblja je informativni pristanak. Zdravstveno osoblje kvalitetnim i potrebnim informacijama, ali i razgovorom o njihovim osjećajima smanjuje anksioznost i depresiju i kod bolesnika i kod skrbnika te na taj način izravno utječe na poboljšanje njihove kvalitete života (Street, Makoul, Arora in Epstein, 2009, b.s.).

Značaj ljubaznosti, kao segmenta komunikacijskih vještina, je neosporan. Ljubaznošću se smanjuje strah bolesnika, razvija kvalitetan odnos s bolesnikom i njegovom obitelji, stječe povjerenje i poštivanje čime se povećava vjerojatnost za uspješnu skrb. Osim što potiče pridržavanje uputa te posredno ubrzava oporavak, ljubaznost pomaže i u komunikaciji između zdravstvenih djelatnika stvarajući ugodno okruženje pogodno za rad i profesionalno obavljanje zadataka (Radibratović in Sindik, 2013, str. 150).

Rezultati istraživanja su pokazali izuzetno zadovoljstvo ljubaznošću zdravstvenog osoblja koje iskazuje više od tri četvrtine ispitanih. Usporedbom sa sličnim istraživanjima na ovom geografskom području, ti su rezultati odgovaraju rezultatima istraživanja zadovoljstva bolesnika radom medicinskih sestara u onkološkom dispanzeru zdravstvenog centra »Studenica« Kraljevo iz 2012.godine. Devet od deset ispitanika je ljubaznost i profesionalnost medicinskih sestara ocijenilo ocjenama 4 ili 5 (Kojić, Trandafilović, Paunković in Žilić, 2012, str. 30–31). U istraživanju komunikacije medicinskih sestara u Zavodu za dječju kirurgiju KBC Zagreb 2012. i 2013. godine, 59 % ispitanih je procijenilo ponašanje medicinskih sestara kao ljubazno, a trećina kao profesionalno, dok je kod liječnika taj postotak nešto viši, sigurno i profesionalno 75 %, a ljubazno 70 % (Stilinović idr., 2014, str. 205). Kako je komunikacija kompleksna vještina i sastoji se od brojnih čimbenika koji su međusobno isprepleteni oni se ne mogu promatrati odvojeno. Neki od čimbenika su slušanje, prisutnost, brižnost, iskrenost, otvorenost, prihvaćanje, empatija i poštovanje koji svi vode istim ciljevima, a to je međusobno razumijevanje, poštovanje te sigurnost. Djelotvorna i zadovoljavajuća komunikacija postiže se ako je sadržaj komunikacije razumljiv svim sudionicima (Radibratović in Sindik, 2013, str. 154).

S tvrdnjom da zdravstveno osoblje odgovara na pitanja detaljno i razumljivo potpuno se slaže nešto više od polovice ispitanih (55,4 %), dok se 35,6 % ispitanih djelomično slaže. Ti rezultati su značajnije niži od rezultata istraživanja u dječjoj kirurgiji što bi se djelomično moglo pripisati manjku komunikacijskih vještina i vremena. Razumljivost informacija dobivenih od liječnika na dječjoj kirurgiji potpuno jasnom je procijenilo 81 % ispitanika, djelomično jasnom 18 %, dok razumljivost dobivenih informacija od medicinskih sestara nije procjenjivana (Stilinović idr., 2014, str. 205). Istraživanje informiranosti u Kraljevu pokazuje da je plan svog liječenja jasno razumjelo čak 85 % ispitanika. Važnost medicinskih sestara u komunikaciji potvrđuje i podatak da se sigurnije u svoje zdravstvene odluke osjeća gotovo sedamdeset posto ispitanih nakon razgovora s medicinskom sestrom, dok se četvrtina ne slaže s tim. Također, rezultati tog istraživanja govore da čak 93 % ispitanika želi informacije čuti od medicinske sestre (Kojić idr., 2012, str. 30–31).

Što se tiče percepcije aktivnog slušanja kod zdravstvenog osoblja, rezultati ovog istraživanja pokazuju da se svega 65,3 % ispitanih u potpunosti slaže da zdravstveno osoblje pažljivo sluša članove obitelji u razgovoru, dok osjećaj da ne smetaju zdravstvenom osoblju u razgovoru ima manje od šezdeset posto ispitanih (59,4 %). Ti rezultati upućuju na potrebu odvajanja vremena za razgovor i pažljivo slušanje skrbnika. Povezanost percipirane socijalne podrške i kvalitete života pokazuje statistički značajnu pozitivnu povezanost što se dijelom može pripisati ideji da socijalna podrška dijelom izravno poboljšava kvalitetu života, a dijelom ju povećava kroz olakšavanje suočavanja sa stresom (Cohen, 2004, b.s.). Analiza rezultata brojnih istraživanja skrbničkog stresa znanstvenika Pinguarta i Sorensona, prepoznaje neprikladno ponašanje primatelja skrbi, do kojeg dolazi uslijed kognitivnih oštećenja i propadanja kao vodeći uzrok nastanka i povećanja skrbničkog stresa (Laklija idr., 2009, str. 79). Iako ovo istraživanje ima brojna ograničenja poput mali broj sudionika i provedenost u samo u jednoj vremenskoj točki hospitalizacije, ukazuje na visok značaj komunikacije kao temeljne kompetencije za rad u timu koji skrbi za bolesnike oboljele od kroničnih bolesti i njihove skrbnike. Pružanje potrebnih informacija o samoj bolesti, ali i o mogućnostima i pravima skrbi te pružanje instrumentalne i emocionalne komponente socijalne podrške može utjecati na smanjenje razvoja skrbničkog stresa i povećanje kvalitete života svih uključenih sudionika skrbi i samog bolesnika.

LITERATURA

1. Berc, G. (2011) Obiteljska otpornost - teorijsko utemeljenje i primjena koncepta u socijalnom radu. Ljetopis socijalnog rada 2012., 19 (1), 145–167.
2. Britvić, D. (2010). Obitelj i stres. Medicina fluminensis, 46 (3), 267–272.
3. Brkljačić, M. (2013). Etički aspekti komunikacije u zdravstvu, Medicina Fluminensis, 49 (2), 136–143.
4. Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. American Psychologist, 59 (8), 676–684.
5. Diminić - Lisica, I. in Rončević - Gržeta, I. (2010). Obitelj i kronična bolest. Medicina Fluminensis, 46 (3), 300–308.
6. Havelka, M. in Havelka Meštović, A. (2013). Biopsihosocijalne odrednice zdravlja. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb.
7. Ivanković, V., Mikulić, A. in Pavlović Cvetkov, N. (2011). Socijalni rad u palijativnoj skrbi neuroloških bolesnika. Neurol. Croat., 60 (3–4), 171–176.
8. Katić, M. (2014). Timski rad u obiteljskoj medicini u zbrinjavanju bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti. Soldo D.(ur.), Timski rad i uloga medicinske sestre; Što je donio novi sustav ugovaranja PZZ-a (str. 21–30). Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, Hrvatski liječnički zbor.
9. Kojić, M., Trandafilović, I., Paunković, J. in Žilić, S. (2012). Istraživanje zadovoljstva pacijenata radom medicinskih sestara u onkološkom dispanzeru zdravstvenog centra »Studenica« Kraljevo, Timočki medicinski glasnik, 37 (1), 29–33.

10. Laklija, M., Milić Babić, M. in Rusac, S. (2009). Neki aspekti skrbi o članu obitelji oboljelom od Alzheimerove bolesti. *Ljetopis socijalnog rada*, 16 (1), 69–89.
11. Malone Beach, E. E. in Zarit, S. H. (1995). Dimensions of social support and social conflict as predictors of caregiver depression. *International Psychogeriatrics*, 7 (1), 25–38.
12. Nordrum, J. T. in Kennedy, D. M. (2016) Seven Principles for Improving Service and Patient Satisfaction. *Fam Pract Manag*, 23 (3), 15–19.
13. Petriček, G., Cerovečki, V. in Ožvačić Adžić, Z. (2015). Komunikacija i zdravstveni ishodi s osvrtnom na bolesnike koji boluju od gastrointestinalnih bolesti. *Acta medica Croatica*, 69 (4), 311–317.
14. Radibratović, I. in Sindik, J. (2013). Važnost razumljivosti u komuniciranju zdravstvenih djelatnika// *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 1/35, 148–157.
15. Stilinović, M. idr. (2014). Kakvoća komunikacije na Zavodu za dječju kirurgiju KBC Zagreb. *Paediatr Croat.*, 58, 203–207.
16. Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K. in Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.*, 74, 295–301
17. Šincek, D. in Vuletić, G. (2013) Važnost socijalne podrške za kvalitetu života. V *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru* (str. 52–72). Osijek: Filozofski fakultet.

Klinično usposabljanje – pot do samostojnega dela

UDK 614.25+378:61

KLJUČNE BESEDE: izobraževanje v medicini, klinično usposabljanje, klinične veščine, napredek znanja

POVZETEK - Klinično usposabljanje na področju izobraževanja v medicini je ključnega pomena za izobrazbo kompetentnih zdravnikov. V sklop kliničnega izobraževanja študentov medicine in zdravnikov sodijo tudi posamezne klinične veščine. Slednje predstavljajo izjemno pomemben del znanja študentov medicine in zdravnikov pri vsakodnevnem delu in so ključne za kvalitetno delo v kliničnem okolju. Kvalitetno klinično usposabljanje študentov medicine je izjemnega pomena za izobrazbo diplomantov medicine, ki pri svojem delu delujejo varno in v korist pacientom. Kvaliteta kliničnega usposabljanja je v korelaciji s številnimi dejavniki, predvsem z razmerjem med številom študentov in številom mentorjev, katerim so dodeljene skupine študentov, kakor tudi z aktivnim vključevanjem študentov v vsakodnevno delo. Cilj naše raziskave je bil preučiti znanje in napredek izvedbe posameznih kliničnih veščin pri študentih zaključnega letnika splošne medicine v sklopu obveznega 9-tedenskega kliničnega usposabljanja pri predmetu Interna medicina. Rezultati raziskave kažejo, da študenti zaključnega letnika medicine med kliničnim usposabljanjem pridobijo dovolj praktičnega znanja in so kompetentni za samostojno izvajanje praktičnih kliničnih veščin.

1 Uvod

Na področju izobraževanja v medicini predstavlja klinično usposabljanje, poleg pridobivanja teoretičnega znanja, enega izmed ključnih elementov za izobrazbo kompetentnih zdravnikov. V sklop kliničnega izobraževanja študentov medicine in zdravnikov sodijo tudi posamezne klinične veščine, katerih izvedbo naj bi obvladal vsak študent medicine in zdravnik, saj predstavljajo temelj za delo na področju medicine (Friederichs idr., 2018). V okviru kliničnega usposabljanja pridobijo študenti medicine ustrezne kompetence, ki so ključne za delo. Kompetence predstavljajo skupek znanj, veščin, sposobnosti ter drugih lastnosti posameznika, ki se kažejo v uspešnem opravljanju nalog (Frank idr., 2010; Roy idr., 2018).

UDC 614.25+378:61

KEYWORDS: medical education, clinical training, clinical skills, progress test

ABSTRACT - In medical education, clinical training plays a crucial role for every doctor's education. Clinical skills present an important part of medical students' and doctors' clinical learning course. High quality clinical training of medical students is of critical importance for the delivery of optimal and safe patient care. The quality of clinical training is in correlation with several factors, of which the number of medical students assigned to mentors and active integration of medical students in every day clinical work are especially important. The aim of this study was to examine the knowledge and progress of the implementation of individual clinical skills of final year medical students, as part of the mandatory 9-week clinical training in the subject Internal medicine. Results show that final year medical students acquire sufficient practical knowledge during clinical training and are competent to independently perform practical clinical skills.

Izobraževanje v medicini je sestavljeno iz predkliničnega in kliničnega dela. V sklopu predkliničnega izobraževanja pridobijo študenti teoretične osnove bazičnih predmetov, nato pa v sklopu kliničnega izobraževanja pridobijo poleg teoretičnih osnov tudi praktične kompetence iz kliničnega okolja. Prehod iz predkliničnega modela učenja v model učenja v kliničnem okolju je povezan s potrebo po znanju kliničnih veščin. Pogosto je v času prehoda pri študentih prisoten velik stres in anksioznost, posebej če imajo le-ti občutek nezadostne pripravljenosti na klinično okolje. Nezadostna pripravljenost na klinično prakso lahko omeji sodelovanje študentov v kliničnem okolju (Bosch, 2017). Za zmanjšanje stresa in anksioznosti ob prehodu v klinično okolje je priporočljivo, da prve korake osvajanja kliničnih veščin študenti pridobijo v varnem, nestresnem okolju. Takšen primer predstavljajo laboratoriji kliničnih veščin, ki so uveljavljeni že na večini medicinskih fakultet. V laboratoriju kliničnih veščin lahko študent na simulatorjih pridobi prva znanja o postopkih izvedbe kliničnih veščin in se lahko veliko nauči tudi iz lastnih napak. Kljub vsemu, »umetno« okolje laboratorijev kliničnih veščin ne more nadomestiti dela v kliničnem okolju, zato je smiselno, da ko študent obvlada izvajanje kliničnih veščin v varnem okolju in postane dovolj samozavesten, da preide k izvajanju le-teh v kliničnem okolju (Roy idr., 2018).

Aktivnosti, ki omogočajo študentom, da razvijejo in utrdijo klinične veščine omogočajo zmanjšanje stresnih situacij, ki se pojavijo pri študentih, ko prehajajo v klinično okolje ter s tem izboljšajo možnosti, da študenti v kliničnem okolju bolje uporabijo dosedanje in pridobijo čim več novega znanja. Prav tako lahko pri študentih spodbujajo motivacijo za vključevanje v delo z bolniki. Uspešno vključevanje v vsakdanje delo pa izboljšuje kompetentnost študentov in jim omogoča samostojno delo na področju medicine (Bosch, 2017).

2 Metode

Na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru smo izvedli raziskavo v sklopu obveznih 9-tedenskih kliničnih vaj pri predmetu Interna medicina – delo ob bolniku v 6. letniku splošne medicine. V sklopu raziskave, v kateri je sodelovalo 88 študentov zaključnega letnika splošne medicine, smo ocenili znanje in napredek pri izvedbi posameznih kliničnih veščin.

Sodelujoči so bili ocenjeni iz praktičnega prikaza izvedbe treh različnih kliničnih veščin, in sicer iz jemanja anamneze, odvzema venske krvi in izvedbe rektalnega pregleda. Vsi študenti so bili dvakrat ocenjeni iz izvedbe kliničnih veščin, prvič pred pričetkom kliničnih vaj in drugič na zadnji dan opravljanja obveznih 9-tedenskih kliničnih vaj. Na obeh ocenjevanjih so bili ocenjeni iz istih kliničnih veščin.

Za izvedbo kliničnih veščin so se uporabili klinični simulatorji – simulator za izvedbo rektalnega pregleda in model roke za odvzem venske krvi, za ocenjevanje jemanja anamneze pa je študent, ki je bil ocenjevalec, pri izvedbi anamneze poleg ocenjevanja igral tudi pacienta po vnaprej pripravljanem scenariju. Objektivni strukturiran klinični izpit (OSKI) je bil uporabljen za ocenjevanje, le-to pa so izvedli študenti tutorji, ki so bili predhodno usposobljeni za ocenjevanje. Uporabljali so vnaprej pripravljene ocenjevalne obrazce.

Za izvedbo vsake klinične veščine je bila predvidena časovna omejitev. Tako je bilo za izvedbo anamneze predvidenih 12 minut, za odvzem venske krvi 6 minut in za rektalni pregled 4 minute. Minuto pred potekom časa je bil vsak študent opozorjen s strani ocenjevalca. V primeru, da je študentu potekel predvideni čas za izvedbo posamezne klinične veščine, ga je ocenjevalec ustavil in študent ni prejel točk za morebitne neopravljene postavke na ocenjevalnem obrazcu pri dotični klinični veščini.

Rezultati, pridobljeni v raziskavi, so bili statistično obdelani in interpretirani s pomočjo programa za statistično obdelavo podatkov IBM SPSS Statistics program. Uporabljene so bile

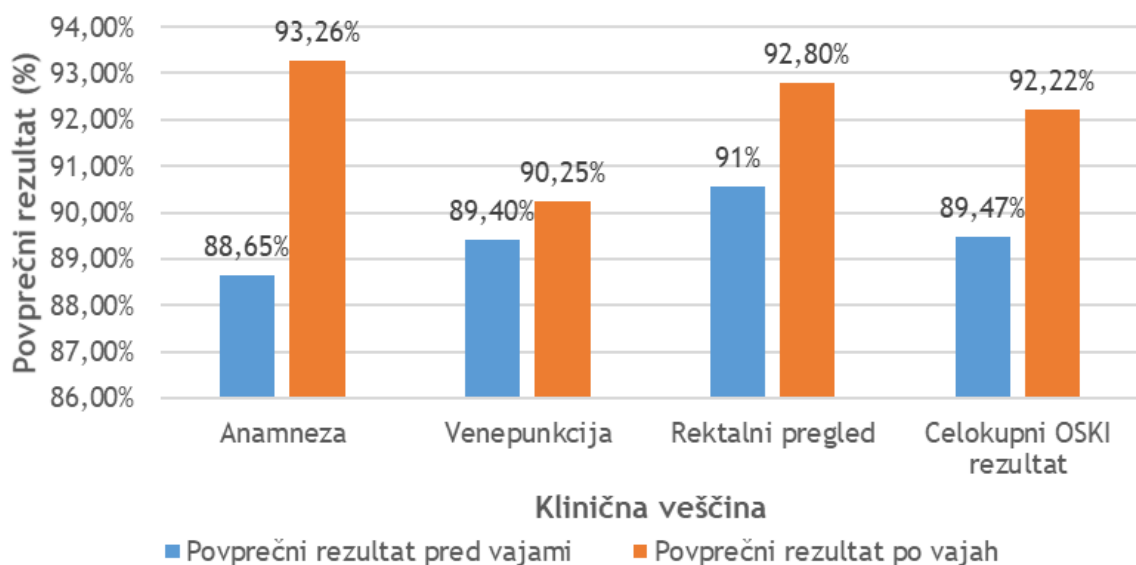
deskriptivne statistične metode ter Mann–Whitney U test. Pri preizkušanju hipotez smo upoštevali za statistično značilno vrednost $p < 0,05$.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 88 študentov 6. letnika splošne medicine, od tega 30 študentov (34,1 %) in 58 študentk (65,9 %).

Na prvem ocenjevanju so študenti prejeli visok celokupni rezultat OSKI, ki je opredeljen kot seštevek vseh točk vseh kliničnih veščin in je znašal 89,47 %. Ob zaključku kliničnih vaj so na ponovnem ocenjevanju, v primerjavi s prvim ocenjevanjem ob začetku vaj, statistično značilno izboljšali celokupni rezultat OSKI ($p = 0,001$), ki je znašal 92,22 %. Prav tako je bila zabeleženo statistično značilno izboljšanje rezultatov anamneze ($p = 0,001$) in rezultatov izvedbe rektalnega pregleda ($p = 0,023$) na drugem ocenjevanju. Pri izvedbi odvzema krvi je prišlo do izboljšanja povprečnega rezultata na drugem testiranju, vendar izboljšanje ni bilo statistično značilno ($p = 0,508$). Povprečni rezultati točk, ki so jih študenti prejeli pri ocenjevanju posamezne klinične veščine so prikazani na spodnjem grafu.

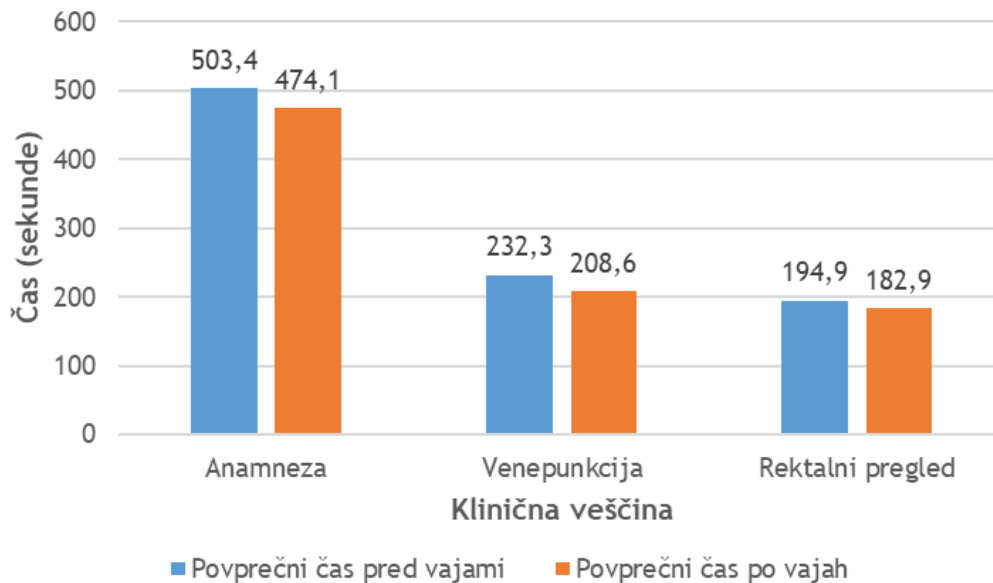
Graf 1: Povprečni rezultati pri posamezni klinični veščini pred in po opravljenih vajah pri študentih 6. letnika splošne medicine.



Vir: Raziskava, 2019.

Ugotovljeno je bilo tudi statistično značilno zmanjšanje potrebnega časa za izvedbo vseh treh kliničnih veščin ob ponovnem ocenjevanju (anamneza: $p = 0,020$; rektalni pregled: $p = 0,001$; odvzem venske krvi: $p = 0,001$). Povprečni časi, potrebni za izvedbo posamezne klinične veščine na obeh testiranjih pri študentih 6. letnika splošne medicine, so prikazani na spodnjem grafu.

Graf 2: Povprečni čas izvedbe posamezne klinične veščine pred in po koncu opravljenih vaj pri študentih 6. letnika splošne medicine.



Vir: Lastni vir, 2019.

Dvainšestdeset študentov (70,5 %) je klinične vaje opravljajo v terciarni ustanovi – UKC MB, preostali študenti (29,5 %) pa so klinične vaje opravljali v številnih neuniverzitetnih bolnišnicah. Obe skupini študentov sta imeli na prvem ocenjevanju skoraj primerljiv rezultat (89,4 % UKC MB vs. 89,5 % neuniverzitetne bolnišnice). Ob zaključku vaj sta obe skupini študentov izboljšali povprečni celokupni rezultat OSKI (92,0 % UKC MB vs. 92,8 % neuniverzitetne bolnišnice). Pri obeh skupinah ni prišlo do statistično značilnega napredka znanja kliničnih veščin ($p = 0,527$). Poleg izboljšanja rezultatov je pri obeh skupinah prišlo do statistično značilne redukcije celokupnega potrebnega časa za izvedbo kliničnih veščin (iz 934,7 s na 863,3 s; $p = 0,002$ za UKC MB in iz 921,0 s na 871,2 s; $p = 0,001$ za neuniverzitetne bolnišnice).

4 Razprava

Pred pričetkom raziskave smo si zastavili hipotezo, da bo med univerzitetno bolnišnico in neuniverzitetnimi bolnišnicami v pedagoškem pristopu do študentov prihajalo do statistično značilnih razlik. Ugotovitve kažejo, da mesto opravljanja obveznih 9-tedenskih kliničnih vaj bistveno ne vpliva na kakovost pridobljenega praktičnega znanja študentov, saj so študenti, ki so opravljali vaje v neuniverzitetnih bolnišnicah imeli primerljiv oz. celo boljši celokupni OSKI rezultat na drugem testiranju v primerjavi s študenti, ki so vaje opravljali v UKC Maribor (92,8 % vs. 92,0 %). Tako lahko sklepamo, da študenti pridobijo dovolj praktičnega znanja v zdravstveni ustanovi, ki deluje na sekundarnem ali terciarnem nivoju. Temu pritrjujejo tudi mednarodne študije. Študije izpostavljajo, da je ključnega pomena za izobraževanje študentov medicine, da so slednji aktivno vključeni v delovanje celotne zdravstvene ekipe in aktivno sodelujejo pri spremljanju in zdravljenju pacientov. Poleg aktivnega vključevanja v delo je pomembno tudi samo razmerje med številom študentov in številom mentorjev v posamezni bolnišnici. Manj kot je študentov dodeljenih enemu mentorju, boljši so učni izidi študentov. Študije ugotavljajo tudi, da študenti pridobijo ustrezno znanje tudi v neuniverzitetnih

bolnišnicah, saj so slednje tako postavljene pred izziv in so primorane v reorganizacijo dela, ki omogoča stimulatívno okolje za učenje študentov (Kandiah, 2017; Alsiö, 2019).

V sklopu raziskave smo tudi ugotovili, da so študenti ob ponovnem ocenjevanju ob zaključku vaj izboljšali svoje rezultate izvedbe kliničnih veščin, hkrati pa so za izvedbo posamezne klinične veščine porabili tudi statistično značilno manj časa. Izboljšanje rezultatov lahko pripišemo dejstvu, da so študenti v času praktičnih vaj izvajali vse klinične veščine, hkrati pa so pridobivali tudi teoretično znanje, kar se je poznalo predvsem v sklopu izboljšanja rezultatov jemanja anamneze, saj so študenti s pomočjo teoretičnega znanja lahko bolj usmerjeno zastavljali vprašanja in hitreje prišli do ustrezne diagnoze. Tuje študije potrjujejo dejstvo, da ponavljajoče se aktivnosti vodijo k izboljšanju izvedbe same aktivnosti ob hkratni redukciji potrebnega časa za izvedbo le-te (Pinnock idr., 2019).

5 Zaključek

Študenti zaključnega letnika splošne medicine pridobijo v sklopu obveznega kliničnega usposabljanja dovolj praktičnega znanja, ki ga dopolnjujejo s teoretičnimi osnovami, in so tako pripravljeni samostojno izvesti klinične veščine. Ugotovitve kažejo, da je izobraževalni proces ustrezen tako v univerzitetni bolnišnici, kakor tudi v neuniverzitetnih bolnišnicah in da študenti ob zaključku pridobijo ustrezne kompetence za nadaljnje delo v kliničnem okolju. Kljub vsemu obstaja še vedno prostor za izboljšavo in v bodoče je potrebno poskrbeti za ustrezno izobraževanje študentov medicine – poskrbeti je potrebno za aktivno vključevanje študentov v vsakdanje delo v kliničnem okolju in stremeti k čim manjšemu številu študentov, ki so dodeljeni posameznemu mentorju. Tako nam bo uspelo, da bomo tudi v bodoče lahko izšolali kompetentne mlade zdravnike, ki bodo pripravljeni, da samostojno vstopijo v klinično okolje.

LITERATURA

1. Alsiö, Å, Wennström, B., Landström, B. in Silén, C. (2019). Implementing clinical education of medical students in hospital communities: experiences of healthcare professionals. *International Journal of Medical Education*, 1, 54–61.
2. Bosch, J., Maaz, A., Hitzblech, T., Holzhausen, Y. in Peters, H. (2017). Medical students' preparedness for professional activities in early clerkships. *BMC Medical Education*, 17 (1), 1–11.
3. Frank, J. R., Snell, L. S., Cate, O. T., Holmboe, E. S., Carraccio, C., Swing, S. R. idr. (2010). Competency-based medical education: Theory to practice. *Medical Teacher*, 32 (8), 638–645.
4. Friederichs, H., Marschall, B. in Weissenstein, A. (2019). Simulation-based mastery learning in medical students: Skill retention at 1-year follow up. *Med Teach*, 41 (5), 1–8.
5. Kandiah, D. (2017). Perception of educational value in clinical rotations by medical students. *Advances in Medical Education and Practice*, 8 (1), 149–162.
6. Pinnock, R., Anakin, M. in Jouart, M. (2019). Clinical reasoning as a threshold skill. *Medical Teacher*, 41 (6), 683–689.
7. Roy, B., Rashid, M., Sathian, B. in Banerjee, I. (2018). Clinical skills and its importance in undergraduate medical curriculum. *Journal of Biomedical Sciences*, 4 (1), 1–2.

Fizioterapevtov pristop k ocenjevanju in obravnavi živčno-mišično skeletnih okvar ramenskega obroča

UDK 615.82/84:616.727.2

KLJUČNE BESEDE: ramenski obroč, klinično sklepanje, pregledovanje, fizioterapevtska obravnava

POVZETEK - Pogostost pojava živčno-mišično skeletnih okvar v ramenskem obroču se uvršča na drugo mesto med kroničnimi obolenji mišičnoskeletnega sistema. Na pojavnost, razvoj in spreminjanje simptomov vplivajo številni dejavniki, kamor uvrščamo tudi delovno okolje. Vzroki za nastanek živčno-mišično skeletnih okvar ramenskega obroča so pogosto nepojasneni, kar se odraža v kompleksnem procesu pregledovanja, pri oblikovanju hipotez, načrtovanju obravnave in sprotne preverjanju učinkov fizioterapevtskega pristopa. Hipoteze se generirajo na podlagi organiziranega in strukturiranega zbiranja simptomov ter znakov in se lahko v procesu obravnave zaradi učinka terapevtskih postopkov preoblikujejo. Napredno klinično sklepanje je usmerjeno iz pretežno biomedicinskega vidika tudi v psihosocialni vidik zdravljenja, v prepoznavanje omejitve funkcije ter v ocenjevanje pacientove prizadetosti pri opravljanju dnevnih aktivnosti in vključevanja v socialno in delovno okolje. Pacient postane aktivno udeležen v procesu zdravljenja s tem, ko opredeli svoj glavni problem in želen cilj. Opisani način kliničnega sklepanja postavlja pacienta s svojim individualnim problemom v središče fizioterapevtskega pregledovanja in obravnave.

UDC 615.82/84:616.727.2

KEYWORDS: shoulder girdle, clinical reasoning, examination, physiotherapy treatment

ABSTRACT - The frequency of occurrence of neuromuscular skeletal disorders in the shoulder girdle ranks second among chronic diseases of the musculoskeletal system. The occurrence, development and change of symptoms are influenced by many factors, which also include the work environment. The causes of neuromuscular skeletal disorders of the shoulder girdle are often unexplained, which is reflected in the complex process of reviewing, hypothesizing, planning treatment and ongoing verification of the effects of the physiotherapeutic approach. Hypotheses are generated based on an organized and structured collection of symptoms and signs and can be transformed in the treatment process due to the effect of therapeutic procedures. Advanced clinical reasoning is focused from a predominantly biomedical point of view also on the psychosocial aspect of treatment, on identifying limitations of function and on assessing the patient's impairment in performing daily activities and integration into the social and work environment. The patient becomes actively involved in the healing process by defining their main problem and desired goal. The described method of clinical reasoning places the patient with his individual problem at the center of physiotherapeutic examination and treatment.

1 Uvod

Delovno okolje in življenjski slog imata velik vpliv na razvoj mišično skeletne bolečine, ki je ena izmed glavnih razlogov za delovno nezmožnost in odsotnost z dela (Kirsch idr., 2019). Pojavnost živčno-mišično skeletnih okvar ramenskega sklepa se uvršča na drugo mesto med kroničnimi obolenji mišičnoskeletnega sistema. Najbolj pogosto opisana okvara v delovno aktivni populaciji je nespecifična bolečina v ramenskem sklepu (Bodin idr., 2012). Mednarodna klasifikacija obolenj ICD -10 (International Classification of Diseases) pa poleg nespecifičnih opredeljuje tudi številne specifične okvare ramenskega sklepa, kot so okvare rotatorne manšete,

adhezivni kapsulitis, tendinitis, utesnitveni sindrom, burzitis, travmatske ali netravnatske rupture.

V raziskavi Miranda s sodelavci (2015) proučuje pojavnost specifične in nespecifične bolečine v ramenskem sklepu v splošni populaciji in primerja vplive različnih dejavnikov, tako biomehaničnih kot tudi psihosocialnih, na posamezno stanje. Ugotavljajo, da sta izgorelost in depresivno stanje pri nespecifični bolečini, kjer njen vzrok ni pojasnjen, bolj pogosto prisotna dejavnika kot neodkrita patološka sprememba.

Veliko nejasnosti pa ostaja v razumevanju nastanka in izvora simptomov, v poznavanju vloge posameznih struktur v ramenskem sklepu ter o učinkih fizioterapevtskih postopkov (Lewis, 2016). Fizioterapevtsko pregledovanje in obravnava živčno mišično-skeletnih težav v predelu ramenskega sklepa sta kompleksen proces, ki zahteva napredno in strukturirano klinično sklepanje.

2 Fizioterapevtska obravnava

Fizioterapevtska obravnava pacienta je proces pregledovanja, kliničnega sklepanja in uporabe različnih terapevtskih postopkov s ciljem izboljšati ali pridobiti izgubljeno funkcijo. Za doseganje učinkovite, uspešne in zadostne obravnave je potreben temeljit in izčrpen fizioterapevtski pregled (World Confederation of Physical Therapy, 1999), ki je najpomembnejši del celotne fizioterapevtske obravnave. Pregledovanje se prepleta s terapevtskimi postopki, skupaj pa sestavljajo integralno celoto.

Fizioterapevtsko obravnavo sestavljajo pogovor s pacientom, fizioterapevtski pregled in terapija. V uvodnem pogovoru s pacientom določimo lokacijo ter kvaliteto in kvantiteto simptomov, njihovo medsebojno povezanost, opredelimo 24-urno vedenje simptomov ter zgodovino njihovega nastanka. Specifična vprašanja so namenjena iskanju previdnostnih ukrepov in kontraindikacij. Cilj pogovora je razumeti problem s pacientove perspektive, opredeliti glavni problem, želeni cilj ter določiti stopnjo prizadetosti pri opravljanju dnevnih aktivnosti in vključevanja v socialno okolje. Z opisom vedenja simptomov v 24-tih urah določimo aktivnosti ali položaje, ki sprožajo simptome in tudi tiste, ki jih zmanjšujejo. Zgodovina nastanka in pogostosti pojavljanja simptomov nam omogoči oceniti stabilnost in težavnost problema.

Zbrani podatki omogočajo generiranje fizioterapevtske hipoteze in načrtovanje fizioterapevtskega pregleda.

Na začetku pregleda ocenjujemo prisotnost simptomov. Pri demonstraciji funkcionalnega giba, ki sproža simptome, lahko ločujemo med vplivi posameznih komponent giba na simptome. Ocenjujemo tudi aktivno in pasivno gibljivost ter mehanosenzibilnost in sposobnost fiziološkega prilagajanja živčevja na gibanje. Izbira testov, kot so ocenjevanje mišične moči in dolžine mišic, spreminjanje hitrosti gibanja in podobno, je priporočena takrat, ko z aktivnimi gibi nismo uspeli reproducirati simptomov. Odličen parameter za preverjanje učinkov terapije so akcesorni gibi, kjer iščemo pojav simptomov, upor tkiva ali morebitno zaščitno reakcijo mišic in jih primerjamo z neprizadeto stranjo (Westerhuis in Wiesner, 2015).

Podatki, ki smo jih pridobili med pogovorom s pacientom nam v nekaterih primerih narekujejo tudi nevrološko preiskavo ter ocenjevanje strukturne in funkcionalne stabilnosti sklepov.

Prvotno hipotezo lahko fizioterapevt na podlagi pridobljenih informacij iz fizioterapevtskega pregleda potrdi, zavrže ali preoblikuje (Grant idr., 1988). Proces generiranja hipotez poteka ves čas in usmerja potek fizioterapevtske obravnave (Payton, 1985).

3 Klinično sklepanje

Klinično sklepanje je kognitiven proces, kjer fizioterapevt zbira informacije, jih interpretira in evalvira, oblikuje in preverja svoje hipoteze ter se kritično odloča o postopku obravnave pacientovega individualnega problema (Higgs idr., 2008; Lorber idr., 2008). Pomembni elementi kliničnega sklepanja so razmišljanje, ki poteka avtomatično in presojanje, ki je zaveden proces ter čustva, ki tudi lahko vplivajo na terapevtove odločitve (Hueter - Becker in Doelken, 2015).

Antropolog Mattingly in delovni terapevt Fleming sta označila klinično razmišljanje kot proces reševanja problema, ki poteka tiho in skrito. Podarila sta pomen osredotočanja na pacientov individualni problem in na njegovo doživljanje lastne prizadetosti. Proces kliničnega sklepanja je kompleksen, saj mora fizioterapevt istočasno odločati o različnih vidikih pacientovega problema, da doseže celovito obravnavo (Hueter - Becker in Doelken, 2015).

V fizioterapevtskem pristopu, ki temelji na principih Maitland koncepta, poteka klinično sklepanje na dveh nivojih - teoretičnem in kliničnem. Njuno povezanost ponazarja model opečnatega zidu (brick wall concept, angl.). Teoretična stran, ki združuje znanje anatomije, fiziologije, patofiziologije, biomehanike, itd., je vir informacij in vpliva na sprejemanje odločitev. Vendar pa se pri izboru preiskovalnih in terapevtskih postopkih fizioterapevt osredotoča na klinično stran, ki je hkrati glavno vodilo generiranja hipotez (Hengeveld in Banks, 2014).

Klinično sklepanje v fizioterapevtski obravnavi je proceduralno, interaktivno in vodeno na podlagi razvijanja hipotez. Proceduralna oblika se kaže v sistematičnem načinu pregledovanja in izvajanja fizioterapevtskih tehnik. Usmerjeno vodenje pogovora s pacientom, analiziranje verbalne in neverbalne komunikacije pa zahtevajo sposobnost interaktivnega kliničnega sklepanja (Hengeveld in Banks, 2014).

Za bolj učinkovito načrtovanje obravnave so hipoteze razdeljene v kategorije:

- Prepoznavanje patobiološkega mehanizma (nevrofiziološki mehanizem bolečine, stanje celjenja tkiv).
- Določanje izvora simptomov.
- Opredelitev previdnostnih ukrepov in kontraindikacij.
- Prepoznavanje dejavnikov, ki lahko vplivajo na pacientov problem.
- Ocena ne/zmožnosti opravljanja dnevnih aktivnosti in vključevanje v socialno okolje.
- Načrtovanje terapije.
- Ocena izida obravnave.

Z bogatenjem kliničnih izkušenj in teoretičnega znanja je klinično sklepanje vedno bolj usmerjeno v prepoznavanje kliničnih vzorcev. Fizioterapevt prepozna in povezuje značilne znake, simptome in možnosti fizioterapevtskega pristopa k obravnavi specifičnega obolenja pri posameznem pacientu.

Tak način omogoča bolj usmerjeno in učinkovitejšo obravnavo ter hitrejšo doseganje rezultatov. Razvijanje kliničnih vzorcev ni možno le s pridobivanjem teoretičnega znanja, pač pa zahteva tudi dolgoletne klinične izkušnje. (Hengeveld in Banks, 2005)

4 Fizioterapevtov pristop pri obravnavi živčno-mišično skeletnih okvar ramenskega obroča

Živčno-mišično skeletne okvare ramenskega obroča so eden najbolj pogostih okvar, ki potrebujejo fizioterapevtsko obravnavo. Iz pogovora s pacientom ugotovimo, da je njihov

glavni problem najpogosteje bolečina v vratno-ramenskem delu, ki izžareva v nadlaket vse do zapestja, roke ter prstov ali v področje okrog lopatice in povzroča omejitve pri opravljanju dnevnih aktivnosti ter vključevanja v socialno okolje (poklic ali šport). Neredko opisujejo motnje spanja, koncentracije ali razpoloženja. Sladkorna bolezen (Whelton in Peach, 2018) in revmatska obolenja (Fillippucci idr., 2013) so lahko spremljajoča bolezenska stanja.

Dolgotrajno sedenje ali dejavnosti, ki zahtevajo delo nad višino glave (Lewis, 2016) in bolečina, ki je intenzivnejša ponoči, so znaki, ki jih beležimo v 24-urnem vedenju simptomov. V zgodovini nastanka problema opisujejo znake kronične bolečine, kot so več kot tri mesece trajajoči simptomi in pogosta ponavljanja.

Kompleksnost simptomov, ki se pojavijo v primerih živčno-mišično skeletnih okvar ramenskega obroča, usmerja fizioterapevta k načrtovanju pregledovanja in obravnave ne le ramenskega sklepa, pač pa tudi vratne hrbtenice, akromioklavikularnega, sternoklavikularnega in skapulotorakalnega sklepa ter prvega rebra. Načrtuje intenzivnost in progresivnost pregledovanja in obravnave ter se s terapevtskimi postopki usmeri na iskanje funkcionalne prizadetosti pri čemer upošteva pacientove individualne potrebe.

Že po pogovoru s pacientom nastane hipoteza, ki opisuje njegovo funkcionalno prizadetost. Klinična slika, spreminjanje simptomov in znakov so fizioterapevtovo glavno vodilo ravnanja med pregledovanjem in terapijo (Westerhius in Wiesner, 2015), kar povzroči konstanten proces generiranja hipotez.

Nujen del fizioterapevtskega pristopa sta edukacija in svetovanje, ki vključujeta razlago problema, pojasnjevanje bolečinskih mehanizmov in učinkov terapevtskih postopkov. S tem ima pacient možnost aktivno sodelovati v procesu zdravljenja (Hoffman, Lewis in Maher, 2019).

5 Razprava

Fizioterapevtska obravnava živčno-mišično skeletnih okvar ramenskega obroča je kompleksen proces, kjer se mora fizioterapevt odločati o načinu pregledovanja in izboru terapevtskih tehnik na podlagi številnih nejasnosti. Kronične bolečine v ramenskem obroču v večini primerov nimajo jasnega patobiološkega vzroka za nastanek, ki bi pojasnil pacientovo individualno izkušnjo problema. Strukturne spremembe, ki jih opisuje radiološka diagnostika, so pogosto prisotne tudi pri nesimptomatskih ljudeh. Informacija, da ima poškodovano tkivo, spremeni pacientova prepričanja, čustva in vedenje. Postane bolj ranljiv, izogiba se aktivnostim in išče načine, ki bi popravili okvarjeno tkivo. Istočasno pa ima neomejene možnosti izbora zdravljenja: od tehnik, ki so jih priporočili znanci pa vse do operativnih posegov (Lewis in O'Sullivan, 2018).

Kronična bolečina poleg tega povzroča motnje spanja, strah pred gibanjem, anksioznost, stres, idr. (Booth idr., 2017).

Klinično sklepanje, ki omogoča kritično in konstruktivno odločanje posameznega fizioterapevta glede na njegovo znanje in izkušnje je izrednega pomena v pristopu obravnave. Omogoča prepoznavanje specifičnih kliničnih vzorcev, distancira od iskanja izključno biomedicinske diagnoze in daje možnost vključevanja socialnih in psiholoških vidikov pacientove lastne prizadetosti v obravnavo (IMTA handbook). Hipoteza, ki temelji le na biomedicinskem vidiku je lahko zavajajoča, saj znanstveno podprta praksa dokazuje, da strukturna diagnoza ne pojasnjuje klinične slike, lahko pa je pomembna informacija v fizioterapevtski diagnozi. Odločanje v fizioterapevtskem pristopu je hkrati induktiven in deduktiven proces. Induktiven se kaže v zbiranju znakov in simptomov med pregledovanjem,

deduktiven pa v stalnem preverjanju in revalviranju učinkov pregledovalnih in terapevtskih postopkov. Deduktiven proces je tudi prepoznavanje kliničnih vzorcev in uvajanje znanstveno podprte prakse v delo (Backer idr., 2017). Ne glede na proces je na koncu pomembno klinično pokazati, da je bila hipoteza primerno generirana in v korist pacientu (Heuter - Becker in Doelken, 2015).

6 Zaključek

Bolečina v vratno-ramenskem in ledvenem predelu sta eden glavnih problemov javnega zdravstva, ki zmanjšuje produktivnost in se odraža v družinskem, socialnem in ekonomskem okolju. (Kirsch Micheletti idr., 2019). Sklepamo, da je način kliničnega sklepanja primeren in učinkovit pristop k obravnavi živčno-mišično skeletnih okvar ramenskega obroča saj vključuje vse vidike pacientovega problema-biološkega, psihološkega in socialnega. Hkrati se osredotoča na njegov individualni problem in ga aktivno vključi v proces zdravljenja.

LITERATURA

1. Baker, S. E., Painter, E. E., Morgan, B. C., Kaus, A. L., Petersen, E. J., Allen, C. S., Deyle, G. D. in Jensen, G. M. (2017). Systematic Clinical Reasoning in Physical Therapy (SCRIPT): Tool for the Purposeful Practice of Clinical Reasoning in Orthopedic Manual Physical Therapy. *Physical therapy*, 97 (1), 61–70.
2. Bodin, J., Ha, C., Chastang, J. F., Descatha, A., Leclerc, A., Goldberg, M., Imbernon, E. in Roquelaure, Y. (2012). Comparison of risk factors for shoulder pain and rotator cuff syndrome in the working population. *American journal of industrial medicine*, 55 (7), 605–615.
3. Booth, J., Moseley, G. L., Schiltenswolf, M., Cashin, A., Davies, M. in Hübscher, M. (2017). Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal care*, 15 (4), 413–421.
4. Filippucci, E., Delle Sedie, A., Riente, L., Di Geso, L., Carli, L., Ceccarelli, F., Sakellariou, G., Iagnocco, A. in Grassi, W. (2013). Ultrasound imaging for the rheumatologist. XLVII. Ultrasound of the shoulder in patients with gout and calcium pyrophosphate deposition disease. *Clinical and experimental rheumatology*, 31 (5), 659–664.
5. Grant, R. in Jones. M. idr. (1988). *Clinical Decision Making in Upper Quadrant Dysfunction. Physical Therapy of the Cervical and Thoracic Spine*. New York: Churchill Livingstone.
6. Hengeveld, E. in Banks, K. B. (2014). *Maitlands 'Peripheral manipulation Management of Neuromusculoskeletal Disorders-Vol II*. 5th ed. Churchill Livigstone Elsevier.
7. Higgs, J. in Jones, M. (2008). *Clinical decision making and multiple problem spaces*. Amsterdam: Elsevier.
8. Hoffmann, T. C., Lewis, J. in Maher, C. G. (2020). Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 107, 43–49.
9. Hueter - Becker, A. in Doelken, M. (2015). *Physical Therapy Examination and Assessment*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
10. International Maitland Teachers Association, n.d., *IMTA course handbook*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
11. Kirsch Micheletti, J., Bláfoss, R., Sundstrup, E., Bay, H., Pastre, C. M. in Andersen, L. L. (2019). Association between lifestyle and musculoskeletal pain: cross-sectional study among 10,000 adults from the general working population. *BMC musculoskeletal disorders*, 20 (1), 609.
12. Lewis, J. (2016). Rotator cuff related shoulder pain: Assessment, management and uncertainties. *Manual therapy*, 23, 57–68.
13. Lewis, J. in O'Sullivan, P. (2018). Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain?. *British journal of sports medicine*, 52 (24), 1543–1544.

14. Lorber, M. in Donik, B. (2008). Poznavanje veščin kritičnega mišljenja študentov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 42 (3), 199–205. Pridobljeno, s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2666>.
15. Miranda, H., Viikari - Juntura, E., Heistaro, S., Heliövaara, M. in Riihimäki, H. (2005). A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder versus nonspecific shoulder pain without clinical findings. *American journal of epidemiology*, 161 (9), 847–855.
16. Payton, O. D. (1985). Clinical reasoning process in physical therapy. *Phys Ther*, 65 (6), 924–928.
17. Westerhuis, P. in Wiesner, R. (2015). *Clinical Patterns in Manual Therapy*. 2nd ed. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
18. Whelton, C. in Peach, C. A. (2018). Review of diabetic frozen shoulder. *European journal of orthopaedic surgery & traumatology:orthopedie traumatologie*, 28 (3), 363–371.
19. World Confederation of Physical Therapy (WCPT) (1999). *Description of Physical Therapy*. London: World Confederation of Physical Therapy.

FreeStyle Libre – Merjenje krvnega sladkorja brez kapilarnega odvzema

UDK 616.379-008.64+615.477

KLJUČNE BESEDE: merjenje krvnega sladkorja, medicinsko tehnični pripomočki, ZZS

POVZETEK - V svojem prispevku bi predstavila sistem FreeStyle Libre, ki omogoča merjenje krvnega sladkorja v medceličnini. Predstavila bi študijo primera, ki potrjuje, da so rezultati aparata zelo natančni, zato vsakodnevni kapilarni odvzemi niso potrebni, kar močno olajša življenje sladkornega bolnika. V prispevku bi predstavila prednosti sistema. Predstavila bi primerjalne vrednosti, ko je bil ob uporabi senzorja hkrati izmerjen tudi krvni sladkor z aparatom, da se je ugotovilo, kakšne so razlike v vrednosti krvnega sladkorja s kapilarnim odvzemom in vrednosti sladkorja v intestinalni tekočini. Sistem FreeStyle Libre je čudovit pripomoček za diabetike, ki so zelo aktivni in si morajo pogosteje meriti krvni sladkor, ker si lahko izmerijo vrednosti sladkorja vsak trenutek brez kapilarnega odvzema. Še prav posebno bi bil čudovit za otroke z diabetesom. Od letošnjega poletja je dostopen tudi na našem tržišču za širšo javnost. Lahko ga predpiše diabetolog v breme ZZS ali se ga kupi v trgovini Prosana.

UDC 616.379-008.64+615.477

KEYWORDS: measurement of blood sugar, medical technical devices

ABSTRACT - In my paper, I will present the FreeStyle Libre system, which allows the measurement of blood sugar in the intercellular space. I will present a case study, which confirms that the results of the apparatus are very accurate, so daily capillary removals are not necessary, which greatly facilitates the life of a diabetic. In this paper, I will present the advantages of the system; the comparative values when blood sugar was measured simultaneously with the device using a sensor to determine the differences in capillary blood sugar levels and intestinal fluid sugar values. The FreeStyle Libre system is a wonderful tool for diabetics who are very active and need to measure their blood sugar more often because now they can measure their sugar levels at any time without capillary removal. The device would be especially wonderful for children with diabetes. As of this summer, it is also available on our market for the general public. It can be prescribed by a diabetologist at the expense of ZZS or purchased at the Prosana store.

1 Uvod

Sladkorni bolniki, posebno bolniki s sladkorno boleznijo tipa 1 vedo, da z ustrezno samokontrolo povečujejo uspešnost zdravljenja sladkorne bolezni, lažje prilagajajo prehrano, lažje načrtujejo gibanje in fizične aktivnosti in zelo veliko pripomorejo k preprečevanju pojava kroničnih komplikacij sladkorne bolezni, ki se zelo pogosto razvijejo po več letih trajanja bolezni. Od samokontrole je zelo odvisna uspešnost zdravljenja z zdravili ali z inzulinom, saj si lahko pacienti prilagajajo odmerke inzulina glede na izmerjene vrednosti glukoze.

2 Merjenje glukoze v medceličnini

Sistem FreeStyle Libre omogoča merjenje glukoze v medceličnini. (Skvarče, 2020)

Senzor je s tanko 5 mm dolgo žičko nameščen v podkožje v medceličnino, zato meri glukozo v medceličnini, ne v krvi. (Skvarče, 2020)

Slika 1: Senzor



Vir: Lastni vir.

Slika 2: Senzor s spodnje strani



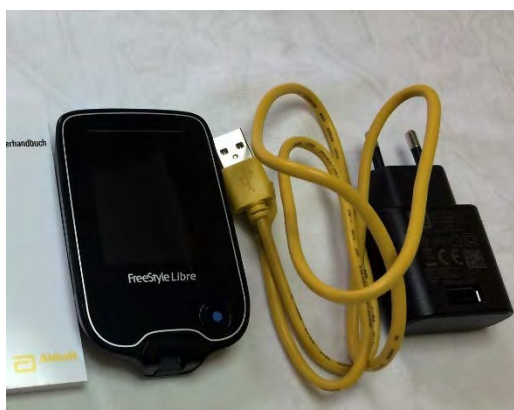
Vir: Lastni vir.

Upoštevati je potrebno fiziološki časovni zamik med nivojem glukoze v krvi in glukoze v medceličnini, ki je 10 do 15 minut. Podatek, ki je vrednost glukoze v medceličnini, je vrednost, ki je bila v krvi pred 10–15 minutami. Če so vrednosti krvnega sladkorja stabilne, sta meritvi primerljivi. Ob hitrejših spremembah ravni krvnega sladkorja npr. po obroku hrane, po aplikaciji insulina, v času telesne aktivnosti.) pa vrednosti glukoze v medceličnini malo zamujajo. To je normalen fiziološki proces, ki ga moramo upoštevati pri vrednotenju rezultata in morebitnem ukrepanju. Kljub temu je sistem FreeStay Libre dovolj natančen in varen za uporabo pri pacientih, ki se zdravijo z insulinom, kar močno olajša življenje sladkornemu bolniku. Merjenje krvnega sladkorja z testnimi lističi je potrebno le v primeru, če ima bolnik simptome, ki se ne ujemajo z odčitanimi vrednostmi na čitalniku ali če bolnik meni, da je odčitek morda nepravilen. (Skvarče, 2020)

3 Opis sistema FreeStyle Libre

- Sistem je sestavljen iz merilne enote - čitalnika in senzorja.
- Čitalnik je v velikosti manjšega telefona, zato se ga lahko hrani v žepu ali v torbici.
- Baterija v čitalniku se polni s pomočjo polnilca.
- Senzor je v obliki vodoodporne okrogle ploščice v velikosti kovanca, debeline 5 mm in premera 35 mm. Senzor se z vbodom, s pomočjo posebnega aplikatorja, namesti v podkožje na zunanjem delu nadlakti.

Slika 3: Čitalnik z napajalnikom



Vir: Lastni vir.

Slika 4: Aplikator



Vir: Lastni vir.

- Da senzor ne izpade poskrbi lepilni trak na senzorju in 3 mm širok lepilni trak, ki se nahaja na robu senzorja. Lepilo je zelo močno, kvalitetno in ne povzroča alergij. Pritrjeni senzor bolnika nič ne moti.
- Senzor potrebuje 1 uro, da se poveže z čitalnikom. Po eni uri senzor omogoča neprekinjeno merjenje glukoze s pomočjo čitalnika, ki ga diabetik približa senzorju na razdalji 2–3 cm. Čitalnik preskenira podatke s senzorja.
- Na zaslonu čitalnika se pokaže trenutna raven glukoze. Merilnik ob meritvi pokaže tudi smer in hitrost spreminjanja sladkorja (puščica obrnjena navzgor, navzdol ali postrani). (Poljanec, 2020) Čitalnik izračuna odstotek normalnih, povišanih in znižanih vrednosti.
- Kaže krivuljo urejenosti glukoze za vsak dan posebej.
- Kaže povprečno vrednost glukoze za dobo 30 oz. 90 dni.
- Meritev je mogoča tudi preko tanjše obleke.
- Meritve lahko diabetik ponavlja v neomejenem številu, tudi 10 ali večkrat dnevno, brez zbadanja.
- Senzor deluje 14 dni. Ker je senzor tovarniško umerjen, dodatne kalibracije niso potrebne. To pomeni, da se diabetiku ni potrebno dodatno zbadati v prst z lancetami.
- Prenos podatkov s senzorja na čitalnik je brezstičen in poteka 24 ur na dan. Če npr. diabetik ponoči ne izvaja skeniranja, se bodo ob prvem jutranjem skeniranju naložili podatki o vrednostih glukoze za preteklo noč.
- S senzorjem se lahko bolniki pol ure kopajo ali plavajo.
- Senzor po štirinajstih dneh, pred prekinjenim delovanjem, opozori diabetika, kdaj bo prenehal z delovanjem s pomočjo zvočnega signala in zapisa časa na čitalniku, da ga pravočasno opozori, da je potrebno senzor zamenjati. (Janež, 2020)
- Edina pomanjkljivost sistema je ta, da nima alarmov, ki bi bolnika opozorili na prenizke oz. previsoke vrednosti glukoze oz. na padanje ali naraščanje glukoze. Bolnik izve za nizke ali visoke vrednosti glukoze šele s skeniranjem podatkov s senzorja.

4 Študija primera

57 letni bolnik ima sladkorno bolezen tipa 1 že od leta 1979 let. Sladkorni bolnik je že 41 let. Ob postavljeni diagnozi pri 15. letih je takoj dobil inzulin – hitro delujoči Actrapid zjutraj in srednje dolgo delujoči inzulin Insulatard zvečer, ki si ga je apliciral še z brizgalko in injekcijsko iglo. Prva leta ni imel možnosti kontrole vrednosti glukoze, ker v Sloveniji še ni bilo merilnikov krvnega sladkorja za domačo uporabo.

Leta 1986 so mu v diabetični ambulanti naredili test HbA1c, katerega vrednost je bila 15 %. Rezultat je pokazal, da dosedanje zdravljenje sladkorne bolezni ni bilo ustrezno, zato je diabetolog predlagal prehod na intenzivno zdravljenje z inzulinskimi Penkali Flexpen in sicer inzulin Novorapid pri vsakem obroku in Insulatard zvečer ob 21.00 uri. Takrat si je bolnik v tujini kupil prvi merilec krvnega sladkorja. Kasneje je merilnike dobil na naročilnico ZZZS.

Ker se je zavedal nevarnosti komplikacij sladkorne bolezni, je vsa leta skrbel za ustrezno telesno težo, skrbel za pravilno prehrano, se veliko gibal, se 2x na teden ukvarjal z nogometom, si prilagajal odmerke inzulina in si redno meril krvni sladkor, tudi po 10x na dan. Posledica pogostih meritev pa so bili čisto popikani in boleči prsti.

Maja 2017 ga je njegov diabetolog seznanil, da v tujini obstaja pripomoček za merjenje KS brez pikanja v prste. To je bila najlepša novica, ki jo je lahko po 38. letih nenehnega zbadanja v prste lahko slišal. Predstavil mu je sistem FreeStyle Libre in povedal, da meri glukozo v medceličnini. Povedal je, da bo ta medicinski pripomoček mogoče dobiti tudi pri nas v Sloveniji, preko ZZZS, od maja 2018 naprej.

Bolnik se je odločil, da bo sam kupil sistem FreeStyle Libre in ga preizkusil, dokler ga ne bo mogoče dobiti preko ZZZS. (Pekaj, 2020) Vendar pa nakup iz tujine preko spleta ni bil mogoč, ker pripomoček še ni bil registriran v Sloveniji. Zato se je obrnil na sorodnika, ki živi v Nemčiji in preko njega naročil osnovni paket in senzorje. Povpraševanje po sistemu FreeStyle Libre je bilo v tistem času tako veliko, da je proizvajalec Abbott GmbH & Co. KG iz Nemčije omejil nakup za stranke na 3 senzorje naenkrat.

Bolnik je uporabljal sistem FreeStyle Libre od maja 2017 do marca 2019. Preverjanje z merilnimi lističi je bilo namenjeno kontroli aparata, ki ga ni poznal, vendar se mu ni bilo potrebno tako pogosto zbadati v prste kot prej. Ker pa takrat pripomoček še ni bil registriran v Sloveniji in ga še ni bilo mogoče dobiti v breme ZZZS, strošek pa je bil previsok, sistema iz Nemčije ni več naročil.

Diabetolog mu je svetoval uporabo drugega senzorja, ki meri glukozo v medceličnini. To je sistem Guardian Connect, ki ni tako enostaven in praktičen kot FreeStyle Libre. Ta sistem krivuljo glikemije prikazuje v aplikaciji, ki se naloži v pametni telefon. Senzor sistema se namesti na trebuh in mora biti na kožo pritrjen z hipoalergijskim obližem, ki pa vseeno pri našem bolniku povzroča vnetje kože. Vendar sistem daje večji občutek varnosti, saj zvočno opozori na nizko ali visoko glukozo, ter na naraščanje in padanje tudi ponoči, ko bolnik ne gleda na telefon. Na ta način pomaga preprečevati prenizke in previsoke vrednosti glukoze.

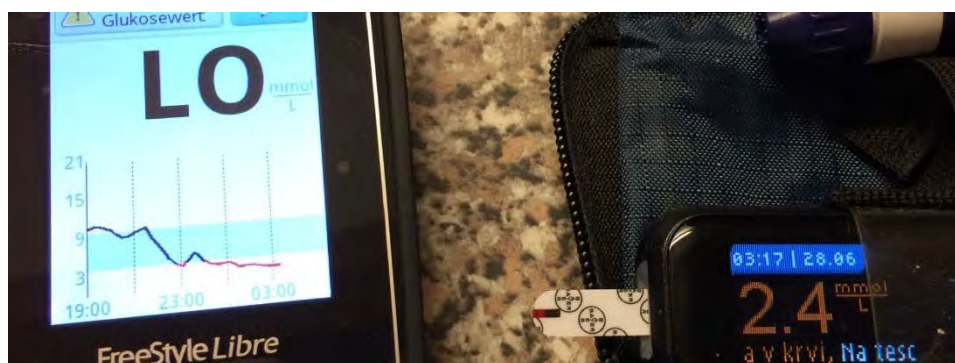
Sistem FreeStyle Libre zaenkrat teh možnosti nima.

Slika 5: Primerjava med skenirano vrednostjo s čitalnikom in meritvijo krvnega sladkorja, 26. 6. 2018 ob 11:42



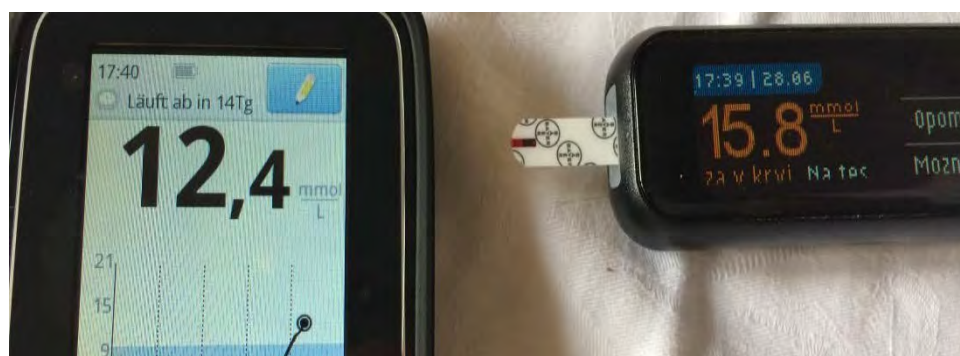
Vir: Lastni vir.

Slika 6: Primerjava med skenirano vrednostjo s čitalnikom in meritvijo krvnega sladkorja 28. 6. 2018 ob 3:17



Vir: Lastni vir.

Slika 7: Primerjava med skenirano vrednostjo s čitalnikom in meritvijo krvnega sladkorja, 28. 6. 2018 ob 17:39



Vir: Lastni vir.

Ugotovitev: Primerjave meritev kažejo, da so kljub zakasnitvenemu učinku vrednosti glukoze v krvi in medceličnini zelo podobne. Razlike niso bistvenega pomena za načrtovanje življenja sladkornega bolnika. Pomembno pa je, da je vrednost glukoze čim bolj približana normalnim vrednostim glukoze.

Da je sistem točen tudi brez kalibracij, so pokazali izvidi krvi, ko je bolnik imel kontrolo pri diabetologu.

Tabela 1: Vrednosti meritev glukoze v krvi na dan obiska pri diabetologu

	Datum kontrole pri diabetologu	Vrednost KS v mmol/L	HbA1c v %	HbA1c (IFCC) v mmol/mol
Normalne vrednosti – na tešče		4,1 – 5,9	4,8 – 5,9	29 - 42
Priporočene vrednosti za diabetike		Pod 10 2 uri po obroku	Pod 7 %	
Čas pred uporabo sistema – kontrola krvnega sladkorja z merilnimi lističi 6 - 10x / dan	11. 9. 2008	5, 20	5,5 %	/
Pred začetkom uporabe sistema FreeStyle Libre	9. 5. 2017	3,55	5,6 %	38
Po 3 mesecih uporabe sistema	10. 8. 2017	13,22	6,1 %	43
Po 9 mesecih uporabe	2. 3. 2018	10,84	5,7 %	39
Po 1 letu	15. 6. 2018	7,02	5,5 %	37
Po letu in pol	28. 2. 2019	7,76	6,3 %	46

Tabela z zapisanimi rezultati krvnih preiskav kaže, da je bila sladkorna bolezen dobro urejena tudi brez večkratnega zbadanja v prste, saj vrednosti HbA1c niso nikoli presegle vrednosti 6,3 %.

5 Zaključek

Bolnik, ki ga predstavlja študija primera, po 41. letih sladkorne bolezni nima še nobene kronične komplikacije sladkorne bolezni. Bolnik vsako leto opravi pregled oči v ambulanti za odkrivanje diabetične retinopatije, kjer je v vsakem izvidu zapisano, da pri bolniku ni opaziti znakov za diabetično retinopatijo. To dejstvo je pomemben rezultat samokontrole, ki jo je bolnik tako zelo resno in z odgovornostjo izvajal skozi vsa leta. Bilo pa je zelo boleče. Sistem FreeStyle Libre je rešitev za te bolnike, saj pri njegovi uporabi zbadanje v prste ni več potrebno, zato postane samokontrola za diabetika veliko bolj prijazna.

Sistem FreeStyle Libre je čudovit pripomoček za diabetike, ki so zelo aktivni in si morajo pogosteje meriti krvni sladkor, ker si lahko z njegovo pomočjo izmerijo vrednosti sladkorja vsak trenutek brez kapilarnega odvzema. Prav posebno je primeren za otroke in mladostnike z diabetesom, ki so v šoli obremenjeni z meritvami krvnega sladkorja, saj bi si lahko izmerili glukozo samo s skeniranjem. Senzor je majhen in enostaven za nameščanje. Sistem bi lahko prišel prav tudi pri bolnikih z novo odkritim diabetesom tipa 2, da se ugotovi ali je terapija, ki jo prejema, ustrezna in ali se bolnik drži navodil, ki jih je dobil na edukaciji pri medicinski sestri v diabetičnem dispanzerju (Peklaj, 2020).

V tujini je bil sistem FreeStyle Libre na voljo diabetikom že od jeseni 2014 (Janež, 2020).

Od junija 2020 je za širšo javnost dostopen tudi na našem tržišču. (Poljanec, 2020) Diabetologi ga lahko predpišejo zavarovanim osebam s sladkorno boleznijo (starim vsaj 4 leta) v breme ZZZS, če si sladkorni bolnik daje inzulin vsaj 4x na dan, če ima bolnik inzulinsko črpalko in vsem nosečnicam, ki se v času nosečnosti zdravijo z inzulinom. (ZZZS, 2020) Vsem ostalim sladkornim bolnikom je samoplačniško na voljo v trgovinah Sanolabor po vsej Sloveniji.

Uporaba sistema FreeStyle Libre uporabnika spodbudi, da si večkrat preveri raven glukoze, kar posledično vpliva tudi na bolnikov odnos do bolezni. S senzorjem, ki beleži vrednosti 24 ur na dan, sladkorni bolniki bolje spoznavajo, kako njihov način življenja vpliva na vrednosti glukoze v telesu. Z njegovo širšo uporabo, bi močno vplivali tudi na zmanjšanje pojavnosti kroničnih komplikacij sladkorne bolezni, ki mnogim diabetikom močno otežijo in poslabšajo kvaliteto življenja, pa tudi močno finančno obremenjujejo zdravstveni sistem.

LITERATURA

1. Bailey, T. in Alva, S. idr. (2015). The performance and usability of a factory-calibrated flash glucose monitoring system. *Diabetes Technol Ther.*, 17 (11), 787–794.
2. Izvidi laboratorijskih preiskav krvi pacienta iz študije primera
3. Janež, A. (2020). Napredek v spremljanju in analizi glukoze. *Sladkorna bolezen*, 133, 32
4. Navodila za uporabo sistema FreeStyle Libre. Pridobljeno 10. 11. 2020, s <https://www.diabetescare.abbott/support/manuals/si.html>.
5. Peklaj, K. (2020). Prve izkušnje pri edukaciji ob novem sistemu. *Sladkorna bolezen*, 135, 20.
6. Poljanec Bohnec, A. (2020). Bliskovito hitro in neboleče spremljanje glukoze. *Sladkorna bolezen*, 136, 19–20.
7. Sacks, D. B. (2012). Measurement of Hemoglobin A1c: A new twist on the path to harmony. *Diabetes Care*, 35, 2674–2680.

8. Seznam medicinskih pripomočkov s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi. Pridobljeno 1. 11. 2020, s <https://www.zzzs.si/egradivap/DFDC914987E44E2AC1257353003EC73A>.
9. Skvarče, A. (2020). Popoln vpogled v glikemično sliko. Sladkorna bolezen, 134, 2–13
10. ZZZS: Kriteriji za predpisovanje. Pridobljeno, s [http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/dfdc914987e44e2ac1257353003ec73a/\\$FILE/SEZNA M S %C5%AOIFRANTOM,MK,POSTOPKI_1.6.2020.xlsx](http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/dfdc914987e44e2ac1257353003ec73a/$FILE/SEZNA%20MS%20AOIFRANTOM,MK,POSTOPKI_1.6.2020.xlsx).

FreeStyle Libre in sorodna tržna imena so blagovne znamke družbe Abbott Diabetes Care Inc. v različnih državah. Druge blagovne znamke so last njihovih zadevnih lastnikov.

Obravnava pacientov s sladkorno boleznijo tip 2 po konceptih metaparadigme

UDK 616.379-008.64+613

KLJUČNE BESEDE: sladkorna bolezen tip 2, teorija Dorothee Orem, deficit v samooskrbi, pacient

POVZETEK - Slaba prehrana, premalo gibanja, slabe navade – če povzamemo nezdrav življenjski slog, vse to lahko pripelje človeka do diagnoze sladkorna bolezen. Zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 se po večini začne s spremembo nezdravega življenjskega sloga, kar vemo, da je v današnjem hitrem tempu življenja težko. Pri pacientih s sladkorno boleznijo je pomembna samokontrola in samovodenje sladkorne bolezni in dobro poznavanje le te. Če je pacient zmožen, zna in je zainteresiran za samovodenje sladkorne bolezni, je potrebno v veliki meri vzgojno – izobraževalno delo zdravstvenih delavcev, da pacientu svetujejo, ga učijo, vodijo in nadzorujejo njegovo sposobnost samooskrbe. V prispevku smo poglobljeno zbirali, analizirali in predstavili življenje treh pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2 po konceptih metaparadigme in opisali deficite, ki so prisotni v samooskrbi. Cilj je zbiranje in analiziranje podatkov po konceptih metaparadigme - človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega ter prepoznati deficit v samooskrbi in zanj poiskati rešitev. Uporabili smo deskriptivno metodo dela ter kvalitativni raziskovalni pristop. Izvedli smo intervju z vnaprej pripravljenimi vprašanji.

UDC 616.379-008.64+613

KEYWORDS: type 2 diabetes, Dorothea Orem theory, self-care deficit, patient

ABSTRACT - Poor diet, lack of exercise, bad habits unhealthy lifestyle in short, can cause diabetes. The treatment of type 2 diabetes mostly starts with a change in unhealthy lifestyle, which means a change in the diet and eating habits, although it is difficult to bring changes in today's fast-paced life. It is known that self-control, self-management of diabetes and good knowledge of it are important for patients with diabetes. If a patient is able, knows and is interested in self-management of diabetes, educational work of health professionals is much-needed in order to advise, teach, guide and control the patient's ability of self-care. In this article, the data on the lives of three patients with type 2 diabetes was collected, analysed and presented in depth, according to metaparadigm concepts and the deficits present in self-care were described. The objective is to collect and analyse the data according to metaparadigm concepts - man, environment, health and health care, and to identify the deficit in self-care and find a solution for it. A descriptive method of work and a qualitative research approach were used. An interview with pre-prepared questions was conducted.

1 Teoretična izhodišča

1.1 Sladkorna bolezen tip 2

»Sladkorna bolezen je skupina presnovnih motenj, za katero je značilna hiperglikemija, ki je posledica nezadostnega izločanja inzulina ali njegovega pomanjkljivega delovanja ali obojega. Kronična hiperglikemija povzroča kronično okvaro, motnjo ali celo odpoved delovanja različnih organov, posebno oči, ledvic, živcev, srca in žilja.« (Ravnik - Oblak, 2005, str. 1)

»Sladkorna bolezen se pojavlja vse pogosteje, na kar nakazuje tudi porast (12,5 %) bolnikov od leta 2010 do 2014, ko je več kot 104.000 bolnikov prejelo zdravlila za zniževanje krvnega sladkorja. Podatkov o številu bolnikov, ki se zdravijo brez zdravlil sicer nimamo, a je že ta prirast alarmanten. Še posebej narašča število prebivalcev s sladkorno boleznijo tipa 2, kar je po večini povezano s staranjem prebivalstva in neugodnimi spremembami v življenjskem slogu,

zaradi česar naraščajoči trend pričakujemo tudi v prihodnje. Strmo pa naraščata tudi pojav sladkorne bolezni tipa 1 v otroštvu in mladostništvu ter pojav sladkorne bolezni v obdobju nosečnosti. Rečemo lahko, da sladkorna bolezen zagotovo tudi v Sloveniji predstavlja velik izziv.« (Nacionalni inštitut za javno zdravje, b.d.)

Je posledica nezadostnega izločanja inzulina iz celic B trebušne slinavke zaradi njihove degenerativne spremembe, zmanjšane občutljivosti za delovanje inzulina v nekaterih tkivih in čezmernega nastajanja glukoze v jetrih. Bolniki so lahko vrsto let brez težav, zdravljenje z inzulinom potrebujejo šele po več letih ali celo desetletjih trajanja bolezni. Sladkorni bolezen tipa 2 je podobna od inzulina neodvisna sladkorna bolezen, ki se pojavlja v mladosti z avtosomnim dominantnim dedovanjem in za katero je značilna disfunkcija celic B ob odsotni inzulinski neodzivnosti in debelosti (Ravnik - Oblak, 2005, str. 3). Sladkorna bolezen se prikrade potihoma in se razvija počasi. Bolniki prva leta praviloma nimajo nikakršnih težav, čeprav se že takrat razvijajo trajne okvare organov – oči, ledvic in živcev, najnevarnejša pa je prizadetost srca in ožilja. Sladkornega bolnika pogosto privede k zdravniku šele srčna ali možganska kap. Šele po več letih se krvni sladkor zviša do te mere, da povzroča žejo, pogosto in obilno odvajanje vode tudi ponoči ter počasno hujšanje kljub normalnemu uživanju hrane (Kavčič, b.d.).

1.2 Prehrana in telesna dejavnost pri sladkorni bolezni

Skrb za prehrano in gibanje sta nujna sestavna dela uspešnega zdravljenja sladkorne bolezni.

Mrevlje (2005, str. 18) navaja, da je »Zdrava in tudi zdravlilna prehrana temeljna in univerzalna metoda zdravljenja vseh vrst sladkorne bolezni. Brez nje tudi nobena druga metoda ni učinkovita. Samo z zdravo prehrano zdravimo 15 do 25 % sladkornih bolnikov. Včasih je bil njen delež večji, danes pa se manjša, ker težimo k čim boljšemu uravnavanju glukoze, kar pomeni vedno bolj zgodnje uvajanje zdravljenja z zdravili. Sodobno hranjenje sladkornih bolnikov temelji na načelih, uravnovešene prehrane, ki jo skušamo čim bolj približati bolnikovim potrebam in okusu, s čim manj prepovedmi in strogimi omejitvami.«

Pomembno je, da načela uravnovešene zdrave prehrane bolnik upošteva tudi kasneje, kljub temu, da že ima predpisano terapijo. Pomembno je uživanje mešane in ne premastne hrane.

Zdrava prehrana in več telesne dejavnosti sta osnovna dejavnika v preprečevanju in zdravljenju sladkorne bolezni tipa 2. Prehranska priporočila za bolnike s sladkorno boleznijo so danes enaka kot za zdravo prehrano. Pomembnost teh priporočil je zanje mogoče večja kot za zdravo populacijo, saj so mnogo bolj podvrženi tveganju žilnih bolezni, zato so tudi rezultati spremenjenega načina prehrane pri teh bolnikih mnogo večji kot pri preostalem prebivalstvu. Pomen in učinek spreminjanja prehranskih navad je tako pomemben, da je dieta temeljni sestavni del osnovnega zdravljenja in zdravstvene vzgoje bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 (Pavčič in Medvešček, 2005, str. 24).

Osnovna načela za prehrano bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2 so naslednja (Pavčič in Medvešček, 2005, str. 25):

- količina energije v hrani mora zadostiti energijskim potrebam, sočasno pa omogočiti uravnavanje telesne teže tako, da bo bliže želeni,
- količina ogljikohidratnih živil mora pokrivati največji delež energijskih potreb, njihove lastnosti pa morajo biti take, da čim manj zvišujejo glukozo v krvi,
- količina in kakovost maščob morata biti uravnani tako, da čim bolj zmanjšata aterogeni učinek, vendar še oskrbita organizem z zadostno količino esencialnih maščobnih kislin,
- beljakovinskih živil mora biti toliko, da je presežen telesni beljakovinski minimum,
- hrana mora vsebovati dovolj prehranskih vlaknin, da bi lahko ugodno presnovno učinkovale,

- vsebnost vitaminov in mineralov v hrani mora omogočiti optimalno presnovo hrane,
- za učinkovito terapevtsko prehrano je nujna individualna obravnava.

Številne študije in praksa kažejo, da individualizacija terapevtske prehrane izboljša njeno učinkovitost in da bolniki sprejmejo priporočila in spreminjajo svoje prehranske navade (Pavčič in Medvešček, 2005, 25).

Pavčič in Medvešček (2005, str. 25) ugotavljata, da je bolniku potrebno razložiti osnovna prehranska načela tako, da jih razume. Zelo pomembno je, da sprejme cilje prehranskega svetovanja za svoje, le tako bo lahko zavestno spremenil svoje prehranske navade in obnašanje. Pogoj za uspešno uresničevanje prehranskih navad je sodelovanje in motivacija bolnika, poleg tega pa realistično postavljanje kratko- in dolgoročnih ciljev, ki se lahko sčasoma tudi spremenijo. Dietni predpis, kot praktično navodilo in nasvet bolniku mora biti vedno individualno prirejen in temeljiti na presnovnih posebnostih in subjektivnih prehranskih zahtevah in željah, pa tudi upoštevati njegove poglede na kakovost življenja v zvezi s prehrano. Brezoseben, naprej izračunan, standardiziran dietni predpis, ki upošteva le bolnikove energijske potrebe, ne pride v poštev, ker bo neuspešen.

»Telesna dejavnost ima ugodne kratkoročne in dolgoročne učinke na presnovo, telesno maso, splošno duševno in telesno počutje in boljše zmogljivost organskih sistemov. Pomembno vlogo ji pripisujejo tudi pri preprečevanju sladkorne tipa 2. Zato je redna telesna vadba pomemben sestavni del zdravljenja sladkornih bolnikov.« (Mrevlje, 2005, str. 18).

Osebna higiena posameznika zajema (Zveza društev diabetikov Slovenije):

- higieno kože (telesa, rok, nog, nohtov, las),
- higieno sluznic (ustna votlina, spolovilo),
- higieno prehrane,
- higieno telesne aktivnosti,
- duševno higieno,
- higieno počitka.

Diabetik mora biti pri vzdrževanju osebne higiene še posebej pazljiv na (Zveza društev diabetikov Slovenije):

- redno vzdrževanje higiene,
- uporabo blagih, nevtralnih mil,
- preventivo pred poškodbami in ranami na koži,
- uporabo bombažnih brisač,
- uporabo perila, ki se lahko prekuhava,
- uporabo zaščitnih rokavic pri delih, pri katerih bi se lahko poškodovali.

1.3 Samovodenje sladkorne bolezni

Mrevlje (2005, str. 19) navaja, da je »mnogo bolj razširjen izraz samokontrola, vendar je sinonim samovodenje primernejši, ker vključuje mirjenje glukoze v krvi ali seču in samostojno bolnikovo ukrepanje. Samovodenje je zelo pomembna metoda zdravljenja v širšem pomenu besede, saj bolniku zagotavlja dobro obveščenost o stanju njegove bolezni v vsakem trenutku in sočasno omogoča kakovostno zdravljenje, zgodnjo prepoznavo akutnega poslabšanja ter možnosti pravočasnega ukrepanja. Uvajamo ga obvezno pri vseh bolnikih, ki se zdravijo z inzulinom, enostavnejše metode pa tudi pri drugih bolnikih, če presodimo, da jim bodo koristile.«

Tomažič (2005, str. 71) navaja, da je samooskrba bistveni del zdravljenja sladkornega bolnika in označuje njegovo sposobnost, da ohranja dobro urejeno sladkorno bolezen, uspešno zdravi dejavnike tveganja srčno-žilnih bolezni in izvaja ukrepe za ohranitev zdravja. Za bolnike,

zdravljene s tabletami ali insulinom ali obema, je dokazano, da za dobro urejenost bolezni ne zadostujejo le kontrole pri zdravniku, potrebna je sposobnost za samovodenje, ki jo pridobi s kakovostno zdravstveno vzgojo in navodili na rednih pregledih pri zdravniku. Samovodenje lahko izvajajo bolniki, svojci ali sorodniki, skrbniki ali patronažna sestra.

»O izvajanju samovodenja glukoze v krvi in prilagajanju zdravljenja je treba pisati dnevnik. V dnevniku si je mogoče ogledati rezultate za daljše obdobje. Podatki služijo bolniku za pridobivanje izkušenj o zdravljenju, kar povečuje njegovo samostojnost in samozavest. Nepogrešljiv je tudi za zdravnika pri odločitvah o spremembah zdravljenja in oceni bolnikove sposobnosti odločanja in pravilnega ukrepanja.« (Tomažič, 2005, str. 71)

Avtorica Vovk (2018, str. 15) ugotavlja, da ima samokontrola pomembno vlogo v vodenju sladkorne bolezni. Zagotavlja podatke za prilagajanje antihiperglikemičnega zdravljenja in življenjskega sloga. Posledično lahko zmanjša tveganje za nastanek akutnih in kroničnih zapletov sladkorne bolezni. Bolnikom je zato treba omogočiti ustrezno in pravočasno zdravstveno vzgojo, ki naj jo izvajajo za to usposobljeni strokovnjaki. Izvajanje samokontrole je še zlasti pomembno za bolnike s sladkorno boleznijo, ki se zdravijo z insulinom. Samokontrole bolezni žal večinoma še ne izvajajo bolniki, ki se zdravijo z nefarmakološkimi ukrepi ali s peroralnimi antihiperglikemiki. Ti se še prereditko odločajo za izvajanje meritev glukoze v krvi, zlasti če je to samoplačniško. Tako mnogi bolniki ne dobijo pravočasnega uvida v učinkovanje peroralnih antihiperglikemikov, še zlasti pa ne v pomen izvajanja nefarmakoloških ukrepov, ki na ta način (pre)dolgo časa ostajajo premalo izkoriščeni.

1.4 Zdravstvena vzgoja in izobraževanje

Mrevlje (2005, str. 17–18) navaja, da sta »vzgoja in izobraževanje osnovna pogoja kakovostnega zdravljenja. Bolnik sam izvaja zdravljenje svoje bolezni, zdravstveno osebje mu pri tem le svetuje in ga uči. Zato se mora vsakdo, ki obravnava sladkorne bolnike tudi sam redno izobraževati in ustrezno organizirati delo v svoji ordinaciji, tako prostorsko kot kadrovske. Samo rutinski pogovori ob pregledih ne zadoščajo. Dobro organizirana zdravstvena vzgoja zahteva posebne prostore, kadre, opremo in čas. V tem smislu se povečuje vloga medicinskih sester na katerih temeljita vzgoja in izobraževanje. V sodobno urejenih zdravstvenih sistemih že delujejo t.i. sestrskedukacijske ambulante, ki so se v državah, ki jih imajo, izkazale kot zelo primerna in uspešna oblika zdravstvenovzgojnega dela.«

Sladkorna bolezen traja celo življenje, zato zahteva bolnikovo polno sodelovanje pogosto pa tudi sodelovanje svojcev. Zato je edukacija bolnika osnovni ukrep, da z njo bolnika pripravimo za samostojno vodenje bolezni. Tako je bolnik v središču delovanja zdravstvenega tima in v njem enakopravno sodeluje.

Avtorica Bohnec Poljanec (2013a, str. 223) navaja, da »edukacija bolnikov za obvladovanje sladkorne bolezni temelji na poglobljenem razumevanju razvoja, vzrokov in manifestacij bolezni, zato ima vsaka od metod obravnave svoje značilne pedagoške inštrumente in svojo določeno, bolj ali manj strukturirano obliko dela. Opravimo jo ob rednih pregledih pri zdravniku, takrat jo izvedemo individualno po pregledu ali ob posebnem času, ki je primeren za bolnika in izvajalca zdravstvenega varstva.«

Poleg izobraževanja v institucijah kjer se izobražuje bolnik, veliko izobraževanja poteka tudi zunaj v različnih življenjskih situacijah. Saj se posamezniki učijo vse življenje. Vseživljenjsko izobraževanje je nepretrgan proces, ki vsakemu posamezniku pomaga večati in prilagajati svoja znanja in spretnosti, pa tudi sposobnosti presoje in delovanja (Bohnec Poljanec, 2013b, str. 241).

Posameznik z notranjim mestom nadzora (ki vpliva na uspešnost motivacije) verjame, da so dogodki in rezultati odvisni od njegovega vedenja in osebnostnih značilnosti, za svoja dejanja pa odgovornost pripisuje sebi. Od takega bolnika lahko pričakujemo racionalno vedenje v zvezi z zdravjem, saj je sprejemljivejši za zdravstvene nasvete in hitreje prevzame spremembe v vedenju za izboljšanje zdravstvenega stanja (Enova in Resnik, 2013, str. 253).

1.5 Teorija Dorothee Orem

»V svojem modelu Dorothea E. Orem izpostavlja samooskrbo in na njej gradi svoj model. Samooskrba je aktivnost človeka za vzdrževanje svojega življenja, zdravja in dobrega počutja. Za svojo oskrbo lahko človek skrbi sam, kadar tega ni sposoben, potrebuje pomoč svojcev ali drugih in toliko časa, dokler se mu sposobnost samooskrbe ne povrne. Vloga zdravstvene nege je, da s terapevtsko aktivnostjo zdravstvene nege uravnava primanjkljaj samooskrbe s ciljem, da se ta sposobnost posamezniku čim prej povrne. Pri tem upošteva njegove zmožnosti. Temelj razmišljanja D. Orem je bil premik od razumevanja človeka kot pasivnega prejemnika zdravstvene nege k razumevanju človeka kot aktivne osebe, ki je sposobna skrbeti sama zase.« (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 273).

1.6 Koncepti metaparadigme

Vsaka znanstvena disciplina ima svoje lastno specifično jedro znanja, po katerem se znanstvene discipline medsebojno razlikujejo. Osnova vsake znanstvene vede je metaparadigma. Sestavljena je iz splošnih pojmov konceptov, ki poimenujejo fenomene, pomembne za stroko in splošnih trditev, ki izražajo povezave med temi fenomeni. Metaparadigma je znanstveno dogovorjena struktura pojmov oziroma konceptov (Šmitek, 2001, str. 165).

Koncepti metaparadigme so: človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega. Štirje koncepti, štiri neodvisne podmene in štiri soodvisne podpomene so bistvo stroke zdravstvene nege. Metaparadigma zdravstvene nege je internacionalna, tako po vsebini kot obsegu (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 189).

2 Namen in cilj

Namen projektne naloge je poglobljeno zbiranje, analiziranje in predstavitev življenja pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2 po konceptih metaparadigme in opisati deficite, ki so prisotni v samooskrbi.

Cilj projektne naloge je bil zbirati in analizirati podatke po konceptih metaparadigme ter prepoznati deficit v samooskrbi in zanj poiskati rešitev.

3 Metoda

Uporabili smo deskriptivno metodo dela ter kvalitativni raziskovalni pristop. Izvedli smo intervju z vnaprej pripravljenimi vprašanji.

Za potrebe raziskave smo izvedli tri intervjuje. Intervjuje smo izvedli 1. 6. 2020, 2. 6. 2020 in 3. 6. 2020 s pacienti V. P., Đ. P. in I. Z. Intervjuji so potekali sproščeno pri pacientih doma. Za izvedbo intervjuja smo pridobili soglasje pacientov. Pred sodelovanjem so bili obveščeni o namenu raziskave in prostovoljnosti udeležbe. Privolili so v snemanje intervjuja, ki smo ga po prepisu izbrisali. Pacientom je bila zagotovljena anonimnost. Paciente smo seznanili z namenom in ciljem raziskave in jim pojasnili načelo zaupnosti in varovanja podatkov. Pridobili smo soglasje o prostovoljnem sodelovanju v raziskavi. Pri obravnavi smo upoštevali etična načela Kodeksa etike zdravstvene nege in oskrbe Slovenije.

Po prepisu intervjuja smo izvedli analizo po konceptih metaparadigme – človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega.

4 Rezultati

V nadaljevanju bomo predstavili deficite v samooskrbi, ki smo jih zaznali pri pacientih.

V sklopu koncepta človek, smo paciente obravnavali po teoriji samooskrbe D. E. Orem in opredelili univerzalne potrebe samooskrbe.

Potrebe samooskrbe – pacientke V. P.

Potrebuje:

- pomoč pri motivaciji za telesno aktivnost oziroma gibanje
- podporo,
- vzgojo in izobraževanje.

Pri pacientki, je bil zaznan deficit samooskrbe pri uravnoveženi aktivnosti in počitku. Ni redno telesno aktivna, kar opaža na pridobivanju telesne teže. Pri redni telesni aktivnosti je s strani pacientke zaznan deficit v samooskrbi.

Potrebe samooskrbe – pacienta D. P.

Potrebuje:

- pomoč pri motivaciji za ustrezne prehranske navade sladkornega bolnika,
- podporo,
- vzgojo in izobraževanje.

Pri pacientu, je bil zaznan deficit samooskrbe pri sprejemu zadostne količine hrane. Pri hranjenju je samostojen. Ima 5-8 obrokov dnevno. Pri hrani ni izbirčen, je vso zelenjavo, meso, sadje, žita in mlačne izdelke. Sladkorja se ne izogiba, zelo rad je piškote, med obroki, sladnicam se težko izogne. Pije tudi sladke pijače. Je vso sadje, tudi tisto, ki ni primerno za sladkornega bolnika. Obroke si pripravlja sam.

Potrebe samooskrbe – pacienta I. Z.

Potrebuje:

- pomoč pri motivaciji za ponovno vključitev v družabno življenje in preprečevanje nevarnosti za samovodenje bolezni,
- podporo,
- vzgojo in izobraževanje.

Pri pacientu, je bil zaznan deficit samooskrbe pri ravnovesju med samoto ter družabnim življenjem in delovanjem. Pacient je pred kratkim ovdovel, kar zelo vpliva na njegovo družabno življenje. Je osamljen, družabnemu življenju se izogiba. Sprejme le 1x tedenski obisk hčerke. Posledično ima tudi manj volje za samovodenje sladkorne bolezni, dnevnika ne piše več.

5 Razprava

Pri pacientki V.P., je bil zaznan deficit v samooskrbi pri uravnoveženi aktivnosti in počitku, saj ni bila redno telesno aktivna, kar je opažala na pridobivanju telesne teže. Za omenjeni deficit, bi izvedli pogovor s pacientko o terapevtskih aktivnostih zdravstvene nege, jo motivirali za gibanje, poučili o pomembnosti gibanja oz. telesni aktivnosti, o možnostih in načinih telesne aktivnosti, svetovali pogovor z zdravnikom glede pomembnosti telesne aktivnosti, s pacientko bi lahko sestavila okviren urnik telesnih aktivnosti.

Pri pacientu Đ. P. je bil zaznan deficit samooskrbe pri sprejemu zadostne količine hrane. Pri pripravi obrokov in hranjenju je samostojen. Zaznan pa je bil deficit predvsem v napačnem izboru živil in uživanju hrane z visokim glikemičnim indeksom. Za omenjeni deficit, bi izvedli pogovor s pacientom o pomembnosti zdrave prehrane, pacientu bi svetovali, da se drži osnovnih načel za prehrano bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2, poučili o pomembnosti zdrave in uravnotežene prehrane pri sladkornem bolniku, svetovali pogovor z zdravnikom ali eventuelno dietetikom. Na koncu predlagali okviren seznam primernih živil za sestavo jedilnika.

Zdrava prehrana je eden od osnovnih dejavnikov v preprečevanju in zdravljenju sladkorne bolezni tipa 2. Prehranska priporočila za bolnike s sladkorno boleznijo so danes enaka kot za zdravo prehrano. Saj tudi Pavčič in Medvešček, 2005 v literaturi navajata, da je pomembnost priporočil zdrave prehrane zanje mogoče večja kot za zdravo populacijo, saj so mnogo bolj podvrženi tveganju žilnih bolezni, zato so tudi rezultati spremenjenega načina prehrane pri teh bolnikih mnogo večji kot pri preostalem prebivalstvu. Pomen in učinek spreminjanja prehranskih navad je tako pomemben, da je dieta temeljni sestavni del osnovnega zdravljenja in zdravstvene vzgoje bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 (Pavčič, Medvešček, 2005, str. 24).

Pri pacientu I.Z. je bil zaznan deficit samooskrbe pri ravnovesju med samoto ter družabnim življenjem in delovanjem. Za omenjeni deficit bi izvedli pogovor s pacientom, ga motivirali za pogovor in usmerili v iskanje psihološke pomoči, svetovali vključevanje v lokalno skupnost, ki bi ga spodbudila k družabnem življenju. Svetovali bi pogostejše obiske hčerke in drugih bližnjih.

Nikomur, ki zboli za sladkorno boleznijo tipa 2, ni lahko. Izvedeti za bolezen, ki te bo spremljala celo življenje ni majhen zalogaj. Spoznali smo, da je za sprejetje te diagnoze in pripravljenost živeti z boleznijo celo življenje potrebna velika moč, volja in motivacija. Sladkorna bolezen ni nekaj, kar lahko opraviš že zjutraj, vzameš zdravilo in si prost do drugega dne. Pri sladkorni bolezni moraš spremeniti cel ritem življenja, ki si ga imel dokler nisi zbolel. Moraš se prilagoditi vsem potrebam, ki jih zahteva bolezen in tvoje telo. Ko se enkrat navadiš ritma, tudi lažje voziš po poti življenja s sladkorno boleznijo. Človek se mora o bolezni veliko naučiti. Veliko mora vedeti o sami bolezni, o tem kakšna prehrana je pomembna, kakšna je pravilna telesna aktivnost, pravilna higiena ter ne nazadnje mora obvladati tudi način zdravljenja svoje sladkorne bolezni. Veliko, ne pa vsega te naučijo v šolah sladkorne bolezni, vendar se še več nauči bolnik sam, skozi različne življenjske situacije. Vsakodnevno je potrebno vodenje dnevnika in samokontrola in samonadzor, kar je za posameznika naporno. Zato so po našem mnenju v veliko pomoč pacientu tudi svojci, da ga spodbujajo, imajo radi, ga spoštujejo, motivirajo in mu pomagajo, ko mu je težko. Tako kot vsak človek ima tudi pacient s sladkorno boleznijo potrebe po druženju in sprejetju, zato smo mnenja, da pacientov s sladkorno boleznijo ne bi smeli v nobenem primeru zaničevati, kvečjemu jim lahko stojimo ob strani in jim čestitamo, da vsak dan, dan za dnem stopajo uspešno po svoji poti in se borijo po svojih najboljših močeh in pri tem ne obupajo.

LITERATURA

1. Bohnec Poljanec, M. (2013a). Principi edukacije bolnikov s sladkorno boleznijo. V S. Vujičić, M. Poljanec Bohnec in B. Žargaj (ur.), Sladkorna bolezen: priročnik za zdravstvene delavce (str. 223–237). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji.
2. Bohnec Poljanec, M. (2013b). Učinkovitost in uspešnost edukacije bolnikov s sladkorno boleznijo. V S. Vujičić, M. Poljanec Bohnec, B. Žargaj (ur.), Sladkorna bolezen: priročnik za zdravstvene delavce (str. 239–250). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza

- strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji.
3. Enova, D. in Resnik, K. (2013). Motivacija. V S. Vujičić, M. Poljanec Bohnec in B. Žargaj (ur.), Sladkorna bolezen: priročnik za zdravstvene delavce (str. 251–259). Ljubljana: Slovensko osteološko društvo.
 4. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta Ljubljana.
 5. Kavčič, Ž. (b. d.). Sladkorna bolezen. Pridobljeno 21. 9. 2020, s https://fidimed.si/strokovni_clanki/presnova/21/sladkorna_bolezen/.
 6. Mrevlje, F. (2005). Zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2. V M. Medvešček, F. Mrevlje in M. Koselj (ur.), Sladkorna bolezen tipa 2: priročnik za zdravnike (str. 15–19). Ljubljana: v samozaložbi.
 7. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (b.d.). Sladkorna bolezen. Pridobljeno 21. 9. 2020, s <http://www.nijz.si/sl/sladkorna-bolezen#stevilo-bolnikov-s-sladkorno-boleznijo-v-sloveniji-strmo-narasca>.
 8. Pavčič, M. in Medvešček, M. (2005). Prehrana v zdravljenju sladkorne bolezni tipa 2. V M. Medvešček, F. Mrevlje in M. Koselj (ur.), Sladkorna bolezen tipa 2: priročnik za zdravnike (str. 21–34). Ljubljana: v samozaložbi.
 9. Ravnik - Oblak, M. (2005). Opredelitev, razvrstitev, klinična slika, diagnostika in epidemiologija sladkorne bolezni. V M. Medvešček, F. Mrevlje in M. Koselj (ur.), Sladkorna bolezen tipa 2: priročnik za zdravnike (str. 1–7). Ljubljana: v samozaložbi.
 10. Šmitek, J. (2001). Hierarhija znanja v zdravstveni negi. Obzornik Zdravstvene nege 35, 163–172.
 11. Tomažič, M. (2005). Samovodenje. V M. Medvešček, F. Mrevlje in M. Koselj (ur.), Sladkorna bolezen tipa 2: priročnik za zdravnike (str. 69–82). Ljubljana: v samozaložbi.
 12. Vovk, K. (2018). Samokontrola sladkorne bolezni. V T. Žontar (ur.), Kardiološki bolnik s sladkorno boleznijo in motnjami v duševnem zdravju (str. 13–17). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji.
 13. Zveza društev Diabetikov Slovenije. Kaj je diabetes?. Pridobljeno 21. 9. 2020, s <http://www.diabetes-zveza.si/sl/kaj-je-diabetes>.

Practiciranje tobaka med študenti Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede

UDK 378-052+613.84

KLJUČNE BESEDE: tobak, kajenje, cigarete, kronične bolezni

POVZETEK - Tobak vsebuje preko 4000 različnih kemičnih spojin, med njimi jih je več 100 strupenih in kancerogenih. Dolgo časa ljudje niso poznali škodljivih posledic tobaka, saj je veljal za neškodljivega. Danes pa je znano, da raba tobaka pušča hude posledice, saj je krivec za pojav mnogih bolezni, katere so težko ozdravljive. Kajenje tobaka pa ni škodljivo le ta aktivne kadilce, vendar tudi za pasivne, to so osebe, ki sicer neposredno ne kadijo, vendar pa so izpostavljene cigaretnemu dimu druge osebe, ki kadi. To je lahko še posebej nevarno za otroke, katerih starši kadijo v zaprtih prostorih. Namen naše raziskave je ugotoviti razširjenost uporabe tobaka med študenti Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede. Raziskava je potekala v marcu 2019. Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu metodi deskripcije. Uporabili smo priložnostni vzorec, v katerega smo vključili 182 študentov, od tega jih je bilo 82 % predstavnic ženskega spola. Iz rezultatov je razvidno, da je 33 % uporabnikov cigaret, od tega jih redno kadi 22 %. Podobne rezultate dajejo raziskave drugih avtorjev, ki so raziskovali isto področje.

UDC 378-052+613.84

KEY WORDS: tobacco, smoking, cigarettes, chronic diseases.

ABSTRACT - Tobacco contains over 4000 different chemical compounds, of which more than 100 are toxic and carcinogenic. For a long time, people were unaware of the harmful effects of tobacco, as it was considered harmless. Today, however, we know that tobacco consumption has serious consequences, as it is responsible for the occurrence of many diseases that are difficult to cure. Tobacco smoking is harmful not only to active smokers but also to passive smokers, i.e. people who do not smoke directly but are exposed to the cigarette smoke of another smoking person. This can be particularly dangerous for children whose parents smoke indoors. The aim of our research is to determine the prevalence of tobacco consumption among students of the Faculty of the Health Sciences University of Novo mesto. The research was conducted in March 2019. The research was based on a quantitative research approach to the method of description. We used a random sample of 182 students, 82% of whom were female. The results show that 33% of cigarette consumers, of which 22% smoke regularly. Similar results are obtained from studies by other authors who have done research in the same field.

1 Teoretična izhodišča

Tobak je iz Amerike v Evropo prinesel Krištof Kolumb, leta 1492. Tobak so prvi uporabljali ameriški domorodci, katerega so predvsem izrabljali za razne obrede. V njihovem jeziku beseda tobak pomeni tulec za vdihavanje tobačnega dima ali tudi zvitek suhih tobačnih listov za kajenje. Snov, ki povzroča zasvojenost je nikotin, ki je psihoaktivna substanca. Ime nikotin je dobila po francoskemu diplomantu Jeanu Nicotu, ki je leta 1559 rastlino ponesel v Francijo iz Portugalske. Tobačno olje vsebuje alkaloid, ki je alkalna snov, kemično sorodna opiju, heroinu in kininu (Proctor, 2016, str. 39–41). V 16. stoletju je bil tobak močno priljubljen v angleškem kraljestvu, kjer so ga kadili v obliki pipe. V 18. stoletju so tobak žvečili in vdihavali, šele v 19. stoletju, ko so začeli z izdelavo cigaret in so ga začeli množično kaditi. Porast kadilcev je bilo zaznati po 1. svetovni vojni, ko so v večini kadili moški (močno so ga začeli uporabljati v času Krimske vojne), po 2. svetovni vojni pa so s kajenjem začele še ženske. Sprva so verjeli, da

kajenje tobaka ne škodi zdravju oz. so ga imeli za zelišče, ki ima veliko zdravilno moč (Sočan, 2013, str. 162–163).

Kljub nekaterim strogim omejitvam, ki so bile sprejete v Sloveniji za zmanjševanje uporabe tobačnih izdelkov, pa je njegova razširjenost predvsem med mladimi še vedno močno prisotna, predvsem se ta odstotek viša med dekleti. K temu odstotku močno pripomorejo tudi zadnje čase vse bolj priljubljene električne cigarete, za katere je znano, da so prav mladi tisti, ki radi posegajo po njih. Večina mladih začne kaditi zaradi radovednosti in želje, da bi bili videti odrasli in pogumni med svojimi sovrstniki. Tisti, ki začnejo z uporabo tobaka že v mladih letih, pa imajo višje tveganje, da kasneje postanejo redni kadilci, s čimer razvijejo tveganje za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni v prihodnosti.

Žalostno je tudi dejstvo, da tudi veliko zdravstvenega osebja posega po uporabi tobačnih izdelkov med delovnim časom, kar bi lahko rekli, da je glede na njihovo izobrazbo nedopustno. To je na neki način posmehovanje pacientom, predvsem tistim, ki so v bolnišnici prav zaradi prepogoste uporabe tobačnih izdelkov. Po navedbah Pivač (2018, str. 108–117) je pogostost kajenja povezana s spolom, starostjo, nižjo izobrazbo in nižjim dohodkom, kar pa seveda vpliva na njihovo izvajanje promocijske in zdravstveno-vzgojne dejavnosti. Vpliv na kajenje pa naj bi imeli tudi stresni dogodki in razočaranje v ljubezni, saj naj bi pogosteje posegali po cigaretah zdravstveni delavci, ki so samski, neporočeni ali ločeni in pa tisti, ki so imeli takšen vzorec v družini (Zinonos, Zachariadau, Zametos, Panayiotou in Georgiou, 2016, str. 7).

1.1 Posledice tobaka

V Sloveniji za posledicami rabe tobaka umre 3600 oseb na leto. V Sloveniji kadi eden od štirih prebivalcev starejših od 15 let. Večina jih prvo cigareto prižge pred 15 letom starosti, običajno iz radovednosti. S kajenjem tobaka je povezanih več bolezni, kot so bolezni srca in ožilja (koronarna srčna bolezen in srčni infarkt, možganska kap, ateroskleroza, anevrizma abdominalne aorte), rakava obolenja (pljuč, dihalnih poti, ustne votline, požiralnika, želodca, glasilk, žrela, debelega črevesa ...), bolezni dihal (kronično obstruktivna pljučna bolezen-KOPB, poslabšanje astme ...), sladkorna bolezen, motnje imunskega sistema ... V nosečnosti lahko kajenje pušča resne posledice na plodu, kar se kaže s prenizko telesno težo otroka, prezgodnjim porodom, zmanjšano pljučno funkcijo otroka, nenadno smrtjo otroka in razcepljeno ustnico/nebom otroka (Koprivnikar, 2017, str. 7–8).

1.1.1 Razširjenost tobaka med mladimi

Po navedbah Cullen idr. (2019, str. 839) tobačni izdelki z aromatiziranim okusom privlačijo mladino in mlade odrasle ter vplivajo na začetek in oblikovanje vzorcev uporabe tobaka. Fanshawe idr. (2017, str. 7) pravijo, da začne dnevno kaditi med 80.000 in 100.000 mladih po svetu. V večjem delu razvitega sveta je razširjenost kajenja med mladimi v zadnjih 20 letih upadala. Nedavni podatki iz Združenega kraljestva kažejo, da je pri otrocih, mlajših od 16 let, 18 % otrok poskusilo kaditi vsaj enkrat v življenju, 3 % pa je rednih kadilcev. Je pa vzpodbudno dejstvo, da je v primerjavi s podatki iz sredi devetdesetih let, število mladih kadilcev padlo, ko je bil delež rednih kadilcev starih med 11 in 15 let 12 %. Podoben upad so opazili v ZDA, ko je v letu 2016 13,8 % srednješolcev in 4,3 % osnovnošolcev poročalo o trenutni uporabi gorljivega tobaka. 20 let prej, pa je bil ta podatek mnogo višji, saj je bil višji od 30 %. V državah v razvoju je slika manj jasna, z velikimi variacijami in pogosto višjimi stopnjami kajenja pri mladih, ki dosegajo celo 50 % v nekaterih državah. Najstniki, ki začnejo kaditi v mladosti, imajo višje tveganje, da bodo kadili tudi v odrasli dobi, kar pomeni večjo verjetnost za razvoj kroničnih bolezni.

Po podatkih Koprivnikar (2019, str. 141), je v gospodinjstvih z mladoletniki v Sloveniji zaradi kajenja v bivalnih prostorih tobačnemu dimu izpostavljenih 12 % mladoletnih. Približno

četrtnina kadilcev pove, da v prostoru, kjer se nahaja otrok, kadijo toliko kot sicer, tretjina sicer manj, le nekaj manj kot polovica pa jih v tem primeru ne kadi ali pa niso bili v taki situaciji. Raziskava, ki jo je izvedla EHIS (Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu) prikazuje, da je v Sloveniji leta 2007 kadilo 30,1 % oseb starih med 15 in 29 let, leta 2014 pa je bil ta delež v enaki starostni skupini nekoliko manjši, in sicer 28,2 %. Raziskava, ki so jo izvedli Ferrante idr. (2013, str. 143–149), kaže, da je med študenti zdravstvenih strok, velik delež kadilcev. Velika večina zdravstvenega osebja je pričelo s kajenjem ravno v času šolanja, na kar naj bi vplival stres in prevelika obremenitev v času študija. Višji delež kadilcev je med študenti tehničnih šol (farmacija, fizioterapija, zdravstvena nega) kot med študenti medicinskih šol. Ravno tako je delež višji med moško populacijo. Ker so to bodoči zdravstveni delavci, bi bilo potrebno po mnenju avtorjev organizirati redna izobraževanja za opuščanje kajenja, saj le zdravstveno osebje, ki ne kadi, lahko izvaja ustrezno zdravstveno vzgojo o nekajenju pri pacientih in na takšen način reši mnogo življenj. V februarju 2017 je bil sprejet novi zakon, ki vključuje številne sodobne in učinkovite ukrepe nadzora nad tobakom. Slovenija je s sprejetjem novega zakona v naš pravni red prenesla Direktivo 2014/40/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 3. aprila 2014 o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic o proizvodnji, predstavitvi in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov in razveljavitvi Direktive 2001/37/ES. Nova evropska Direktiva (2014/40/EU, 2014) o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic o proizvodnji, predstavitvi in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov vključuje številne pomembne zakonodajne ukrepe za zmanjševanje razširjenosti in posledic rabe tobaka. Ukrepi omenjene zakonodaje (Direktiva 2014/40/EU, 2014) so se začeli izvajati 19. maja 2014. Znotraj predloga Zakona o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov (2016) je določen začetek uporabe nekaterih posameznih določb, za katere je značilno, da se začnejo uporabljati nekoliko kasneje (po letu 2019) (Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov (ZOUTPI), 2017, b.s.).

2 Metoda

Temeljni namen raziskave je bil, ugotoviti razširjenost uporabe tobaka med študenti Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede (UNM FZV).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšen je delec kadilcev med študenti UNM FZV, kako pogosto študentje kadilci posegajo po cigaretah, ugotoviti starost študentov UNM FZV ob prižigu prve cigarete in zakaj študentje, kadilci UNM FZV, sploh posegajo po uporabi tobaka.

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu metodi deskripcije. Uporabili smo priložnostni vzorec. K anketiranju je pristopilo 182 študentov, od tega je bilo moških 33 (18 %) in žensk 149 (82 %), vpisanih na rednem študiju visokošolskega strokovnega študijskega programa Zdravstvena nega Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede. Za zbiranje podatkov smo uporabili spletno anketiranje za študente UNM FZV. Potekalo je preko aplikacije za spletno anketiranje na domeni www.1ka.si. Pridobljeno je bilo soglasje s strani UNM FZV. Zagotovili smo anonimno in prostovoljno anketiranje. Zbrane podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Office Excel, ter jih analizirali in ugotovitve zapisali v razpravi in zaključku raziskave. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so upoštevana etična načela raziskovanja. Zbiranje podatkov je potekalo v prvi polovici meseca marca 2019 z odprto dostopno spletno aplikacijo www.1ka.si, namenjeno študentom prvega, drugega in tretjega letnika UNM FZV.

Demografske značilnosti vzorca so bile pregledane s frekvenčno in odstotkovno analizo.

3 Rezultati

Rezultate podajamo po vrsti glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Kako pogosto kadite tobak?

Od 182 sodelujočih v raziskavi jih ni prakticiralo tobaka 122 (67 %) študentov, manj kot 1-krat tedensko kadi 5 (3 %) študentov, vsaj 1-krat tedensko, vendar ne vsak dan kadi 14 (8 %) študentov, vsak dan pa kadi 41 (22 %) študentov.

Koliko cigaret dnevno pokadite?

To vprašanje je bilo namenjeno tistim študentom, ki kadijo vsak dan. 17 (41 %) študentov kadilcev pokadi dnevno do 5 cigaret, 15 (37 %) pokadi 6 do 10 cigaret, 9 (22 %) pa od 11 do 20 cigaret, nihče pa ne pokadi več kot 21 cigaret na dan.

Koliko ste bili stari, ko ste prižgali prvo cigareto?

6 (3 %) študentov je prvič pokadilo cigareto (prižgalo in naredilo več kot en dim) pri 11 letih ali prej, 2 (1 %) pri 12. letih, 6 (3 %) pri 13. letih, 14 (8 %) pri 14. letih, 17 (9 %) in 75 (41 %) pri 16. letih ali kasneje. Nikoli ni prižgalo cigarete 62 (34 %) študentov.

V raziskavi je bila uporabljena tudi 5-stopenjska Likertova lestvica stališč, kjer so morali študentje odgovoriti na posamezne trditve z ocenami od 1 do 5, kjer je ocena 5 pomenila, da se s trditvijo popolnoma strinjajo, ocena 4 večinoma se strinjajo, ocena 3 je bila nevtralnno mnenje, ocena 2 se ne strinjajo in ocena 1 se popolnoma ne strinjajo s trditvijo. Možnih je bilo več odgovorov.

129 (71 %) študentom trdi, da ne kadijo zaradi druženja s prijatelji. 98 (54 %) študentov bi se zlahka odpovedalo kajenju. 120 (66 %) študentov meni, da ni zasvojenih z nikotinom. 40 (22 %) študentov kajenje sprošča, 98 (54 %) študentov meni, da ko so vznemirjeni, ne pokadijo več.

Študenti se v največji meri strinjajo s trditvijo zlahka bi se odpovedal kajenju (PV-povprečna vrednost je 3,7), ne strinjajo pa se s trditvami, da jih kajenje sprošča (PV 2,2), ko so vznemirjeni, pokadijo več (PV 2,2), menim, da sem zasvojen z nikotinom (PV 1,8) in kadim zaradi druženja s prijatelji (PV 1,7).

4 Razprava

Z našo raziskavo smo ugotovili, da od 182 študentov, ki so odgovorili na vprašanje, če kadijo, cigarete uporablja 60 študentov Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede. To pomeni, da kadi cigarete 33 % sodelujočih, vendar pa je res, da jih le 22 % kadi vsak dan. Čas študija pomeni, da se v tem času veliko otrok osamosvoji od svojih staršev, kateri nimajo več tolikšnega nadzora nad njimi, kar pomeni, da imajo več svobode. Zato marsikateri študent, ki predhodno ni posegal po cigaretah, začne v času študija s kajenjem, saj se zaveda, da ko bo prišel »domov«, tam ne bo imel nadzora s strani svojih staršev. Je pa tudi res, da predstavlja čas študija stresen dogodek, saj začnejo mladi takrat prevzemati vlogo odraslega, študij je zahteven in zahteva veliko trdega dela in odgovornosti in pogosto nimajo odrasle osebe ob sebi, na katero bi se lahko obrnili, ko so v stiski.

V raziskavi, ki jo je izvedel Bagari (2018, str. 11–13) ugotavlja, da od 1543 anketiranih študentov, kjer je bilo 1155 študentov s področja zdravstva in 379 študentov s področja tehnike. Večina anketiranih je nekadilcev, saj le ti predstavljajo večinski delež 84,2 % (n = 1292), medtem ko je delež kadilcev 15,8 % (242). Do podobnih ugotovitev je prišla tudi Kamenšak (2014, str. 25–26), ki raziskavo e izvedla med študenti zdravstvene nege Visoke šole za

zdravstveno nego Jesenice, kjer pa je bil raziskovalni vzorec manjši. Od 57 sodelujočih, jih je tobak prakticiralo 27 % študentov. Bučan in Bregar (2017, str. 42–51) sta ugotavljala uporaba novih psihoaktivnih snovi med študenti zdravstvenih in pedagoških poklicev, kjer je v raziskavi sodelovalo 311 študentov, med katerimi je bilo 113 (36,3 %) kadilcev, preostalih 198 (63,7 %) pa jih je kajenje zanimalo. Pegam (2016, str. 2016) je v svoji raziskavi ugotovila, da je od 351 naključnih študentov, ki so sodelovali v anketni raziskavi, 151 (43 %) rednih ali občasnih kadilcev. Podobne rezultate prikazujejo tudi študije iz tujine. V raziskavi izvedeni v Gambiji so avtorji ugotovili, da izmed 9831 študentov starih od 12–20 let, kadi 3333 študentov, kar predstavlja 33,9 % celotnega vzorca. Dovzetnost za kajenje je bila pogostejša med učenci oz. študenti, ki obiskujejo štipendirane šole, tistimi, ki slabo poznajo škodljive učinke kajenja, ne muslimani, tistimi, katerim so doma dovolili kajenje ali pa so imeli družinske člane ali prijatelje, ki kadijo in pa seveda osebam, ki imajo pozitiven odnos do kajenja (Jallow, Britton in Langley, 2019, str. 1113). Brožek idr. (2019, str. 2) so izvedli raziskavo med študenti iz Belorusije, Rusije, Litve, Poljske in Slovaške. Med 14352 poslanimi anketami, katere so bile poslane študentom medicinskih strok (8800) in nemedicinskih strok (5552), je bilo ustrezno izpolnjenih 72,2 % anket (10362), s povprečno starostjo $20,9 \pm 2,4$ leta (razpon med 18–34 let). Od 15,2 % kadilcev, jih je po navadnih cigaretah posegalo 12,3 %, 1,1 % je kadilo elektronske cigarete, 1,8 % pa je bilo dvojnih uporabnikov, se pravi, da so kadili obe obliki cigaret, nekadilcev je bilo 84,8 %.

Glede na izvedene raziskave lahko povzamemo, da več kot polovica študentov ne kadi, zaradi česar lahko sklepamo, da so študentje dobro ozaveščeni glede škodljivega vpliva cigaret na njihovo zdravje.

5 Zaključek

Z našo raziskavo smo ugotovili, da je manj študentov, ki so kadilci, kot pa tistih, ki ne kadijo, saj je kadilcev le 33 %. V podobnih raziskavah drugih avtorjev je zaznati podobne rezultate, saj odstotek kadilcev ne presega 50 %. Je pa res, da je bilo kar nekaj raziskav izvedenih ali vsaj deloma izvedenih med študenti zdravstvenih strok, kar lahko vpliva na sam rezultat raziskave, saj so ti študentje boljše ozaveščeni o škodljivosti kajenja. Verjetno bi bil v primeru izvedbe raziskave med študenti drugih strok, odstotek kadilcev nekoliko višji.

Z uvedbo ukrepov za zaježitev kajenja, se je razmišljanje na tem področju in pa tudi sami uporabi cigaret gotovo obrnilo na boljše. Bi bilo pa potrebno še poglobiti promoviranje zdravega življenjskega sloga in opozarjanje na negativni vpliv cigaret na človeški organizem, predvsem med mlado populacijo, saj podatki kažejo, da se mladi prvič srečajo s cigareto kmalu ob vstopu v najstniška leta. Se pravi, da je potrebno s preventivo začeti že v zgodnji mladosti, če želimo kasneje preprečiti, da bi mladostnik postal uporabnik tobačnih izdelkov.

LITERATURA

1. Bagari, M. (2018). Razširjenost kajenja cigaret med študenti zdravstvenih in tehniških ved (Magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno 24. 8. 2020, s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=131462>.
2. Brožek, G. M. idr. (2019). The Prevalence of Cigarette and E-cigarette Smoking Among Students in Central and Eastern Europe-Results of the YUPESS Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2297. Pridobljeno 25. 8. 2020, s <https://doi.org/10.3390/ijerph16132297>.

3. Bučan, E. in Bregar, B. (2017). Uporaba novih psihoaktivnih snovi med študenti zdravstvenih in pedagoških poklicev. *Obzornik zdravstvene nege*, 51 (1), 42–51. Pridobljeno 24. 8. 2020, s file:///C:/Users/Toni/Downloads/109-Besedilo%20prispevka-877-1-10-20170316.pdf.
4. Cullen, K. A. idr. (2019). Flavored Tobacco Product Use Among Middle and High School Students - United States, 2014-2018. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 68 (39), 839–844. Pridobljeno 17. 7. 2020, s <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6839a2>.
5. Fanshawe, T. R., Halliwell, W., Lindson, N., Aveyard, P., Livingstone - Banks, J. in Hartmann - Boyce, J. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11 (11). Pridobljeno 17. 7. 2020, s <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003289.pub6>.
6. Ferrante, M. (2013). Prevalence of smoking habits, attitudes, knowledge and beliefs among Health Professional School students: a cross-sectional study. *Ann Ist Super Sanita*, 49 (2), 143–149. Pridobljeno 25. 1. 2021, s doi: 10.4415/ANN_13_02_06. PMID: 23771259.
7. Jallow, I. K., Britton, J. in Langley, T. (2019). Prevalence and Determinants of Susceptibility to Tobacco Smoking Among Students in The Gambia. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 21 (8), 1113–1121. Pridobljeno 25. 8. 2020, s <https://doi.org/10.1093/ntr/nty128https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6636176/pdf/nty128.pdf>.
8. Kamenšak, T. (2014). Razširjenost uporabe psihoaktivnih substanc pri študentih zdravstvene nege Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice (Diplomska naloga). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice. Pridobljeno 24. 8. 2020, s file:///C:/Users/Toni/Downloads/Kamensak_Tina.pdf.pdf.
9. Koprivnikar, H. (2017). Razširjenost kajenja v Sloveniji in pristopi k obvladovanju kajenja. V M. Primic Žakelj (ur.), *Kajenje in zdravje – Nikoli končana zgodba: XXV. Seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«*, (str. 7-16). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku. Pridobljeno 16.7.2020, s <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-FLVSYL51/a4be7eb0-08f5-4f87-b7bd-c67b01f8b64a/PDF>.
10. Koprivnikar, H. (2019). Tobak v obdobju mladostništva. V V. Pucelj (ur.), *Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva* (str. 137–181). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
11. Pegam, S. (2016). Uporaba tobaka med študentsko populacijo (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Pedagoška fakulteta (socialna pedagogika). Pridobljeno 25. 8. 2020, s http://pefprints.pef.uni-lj.si/3627/1/Sandra_Pegam_Diplomsko_delo.pdf.
12. Pivač, S. (2018). Dejavniki, povezani z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 52 (2), 108–117.
13. Proctor, R. N. (2016). Zlati holokavst: izvor cigaretne katastrofe in poziv k njeni odpravi. Ljubljana: UMco.
14. Sočan, M. (2013). *Javno zdravje. Visokošolski učbenik za študijski program Zdravstvena nega. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.*
15. Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov (ZOUTPI). (2017). Uradni list RS, št. 9/17 in 29/17 (15. februar 2017). Pridobljeno 16. 7. 2020, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6717#>.
16. Zinonos, S., Zachariadou, T., Zannetos, S., Panayiotou, A. G. in Georgiou, A. (2016). Smoking prevalence and associated risk factors among healthcare professionals in Nicosia general hospital, Cyprus: a cross-sectional study. *Tob Induc Dis*. 7 (14). Pridobljeno 25. 1. 2021, s doi: 10.1186/s12971-016-0079-6. PMID: 27057153; PMCID: PMC4823851.

Pridržavanje pravilnog uzimanja lijekova - osnovna analiza na prigodnom uzorku pacijenata

UDK 615.015.3:616-036.1

KLJUČNE RIJEČI: bolesnik, kronične bolesti, lijekovi

POVZETEK - Uzimanje lijekova po uputi liječnika predstavlja izazov jer potreba prilagođavanja određenih navika u novonastaloj situaciji, koja uključuje trajno uzimanje lijekova, ponekad predstavlja poteškoće. Dostupni podaci o redovitom uzimanju lijekova kod bolesnika s kroničnim bolestima govore da svega oko 50 % bolesnika uzima redovito propisanu terapiju. U ovom istraživanju provedenom kod bolesnika s kroničnim bubrežnim bolestima redovitost uzimanja lijekova je zamjetno bolja. Istraživanje je provedeno na 220 bolesnika s kroničnim bubrežnim bolestima dobi od 18 godina na više. Pitanja su se odnosila na redovitost uzimanja u zadnja dva tjedna, između ostalog: jesu li popili tablete jučer, jesu li ih ponijeli na put, stvara li im problem redovito uzimanje lijekova. U korelaciji sa sociodemografskih podataka i korištene Morisky skale istraživana je redovitost uzimanja lijekova u odnosu na dob, spol, stupanj obrazovanja, bračnim i radnim statusom, te religioznost u užem smislu. Istraživanje je provedeno u sklopu istraživanja za doktorsku temu »Duhovnost i kronične bolesti«. Dobiveni rezultati pokazuju značajniju razliku u redovitom uzimanju terapije po pitanju spola i dobi. Dobiveni podaci obrađeni su osim deskriptivne statistike, u analizi su korišteni hi-kvadrat test i t-test.

UDC 615.015.3:616-036.1

KEYWORDS: patient, chronic diseases, medications

ABSTRACT - Taking medication as prescribed by a physician is a challenge for patients, because they need to adjust new habits in a new situation. This often involves taking medication on a permanent basis and sometimes presents difficulties. Available data on regular medication in patients with chronic diseases suggest that only about 50% of patients are taking regularly prescribed therapy. In this study performed on patients with chronic kidney disease, the regularity of taking the medication was noticeably better. The study was conducted on 220 patients with chronic kidney disease aged 18 and older. The questions that refer to the regularity of taking the medicine in the last two weeks, among other things include: did they take the pills yesterday, did they take them on the trip, does regular medication cause them any problems. In correlation with sociodemographic data and the Morisky scale used, the regularity of medication use in relation to age, gender, level of education, marital and employment status, and religiosity in the narrower sense was investigated. The research was conducted as part of the research for the doctoral dissertation topic "Spirituality and Chronic Diseases". The results obtained show a more significant difference in regular therapy in terms of gender and age. The obtained data were processed in addition to descriptive statistics, chi-square test and t-test were used in the analysis.

1 Uvod

Pravilno pridržavanja uputa svakodnevne primjene lijekova u bolesnika s kroničnim bolestima, predstavlja stalni izazov za sve dionike sustava zdravstva i zdravstvene zaštite. Svi koji sudjeluju u lancu propisivanja, edukacije o uzimanju lijekova, izdavanja i davanja uputa o pravilnom uzimanju uviđaju nepravilnosti u primjeni lijekova od strane bolesnika. Nepridržavanje bolesnika pravilnom uzimanju propisanih lijekova osim što dovodi do značajnog pogoršanja bolesti, smrti uzrokuje i povećane troškove zdravstvene zaštite (Benna, 2011). Dakle, uspješnost liječenja ovisi o pridržavanju propisane terapije, dok istovremeno ne pridržavanje je ozbiljan problem, koji ne utječe samo na bolesnika već i na zdravstveni sustav

(Carmen idr., 2008). Stoga i prepreke u pridržavanju bolesnika pravilnom uzimanju lijekova nastoje se otkloniti uključivanjem svih pružatelja usluga i samog zdravstvenog sustava: od dijagnostike, ordiniranja, propisivanja, davanje osnovnih informacija o korisnosti propisanog lijeka, ponavljanje ljekarnika o načinu uzimanja (kada, koliko, na koji način, koji lijek).

Razina bolesnikova pridržavanja dogovora s liječnikom o uzimanju propisane terapije naziva se adherencija (Čulig, 2018). Sociolozi su proučavajući odnose sredinom prošlog stoljeća zaključili liječnik mora za uspješnost liječenja nadzirati odstupanje bolesnika od preporuka koje mu je dao (Braš, 2011).

Suvremeni lijekovi ne samo da značajno doprinose produženju života, smanjuju komplikacije kroničnih bolesti, nego osobe s kroničnim bolestima čine aktivnim u životu i radu. Uspjeh aktivnog sudjelovanja u društvenom i radnom okruženju uvjetovano je adherencijom propisanoj terapiji te odnosom bolesnika i zdravstvenog osoblja, a prije svega odnosom liječnika i bolesnika (Primorac, 2019). Danas medicina orijentirana na bolesnika (personalizirana medicina), podrazumijeva i bolesniku orijentiranu terapiju: uvažavanje bolesnikovog mišljenja i njegovoj spremnosti na suradnju po pitanju adherencije. Prava terapija za pravog pacijenta u pravo vrijeme ključna je sintagma personalizirane medicine No, tu su nezamjenljivi dobra suradnja i partnerski odnos bolesnika i liječnika prema propisanoj terapiji. Kontinuirano pravovremeno uzimanje lijekova ključno je za uspješno liječenje, osobito kada se radi o bolestima koje zbog ne uzimanja vode u komplikacije bolesti, što bolesnika dovodi u lošije zdravstveno stanje, uključujući apsentizam, bolove, smanjene financijske prihode i ostala za egzistenciju nepovoljna stanja.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) snažno stavlja naglasak na aktivno sudjelovanje bolesnika u procesu liječenja time i u prihvaćanju propisane terapije jer je SZO primijetila da kada se govori o «uputama», da je bolesnik pasivni promatrač, te ga se hitno treba uključiti kao aktivnog partnera u proces liječenja (Sabate, 2003).

Svjesnost postojanja problema vezano uz adherentnost je sveprisutna, no, nije nepremostiva. Uz povećanu pažnju, napredak u tehnologiji i nove alate za mjerenje, nove su mogućnosti za angažiranje bolesnika i dionika zdravstvenog sustava kako bi se poboljšalo pridržavanje uzimanja lijekova. Važnost multidisciplinarnog pristupa liječenju i obučavanje u pridržavanju redovitog i pravilnog uzimanja lijekova ne može se precijeniti (Zulling idr., 2016).

1.1 Adherencija

Adherencija se definira kao uzimanje lijekova prema uputi liječnika (Sabate, 2003). Na tragu toga je i pojam »pridržavanje terapije« koji podrazumijeva uzimanje lijeka toliko dugo koliko je propisano (Cramer, 2008). Brojni su čimbenici koji mogu utjecati na adherenciju (Čulig, 2016).

Tablica 1: Čimbenici koji utječu na adherenciju

<i>Socioekonomski čimbenici</i>	<i>Organizacija zdravstvene skrbi</i>	<i>Čimbenici povezani s bolesnikom</i>	<i>Čimbenici povezani s osobitostima bolesti</i>	<i>Čimbenici povezani sa svojstvima lijeka, odnosno terapije</i>
Socijalne razlike, ekonomski prioriteti, kulturološke razlike, vjerske različitosti, društveni prioriteti	Sustav zdravstvene zaštite (javno - privatno), zdravstveno osiguranje, raspoloživost zdravstvenih radnika, profesionalna znanja	Informiranost bolesnika, dob, znanje i obrazovanje, percepcija, motiviranost, povjerenje u zdravstvenu profesiju, svjesnost o zdravstvenim rizicima	Težina bolesti, utjecaj bolesti na kvalitetu života, progresija bolesti, komorbiditeti, mentalne bolesti, kognitivne smetnje	Broj propisanih lijekova, složenost sheme doziranja, neželjena djelovanja lijekova, mijenjanje propisanih lijekova

Izvor: Čulig, 2016.

Neodgovarajuća adherencija prema propisanoj terapiji nema odgovora u smislu poboljšanja zdravstvenog stanja pojedinca, u konačnici znači i veća financijska izdvajanja iz zdravstvenog sustava za lijekove, a koja se ne koriste kako su propisana. Iz podataka dobivenih znanstvenim istraživanjima uočavamo da gotovo 50 % osoba s kroničnim bolestima ne uzima redovito propisanu terapiju (World Health Organization, 2003). To se događa usprkos činjenici da 95 % ljudi vjeruje u učinkovitost lijekova. Razlozi nepravilnog uzimanja lijekova koji se navode su: komplicirane sheme liječenja, istovremeno uzimanje više lijekova, prečesto se mijenja lijekove (drugi nazivi), strah od nuspojava, samoinicijativno smanjuju ukupne doze ili prekidaju terapiju nakon početnog poboljšanja (Čulig, 2016). Kako bi se poboljšalo adherentnost nužno je educirati o uzimanju propisane doze, u točno vrijeme i o načinu primjene sve korisnike zdravstvene usluge koji moraju, radi prirode svoje bolesti, redovito uzimati terapiju.

1.2 Činjenice o adherenciji

Prema navodima svjetske literature samo 50 % bolesnika uzima lijekove prema uputi liječnika (Sabate, 2015).

Pokazalo se da 60 % bolesnika nakon posjete liječniku nije shvatilo na koji način treba uzimati propisani lijek (Jimmy, 2011). Više od četvrtine propisanih lijekova nikada ne budu podignuti u ljekarni (Zulling, 2016).

Podaci o čimbenicima koji doprinose lošem pridržavanju terapije odnose se na: loše zdravstveno obrazovanje, uzimanje velikog broja lijekova, nuspojave, nerazumijevanje, zaboravljivost, nedostatak zdravstvene skrbi, smanjenje simptoma bolesti (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, 2020).

Zbog toga što nisu uzimali lijekove kako im je propisano, svakoga dana prosječno u EU umre 548 ljudi (Hayes, 2002). Prema podacima Europske komisije prerana smrt za blizu 200 tisuća euroljana vezana je uz nepridržavanje propisane terapije.

Uzimanje lijekova prema uputi liječnika posebno može predstavljati poteškoće bolesnicima ako uključuje trajno uzimanje lijekova, dakle u slučaju pojave kronične bolesti, jer zahtijeva prilagođavanje navika novonastaloj situaciji. U ovom radu bit će prikazana adherencija bolesnika s kroničnim bolestima bubrega.

2 Metode

U istraživanju sudjelovalo je 253 bolesnika s kroničnim bolestima bubrega, u dobi iznad 18 godina. Za prikupljanje podataka korištena Morisky skala (portugalska verzija) (Morisky, 2008) i upitnik o sociodemografskim podacima. Sociodemografski podaci podijeljeni su u tri dijela i to na: demografske i psihosocijalne karakteristike, aktivnosti i životni stil te potrebe za podrškom od strane druge osobe. Istraživanje je provedeno kroz Udrugu dijaliziranih i transplantiranih bolesnika u Zagrebu. Upitnici su dostavljeni u prostore Udruge, gdje se sastaju na mjesečnim sastancima, kao i u tri Centra za hemodijalizu u Zagrebu. Upitnici su uručeni svakom ispitaniku od strane istraživača i jednako tako prikupljeni. Od ukupno podijeljenih 300 upitnika ispunjeno je vraćeno 253, a daljnja obrada učinjena je na 220 upitnika (73 %). Iz istraživanja je isključeno 33 ispitanika koji su odgovorili da ne uzimaju lijekove. Istraživanje je provedeno od svibnja do rujna 2019. godine.

Istraživanje je provedeno kao dio znanstveno - istraživačkog projekta (PSYchological health and Spiritual Care –PSY-SC) sa svrhom jačanja kompetencija zdravstvenih radnika na području duhovnosti. U projekt su uključene: Litva, Iran, Turska, Portugal, Njemačka i Hrvatska.

Cilj istraživanja je vidjeti uzimaju li bolesnici s kroničnim bolestima bubrega redovito propisanu terapiju. Ispitala se redovitost uzimanja terapije u odnosu na: spol, dob, obrazovanje, bračni status, religijsku pripadnost.

U analizi je korišten hi-kvadrat test i t-test za utvrđivanje statistički značajne razlike između pojedinih skupina ispitanika.

3 Rezultati

Rezultati demografskih podataka ispitanika prikazani su u tablici 2. U ispitivanje je uključeno 98 (44,5 %) žena i 122 (55,5 %) muškaraca. Podjednak je onih koji žive s partnerom i onih koji žive sami, a što se tiče dobi očekivano prevladavaju osobe srednje i starije životne dobi.

Tablica 2: Demografski podaci ukupnog uzorka ispitanika (N = 220)

<i>Demografske varijable</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Spol:</i>		
Žene	98	44,5
Muškarci	122	55,5
<i>Bračno stanje:</i>		
Samac/ica	48	21,8
Oženjen/udata	125	56,8
Udovac/udovica	33	15,0
Razveden/na	14	6,4
<i>Dob (godine):</i>		
65 i više	92	41,8
64–50	60	27,3
49–30	44	20,0
do 29	24	10,9
<i>Stupanj obrazovanja:</i>		
Osnovno	27	12,3
Srednje	142	64,5
Visoko	51	23,2

Redovitost uzimanja lijekova prikazana je u tablici 3. Više od 40 % zaboravi ponekad uzeti lijek, a unazad dva tjedna ih je zaboravila 25 %. Podatak da ih je oko 20 % smanjilo uzimanje lijekova, a da to nisu priopćili svom liječniku, važna je spoznaja za same liječnike u procesu liječenja. Za same liječnike je i podatak da ovim bolesnicima uzimanje lijekova svaki dan predstavlja problem u 20 % slučajeva.

Tablica 3: Redovitost uzimanja lijekova (N = 220)

Broj pitanja	Pitanje	Da N (%)	Ne N (%)	Bez odgovora N (%)
1.	Uzimate li lijekove/tablete?	220 (87,0)	33* (13,0)	-
2.	Zaboravite li ponekad uzeti lijek?	95 (43,2)	122 (55,5)	3 (1,4)
3.	Unazad dva tjedna, je li postojao dan kada niste uzeli lijek?	56 (25,5)	161 (73,2)	3 (1,4)
4.	Jeste li ikada smanjili ili prestali uzimati tablete a da niste to rekli Vašem liječniku, zbog toga što ste se osjećali lošije kada ste ih uzeli/popili?	47 (21,4)	170 (77,3)	3 (1,4)
5.	Kada nekamo otputujete ili napustite dom, da li ponekad zaboravite ponijeti Vaše lijekove/tablete?	36 (16,4)	181 (82,3)	3 (1,4)
6.	Jeste li uzeli/popili tablete jučer?	193 (87,7)	24 (10,9)	3 (1,4)
7.	Kada pomislite kako je Vaša bolest pod kontrolom, da li ponekad prestanete uzimati lijekove/tablete?	25 (11,4)	192 (87,3)	3 (1,4)
8.	Uzimanje lijekova/tableta svaki dan stvara nekim ljudima problem. Osjećate li Vi da Vam to ponekad stvara problem?	45 (20,5)	172 (78,2)	3 (1,4)
9.	Koliko često Vam se dogodi da se ne možete sjetiti da morate uzeti/popiti lijek/tablete?			
	Nikad/rijetko	145 (65,9)		
	Ponekad	67 (30,5)		
	Često	4 (1,8)		
	Stalno	1 (0,5)		
	Bez odgovora	3 (1,4)		

*isključeni iz daljnje obrade

Navedena pitanja dalje su analizirana su obzirom na osnovne sociodemografske obilježja (spol, dob, stupanj obrazovanja, bračni status i radni status) i religioznost u užem smislu. U analizi je korišten hi-kvadrat test i t-test za utvrđivanje statistički značajne razlike između pojedinih skupina ispitanika (tablica 4, tablica 5, tablica 6).

Tablica 4: Redovitost uzimanja lijekova obzirom na spol (N = 220)

Unazad zadnja dva tjedna, je li postojao dan kada niste uzeli/popili Vaše lijekove/tablete?	Da N (%)	Ne N (%)	$\chi^2 = 4,727$ df = 1 p < 0,03
Muškarci	24 (20,0)	96 (80,0)	
Žene	32 (33,0)	65 (67,0)	

Tablica 5: Redovitost uzimanja lijekova obzirom na dob (N=220)

Zaboravite li ponekad uzeti lijek?	Da N (%)	Ne N (%)	
65 godina i više	35(38,5)	56(61,5)	$\chi^2 = 8,838$ df = 3 p<0,03
64–50 godina	21(35,6)	38(64,4)	
49–30 godina	27(61,4)	17(38,6)	
do 29 godina	12(52,2)	11(47,8)	
Jeste li ikada smanjili ili prestali uzimati tablete a da niste to rekli Vašem liječniku, zbog toga što ste se osjećali lošije kada ste ih uzeli/popili?			
65 godina i više	14 (15,4)	77 (84,6)	$\chi^2 = 15,142$ df = 3 p<0,01
64–50 godina	10 (16,9)	49 (83,1)	
49–30 godina	19 (43,2)	25 (56,8)	
do 29 godina	4 (17,4)	19 (82,6)	

Tablica 6: Redovitost uzimanja lijekova obzirom na bračno stanje (N=220)

	Samac/ica N (%)	Oženjen/udata N (%)	Udovac/ica N (%)	Razveden/na N (%)	
Nikad/rijetko	23 (48,9)	93 (75,0)	19 (59,4)	10 (71,4)	$\chi^2=18,432$ df=9 p<0,03
Ponekad	21 (44,7)	30 (24,2)	13 (40,6)	3 (21,4)	
Često	2 (4,3)	1 (0,8)	0	1 (7,1)	
Stalno	1 (2,1)	0	0	0	

S obzirom na spol dobivena je statistički značajna razlika na pitanju neuzimanja lijekova u zadnja dva tjedna (tablica 4): žene su sklonije neuzimanju lijekova od muškaraca ($\chi^2 = 4,727$; df = 1; p<0,03).

S obzirom na dob dobivena je statistički značajna razlika na dva pitanja (tablica 5).

Rezultati pokazuju da su ispitanici u mlađoj srednjoj dobi (od 30 do 49 godina) skloniji ponekad zaboraviti uzimanju lijekova ($\chi^2 = 8,838$; df = 3; p<0,03).

Također, ista dobna skupina ispitanika sklonija je smanjivanju ili prestanku uzimanja tableta bez da je to rekla svom liječniku (tablica 5) ($\chi^2 = 15,142$; df = 3; p<0,01).

U tablici 6 razvidno je da samci češće zaboravljaju uzimati lijekove ($\chi^2 = 18,432$; df = 9; p<0,03).

S obzirom na stupanj obrazovanja, radni status i religioznost u užem smislu nije dobivena statistički značajna razlika niti na jednom navedenom pitanju nije dobivena statistički značajna razlika niti na jednom od navedenih pitanja.

4 Rasprava

Europska komisija u svojim inovativnom partnerstvu naglašava važnost istraživanja na području primjene učinkovite terapije. Adherenciju je potrebno smjestiti u kontekst holističkog pristupa.

Provedenim istraživanjem adherencije bolesnika s kroničnim bolestima bubrega dobiven je uznemirujući podatak. Redovitost uzimanja lijekova prikazana je u tablici 3. Više od 40 % zaboravi ponekad uzeti lijek, a unazad dva tjedna ih je zaboravila 25 %. Podatak da ih je oko 20 % smanjilo uzimanje lijekova, a da to nisu priopćili svom liječniku, važna je spoznaja za same liječnike u procesu liječenja. Za same liječnike je i podatak da ovim bolesnicima uzimanje lijekova svaki dan predstavlja problem u 20 % slučajeva. Usporede li se ovi rezultati s rezultatima

dobivenim u istraživanju »Adhrencija pacijenata prema propisanoj medikaciji« iz 2018 godine. dobije se gotovo podjednaka slika: adherencija prema dugotrajnoj medikaciji bila 41,7 %, dok je u kohorti pacijenata s hipertenzijom bila čak i niža 39 %. U istom istraživanju zaboravljivost se navodi kao glavni razlog 60 % ispitanika (Čulig, 2018).

Rezultati istraživanja provedenih u Općoj županijskoj bolnici u Požegi na odjelu za hemodijalizu pod naslovom »Suradljivost bolesnika u redovitom uzimanju propisane terapije kod bolesnika na hemodijalizi« ukazuje na problem dugotrajnog uzimanja više vrsta lijekova bolesnika na hemodijalizi koji uzimaju i do 19 raznih tableta na dan (Brizar idr., 2019). U istraživanju nije nađena značajnija razlika između muškaraca i žena. Autori napominju da kod bolesnika koji se liječe hemodijalizom kao jednim od oblika nadomjesne bubrežne funkcije, nužno je redovito uzimanje propisane terapije.

Istraživanje provedeno u Kliničkom bolničkom centru Zagreb na Klinici za unutarnje bolesti 2016. godine, »Značaj suvremenih komunikacijskih tehnologija u praćenju suradljivosti pacijenata oboljelih od kroničnih bolesti« pokazuje da ispitanici koji su dobili podsjetnik značajno su popravili redovitost dolazaka na kontrolne preglede. Nakon upotrebe Informacijske komunikacijske tehnologije IKT, smanjena je nesuradljivost u smislu pravovremenog podizanja lijeka, a primjetno je i poboljšanje suradljivosti uzimanja dnevne doze lijeka (Matić, 2016).

U istraživanju »Uloga religijskog suočavanja i socijalne potpore u pridržavanju uzimanja lijekova i kvaliteti života starijih osoba s dijabetesom tip 2« religija i socijalna podrška prepoznati su kao značajniji posrednici u pridržavanju uzimanja lijekova (Saffari, 2019).

Nastojanjima Svjetske zdravstvene organizacije, Europske komisije, udruga na lokalnoj razini nastoji se pronaći modeli koji bi povećali adherentnost lijekova u smislu poboljšanja zdravstvenog stanja populacije.

Napori koji se ulažu u suvremenu tehnologiju, koja bi izradila podsjetnik određenim skupinama bolesnika za uzimanje terapije promatra se kao pozitivan pomak adherenciji (Thakkar, 2015).

Najveća je ipak odgovornost na zdravstvenim djelatnicima u edukaciji i podršci bolesnika za redovito uzimanje propisane terapije, a na tragu promatranja liječenja u kontekstu holističkog pristupa.

LITERATURA

1. Bizar, I. idr. (2019). Suradljivost bolesnika u redovitom uzimanju propisane terapije kod bolesnika na hemodijalizi Opće županijske bolnice Požega; Hrana u zdravlju i bolesti: znanstveno – stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku, specijalno izdanje 11. Štamparovi dani
2. Braš, M. idr. (2011). Komunikacija liječnika i bolesnika. *Medix*, 92, 38–43.
3. Carmen, J. A. idr. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*, 11 (1), 44–47
4. Čulig, J. (2011). Ponašanje kroničnih bolesnika prema propisanoj terapiji. Priručnik za bolesnike i njihove obitelji. Zagreb: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH
5. Čulig, J. (2016). Adhrencija prema propisanoj farmakoterapiji. *Pharmabiz*, 22, 44–47.
6. Čulig, J. (2018). Adhrencija pacijenata prema propisanoj medikaciji. *Journal for Applied Health Sciences*, 4, 1.
7. European Innovation Partnership On Active and Healthy Ageing (2020). A1 Adherence to prescription. Pridobljeno, s https://ec.europa.eu/eip/ageing/file/839/download_en?token=b_dmNQVu.
8. Hayes, R. B. idr. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*, (2). doi: 10.1002/14651858.CD000011.

9. Jimmy, B. i Jimmy, J. (2011). Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Journal*, 26 (3), 155–159.
10. Matić, N. idr. (2016). Značaj suvremenih komunikacijskih tehnologija u praćenju suradljivosti pacijenata oboljelih od kroničnih bolesti. *Cardiologia Croatica*, 11 (10–11), 589.
11. Morisky, D. E. idr. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertens*, 348–354.
12. Primorac, D. (2019). Vizionar iznimne energije i začetnik uvođenja personalizirane medicine u kliničku praksu. *Liječničke novine*, 179.
13. Sabate, E. (2003). World Health Organization. Adherence to long-term therapies evidence for action.
14. Saffari, M. idr. (2019). The role of religious coping and social support on medication adherence and quality of life among the elderly with type 2 diabetes. *Qual Life Res*, 28 (8), 2183–2193. doi: 10.1007/s11136-019-02183-z.
15. Thakkar, J. idr. (2015). Mobile Telephone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: A Meta-analysis. *JAMA*, 176 (3), 340–349. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.7667.
16. Zulling, L. L. idr. (2016). A renewed Medication Adherence Alliance call to action: harnessing momentum to address medication nonadherence in the United States. *Patient Prefer Adherence*, 10, 1189–1195. doi: 10.2147/PPA.S100844.

Vpliv holistične oskrbe pacienta s kroničnimi ranami na kakovost življenja

UDK 616-001.4-036.1:61

KLJUČNE BESEDE: kronične rane, kakovost življenja, holistični pristop

POVZETEK - Holistična oskrba pacienta upošteva vse pojavne oblike telesa, uma, čustev, duševnosti, njegovih vrednot ter okolja v katerem živi. Kronična rana je veliko breme za posameznika, njegovo družino in bližnje, zdravstveni sistem in družbo. Kakovost življenja se nanaša na splošno raven blaginje posameznika in njegovo dobro počutje. Kronične rane povzročajo hudo bolečino, omejeno mobilnost in posledično socialno osamitev ter tako ovirajo vsakodnevno življenje in zmanjšujejo kakovost življenja. Zato je treba paciente s kronično rano zdraviti ne le za rano, temveč tudi za druge prisotne bolezni, pri tem pa ne smemo zanemariti psiholoških, socialnih in duhovnih dejavnikov, ki vplivajo na kakovost življenja in dobro počutje. Zdravstveno osebo mora k obravnavi pristopati holistično. Poznavanje pacienta, njegovega okolja v katerem živi in upoštevanje njegovih osebnih vrednot pa je osnova za individualizacijo obravnave. Zdravstvena obravnava pacientov pa mora temeljiti na znanstvenih dokazih, ki so osnova za kakovostno oskrbo.

UDC 616-001.4-036.1:61

KEYWORDS: chronic wounds, the quality of life, holistic approach

ABSTRACT - Holistic care of a patient takes into account all manifestations of the body, mind, emotions, mentality, his values and the environment in which he lives. Chronic wound is a big burden to the individual, his family and loved ones, the health system and the society. The quality of life refers to an individual's overall level of well-being. Chronic wounds cause severe pain, limited mobility and consequently social isolation thus hindering daily life and reducing the quality of life. Therefore, patients with a chronic wound should be treated not only for the wound but also for other diseases present. This means we must not neglect the psychological, social and spiritual factors that affect quality of life and well-being. Medical staff must approach the treatment holistically. Knowing the patient, his environment in which he lives and respecting his personal values is the basis for the individualization of the treatment. However, the medical treatment of patients must be based on scientific evidence, which is the basis for a high-quality care.

1 Teoretična izhodišča

Rana je vsaka prekinitev kože in globljih struktur, pri čemer so vzroki za nastanek zelo različni (Pibernik in Poljanšek, 2017). Akutne rane so posledica delovanja zunanje sile na kožo. Vzroki za nastanek so opekline, kirurške rane, odrgnine, vbodi in različne druge poškodbene rane. Običajno se zacelijo z brazgotino v enem do dveh tednih. Pri kroničnih ranah pa se zaradi različnih motenj proces celjenja kože in podkožnega tkiva upočasnijo ali celo zaustavi. Največkrat gre za ponavljajoči se ali pa stalno prisotni dražljaj zaradi okužbe, slabe prekrvavljenosti in ponavljajočih se okvar, kar moti proces celjenja. Najpogostejše kronične rane na koži in mehkih tkivih so rane na stopalih diabetikov, rane zaradi pritiska, golenje razjede in onkološke rane. Pri zdravljenju kroničnih ran je potrebna dobra zdravstvena obravnava. Howell idr. (2018) navajajo naslednje dejavnike, ki vplivajo na celjenje ran: vrednost sladkorja v krvi, prehranski status, bolečina, akutna in kronična ledvična insuficienca, indeks telesne mase, hipo ali hipertiroidizem, sistemska aterosklerotična bolezen, anemija, kajenje, mobilnost,

vnetno stanje, psihološko stanje in dobro počutje. Zato je treba paciente s kronično rano zdraviti ne le za rano, temveč tudi za druge prisotne bolezni, pri tem pa ne smemo zanemariti, kot navajajo Filej, Kröpfl in Kaučič (2015) tudi psiholoških, socialnih in duhovnih dejavnikov, ki prav tako vplivajo na kakovost življenja in dobro počutje.

Svetovna zdravstvena organizacija definira kakovost življenja kot zaznavo posameznikovega položaja v življenju, v okviru kulturnih in vrednostnih sistemov v katerih živijo in v povezavi z njihovimi cilji, pričakovanji, standardi in pomisleki. Je zelo širok koncept, na katerega vpliva posameznikovo telesno zdravje, psihološko stanje, osebna prepričanja, družbeni odnos, stopnja neodvisnosti in njihov odnos do okolja (WHO, 2019).

Raziskovanja v medicini so pokazala, da mora biti pristop k zdravljenju celosten - fizični in duševni. Zanemarjenje kateregakoli vidika osebnosti človeka lahko negativno deluje na celotno zdravje. Pogosto se zanemarljiva duševno in emocionalno življenje. Za zdravljenje se uporabljajo različna medikamentozna sredstva, s katerimi se zakrijejo posledice kompleksnih težav (Banović, 2017).

Holizem je več kot le celostna obravnava pacienta. Gre za medsebojne povezave med bio-psiho-socialnimi in duhovnimi dimenzijami človeka kot celote, ki je večja od integracije posameznih delov (Montgomery Dossey in Keegan, 2016). Holistična ali celostna obravnava pacientov v zdravstveni negi pomeni, da pri obravnavi pacienta upoštevamo vse njegove potrebe, ki izhajajo iz bio-psiho-socialnih in duhovnih potreb. Holistična zdravstvena nega ne pomeni, da nekaj delaš, je odnos, filozofija in način življenja. Upošteva povezanost telesa, uma, duha ter priznava povezanost med zdravjem in boleznijo. Holistična zdravstvena nega obsega tri kategorije: k pacientu usmerjeno oskrbo, kulturno občutljivo oskrbo in duhovno dobro počutje (Filej in Kaučič, 2015). Holistična medicinska sestra pri pacientu prepoznava in upošteva vse pojavne oblike telesa, uma, čustev in duševnosti ter okoljska načela v njihovem vsakdanjem življenju kot tudi v klinični praksi (Montgomery Dossey in Keegan, 2016).

S pregledom literature smo želeli ugotoviti, kako kronične rane vplivajo na kakovost življenja pacienta.

2 Metoda

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, metodo deskripcije s pregledom znanstvene literature v povezavi s proučevano tematiko.

2.1 Metode pregleda literature

Pri iskanju literature smo se omejili na članke objavljene v slovenskem in angleškem jeziku. Vključeni so bili le tisti, ki so bili objavljeni v celotnem obsegu. Uporabili smo naslednje ključne besede v angleškem in slovenskem jeziku povezane z Boolovim operatorjem AND: »chronic wounds«, »quality of life«, »holistic aspect«, »kronične rane«, »kakovost življenja«, »holistični vidik«. Literaturo smo iskali po elektronskih bazah podatkov Cinahl, PUBMed in Cobiss.si. Za uvrstitev člankov v pregled smo uporabili naslednje vključitvene kriterije (tabela1):

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

<i>kriterij</i>	<i>vključitveni kriterij</i>	<i>izključitveni kriterij</i>
način obravnave pacienta	holistični pristop	tradicionalni pristop
rane	kronične rane	akutne rane
kakovost življenja	kakovost življenja s kronično rano	kakovost življenja
vrsta publikacij	izvirni in pregledni znanstveni članki	učbeniki, strokovni članki
časovno obdobje	2013–2019	pred letom 2012
Jezik	slovenski in angleški	drugi jeziki
Dostop	celotna besedila	povzetki

2.2 Rezultati pregleda

Rezultati pregleda literature po elektronskih bazah podatkov so navedeni v Tabeli 2. Ob upoštevanju vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo pridobili 88 zadetkov. Prebiranje vseh člankov je število enot pridobljene literature zmanjšalo na 37, od tega smo jih 8 vključili v končno vsebinsko analizo.

Tabela 2: Rezultati pregleda literature

<i>baza</i>	<i>število zadetkov</i>	<i>število pregledanih raziskav</i>	<i>število vključenih raziskav</i>	<i>število izključenih raziskav</i>
Cinahl	19	14	3	11
PUBMed	64	18	4	14
Cobiss.si	5	5	1	4

3 Rezultati

Tabela 3 prikazuje končni seznam osmih člankov, ki smo jih vključili v vsebinsko kvalitativno analizo, od tega jih je šest v angleškem jeziku in dva v slovenskem jeziku.

Tabela 3: Seznam v končno analizo vključenih raziskav

<i>avtorji in leto objave</i>	<i>metodologija</i>	<i>namen</i>	<i>vzorec</i>	<i>temeljne ugotovitve</i>
Alexander (2013)	kvalitativna raziskava	ugotoviti, ali vpliva psihosocialni dejavnik na celjenje ran in na strategijo za njihovo obravnavo	39 zdravnikov	Prisotna je vzajemna povezanost med psihološkimi vplivi in celjenjem ran.
Brambilla idr. (2013)	kvalitativna raziskava	ugotoviti, ali strategija zdravljenja s kombinacijo kompresijskega povijanja in vlažnega okolja vpliva na celjenje ran	63 pacientov iz Nemčije, Italije in Avstrije, ki so bili zdravljeni 12 tednov	Raziskovalci so ugotovili, da se je 85 % ran zmanjšalo, 53 % se jih je popolnoma zacelilo v 12 tednih. Počutje pacientov je bilo bistveno izboljšano.

Ellis (2016)	pregled literature	prepoznati najnovejše smernice za preprečevanje razjed zaradi pritiska pri celostni obravnavi pacienta	smernice	Kljub uporabi smernic morajo medicinske sestre pri oceni in obravnavi ran uporabiti klinično presojo.
Howell idr. (2018)	kvalitativna raziskava	razviti okvir kakovostne oskrbe pacientov s kroničnimi ranami, ki temelji na dokazih, pri tem pa upoštevati ugotovitve najboljših praks	189 pacientov s 546 ranami	Uporaba tega orodja povečuje učinkovitost zdravstvene oskrbe pacientov s kroničnimi ranami, saj obravnava vse njihove zdravstvene težave, ki spremljajo celjenje ran.
Newbern (2018)	pregled literature	najti celovit instrument, za oceno bolečine, vključno z njenimi učinki na kakovost življenja (omejitve mobilnosti, zmanjšanje sposobnosti samooskrbe, nezmožnost opravljanja dnevnih aktivnosti)	zdravniki, medicinske sestre, ki se ukvarjajo z nego kože in ran	Potrebno je povečati znanje izvajalcev zdravstvene nege o pacientovih izkušnjah z bolečino povezano z ranami, ter o ocenjevanju dejavnikov kakovosti življenja.
Jelen (2018)	pregled literature	pregledati vprašalnike, ki vključujejo posamezna področja, ki so bistvena za ugotovitev pacientovega stanja in merijo kakovost življenja pacientov s kronično rano	17 raziskav	Zdravstvena obravnava pacientov s kroničnimi ranami zahteva interdisciplinarni timski pristop in predvsem veliko empatije vseh zdravstvenih delavcev, ki so vpleteni v proces zdravljenja in rehabilitacije. Paciente je potrebno obravnavati celostno in ne samo iz vidika osnovne bolezni.
Upton idr. (2016)	kvalitativna raziskava	ugotoviti, kako dobro počutje vpliva na izboljšanje rezultatov celjenja kroničnih ran in pri tem uporabiti vprašalnik (WOWI) kot	85 pacientov s kroničnimi ranami; ponovitveni vzorec - 49 pacientov s kroničnimi ranami	Študija poudarja pomembnost ocene dejavnikov dobrega počutja pri osebah, ki živijo s kroničnimi ranami in uvaja vprašalnik (WOWI) kot veljavno in

		zanesljivo in veljavno merilo dobrega počutja pri bolnikih s kroničnimi ranami		zanesljivo merilo dobrega počutja pri pacientih s kronično rano.
Veliu idr. (2019)	kvalitativna analiza	raziskati kakovost življenja pacientov s kronično rano in ugotoviti, katere pacientove aktivnosti so prizadete zaradi kronične rane	30 pacientov s kronično rano v ambulanti za kronične rane v slovenski bolnišnici	83,33 % pacientov s kroničnimi ranami je ocenilo, da prisotnost kroničnih ran zmanjšuje njihovo kakovost življenja zaradi bolečin in zmanjšuje njihovo mobilnosti.

Alexander (2013) v raziskavi med 39 zdravniki ugotavlja, da je prisotna vzajemna povezanost med psihološkimi vplivi in celjenjem ran. Brambilla idr. (2013) s svojo študijo med 63 pacienti iz Nemčije, Italije in Avstrije, ki so bili zdravljeni 12 tednov ugotavlja, da strategija zdravljenja s kombinacijo kompresijskega povijanja in vlažnega okolja vpliva na celjenje ran, saj se je 85 % ran zmanjšalo, 53 % pa se jih je popolnoma zacelilo v 12 tednih. Ob tem je bilo počutje pacientov bistveno izboljšano. Ellis (2016) s pregledom literature predstavlja smernice za preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska pri celostni obravnavi pacientov s kroničnimi ranami in ugotavlja, da morajo medicinske sestre pri oceni in obravnavi ran uporabljati klinično presojo. Howell idr. (2018) so z raziskavo na 189 pacientih z 546 ranami razvili orodje kakovostne oskrbe pacientov z ranami, ki povečuje učinkovitost oskrbe, saj obravnava vse njihove zdravstvene težave, ki spremljajo celjenje ran. Newbern (2018) je s pregledom literature skušal najti celovit instrument za oceno bolečine, vključno z njenimi učinki na kakovost življenja in ugotovil, da je potrebno povečati znanje izvajalcev zdravstvene nege o pacientovih izkušnjah z bolečino, povezano z ranami ter o ocenjevanju dejavnikov kakovosti življenja. Jelen (2018) je s pregledom literature izpostavila vprašalnike, ki so bistveni za ugotavljanje pacientovega stanja in merijo kakovost življenja pacientov s kronično rano. Ugotovila je, da zdravstvena obravnava teh pacientov zahteva interdisciplinarni timski pristop, empatijo zdravstvenih delavcev in celostno obravnavo pacientov. Upton idr. (2016) so z raziskavo na 85 pacientih in na ponovitvenem vzorcu 49 pacientov ugotavljali, kako dobro počutje vpliva na izboljšanje rezultatov celjenja in vprašalnik WOWI izpostavili kot veljavno in zanesljivo merilo dobrega počutja pri pacientih z ranami. Veliu idr. (2019) so z raziskavo med 30 pacienti s kronično rano v slovenski bolnišnici raziskovali kakovost življenja pacientov s kronično rano in katere pacientove aktivnosti so prizadete. Ugotovili so, da je 83,33 % pacientov ocenilo, da jim prisotnost kroničnih ran zmanjšuje njihovo kakovost življenja zaradi bolečin in zmanjšanja mobilnosti.

4 Razprava

Analiza vsebine izbranih člankov je pokazala potrebo po holistični obravnavi pacientov s kroničnimi ranami (Jelen, 2018; Alexander, 2013) in ne le samo iz vidika osnovne bolezni (Jelen, 2018). Zdravstvena obravnava pacientov s kroničnimi ranami mora temeljiti na znanstvenih dokazih, ki so osnova za kakovostno oskrbo (Howell idr., 2018). Obravnava kroničnih ran s kombinacijo kompresijskega povijanja in vlažnega okolja je pripomogla k popolni zacelitvi ran oziroma k zmanjšanju velikosti ran (Brambilla idr., 2013). Obravnava pacientov s kroničnimi ranami zahteva interdisciplinarni timski pristop (Jelen, 2018) in povečanje znanja izvajalcev zdravstvene nege (Newbern, 2018), ki morajo paciente obravnavati

z veliko mero empatije (Jelen, 2018). Izvajalci zdravstvene nege morajo biti sposobni oceniti stopnjo bolečine povezane z ranami (Newbern, 2018) ter biti sposobni klinične presoje (Ellis, 2016). Bolečina, kot posledica kroničnih ran, omejuje mobilnost, vpliva na sposobnost samooskrbe, na opravljanje vsakodnevnih dejavnosti (Newbern, 2018), vpliva na dobro počutje (Upton idr., 2016) ter v veliki meri zmanjšuje kakovost življenja (Veliu, 2019; Newborn, 2018). Pomembna je ocena dejavnikov dobrega počutja (Upton idr., 2016), predvsem psihosocialnih dejavnikov (Alexander, 2013), saj imajo le-ti velik vpliv na kakovost življenja (Brambilla, 2013; Veliu, 2019).

Kronična rana ni bolezen, ampak odraža stanje posledice. So veliko breme za posameznika, njihove družine in bližnje, zdravstveni sistem in družbo. Vplivajo na fizično in duševno zdravje pacientov ter na socialne in ekonomske razmere. Zdravljenje je pogosto zamudno in drago, zaradi bolečine in zmanjšane mobilnosti pa je zmanjšana kakovost življenja pacientov s kronično rano (Veliu, 2019).

Prisotnost bolečine, vonja, izcedka iz rane, slaba pomičnost ali celo nepomičnost, zmanjšana sposobnost ali nezmožnost za delo in opravljanje vsakodnevnih dejavnosti vodi do zmanjšane samopodobe, zmanjšanja socialnih stikov in socialne izključenosti. Občasno pacienti doživljajo nerazumevanje, aroganco, nevednost in stigmatizacijo (Veliu, 2019). Stigmo spremljajo negativna čustva kot na primer strah, krivda, sram, ki še dodatno vplivajo na zmanjšanje samopodobe in samovrednotenja (Ule, 2003). Jelen (2018) meni, da imajo lahko pacienti, ki živijo s kroničnimi ranami tudi psihološke težave in pogosto trpijo za depresijo. Socialna izolacija in slabša samopodoba sta del negativnega vpliva simptomov, ki jih povzroča depresija. Tudi Alexander (2013) ugotavlja, da lahko negativne psihološke težave poslabšajo delovanje imunskega sistema in celjenje ran.

Bolečina je večinoma prisotna pri pacientih z golenjimi razjedami, predvsem pri tistih, ki imajo nizek gleženjski indeks (ishemične rane). Pri zdravljenju je potrebno nameniti dovolj pozornosti lažšanju bolečine, še posebno pred prevezo rane. 24 % pacientov ima težave zaradi neprijetnega vonja in izcedka iz rane, kar vodi v socialno izolacijo, anksioznost in depresijo (Jelen, 2018). Veliu (2019) ugotavlja prisotnost bolečine pri do 80 % pacientov s kronično rano. Poleg tega so pacienti s kroničnimi ranami pogosto starejši in imajo številne spremljevalne bolezni in stanja. Pogosto so tudi slabo pomični in vezani na gibanje po stanovanju.

Newbern (2018) v svoji raziskavi ugotavlja, da je prevalenca bolečine pri pacientih s kroničnimi ranami 48 % do 81 %, od 19 % do 46 % pacientov pa poroča o zmerni do hudi bolečini. O kroničnih bolečinah zaradi ran, ki so povzročile motnje spanja, depresijo in anksioznost pa je poročalo 27 % do 67 % posameznikov vključenih v raziskavo.

Spremenjena telesna podoba negativno vpliva predvsem na ženske. Zaradi skrivanja povojev in oteklih nog so začele nositi hlače kljub temu, da so se v njih slabo počutile. Problemi se pojavljajo tudi zaradi obutve. Mnoge zaradi tega opustijo dnevne sprehode in rekreacijo. Pogosto imajo pacienti zaradi režima zdravljenja (kompresijska terapija) neprijetne občutke, se počutijo neudobno in so nezadovoljni (Jelen, 2018).

Scott - Thomas idr. (2017) menijo, da lahko pride do neprimerne in neučinkovitega zdravljenja, če se ne izvede celostna ocena rane in holistična oskrba.

Načini oskrbe ran so se skozi zgodovino spreminjali in klasično oskrbo rane z bombažno gazo in fiziološko raztopino počasi nadomeščajo sodobne obloge. Te so izdelane na osnovi temeljitih preverjanj optimalnih pogojev, potrebnih za zaščito in hitro zdravljenje ran. Sodobne obloge so rezultat strokovnih raziskav ter plod tehnološkega razvoja materialov. Rešile so številne pomanjkljivosti klasične oskrbe ran, saj vzdržujejo vlažno okolje ter primerno temperaturo. Sodobne obloge pospešujejo celjenje, se ne sprimejo z rano, so vpojne za morebitne izločke iz

rane, »dihajo« ter uničujejo bakterije. Sodobne obloge ni potrebno menjevati vsak dan, kar omogoča nemoten proces celjenja rane (Zaloker & Zaloker, n.d.).

V raziskavi Howell s sodelavci (2018) ugotavlja, da je celjenje ran odvisno od velikega števila spremenljivk, ki jih je potrebno upoštevati za uspešno zdravljenje. V procesu zdravljenja imata pomembno vlogo pacient in izvajalec oskrbe, saj je potrebno sočasno obvladovati tudi druge prisotne bolezni.

Kronične rane povzročajo zmanjšano funkcionalno sposobnost in kakovost življenja pri 1 % do 3 % posameznikov, ki so stari 60 let in več. Proces zdravljenja kronične rane lahko traja od 6 do 8 mesecev ali dlje. Nekateri bolniki živijo s svojimi ranami že 15 let ali več (Newbern, 2018).

Z analizo literature ugotavljamo, da kronične rane v veliki meri vplivajo na kakovost življenja pacientov, saj ob prisotnosti bolečine vplivajo na socialno osamitev, omejeno mobilnost in vplivajo na vsakodnevno življenje. Kakovost življenja je subjektivni, večplastni konstrukt, ki se nanaša na splošno raven blaginje posameznika in njegovega dobrega počutja (Filej, Žvanut in Kaučič, 2018), Opara idr. (2010) pa poudarjajo, da obsega tri širše domene in sicer fizično, miselno in socialno. Čuček (2012) meni, da so pri zagotavljanju kakovosti življenja med drugimi dejavniki ključni zdravje, socialni položaj in življenjske navade.

Kronične rane predstavljajo krizni dogodek, motnjo in oviro v življenju posameznika, kar vpliva na njegovo kakovost življenja. Posameznik potrebuje pomoč pri prepoznavanju in razumevanju vplivov na kakovost življenja, pri čemer je v veliko pomoč zdravstveno osebje, ki mora nuditi holistično oskrbo za zagotavljanje kakovosti življenja.

LITERATURA

1. Alexander, S. J. (2013). Time to get serious about assessing and managing psychosocial issues associated with chronic wounds. *Curr Opin Support Palliat Care*, 7 (1), 95–100. Pridobljeno 8. 4. 2019, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23196379>.
2. Banović, S. (2017). Individualni in holistični pristop za kakovostno življenje. Pridobljeno 14. 9. 2019, s <https://www.hrm-revija.si/individualni-in-holisticni-pristop-za-kakovostno-zivljenje>.
3. Brambilla, R., Aloisi, D., Weingard, I., Fioruzzi, M., Heisterkamp, T., Janthur, E., Kurz, P. in Will, K. (2013). VERUM - A European Approach for Successful Venous Leg Ulcer Healing: Implementation of a Comprehensive Therapy Concept (VERUM13) in Daily Practice. *EWMA Journal*, 13 (2), 19–23. Pridobljeno 4. 5. 2019, s <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=4d7d5ef1-2fcf-4462-aeda-de2493d6d459%40sessionmgr4009>.
4. Čuček, S. (2012). Svetovni dan zdravja. Pridobljeno 18. 10. 2020, s http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4617.
5. Ellis, M. (2016). Understanding the latest guidance on pressure ulcer prevention. *Journal of Community Nursing*, 30 (4), 29–36. Pridobljeno 4. 5. 2019, s <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=a4d35460-0d97-47f7-8c2e-7d08b64c560e%40sessionmgr103&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=117335423&db=c8h>.
6. Filej, B. in Kaučič, M. (2015). Koncepti metaparadigme v holistični obravnavi. Visoka zdravstvena šola v Celju. Pridobljeno, s file:///C:/Users/user/Downloads/Filej_Kau_i_prispevek_simpozij_2015.pdf.
7. Filej, B., Kröpfl, J. in Kaučič, B. M. (2015). Kakovost življenja starih ljudi s kroničnimi obolenji. *Kakovostna starost*, 18 (4), 3–13.
8. Filej, B., Žvanut, B. in Kaučič, B. M. (2018). The connection between chronic diseases and self-image and self-esteem. *Journal of health science*, 8 (1), 54–61.
9. Howell, R., Gorenstein, S., Gillette, B., DiGregorio, J., Criscitelli, T., Davitz, M., Woods, J., Acerra, M. in Brem, H. (2018). A Framework to Assist Providers in the Management of Patients with

- Chronic. Nonhealing Wounds *Advances in Skin & Wound Care*, 31 (11), 491–501. Pridobljeno 8. 4. 2019 s https://journals.lww.com/aswcjournal/fulltext/2018/11000/A_Framework_to_Assist_Providers_in_the_Management.3.aspx.
10. Jelen, A. (2018). Kakovost življenja pri pacientih s kronično rano. V D. Tomc (ur.), *Kakovost življenja pacienta z rano* (str. 6–15). Čatež ob Savi: Društvo za oskrbo ran Slovenije. Pridobljeno 2. 5. 2019, s https://www.dors.si/wp-content/uploads/2017/02/kakovost_zivljenja_pacienta_z_rano.pdf.
 11. Montgomery Dossey, B., Keegan, L. in Avino, M. K. (2016). *Holistic nursing*. Burlington, MA: Jones&Bartlett Learning.
 12. Newbern, S. (2018). Identifying Pain and Effects on Quality of Life from Chronic Wounds Secondary to Lower-Extremity Vascular Disease. *An Integrative Review: Advances in Skin & Wound Care*, 31 (3), 102–108. Pridobljeno 8. 4. 2019, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29438143>.
 13. Opara, J. A., Jaracz, K. in Broła, W. (2010). Quality of life in multiple sclerosis. *Journal of medicine and life*, 3 (4), 352–358.
 14. Pibernik, M. in Poljanšek, J. (2017). Neprekinjena zdravstvena nega - ključ do pacientovega napredka (str. 101–110). Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti. Pridobljeno 7. 9. 2019, s http://sekcija-ms-v-rehabilitaciji-in-zdraviliski-dejavnosti.si/attachments/045_Zbornik%202017.pdf.
 15. Scott - Thomas, J., Hayes, C., Ling, J., Fox, A., Bouflower, R. in Graham, Y. (2017). A practical guide to systematic wound assessment to meet the 2017–2019 CQUIN target, 31 (5), 30–34. Pridobljeno 4. 5. 2019, s <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=14&sid=594b4812-d080-49d1-9bf3-a40ab4c8a81b%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=126140192&db=c8h>.
 16. Ule, M. (2003). Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej.
 17. Upton, R., Upton, P. in Alexander, R. (2016). Well-being in wounds inventory (WOWI): development of a valid and reliable measure of well-being in patients with wounds. *J Wound Care*, 25 (3), 114, 116–120. Pridobljeno 8. 4. 2019, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26947691>.
 18. Velju, S., Kröpfl, J. in Vrbnjak, D. (2019). Sodobni pristopi k zdravljenju bolnikov s kroničnimi ranami v ambulantnem okolju v splošni bolnišnici dr. Jože Potrč & quot. *Ptuj. Albanski časopis za travme in nujne primere Kirurgija*. 3 (1), 305–314. <https://doi.org/10.32391/ajtes.v3i1.35>.
 19. WHO (2019). *Measuring Quality of Life, Introducing the WHOQOL instruments*. Pridobljeno 19. 2. 2020, s <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.
 20. Zaloker&Zaloker. (n.d.). Pridobljeno, s <https://www.zaloker-zaloker.si/sl/oskrba-ran-in-sportne-poskodbe/zanimivosti-in-nasveti/sodobne-obloge-za-rane-om>.

Komunikacija in medosebni odnosi v zdravstvu

UDK 614.2+316.772.4

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, medosebni odnosi, zdravstveni delavci

POVZETEK - Komunikacija za večino predstavlja nekaj kar je samoumevno, saj se vendarle učimo komunicirati od rojstva. Pomena komunikacije se včasih premalo zavedamo, saj je večina človekovih dejanj odvisnih od rezultatov komunikacije. Veščin komuniciranja se je potrebno naučiti, saj z verbalno ali neverbalno komunikacijo sogovorniku sporočamo tisto, kar bi želeli ali ne. Komunikacija v zdravstvu ima poseben pomen, ker poteka med zdravstvenim osebjem in pacienti, med zaposlenimi v zdravstvu ter med zaposlenimi in drugimi obiskovalci. Komunikacija tako vpliva na medosebne odnose in njihov razvoj. Medosebni odnos je odnos med dvema ali več ljudmi. Ohranjanje dobrih medosebnih odnosov je zelo pomembno. V službi preživimo veliko svojega časa, zato so medosebni odnosi toliko bolj pomembni. Če na delovnem mestu vladajo dobri medosebni odnosi, je zadovoljstvo, zavzetost ter karierni uspeh zagotovljen.

UDC 614.2+316.772.4

KEYWORDS: communication, interpersonal relationships, healthcare workers

ABSTRACT - For most people, communication is something that goes without saying, because we learn how to communicate from birth. However, we are sometimes unaware of the importance of communication, as most human actions depend on or are the result of communication. Communication skills need to be learned, because with verbal or non-verbal communication we communicate to the interlocutor what we would like or not. Communication in healthcare is of particular importance as it takes place between healthcare staff and patients, between healthcare professionals and between employees and other visitors. Communication thus influences interpersonal relationships and their development. An interpersonal relationship is a relationship between two or more people. Maintaining good interpersonal relationships is very important. We spend a lot of our time at work, which is why interpersonal relationships are so much more important. If there are good interpersonal relationships in the workplace, satisfaction, commitment and career success are guaranteed.

1 Uvod

Za dobre medosebne odnose je potrebna primerna, učinkovita in uspešna komunikacija. Da bi bili uspešni v komuniciranju in pri vzpostavljanju dobrih medosebnih odnosov se moramo truditi, se učiti, na kakšen način in s kakšnimi sredstvi bi to dosegli. Uspešne komunikacije se s treningom in lastno voljo lahko naučimo. Vsekakor je komunikacija osnovni element s pomočjo katerega vzpostavljamo, gradimo in vzdržujemo medosebne odnose. Komunikacija je še toliko bolj pomembna v zdravstvu, kajti zdravstveni delavci so v stalnem stiku s pacienti in njihovimi svojci. Komunicirajo na več načinov, tako besedno kot nebesedno. Za dober medosebni odnos sta pomembni oba načina komuniciranja. Dober medosebni odnos med zdravstvenimi delavci je nujno potreben za kakovostno, varno in uspešno opravljanje dela.

2 Komunikacija

Komunicirati pomeni izmenjavati, posredovati misli, informacije, sporazumevati se. Komunikacija pomeni sredstvo, ki nam omogoča izmenjavo, posredovanje informacij, je komunikacijsko sredstvo. Sam pojem komuniciranje pa izhaja iz latinske besede *communicare*,

kar pomeni posvetovati se, razpravljati ali vprašati za nasvet. Komuniciranje je proces prenašanja informacij z medosebnim sporazumevanjem, ker se v komuniciranju odvija proces vzpostavljanja stikov in oblikovanja vzdušja razumevanja dveh oseb (Možina, Tavčar, Zupan in Kneževič, 2004, str. 20).

Komunikacija je proces učenja, saj se komunicirati učimo od rojstva naprej. Otrok, ki joka tudi komunicira. Skozi proces komunikacije razvijamo svojo osebnost, odkrivamo pričakovanja drugih do nas in naša pričakovanja v odnosu do drugih. Tako se s pomočjo komunikacije učimo vzajemnih odnosov. Vzajemnost se kaže v tem, da vsak izmed nas vnaša v proces komunikacije svoje telo, sposobnost za govor ter svoje možgane, ki so kot zakladnica znanja, preteklih in sedanjih izkušenj, s čimer so povezana vsa naša spoznanja in pričakovanja (Kristančič, 1999, str. 12).

Finneganova (2002, v Ule, 2005, str. 16) poudarja, da komuniciranje ni nekaj, kar je ali ni, to ni absoluten proces. Komuniciranje je stopenjsko oblikovano dogajanje. Zato je komuniciranje bolj ali manj namerno, zavestno, prepoznavno in vplivno. Poteka lahko vzporedno na različnih ravneh ali pač zaporedno po posameznih sekvencah vedenja. Komuniciranje se razvija in spreminja v času. Poteka lahko bolj ali manj standardizirano z več ali manj medsebojnega soglasja, ustvarjalnosti udeležencev ter na manjši ali večji oddaljenosti med njimi.

Zlasti medosebno komuniciranje poudarja Ule (2009, str. 15–16) zajema vse to in še več. Zato iz psihološke perspektive komuniciranje pravi Uletova definiramo kot dinamičen interakcijski proces, ki sloni na skupnem socialnem znanju vseh vpletenih v komunikacijskem procesu. Komuniciranje spreminja vedenje ljudi. V medosebnem komuniciranju gre za kompleksen socialno psihološki proces. To je posebna oblika socialne interakcije in socialne delitve pomenov.

Uspešno komuniciranje pravi Lapornik (2017, str. 8–10) zahteva štirje osnovne elemente, ki so v medsebojno interakciji. To so: oddajnik – tisti, ki oddaja ali proizvaja sporočilo, sprejemnik – ki sporočilo sprejme, sporočilo – je informacija, ki jo želi oddajnik predati sprejemniku in komunikacijski kanal – predstavlja pot, po kateri sporočilo potuje od oddajnika do sprejemnika, ki je aktiven v času, ko sporočilo potuje. Načini komuniciranja so lahko ustno, pisno, ustno in pisno (kombinirano) ter druge oblike komuniciranja, ki jih ponuja sodobna tehnologija.

Komunikacija je po mnenju Rungapadiachy (2003, str. 243–244) eno najbolj raziskanih področij človekovega vedenja, pa še vedno ni nič lažje opisati pomena komunikacije. Za uspešno komunikacijo je pomembno razumevanje udeležencev komunikacije. Razumevanje je ključna stvar, ki določa, ali smo v komunikaciji uspešni ali ne. Lahko mislimo, da smo vsi obdarjeni z komunikacijskimi spretnostmi, vendar to ni tako. Vsi nimajo zmožnosti medsebojnega razumevanja z drugimi ljudmi. To je spretnost, katere se je moramo naučiti, če želimo uspešno in učinkovito komunicirati. Ključni element medosebnih spretnosti je pravzaprav samozavedanje, ki je močno vpeto v vsako mikro komponento medosebnih odnosov. Med te komponente sodijo toplina, sprejemanje, pristnost, empatija, poslušanje, pozorno sledenje in odzivanje.

Še en pomemben element komunikacije izpostavlja Kristančič (1999, str. 13) so tudi čustva, saj lahko spodbujajo, izkrivljajo ali celo zavirajo medosebno komunikacijo. Začeti se je treba približevati lastnim čustvom, da nam bodo bolj jasna. Če so nam čustva jasna jih bomo tudi bolj dojemali. Da bi naše emocije bile jasne nam samim, je potrebno:

- prepoznati čustva v danem trenutku,
- zadržati ta čustvena stanja v celoti,
- verbalizirati čustva samim sebi,
- raziskati ta čustva v nas samih,
- vrednotiti lastna čustvena stanja,

- ugotoviti smer čustev in njihove moči.

Šele s takšnim približevanjem lastnim emocijam in nam samim sebi, mi pravzaprav omogočamo usklajeno delovanje vseh ravni komunikacije.

Komunikacija vedno poteka na dveh nivojih, in sicer na zavednem in nezavednem. Same besede, ki jih izgovarjamo med pogovorom z drugo osebo predstavljajo manjši del v izmenjavi informacij. Nebesedno sporočanje je bistveno bolj pomembno oz. ima večji vpliv na sogovornika. Zakaj je to tako? Ker na nebesedno sporočanje nimamo vedno največjega vpliva. Zato je pomembno, da sta naš notranji odziv in zunanje delovanje usklajena. Takšen način komunikacije se imenuje kongruentna ali odprta komunikacija, v kateri delamo tisto kar govorimo, oz. govorimo tisto kar čutimo in mislimo (Lapornik, 2017, str. 13–14).

To še posebej pride do izraza pri pogovoru s pacienti. Če je naša nebesedna govorica drugačna od besedne in se ne ujemata, bo pacient takoj začutil, da mu nekaj prikrivamo oz. da nismo iskreni z njim. Kadar naše nebesedno sporočanje ni v skladu z besednim bo naš sogovornik prej verjel naši telesni govorici, kot izgovorjenim besedam.

Odrpta komunikacija je komunikacija, v kateri sodelujejo misli, čustva in telo. Kristančič (1999, str. 14–15) pravi, da je odrpta komunikacija neposredna, vzajemna, iskrena, spoštljiva, strpna, odkrito vedenjska, s preverjenimi sporočili, z vzajemno interpretacijo. Zaprta ali inkongruentna komunikacija je; posredna, nejasna, nespecifična, omejena, vedno pritrdilna, obtožujoča, manipulativna. Glede na značilnosti odrpte in zaprte komunikacije Kristančič navaja trditev strokovnjakov, ki se ukvarjajo z medčloveško komunikacijo, da v današnjih medosebnih odnosih prevladuje tako imenovan zaprt sistem komuniciranja. Za takšen način komunikacije avtorica vidi vzroke kot; a) zanemarjanje pomena komunikacije za razvoj osebnosti in medosebnih odnosov in b) pomanjkljiva vzgoja in učenje komunikacijskih veščin.

V naših medosebnih odnosih naj bi strmeli k odrpti komunikaciji, saj nam odrpta komunikacija daje občutek varnosti, pripadnosti in individualnosti Kristančič (1999, str. 17–18). Pogoj zato je, pravi avtorica, da se sporazumevamo spontano s čustveno toplino, strpnostjo, spoštovanjem in iskrenostjo:

- Spontanost in čustveno toplino izkazujemo tistemu, s katerim smo v odnosu, hkrati mu sporočamo, da je dobrodošel in ga v vzajemnem odnosu sprejemamo in spoštujemo. Spontanost v komunikaciji zmorejo tisti, ki niso obremenjeni z nezadovoljenimi potrebami in obrambami.
- Strpnost je pomembna, zlasti če smo z osebo v nepretrganem odnosu. Strpnost omogoča ustvarjanje takšnega vzdušja, da sogovornik lahko pove tisto kar čuti in misli. Pokažemo jo tako, da se izogibamo obsojanju, kritiziranju ali moraliziranju druge osebe.
- Spoštovanje v medsebojnih odnosih omogoča bolj ustvarjalne in zadovoljive vzajemne odnose. Ko spoštujemo drugo osebo, mu pomagamo, da sprejme samega sebe, da se razvija, pridobiva nove zmožnosti in sposobnosti.
- Iskrenost pomeni aktivno zanimanje za drugo osebo v smislu, da jo sprejemamo z vsemi njenimi pozitivnimi in negativnimi lastnostmi, torej sprejemanje te osebe v celoti.

2.1 Komunikacija v zdravstvu

Način in uspešnost komuniciranja je odvisen od izkušenj, stališč, čustev, inteligentnosti, komunikacijskih veščin oz. spretnosti bodisi pri dajanju ali pri sprejemanju sporočil. Najverjetneje je, da imata udeleženca v komunikaciji različna stališča, izkušnje, mentalne sposobnosti ter komunikacijske spretnosti (Mumel, 2008, str. 44). Raven, način in obseg komuniciranja v procesu zdravstvene nege so odvisni od vseh udeležencev, vendar v odnosu zdrav-bolan človek, se mora prilagajati zdravstveni delavec. Prilagajanje v smislu vedenja pri komunikaciji, načina govorjenja in obsega informacij (Filipič, 1998, str. 223).

Komunikacija je zelo pomembna na vseh področjih našega življenja, vendar v zdravstvu ima poseben pomen. Že smo omenili, kaj vse je potrebno, da bi komunikacija potekala uspešno in da bi vsi udeleženci komunikacije bili zadovoljni. Poleg poslušanja in govorjenja je potrebno vključiti še čustva, kar Moller (2001, v Lorber in Skela Savič, 2011, str. 248) imenuje empatično komuniciranje. V raziskavi, ki je bila izvedena v štirih slovenskih bolnišnicah je bilo ugotovljeno, da je od vodje odvisno ali bo delo opravljeno uspešno in kakovostno, saj vodja mora poleg organizacijskih imeti še komunikacijske sposobnosti in veščine. Hkrati mora biti vodja sposoben aktivno, sprotno in učinkovito reševati konflikte (Lorber in Skela Savič, 2011, str. 248).

Klun (2010, str. 18) navaja ugotovitve Pahor (1989), kjer pravi, da so zdravniki odvisni od informacij, ki jih dobijo od medicinskih sester o pacientih, predvsem zato, ker medicinske sestre preživijo veliko več časa s pacienti kot zdravniki. Zato pomanjkanje informacij in neustrezne komunikacije lahko vpliva na izide zdravljenja.

Vpliv komunikacije se ne odraža samo na paciente ampak tudi na zaposlene in njihove medosebne odnose. Leskovic (2014, str. 32) poudarja, da bi dejavnost vodij v zdravstvu morala biti usmerjena k izboljševanju organizacijske klime, kulture ter spodbujanje boljših medosebnih odnosov, ki bi predvsem temeljili na odprti komunikaciji. Leskovic v nadaljevanju izpostavi ugotovitve Dobnik in Lorber (2011), ki pravita, da na pripadnost organizaciji vplivajo medosebni odnosi, komunikacija in zadovoljstvo zaposlenih. Klun (2010) je ugotovila, da zaposleni, ki niso zadovoljni s komunikacijo v svoji delovni organizaciji ne morejo kakovostno komunicirati s pacienti. Tako navaja ugotovitve raziskave, ki je bila izvedena 1995 med avstrijskim prebivalstvom o zadovoljstvu z zdravstvenim sistemom, kjer raziskava jasno pokaže nezadovoljstvo oz. moten odnos med prebivalstvom in zdravstvenim sistemom.

Zato Leskovic (2014, str. 30) opozarja in pravi, da so potrebne spremembe na področju komunikacije v zdravstveni dejavnosti. Da bi zdravstveni delavci izboljšali svoj način komunikacije se pravzaprav morajo zavedati lastnih napak, spremljati mnenje prebivalstva oz. širše javnosti. Zdravstveni delavci bi se morali zavedati celovitosti človeka in ga tako obravnavati. Vodstvo bi moralo zaposlovati ljudi z visoko stopnjo empatije in moralnih vrednot. Nujnost se kaže v povezovanju s humanističnimi vedami, ki podrobno opisujejo pomembnost komunikacije na področju zdravstva. Stanton (1986, v Rungapadiachy, 2003, str. 249) pravi, da je celoten namen komunikacije biti slišan, priznan, razumljen in sprejet.

3 Medosebni odnosi

Človek je socialno bitje. Od otroštva naprej ustvarja, gradi, vzdržuje in oblikuje odnose z drugimi ljudmi. Medosebni odnosi so nam potrebni, saj se s pomočjo odnosov razvijamo tako na osebнем kot profesionalnem nivoju. V odnose ljudi vgradijo del sebe in svojih čustev.

Na odnos močno vpliva način razmišljanja obeh partnerjev o njunem odnosu, torej njun odnos do odnosa. Kadar ena oseba pravi, da ima določen odnos do nekoga, običajno misli na zgodbo svojega dosedanega odnosa z drugo osebo ter izraža željo, da bi se ta odnos nadaljeval. Tukaj so vpletena čustva in afekti. V zgodbo odnosa so vpleteni vedenje, komuniciranje, mišljenje, čustva ter afekti partnerjev. Tako se odnosi razvijajo, ko partnerji medsebojno usklajujejo svoje vedenje, občutke, čustva, misli, in svoj odnos do odnosa. Do odnosa pa pride takrat, ko obe osebi ustvarita mentalno podobo odnosa ter se vedeta v skladu z njo. V odnosu razvijemo čustven odnos do druge osebe. Takrat se počutimo povezane in vpletene v življenja drugih. Odnosi temeljijo na zaupnosti, naklonjenosti, lojalnosti, empatiji, odgovornosti. V odnosu smo tedaj, ko se zavedamo skupne preteklosti odnosa in ko verjamemo, da ta odnos ima prihodnost. Za to raven predstav o odnosu je značilno poimenovanje odnosa, ki je lahko poslovni odnos,

prijateljski odnos, intimni odnos, kolegijski ter poimenovanje razmerij v njem. Na tej ravni govorimo o izboljšanju, poslabšanju odnosa, o konfliktnosti, napetosti v odnosu. To pomeni, da so odnosi v zavesti postali stvarnost (Ule, 2009, str. 358–359).

Človek je tako vpet v različne odnose z drugimi. Odnos s starši, odnos z otroki, odnos med prijatelji, odnos med znanci, odnos med sodelavci, odnos med nadrejenim in podrejeni, odnos med zdravnikom in pacientom. V vsakdanjem življenju vidimo, da je pogovor med ljudmi vedno težji, saj vlada nezaupanje. Za razvijanje medosebnih odnosov pa je potrebno usposabljanje, so potrebna srečanja, druženja, pogovori (Rojnik, 2010, str. 21).

Pri ustvarjanju odnosov ne gre za učenje in pridobivanje znanj, temveč je potrebno vse svoje danosti in znanja uporabiti za ustvarjanje odnosa. Ustvarjamo odnos vsakič, ko se srečamo s kakim človekom. Kakšen odnos ustvarjamo, pa je odvisno s kom smo v stiku. Vedno se odnos nanaša na določeno osebo in zato ga je treba sproti delati. Človekova ustvarjalnost zajema vsa življenjska področja in verjetno se premalo zavedamo, da med ta področja spadajo tudi medosebni odnosi. Odnos tako terja spremembe v načinu življenja, stališčih in prepričanjih, ki smo jim sledili ali smo pač verjeli, da so pravilna. Ko se ne zmoremo ali nočemo vživeti v nove naloge, ki nam jih prinese neki odnos, takrat nastopijo konflikti. Konflikti so tudi lahko spodbudni, takrat, ko iz njih ustvarimo še tesnejše in boljše vezi (Zalokar Divjak, 2001, str. 10–11).

3.1 Vpliv komunikacije na medosebne odnose v zdravstvu

Splošno je znano, da je komunikacija sredstvo, s katerim sleherni posameznik ustvarja medosebne odnose z drugimi ljudmi. S pomočjo komunikacije človek pošilja, sprejema in prenaša sporočila znana kot informacije (Andrade idr., 2019, str. 167). Komuniciranju se ne moremo odpovedati, ker so vsi naši čutni organi usmerjeni na sprejem različnih signalov pravi Ule (2009, str. 20). Mi pravzaprav ves čas komuniciramo z drugimi, tako da zavedno ali nezavedno pošiljamo sporočila drugim. Tudi, če ne želimo komunicirati, to s svojim vedenjem sporočamo. V literaturi je zaslediti več opredelitev komunikacije. Med drugimi je opredelitev Kristančič (1999, str. 12), ki pravi, da je komuniciranje odpiranje ene osebe drugi, kjer odkrivamo in se učimo, kdo je oseba na drugi strani in kdo smo mi. Zaradi tega je kakor pravi avtorica komunikacija edinstven in zelo pomemben dejavnik, ki določa odnose z drugimi.

Za vzdrževanje dobrih medsebojnih odnosov je izredno pomembna komunikacija med posamezniki. Od komunikacije je predvsem odvisno, kakšne medsebojne odnose gradimo. Kristančič (1999, str. 12) pa pravi, da je prav od komunikacije odvisno:

- kako bomo dosegli svoje cilje,
- kako bomo razvijali svoja notranja intimna doživljanja,
- kako bomo dosegli usklajenost s seboj in drugimi,
- kako bomo oblikovali odnose z drugimi ter
- kako bomo ustvarjalno reševali nasprotja in različnosti.

Pomemben element komuniciranja je poslušanje sogovornika. Poleg poslušanja moramo dodati še druge spretnosti pri komuniciranju, kot sta razumevanje čustev ter govorica telesa (Lorber in Skela Savič, 2011, str. 248). Čuk (2017, str. 20–22) pravi, da je komuniciranje ključna kompetenca posameznika in zaposlenih. Za uspešno komunikacijo so potrebne tudi nekatere druge ključne kompetence, kot so empatija in prijaznost, etičnost, funkcionalna pismenost, hitrost zaznavanja in fleksibilnost, informacijsko komunikacijska pismenost, jasno izražanje, komunikacijske sposobnosti. Poleg naštetih ključnih kompetenc so za uspešno komunikacijo in medosebne odnose enako pomembne naslednje kompetence, in sicer sodelovanje, medsebojno razumevanje, osredotočenost na uporabnike, stranke ter

organizacijske sposobnosti. Znati komunicirati pomeni prilagoditi svojo komunikacijo sogovorniku. Odkritost v odnosu je temelj medosebnega zaupanja poudarja avtorica.

Za razvijanje in ohranjanje dobrih medosebnih odnosov je pomembna predvsem odprtost, iskrenost, poštenost, zaupanje ter poznavanje in obvladovanje osnovnih veščin komunikacije. Z druge strani neustrezna komunikacija in pomanjkanje veščin komunikacije v odnosih lahko privede do osebnih, socialnih in delovnih sporov, ki vplivajo na družino, družbene odnose in organizacijo (Lapeña - Moñux, Cibanal - Juan, Maciá - Soler, Orts - Cortés in Pedraz - Marcos, 2015, str. 257). Vasconcelos idr. (2017, str. 4774) so ugotovili, da neučinkovita komunikacija na delovnem mestu povzroča nezadovoljstvo pri delu. Formosa (2015, str. 422) ugotavlja, da je dober izid komunikacije odvisen od načina komuniciranja, komunikacija pa osnova za učinkovito sodelovanje.

Balažic (2012, str. ii) je ugotovil, da komunikacija med zdravstvenim osebjem pomembno vpliva na medosebne odnose, pri tem pa izpostavi najpogostejše ovire pri komuniciranju, in sicer pomanjkanje časa, preobremenjenost in neučinkovit pretok informacij. Učinkovitost komunikacije je odvisna od tega, kakšen odnos se vzpostavi med partnerjema v odnosu, vrsta odnosa pa je odvisna od osebnostnih lastnosti vsakega od njiju Chichirez (2018, str. 122).

Če na delovnem mestu med zaposlenimi vlada dobro počutje in razpoloženje pri tem pa se počutijo še cenjeni, bodo zmogli tudi velike delovne zahteve pravi Zalokar Divjak (2001, str. 63). Na odnose med posamezniki vplivajo naslednji dejavniki (Možina idr., 2004, str. 83):

- sprejemanje poštene kritike,
- razumevanje in medsebojna pomoč,
- varno opravljanje dela,
- ugled, ki ga uživajo udeleženci,
- počutje v ožji delovni skupini,
- disciplina na delovnem mestu,
- možnosti posvetovanja ter
- spoštovanje osebnosti.

Odporna, poštena in učinkovita komunikacija vpliva na medosebne odnose in na uspešnost delovne organizacije. Tako Rešetič (2007) ugotavlja, da za doseganje večjega delovnega učinka so pomembni predvsem dobri medosebni odnosi med zaposlenimi, spoštovanje, soodločanje ter dobra delovna klima. Komunikacija je pomemben vir sodelovanja kakor na profesionalni tako na osebni ravni. Komunikacija, ki vključuje spoštovanje, zaupanje, možnost dogovarjanja, sodelovanja, pogajanja in sprejemanja različnih mnenj povečuje tudi zadovoljstvo pri delu ugotavlja Balažic (2012, str. 83). Primerna in učinkovita komunikacija med zdravstvenimi delavci pripomore doseganju ciljev organizacije in nedvomno komunikacija izredno pomembno vpliva na medosebne odnose med zdravstvenimi delavci Vasconcelos idr. (2017, str. 4773).

4 Zaključek

O komunikaciji in medosebnih odnosih je napisano veliko literature. Prav tako so opravljene številne raziskave o komunikaciji in medosebnih odnosih pa vendarle se ne zavedamo, koliko sta pravzaprav komunikacija in medosebni odnosi medsebojno povezana. Veliko svojega časa preživimo v službi vpeti v različne medosebne odnose in hoteli mi to ali ne, smo vsakodnevno v komunikaciji z drugimi. Zaradi tega nam je veliko lažje preživeti ta čas, če na delovnem mestu vlada dobra komunikacija in dobri medosebni odnosi. Verjetno smo se vsi našli v situaciji, da se kdaj pa kdaj ne razumemo, s kakšnim sodelavcem ali nadrejenim in smo zaradi tega z odporom hodili v službo. Vendar, da bi izboljšali ta odnos moramo najprej začeti pri sebi in se vprašati, kaj in kako lahko ta odnos naredimo uspešnega. Najprej je potrebno spremeniti svoj

način komuniciranja, kajti če smo prijazni in spoštljivi do sogovornika je malo verjetno, da nazaj ne dobimo prijazne in spoštljive komunikacije. Torej, s komunikacijo lahko izboljšamo svoje medosebne odnose. Spoštljiva, odprta, poštena, pristna in empatična komunikacija je nedvomno ključ za uspeh in temelj dobrih medosebnih odnosov.

LITERATURA

1. Andrade, W. V., Maia, G. V. P., Faria, F. M. C., Fernandes, M. L., Roquete, F. F. in Silva, K. R. (2019). Communication between managers and teams of emergency care units. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 13, 166–170. Pridobljeno 2. 10. 2020, s http://cmk-proxy.mf.uni-lj.si:2989/ehost/pdfviewer/pdf_viewer?vid=3&sid=2526bfe9-15f9-457b-bdc7-176e1e93b2e3%40sessionmgr101.
2. Balažic, I. (2012). *Negovalni tim in komunikacija v zdravstveni negi (Magistrsko delo)*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Chichirez, C. M. (2018). Interpersonal comunicaton in healthcare. *Journal of Medicine and Life*, 11 (2), 119–122.
4. Čuk, V. (2017). Komunikacija v zdravstvu. V V. Bračko (ur.), *Urgentni pacient – od generacije do generacije*. Terme Čatež, 19. in 20. oktober (str. 15–23). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
5. Filipič, I. (1998). Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 32 (5/6), 221–225.
6. Formosa, C. (2015). Understanding power and communication relationships in health settings. *British Journal of Healthcare Management*, 21 (9), 420–424. Pridobljeno 1. 10. 2020, s http://cmk-proxy.mf.uni-lj.si:2989/ehost/detail/detail?vid=38&sid=27e50649-ba55-4f3b-983f-78310841f482%40pdc_vssesmgr03&bdata=Jmxhbmc9c2wmc2l0ZT1laG9zdC1saXZ.
7. Klun, N. (2010). *Vpliv komuniciranja na zadovoljstvo zaposlenih – študija primera (Magistrska naloga)*. Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za management.
8. Kristančič, A. (1999). *Individualna in skupinska komunikacija*. Ljubljana: Združenje svetovalnih delavcev Slovenije.
9. Lapeña - Moñux, Y. R., Cibanal - Juan, L., Maciá - Soler, L., Orts - Cortes, M. I. in Pedraz Marcos, A. (2015). Interpersonal relations and nurses' job satisfaction through knowledge and usage of relational skills. *Applied Nursing Research*, 28 (4), 257–261. Pridobljeno 10. 10. 2020, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Interpersonal+relations+and+nurses%27+job+satisfaction+through+knowledge+and+usage+of+relational+skills>.
10. Lapornik, K. (2017). *Učinkovita komunikacija – korak do sočloveka in uspeha*. Pridobljeno 1. 10. 2020, s https://www.zlu.si/uploads/Dokumenti/Gradivo_Ucinkovita%20komunikacija%20-%20korak%20do%20uspeha%20in%20socloveka%20v_1.0.pdf.
11. Leskovic, L. (2014). Komunikacija, ki zagotavlja zadovoljstvo pacienta in zaposlenih. V *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi* (str. 30). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
12. Lorber, M. in Skela Savič, B. (2011). Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45 (4), 247–252.
13. Možina, S. (2002). *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
14. Možina, S., Tavčar, M., Zupan, N. in Knežević, A. N. (2004). *Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti*. Maribor: Obzorja, založništvo in izobraževanje.
15. Mumel, D. (2008). *Komuniciranje v poslovnem okolju*. Maribor: De vesta.
16. Nastra - Ule, M. (1993). *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
17. Rešetič, J. (2007). Motivacijski dejavniki za kakovostno zdravstveno nego med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami. V *Komunikacija in kakovost v pediatrični zdravstveni negi*, (str. 73). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
18. Rungapadiachy, D. M. (2003). *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy.

19. Ule, M. (2005). Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
20. Ule, M. (2009). Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
21. Vasconcelos, M., Caldana, G., Lima, E., Marques, L., Bernardes, A. in Gabriel, S. (2017). Communication in the relationship between leaders and lead in the context of nursing. *Journal of Nursing UFPE*, 11(11), 4767-4777. Pridobljeno 1. 10. 2020, s <http://cmk-proxy.mf.uni-lj.si:2989/ehost/results?vid=27&sid=27e50649-ba55-4f3b-983f-78310841f482%40pdc-v-sessmgr03&bquery=relationships+and+communication>.
22. Zalokar Divjak, Z. (2001). Jaz in ti: medosebni odnosi v sodobnem času. Krško: Gora.
23. Zalokar Divjak, Z. in Rojnik, I. (2010). Pedagoški in didaktični vidiki vzgoje. Ljubljana: Teološka fakulteta.

Mnenje študentov o (ne)ustreznosti online izvedbe študija visokošolskega strokovnega programa zdravstvena nega

UDK 378.091.3:004:614.2

KLJUČNE BESEDE: študenti rednega in izrednega študija, visokošolski strokovni program, zdravstvena nega, online študij

POVZETEK - V prispevku predstavljamo rezultate raziskave o zadovoljstvu 228 študentov visokošolskega strokovnega programa zdravstvena nega z online študijem. Za uporabo različnih oblik študija je bilo pred izvedbo online študija usposobljenih samo 34 % študentov. Med prednostmi online študija so prepoznali dejstvo, da niso izgubljali časa za vožnjo do fakultete ($\bar{x} = 4,4$), zaradi česar so imeli nižje stroške ($\bar{x} = 4,0$), lažje so usklajevali študijske in družinske obveznosti ($\bar{x} = 4,4$), imeli so možnost časovne prilagodljivosti ($\bar{x} = 4,4$) in se »učili« samodisciplini ($\bar{x} = 4,4$). Med pomanjkljivostmi pa so navedli pomanjkanje osebnega stika z učitelji ($\bar{x} = 3,8$), pomanjkanje osebnega stika s študijskimi kolegi ($\bar{x} = 3,7$), prepuščenost lastni iznajdljivosti ($\bar{x} = 3,4$) ter lastni samoiniciativi in samodisciplini ($\bar{x} = 3,2$). Menijo, da bi lahko predavanja (62 %) in seminarske vaje (58 %) tudi v prihodnje izvajali online, vendar jih je večina mnenja, da to velja za t.i. nestrokovne predmete. 40 % študentov bi se na fakulteto vpisalo tudi v primeru, če bi večino pedagoškega procesa izvajala online.

UDC 378.091.3:004:614.2

KEYWORDS: full and part time students, 1st cycle nursing program, online learning

ABSTRACT - In this paper we present the results of a survey on the satisfaction of 228 students of 1st cycle nursing programme with the online learning. Only 34% of students were trained to use various forms of learning before conducting online learning. Among the advantages of online learning, they recognized the fact that they did not waste time driving to college ($\bar{x} = 4.4$), which resulted in lower costs ($\bar{x} = 4.0$), making it easier to coordinate study and family obligations ($\bar{x} = 4.4$), had the possibility of time flexibility ($\bar{x} = 4.4$) and "learned" self-discipline ($\bar{x} = 4.4$). Among the shortcomings were the lack of personal contact with teachers ($\bar{x} = 3.8$), the lack of personal contact with study colleagues ($\bar{x} = 3.7$), being left with one's own ingenuity ($\bar{x} = 3.4$) and one's own self-initiative and self-discipline ($\bar{x} = 3.2$). They believe that lectures (62%) and tutorials (58%) could continue to be conducted online, but most of them believe that this applies to the so-called non-professional subjects. 40% of students would enroll in the faculty even if most of the pedagogical process was carried online.

1 Uvod

Slovenija v procesu transformacije v digitalno družbo ni med najbolj prodornimi državami. Indeks digitalnega gospodarstva in družbe za leto 2019 uvršča Slovenijo na 16. mesto v Evropski uniji. Z vidika zagotavljanja izobraževalnih priložnosti v skladu s potrebami digitalne družbe je posebej zaskrbljujoče, da zaostajamo pri razvoju človeškega kapitala in uporabi internetnih storitev (Bregar, Zagmajster in Radovan, 2020, str. 1–2).

Izobraževalni programi, ki jih danes ponujajo pri nas izobraževalne organizacije in drugi ponudniki izobraževanj, v glavnem še niso oblikovani tako, da bi omogočali učečim se pridobivanje zmožnosti, ki so potrebne v odprti, hitro se spreminjajoči in digitalizirani družbi (Bregar idr., 2020, str. 2). Ker je zaradi epidemije covid-19 uporaba informacijsko-

komunikacijske tehnologije (IKT) vsakdanja praksa, vprašanje pa je, koliko možnosti, ki jih IKT ponuja, dejansko tudi izkoristimo. Študenti se pri učenju v veliki meri poslužujejo multimedijskih spletnih učnih virov, preko katerih imajo možnost učenje povsem personalizirati in ga naravnati glede na svoje predhodno znanje, izkušnje pa tudi interes (Kiswarday, 2018, str. 71). Učitelje uvajanje IKT spodbuja k izboljšanju načina učenja z interaktivnimi in dinamičnimi viri, ki jim omogoča IKT ter zagotavlja več motivacije in bogatejšo izkušnjo učenja študentom (Brečko in Vehovar, 2008).

Online izobraževanje ni homogeno in v njem najdemo različne pristope. Nekateri so skladni z napredkom tehnologije, drugi pa temeljijo na različnih didaktičnih paradigmah (Krašna, 2015, str. 25). Ozaveščanje, da tehnologija sama po sebi ni bolj učinkovita in da količina multimedije ne prispeva nujno k boljšemu znanju, je dvignilo pomen pedagogike in didaktike. Dobili sta še dodatno nalogo, da izbereta ali razvijeta tako pedagoško delo, ki bo iz tehnološke danosti potegnilo največ koristi. To je vplivalo na pedagoške premike in na premike v didaktiki s ciljem, da v novih, tehnološko bolj razvitih okoliščinah, iščemo metode učinkovitega izobraževanja na vseh stopnjah formalnega izobraževanja. Pedagogika in didaktika lahko usmerjata razvoj učne tehnologije (Rebolj, 2008, str. 28). To je zelo pomembno, saj Daymont in Blau (2008) trdita, da online študij v primerjavi s klasičnimi predavanji nima večjega uspeha, poleg tega pa še od študentov zahteva veliko samodiscipline in organiziranost časa in študija. Zato tudi Bitenc, Werber in Urh (2020, str. 12) na podlagi lastne raziskave te ugotovitve potrdijo in predlagajo, da učitelji neprestano vzpodbujamo študente za samostojno, redno in sprotno delo. Ob tem pa ne smemo pozabiti na didaktična načela, po katerih se moramo ravnati za dobro izvedbo online študija (Jevnikar, 2015, str. 249; Volk, 2018, str. 41–42): učna aktivnost študentov, enotnost nazornega in pojmovnega, strukturiranost in sistematičnost pouka, racionalnost in ekonomičnost pouka, problemskost pouka ter učna diferenciacija in individualizacija. Med prednostmi online študija Bregar idr. (2020) prištevajo možnost izobraževanja, ki v tradicionalnih okoliščinah ne bi bilo izvedljivo (npr. epidemija covid-19), cenejšo organizacijo in cenejšo ter hitrejšo izpeljavo izobraževanja, boljše izrabo razpoložljive IKT, izboljšanje informacijske pismenosti predavateljev in študentov, možnost hitrega in praviloma preprostega prilagajanja izobraževalnih vsebin potrebam študentov, večja prožnost v času, kraju, tempu in vsebini izobraževanja, večja interaktivnost in hitrejši dostop do znanja iz različnih virov, možnost prilagajanja učnih pristopov študentovim potrebam, preglednost in dokumentiranost izpeljave pedagoškega procesa in njegova konsistentna izpeljava, vpeljevanje sodobnih pedagoških modelov in inoviranje pedagoškega procesa ipd.

Ker je Vlada Republike Slovenije sprejela odlok o začasni prepovedi zbiranja ljudi v zavodih s področja vzgoje in izobraževanja ter univerzah in samostojnih visokošolskih zavodih, s katerim je v letnem semestru 2019/2020 začasno prepovedala zbiranje ljudi na univerzah zaradi zaježitve in obvladovanja epidemije covid-19, smo na Univerzi v Novem mestu od marca 2020 izvajali celoten pedagoški proces online v obsegu, ki ga je omogočala ustrezna komunikacijska tehnologija.

2 Metodologija

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je preučiti mnenje študentov rednega in izrednega študija na visokošolskem strokovnem študijskem programu Zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.

Cilji raziskave so:

- preučiti zadovoljstvo študentov z izvedbo različnih oblik študija v času epidemije in poteka pedagoškega procesa online,
- preučiti zadovoljstvo študentov s sodelovanjem z učitelji v času epidemije in poteka pedagoškega procesa online,
- ugotoviti prednosti in pomanjkljivosti online študija, ki so jih zaznali študenti,
- ugotoviti učne enote, ki so po mnenju študentov primerne za online izvedbo.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Glede na namen in cilje raziskave smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako zadovoljni so bili študenti z izvedbo različnih oblik študija v času epidemije in poteka pedagoškega procesa na daljavo?
- Kako zadovoljni so bili študenti s sodelovanjem z učitelji v času epidemije in poteka pedagoškega procesa online?
- Katere prednosti online študija so zaznali študenti?
- Katere pomanjkljivosti online študija so zaznali študenti?
- Katere učne enote so po mnenju študentov najbolj primerne za študij na daljavo?

2.3 Metode in tehnike raziskovanja

Raziskava temelji deskriptivni in kavzalno-neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Izračunane so bile absolutne in relativne frekvence, pri lestvicah stališč pa povprečne ocene. Za tehniko zbiranja podatkov smo sestavili vprašalnik, pri čemer smo se opirali na teoretična izhodišča različnih avtorjev (Bregar idr., 2020; Istenič Starčič in Lebeničnik, 2020; Tratnik, 2016; Puhek in Amič, 2016). Študenti so ocenjevali zadovoljstvo z izvedbo različnih oblik študija, zadovoljstvo s sodelovanjem z učitelji v času epidemije in poteka pedagoškega procesa na daljavo ter prednosti in pomanjkljivosti online študija po modelu lestvice stališč.

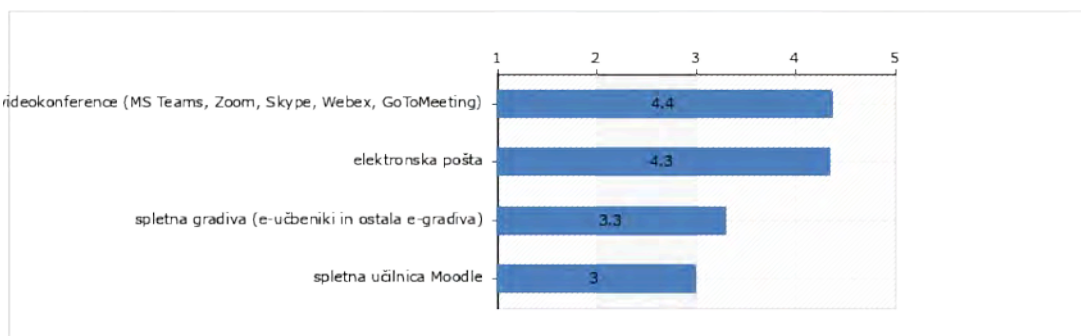
2.4 Vzorec

Osnovno populacijo vzorca predstavlja 356 rednih in izrednih študentov visokošolskega strokovnega študijskega programa zdravstvena nega. V raziskavi je sodelovalo 228 študentov, od tega 36 % rednih in 64 % izrednih. 48 % jih je v času anketiranja zaključevalo prvi letnik, 32 % drugi letnik in 20 % tretji letnik. Med njimi je bilo 79 % študentk in 21 % študentov. Ob pričetku online študija jih je bilo 34 % usposobljenih za uporabo različnih oblik online študija, 34 % jih je bilo usposobljenih delno in 32 % jih ni bilo usposobljenih. 61 % anketiranih študentov je bilo dovolj discipliniranih za online študij, 26 % delno in 13 % je bilo nediscipliniranih.

3 Rezultati raziskave in interpretacija

Zanimalo nas je, kako pogosto so študenti uporabljali različne oblike študija v času epidemije in poteka pedagoškega procesa online. Različne oblike študija so ocenjevali po pogostosti uporabe, pri čemer pomeni 5 – zelo pogosto, 4 – pogosto, 3 – občasno, 2 – redko in 1 – nikoli.

Graf 1: Pogostost uporabe različnih oblik študija v času epidemije in poteka pedagoškega procesa online

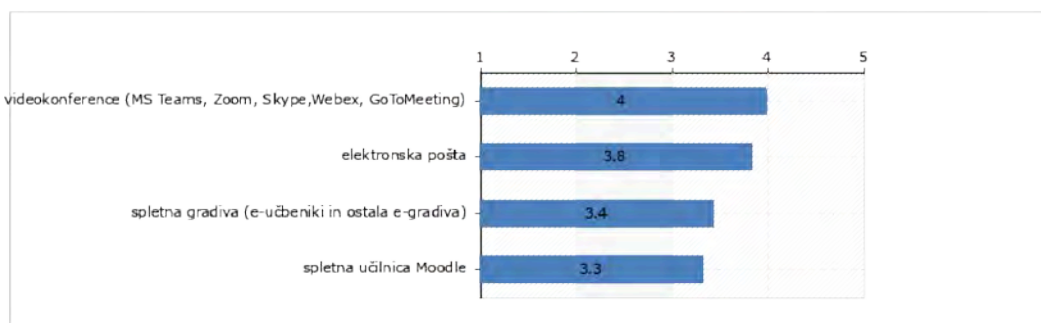


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Iz rezultatov je razvidno, da so študenti najpogosteje uporabljali videokonference ($\bar{x} = 4,4$) in elektronsko pošto ($\bar{x} = 4,3$), manj pa spletna gradiva ($\bar{x} = 3,3$) in spletno učilnico Moodle ($\bar{x} = 3$).

Zadovoljstvo z izvedbo različnih oblik študija so opredeljevali od 1 do 5, pri čemer pomeni 5 – zelo zadovoljen, 4 – zadovoljen, 3 – ne vem, ne morem se odločiti, 2 – nezadovoljen in 1 – zelo nezadovoljen.

Graf 2: Zadovoljstvo z izvedbo različnih oblik študija v času epidemije in poteka pedagoškega procesa online

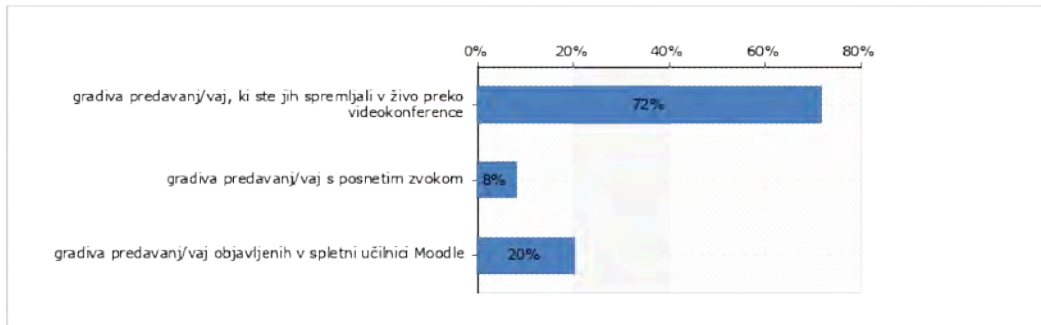


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Študenti so bili najbolj zadovoljni z videokonferencami ($\bar{x} = 4,0$) in komuniciranjem po elektronski pošti ($\bar{x} = 3,8$), manj pa s spletnimi gradivi ($\bar{x} = 3,4$) in spletno učilnico Moodle ($\bar{x} = 3,3$).

Preverili smo tudi, katera gradiva so najpogosteje prejeli za učenje.

Graf 3: Gradiva za učenje online

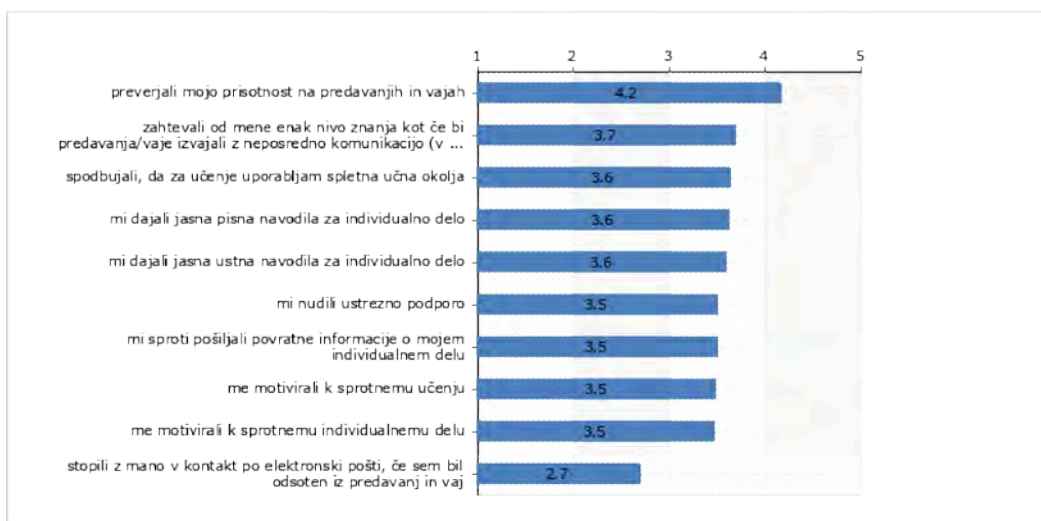


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Največ gradiv za učenje so prejeli od učiteljev ob spremljanju predavanj in vaj v živo prek videokonferenc (72 %), 20 % gradiva z objavo v spletni učilnici Moodle ter 8 % gradiva predavanj in vaj s posnetim zvokom.

Zanimalo nas je tudi, kako so sodelovali z učitelji in v kolikšni meri so jih le-ti vzpodbujali in motivirali v času online študija. Stopnjo strinjanja s trditvami so ocenjevali od 1 do 5, pri čemer pomeni 5 – zelo se strinjam, 4 – strinjam se, 3 – ne vem, ne morem se odločiti, 2 – se ne strinjam in 1 -se sploh ne strinjam.

Graf 4: Aktivnosti visokošolskih učiteljev v času online študija



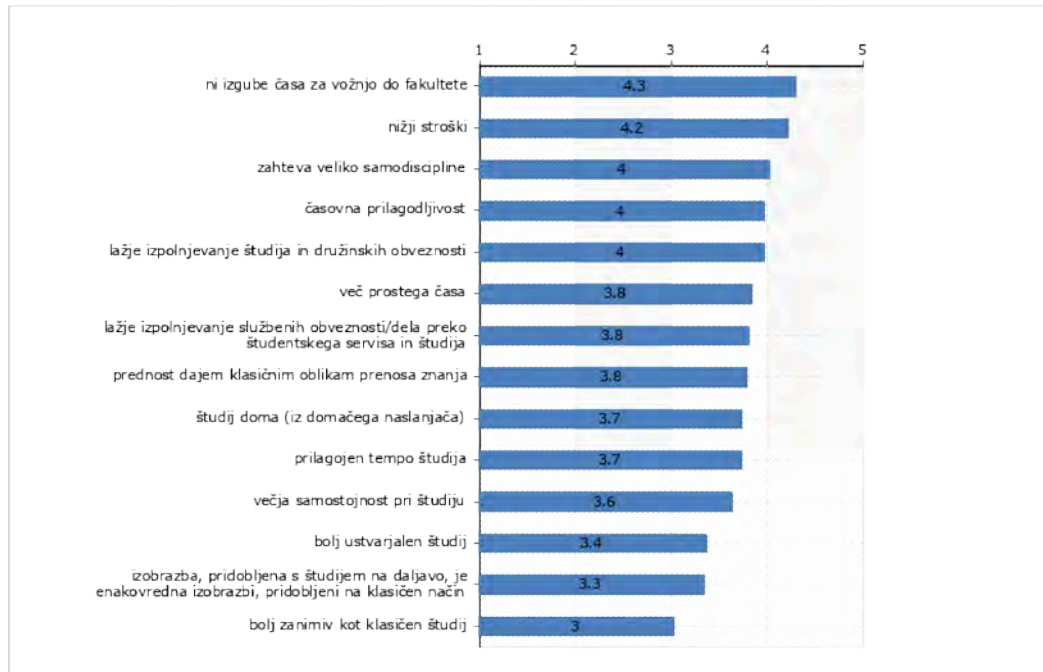
Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Učitelji so večinoma preverjali prisotnost študentov na predavanjih in vajah ($\bar{x} = 4,2$), zahtevali od njih enak nivo znanja, kot če bi pedagoški proces izvajali z neposredno komunikacijo ($\bar{x} = 3,7$), jih spodbujali k uporabi različnih spletnih učnih okolij ($\bar{x} = 3,6$), dajali jasna pisna in ustna navodila za individualno delo ($\bar{x} = 3,6$), manj sprotno pošiljali povratne informacije ($\bar{x} = 3,5$), malo manj intenzivno so nudili ustrezno podporo ($\bar{x} = 3,5$), motivirali študente k sprotnemu učenju ($\bar{x} = 3,5$) in jih motivirali k sprotnemu individualnemu delu ($\bar{x} = 3,5$). Ne strinjajo pa se s trditvijo, da so visokošolski učitelji stopili s študenti v kontakt, če so bili odsotni od predavanj in vaj ($\bar{x} = 2,7$).

Menijo tudi, da je bilo za online študij usposobljenih samo 30 % učiteljev, delno usposobljenih 42 % in neusposobljenih 28 %.

Študentom smo našteli 14 dejavnikov, za katere so se opredelili, v koliki meri so jih v času online študija doživljali kot prednost. Dejavnike so ocenjevali po pomembnosti od 1 do 5, pri čemer pomeni 5 – zelo pomembna prednost, 4 – pomembna prednost, 3 – delno pomembna prednost, 2 - pomembna prednost in 1 – povsem nepomembna prednost.

Graf 5: Prednosti online študija



Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Kot najpomembnejše prednosti so študenti opredelili časovni vidik (ni vožnje do fakultete ($\bar{x} = 4,3$) in nižji stroški ($\bar{x} = 4,0$)), sledijo samodisciplina, časovna prilagodljivost in lažje izpolnjevanje študijskih in družinskih obveznosti, ki so jih ocenili s povprečno oceno 4,0. Sledijo dejavniki več prostega časa, lažje izpolnjevanje službenih obveznosti oz. dela preko študentskega servisa in študija ter klasične oblike prenosa znanja, ki so jih ocenili s povprečno oceno 3,8. Kot prednost so prepoznali tudi študij doma in prilagojen tempo študija ($\bar{x} = 3,7$). Kot manj izrazite prednosti pa so ocenili dejavnike večja samostojnost pri študiju ($\bar{x} = 3,6$), bolj ustvarjalen študij ($\bar{x} = 3,4$), izobrazba pridobljena s študijem online se jim ne zdi enakovredna izobrazbi, pridobljeni na klasičen način ($\bar{x} = 3,3$), prav tako se jim online študij ne zdi zanimivejši od klasičnega študija v predavalnicah ($\bar{x} = 3,0$).

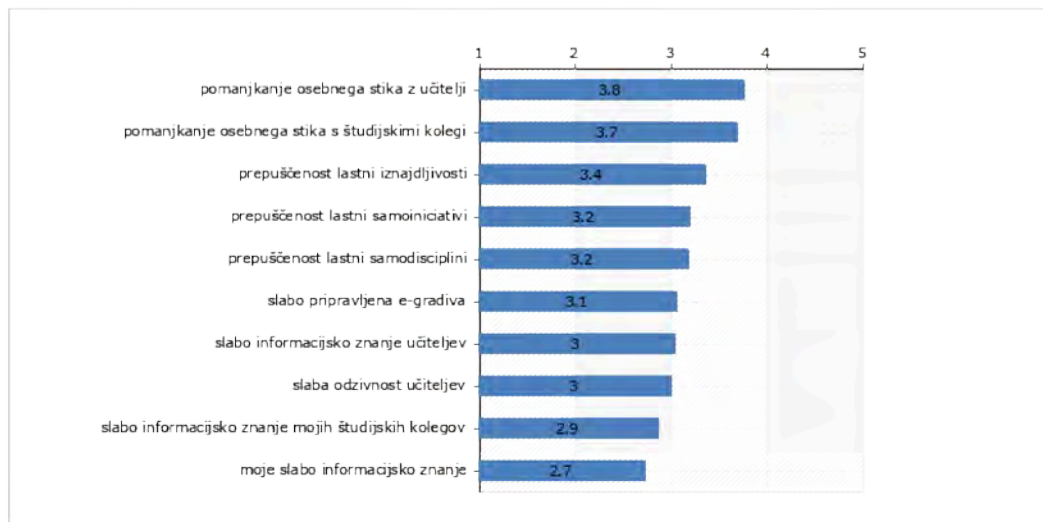
Študenti so dobili tudi možnost, da navedejo še druge prednosti. Izpostavili bomo le nekatere:

- »Prostega časa absolutno nisem imel več, saj sem dobil občutek, da imam še več dela, kot če bi študiral ‘v živo‘, poleg tega pa sem bil v službi še dodatno obremenjen in prostega časa nisem imel. Vsekakor pa online študij ni bil bolj zanimiv, kot tisti ‘v živo‘.«
- »Te prednosti niso tako pomembne, ki bi odtehtale koliko znanja več se pridobi na klasičen način. Socialna interakcija je zelo pomembna.«
- »Predvsem je bolj možno izvesti študentsko delo, ki je sproten zaslužek in praksa, hkrati pa imam še vedno čas za študij, lažje se uskladim.«
- »Meni osebno je bilo zelo lažje, ker mi je predstavitev seminarских nalog pred celotnim razredom predstavlja velik problem in mi je bilo doma iz naslonjača veliko lažje.«
- »Kakovost pridobljenega znanja se ne more primerjati s predavalnico.«

Študentom smo našteli 10 dejavnikov, za katere so se opredelili, v koliki meri so jih v času online študija doživljali kot pomanjkljivost. Dejavnike so ocenjevali po pomembnosti od 1 do

5, pri čemer pomeni 5 – zelo velika pomanjkljivost, 4 – velika pomanjkljivost, 3 – delna pomanjkljivost, 2 – nizka pomanjkljivost in 1 – sploh ni pomanjkljivost.

Graf 6: Pomanjkljivosti online študija



Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

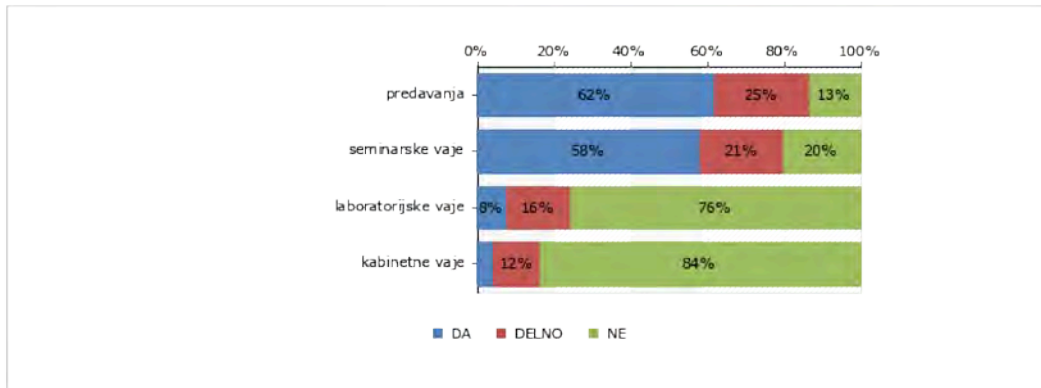
Med največjimi pomanjkljivostmi so študenti prepoznali pomanjkanje osebnega stika z učitelji ($\bar{x} = 3,8$) in s študijskimi kolegi ($\bar{x} = 3,7$). Kot pomanjkljivost so prepoznali tudi prepuščenost lastni iznajdljivosti ($\bar{x} = 3,4$), lastni samoiniciativnosti ($\bar{x} = 3,2$), lastni samodisciplini ($\bar{x} = 3,2$) in slabo pripravljena e-gradiva za študij ($\bar{x} = 3,1$). Motilo jih je tudi slabo informacijsko znanje in slaba odzivnost učiteljev ($\bar{x} = 3,0$), slabo informacijsko znanje njihovih študijskih kolegov ($\bar{x} = 2,9$) in njih samih ($\bar{x} = 2,7$).

Študenti so dobili tudi možnost, da navedejo še druge pomanjkljivosti. Izpostavili bomo le nekatere:

- »Težave so tudi v kakovosti interneta (pogoste motnje) in pogostih prekinitvah v času predavanj. Potem ne vemo, kaj je bilo še povedano. /.../«
- »Od predavanj preko spleta odnesemo veliko manj, saj ni praktičnih razlag in manjka stik z profesorjem.«
- »Če bi lahko snemali predavanja, bi lahko veliko več znanja absorbirali in lažje utrdili. /.../«
- »Nismo izvajali ocenjevanj preko računalnika - s tem je bil maj in junij prenaporen z vsemi izpiti za nazaj.«
- »Premalo miru doma.«
- »Težje sodelovanje oziroma spremljane predavanj, lažje si je zapomniti in slediti, če si v osebnem stiku.«

Zanimalo nas je tudi, za katere oblike študija anketirani študenti menijo, da bi bile primerne za izvajanje online študija.

Graf 7: Oblike študija, primerne za izvajanje online študija



Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

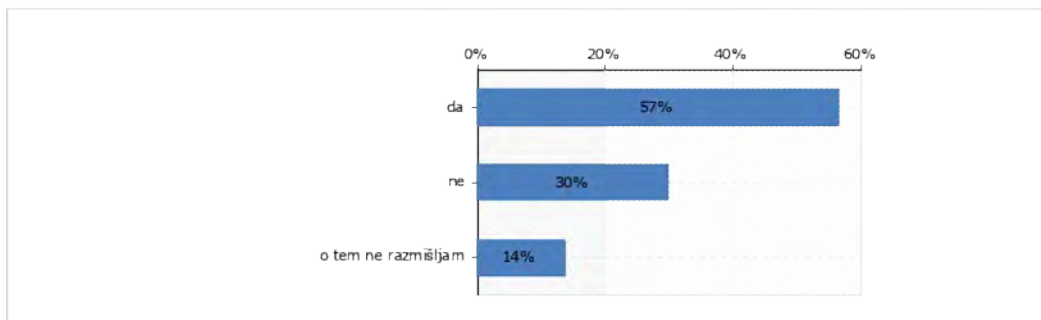
62 % anketiranih študentov meni, da so za online študij primerna predavanja in 58 % seminarske vaje. 76 % jih je mnenja, da izvedba laboratorijskih vaj in 84 % jih meni, da kabinetne vaje nikakor niso primerne za online izvedbo, kar je razumljivo, saj izvedba le teh zahteva poseben pristop in izvedbo.

Študenti so dobili tudi tukaj možnost, da navedejo predmete, pri katerih je po njihovem mnenju online študij najbolj primeren. Izpostavili bomo le nekatere njihove predloge:

- »Predmeti, kjer ni kabinetnih vaj.«
- »Predmeti, ki ne vsebujejo praktičnih oziroma strokovnih vsebin študijske smeri.«
- »Pri vseh družboslovnih predmetih, kot so strategije poučevanja, sociologija, etika...«
- »Predmeti, pri katerih je v večini obravnavana samo teorija (tzn - predavanja, znsng - predavanja, anatomija, fiziologija, patologija, mikrobiologija - predavanja, informatika - predavanja...).«
- »Družboslovnih predmetih.«
- »Pri teoretičnih predmetih (npr. javno zdravje, zakonodaja,...); kar pa se tiče predmetov zdravstvene nege pa mislim, da ni primerno (nmp, interna, kirurgija,...).«
- »Pri vseh predmetih je študij na daljavo primeren, vendar je v veliki meri odvisno od načina predavanja s strani profesorja.«
- »Pri vseh, če so ustrezno podane vsebine in gradiva, če dogovorjene stvari tudi držijo.«
- »Pri predmetih, kjer ni potrebno opravljati kabinetnih vaj in kliničnega usposabljanja.«
- »Študij na daljavo je po mojem mnenju primeren za vse predmete, razen za kabinetne vaje.«

Študente smo tudi vprašali, če bi se strinjali s tem, da tudi v prihajajočem študijskem letu del pedagoškega procesa na fakulteti izvedemo online.

Graf 8: Izvedba dela pedagoškega procesa na fakulteti online

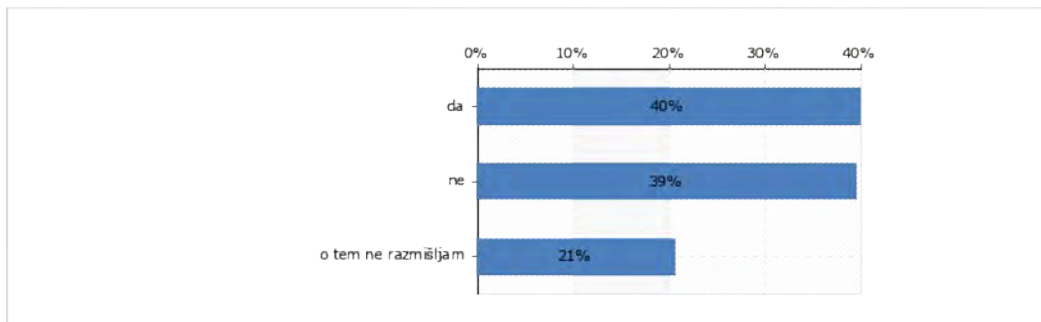


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Polovica anketiranih študentov (57 %) se je s tem predlogom strinjala, 30 % jih je bilo odločno proti, 14 % jih o tej možnosti sploh ni razmišljalo.

Na koncu smo jih še vprašali, ali bi se odločili za online študij, če bi ga fakulteta izvajala v celoti.

Graf 9: Odločitev za online študij v celoti



Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

40 % anketiranih študentov bi se za online študij odločilo, če bi ga fakulteta izvajala v celoti. 39 % jih temu nasprotuje, 21 % pa jih o tej možnosti sploh ni razmišljalo.

4 Sklep

Rezultati raziskave na vzorcu 228 rednih in izrednih študentov visokošolskega strokovnega študijskega programa Zdravstvena nega so pokazali, da so učitelji relativno dobro izpeljali online študij, glede na to, da so na fakulteti iz klasične oblike izvedbe pedagoškega procesa prešli na online obliko študija praktično »čez noč«. Ker ni bilo časa za pripravo ustreznih gradiv za online izvedbo in da ni bilo predhodnih priprav in izobraževanj o uporabi IKT, menimo, da so učitelji in študenti svoje delo dobro opravili.

Zagotovo pa rezultati raziskave kažejo na to, da se morajo vsi, tako učitelji kot študenti, na online obliko študija predhodno ustrezno pripraviti in se zavedati, da ima ta oblika tako svoje prednosti kot pomanjkljivosti. Izkazalo se je pomanjkljivo znanje enih in drugih, kar jih mora vzpodbujati k samoiniciativnemu učenju za uporabo različnih oblik online študija. Učiteljem bo usposobljenost omogočala večje zadovoljstvo z organizacijo in izvedbo online študija, ki bo, glede na slabe epidemiološke razmere, za nekaj časa postalo njihov vsakdanji način komunikacije s študenti. Študente pa bo opolnomočila za suvereno uporabo vseh razpoložljivih orodij, s katerimi bodo lahko prišli do novih znanj, informacij in gradiv za študij.

Ključna omejitev raziskave je vzorec, ki ne dovoljuje, da bi rezultate posploševali na celotno populacijo rednih in/ali izrednih študentov študijskega programa Zdravstvena nega, razkrivajo le njihov pogled na to, kako so bili zadovoljni z izvedbo online študija, gradivi in učitelji, ki so izvajali pedagoški proces v nevsakdanjih razmerah. V prihodnje bi bilo zanimivo ob večjem in primerljivejšem vzorcu rednih in izrednih študentov ugotoviti, ali obstajajo statistično pomembne razlike v njihovih mnenjih o online študiju, predvsem v kontekstu prednosti in pomanjkljivosti izvedbe te oblike študija. Ključno za doseganje zadovoljstva in uspešnosti študentov bo lahko samo celostna podpora fakultete na pedagoškem, organizacijskem, tehničnem in administrativnem nivoju delovanja.

LITERATURA

1. Bitenc, I., Werber, B. in Urh, M. (2020). Kombinirano učenje – izkušnje in rešitve. *Uporabna informatika*, 28 (1), 3–13.
2. Brečko, B. N. in Vehovar, V. (2008). *Informacijsko-komunikacijska tehnologija pri poučevanju in učenju v slovenskih šolah*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
3. Bregar, L., Zagmajster, M. in Radovan, M. (2020). *E-izobraževanje za digitalno družbo*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
4. Dajmond, T. in Blau, G. (2008). Student performance in on-line and traditional sections of an undergraduate management course. V *Journal of Behavioral and Applied Management*, 9 (3), 275–295. Pridobljeno 8. 11. 2020, s https://www.researchgate.net/publication/242676476_Student_Performance_in_Online_and_Traditional_Sections_of_an_Undergraduate_Management_Course.
5. Istenič Starčič, A. in Lebeničnik, M. (2020). Investigation of university students' perception of their educators as role models and designers of digitalized curricula. *Human technology*, 16 (1), 55–91.
6. Jevnikar, U. (2015). E-izobraževanje. V E. Boštjančič, A. Potočnik in Šavrič, K. (ur.), *Organizacijska psihologija danes in jutri* (str. 243–259). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
7. Kiswarday, V. (2018). Uporaba IKT v procesu visokošolskega učenja za bolj doživeto razumevanje pomena prilagojenega učnega okolja in izboljšanje dostopnosti učinkovitega učenja otrokom s posebnimi potrebami. V S. Čotar Konrad in T. Štemberger (ur.), *Strokovne podlage za didaktično uporabo informacijsko-komunikacijske tehnologije in priporočila za opremljenost šol* (str. 71–76). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
8. Krašna, M. (2015). *Izobraževanje v digitalnem svetu*. Maribor: Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnosti, Filozofska fakulteta.
9. Puhek, M. in Amič, I. (2016). Pomen celostne podpore študentom pri v celoti spletno podprtem študiju na daljavo. V *Izboljševanje procesov učenja in poučevanja v visokošolskem izobraževanju: zbornik konference* (str. 134–139). Ljubljana: Center RS za mobilnost in evropske programe izobraževanja in usposabljanja.
10. Rebolj, V. (2008). *E-izobraževanje skozi očala pedagogike in didaktike*. Radovljica: Didakta.
11. Tratnik, A. (2016). E-izobraževanje z vidika študenta. V K. Aškerc idr. (ur.), *Izboljševanje kakovosti poučevanja in učenja v visokošolskem izobraževanju : od teorije k praksi, od prakse k teoriji* (str. 173–181). Ljubljana: Center RS za mobilnost in evropske programe izobraževanja in usposabljanja.
12. Volk, M. (2018). Interaktivna tabla. V S. Čotar Konrad in T. Štemberger (ur.), *Strokovne podlage za didaktično uporabo informacijsko-komunikacijske tehnologije in priporočila za opremljenost šol* (str. 39–42). Koper: Založba Univerze na Primorskem.

Pričakovanja starejših o integrirani negi in oskrbi

UDK 616-036.1-053.9+364

KLJUČNE BESEDE: starejši, kronično bolni, oskrba, lokalna skupnost

POVZETEK - Z intenzivnim staranjem prebivalstva in dolgoživostjo družbe se kaže potreba po zagotavljanju in razvoju podpornih storitev za starejše. Starejši naj bi imeli možnost izbire, da lahko ostanejo v svojem domačem okolju čim dlje ali da se preselijo v institucionalno varstvo. Vzpostaviti je potrebno model, ki bi intenzivno povezoval podsisteme z lokalnim okoljem ter integriral občane v skupno skrb za kakovostno in dostojanstveno staranje. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna je oskrba starejših, kronično bolnih v občini Metlika in česa si starejši v občini glede integrirane oskrbe v prihodnje želijo. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Kot instrument za raziskavo smo uporabili vprašalnik. Raziskava je potekala na primarni ravni zdravstvene dejavnosti v občini Metlika od septembra do novembra 2019. V njej je sodelovalo 83 starejših, kronično bolnih. Ugotovili smo, da se velika pričakovanja starejših kronično bolnih v prihodnje v občini Metlika kažejo v nižji ceni storitve pomoči na domu, prav tako v njeni dostopnosti in v vzpostavitvi dnevnega varstva in vzpostavitvi mobilne enote znotraj zdravstvenega doma za podajanje zelenih informacij o zdravstveni in socialni oskrbi na domu.

UDC 616-036.1-053.9+364

KEYWORDS: the elderly, the chronically ill, care, local community

ABSTRACT - With the intensive aging of the population and the longevity of society, there is a need to provide and develop support services for the elderly. The elderly should have the choice of remaining in their home environment as long as possible or moving to an institutional care. There is a need to establish a model that closely links the subsystems with the local environment and integrates citizens into a common concern for quality and aging in dignity. The aim of the research was to find out how the care of the elderly, chronically ill people in the community of Metlika looks like and what the elderly people in the community would like to see in the future with regard to integrated care. The research was based on a quantitative working method. We used a questionnaire as a research tool. The research was conducted at the primary level of health care in the municipality of Metlika from September to November 2019. It included 83 elderly, chronically ill people in the municipality of Metlika. We found out that the elderly, chronically ill people in the municipality of Metlika have high expectations for the lower costs of home care services as well as for their accessibility, further establishment of day care and the establishment of a mobile unit within the health center, where they could obtain information on health and social home care.

1 Teoretična izhodišča

Integrirana dolgotrajna oskrba je sistemsko povezana celota vseh virov in deležnikov za humano, finančno in kadrovsko vzdržno sodobno oskrbo ljudi, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakdanjih opravil zaradi bolezni, invalidnosti ali starostne onemoglosti (Integrirana dolgotrajna oskrba, 2019, str. 54). V javno razpravo je podan Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Le ta vzpostavlja nov steber socialne varnosti dolgotrajne oskrbe, ki nadgrajuje že obstoječe rešitve s ciljem celostne oskrbe uporabnika storitve ter krepi obstoječe rešitve institucionalnega varstva in pomembno izboljšuje dostopnost do oskrbe na domu. Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi prinaša pomemben nov sklop storitev za ohranjanje samostojnosti in preprečevanja poslabšanja stanja, ki se v celoti financirane iz javnih virov. Gre za storitve, ki predstavljajo preventivo z namenom čim daljšega ohranjanja samostojnosti posameznika in njegove čim bolj aktivne vloge v družbi.

Prav tako predlog tudi predvideva pomembno birokratsko razbremenitev in je za uporabnika bolj prijazen, saj že ocena opravičenosti praviloma poteka na domu zavarovanca. Uporabnik je v celotnem procesu aktiven partner pri načrtovanju kot izvajanju storitev, saj je namen zagotavljanje celostne oskrbe v okviru dolgotrajne oskrbe oblikovati storitev po potrebah in meri posameznika (Ministrstvo za zdravje, 2020, b. s.). Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi (2020, str. 22) zajema tudi organizacijo vstopnih točk za uveljavljanje pravic iz zavarovanja za dolgotrajno oskrbo. Z namenom zagotavljanja strokovnih in administrativnih nalog v zvezi z uveljavljanjem pravic iz dolgotrajne oskrbe bo najmanj na vsaki območni enoti Zavoda za zdravstveno zavarovanje organizirana enotna vstopna točka. Naloge vstopne točke se ločijo na strokovne naloge in administrativne naloge. Vstopna točka je ključna organizacijska struktura sistema dolgotrajne oskrbe, saj na enem mestu omogoča pregled nad mrežo izvajalcev dolgotrajne oskrbe, izvaja oceno upravičenosti do dolgotrajne oskrbe in nudi strokovno pomoč zavarovanim osebam in drugim deležnikom v povezavi z dolgotrajno oskrbo.

Informacije, ki jih zavarovana oseba oziroma drugi deležnik prejme na vstopni točki v lokalni skupnosti, vključujejo splošna dejstva in podatke ter posebno, osebi prirejeno svetovanje, s pomočjo katerega se zavarovana oseba seznanja s svojimi pravicami, izvajalci dolgotrajne oskrbe, možnostmi koriščenja pravic in posledicami izbora. Informacije ne vsebujejo reklamnih sporočil o storitvah ali izvajalcih in so brezplačne (Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi, 2017, str. 108, 104. člen). Predlogi sistemskih ukrepov na področju dolgotrajne oskrbe gredo v smeri vzpostavitve enotne vstopne točke z namenom, da se čim bolj centralizirajo informacije s področja zdravstva, socialnega varstva in dolgotrajne oskrbe ter postopki za upravičence naredijo čim preprostejši (Dolgotrajna oskrba, 2020, b.s.). Upravičenec do dolgotrajne oskrbe naj bo vedno aktiven član v procesu dolgotrajne oskrbe, ki se prepleta med formalnimi izvajalci dolgotrajne oskrbe, lokalno skupnostjo, izvajalci neformalne oskrbe, prostovoljci, sistemom zdravstva in socialnega varstva. Kakovostna dolgotrajna oskrba mora biti razpoložljiva, dostopna in dosegljiva vsem državljanom Slovenije, ki jo potrebujejo (Kobal Straus, 2019, str. 21).

Pogledi na potrebe ljudi v zvezi s procesom staranja so: živeti dlje časa in postati starejši, vzdrževati zdravje ter zadovoljevati individualne potrebe na osnovi novih vrednot, norm, vlog in stališč do življenja in aktivnosti. Socialne potrebe starejših se kažejo v vzdrževanju socialnih stikov z ljudmi, druženju in odnosih v socialnem okolju. Vedno večjo vlogo se pripisuje dejavnikom okolja pri zadovoljevanju potreb, tako starejši aktivno dosegajo cilje s spreminjanjem svojih življenjskih konceptov. Starejši pogosto čutijo potrebe po storitvah v zdravstvenem sistemu. Dokler ljudje neposredno izražajo svoje potrebe, jih je lažje zadovoljiti (Roljić in Kobentar, 2017, str. 17, v Draginc in Erjavec, 2020, str. 67–68). Ramovš (2011, str. 4–5, v Draginc in Erjavec, 2020, str. 68) opozarja, da ko govorimo o potrebah starejših ljudi, moramo vedno upoštevati vse človeške potrebe, ne glede na onemoglost ali invalidnost starejšega človeka. Izvajalci neformalne oskrbe so in morajo ostati pomemben člen zagotavljanja storitev dolgotrajne oskrbe. Ne le z vidika nujnega ohranjanja medgeneracijske solidarnosti in sodelovanja, humanosti in človečnosti, ampak tudi zaradi dejstva, da globalno primanjkuje kadra na področju storitvenih dejavnosti (Kobal Straus, 2019, str. 71).

V razvitih družbah je na voljo vse več novih možnosti pomoči, ter zagotavljanja varnosti in kakovosti bivanja starejših ljudi na njihovem domu (Schpolarich, 2016, str. 78). V Sloveniji je pomoč na domu namenjena pretežno starejšim osebam, ki se zaradi bolezni ali drugih težav, povezanih s starostjo ne morejo več v celoti oskrbovati ali negovati sami, niti tega v zadostnem obsegu ne zmorejo njihovi svojci ali sosedje. »Pomoč družini na domu obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru invalidnosti, starosti ter v drugih primerih, ko socialna oskrba na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo« (Zakon o socialnem varstvu, 2007). Z načrtovano in organizirano pomočjo se uporabniku ohranja zadovoljivo emocionalno in fizično počutje, saj

lahko le tako kakovostno biva v znanem okolju. Vsaj za določen čas mu ni potrebno biti v institucionalnem varstvu v zavodu, v drugi družini ali v drugi organizirani obliki varstva starejših (Hlebec, 2010, str. 766). V Diplomski nalogi je (Flego, 2007, str. 62) pri svoji raziskavi ugotovila, da nihče od anketiranih ni izkazal nezadovoljstva s časom prihoda, s obsegom prejete pomoči.

2 Metoda

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna je oskrba starejših, kronično bolnih v občini Metlika in česa si starejši v občini glede integrirane oskrbe v prihodnje želijo. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Za potrebe empiričnega dela so zbrani, analizirani in sintetizirani primarni in sekundarni viri. Primarni podatki za analizo so pridobljeni s tehniko anketiranja. Vir podatkov je tudi pregled domače in tuje literature ter internetnih baz (bibliografske baze podatkov, PubMed, Cobiss). Za zbiranje podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne ter znanstvene literature (Železnik in Rajčič, 2014; Babič, 2019). Vsebuje vprašanja zaprtega in odprtega tipa. Merske lestvice so najpogosteje uporabljene v družboslovnem raziskovanju kadar gre za ocenjevanje sklopa več trditev. Vprašanja z Likertovo lestvico se uporabljajo za merjenje stališč - od skrajno slabih do skrajno dobrih. Pri raziskovanju stališč ne merimo lastnosti posameznika ampak njegov odnos do določenega pojava. Prvi sklop vprašanj vsebuje demografske podatke (spol, starost). Drugi sklop je bil namenjen pridobivanju podatkov o potrebah po izvajanju oskrbe starejših kronično bolnih na domu v občini Metlika in zadovoljstvu starejših kronično bolnih s ponujenimi in izvedenimi storitvami na njihovih domovih. V četrtem sklopu so se vprašanja nanašala na pričakovanja starejših kronično bolnih glede oskrbe v prihodnje.

Raziskava je potekala na primarni ravni zdravstvene dejavnosti v občini Metlika. Predvideni raziskovalni vzorec je bil najmanj 100 starejših kronično bolnih v občini na njihovih domovih. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketiranje. Potekalo je na domovih starejših kronično bolnih v občini Metlika. Anketiranje je potekalo od septembra do novembra 2019. Diplomirane medicinske sestre, zaposlene v patronažni službi Zdravstvenega doma Metlika, smo zaprosili, da v času svojih obiskov starejših kronično bolnih na domovih v občini Metlika izvedejo anketiranje. Seznanili smo jih z namenom in cilji raziskave. Za izvajanje raziskave je bilo predhodno pridobljeno soglasje institucije. Sodelovanje v raziskavi je bilo popolnoma prostovoljno. Zagotovljena je bila anonimnost. Zbrane podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Office Excel, jih grafično prikazali v obliki tabel in grafov ter jih analizirali in ugotovitve zapisali v razpravi in zaključku. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so upoštevana etična načela raziskovanja.

3 Rezultati

V raziskavo je bilo vključenih 100 starejših kronično bolnih. Vprašalnik nam je vrnilo 83 anketirancev, od tega je bilo žensk 49 (59 %) in 34 moških (41 %). Le ti so bili razdeljeni v štiri starostne skupine, in sicer 4 (5 %) anketiranci so bili mlajši od 61 let (kronično bolni, imajo zagotovljen obisk vsaj trikrat tedensko s strani patronažne medicinske sestre), v starostno skupino od 61 do 70 let je bilo vključenih 26 (31 %) anketirancev, v starostno skupino 71 do 80 let 28 (34 %) anketirancev, v starostno skupino 81 do 90 let 21 (25 %) in 4 (5 %) anketiranci so bili starejši od 91 let.

Pri vsakodnevnih aktivnostih starejšim, kronično bolnim pomagajo družinski člani, sledijo sosedi in prijatelji, posameznikom pa tudi prostovoljci. Največ pomoči s strani družinskih članov potrebujejo pri nakupovanju, nabavi živil, pranju in likanju (71 %), spremljanju pri

obiskovanju prijateljev sorodnikov in manjših hišnih opravilih (69 %), pri organiziranju obiskov pri zdravniku in prevozu do institucij (67 %), obiskovanju srečanj, hobijev, spremljanju pri opravkih (banka, trgovina), kuhanju in pripravi obrokov, pomivanju posode ter čiščenju bivalnih prostorov in odnašanju smeti (65 %), pri nakupu in jemanju zdravil (63 %), nudenju finančne podpore (60 %), dalje pri umivanju celega telesa, kopianju (48 %), leganju v posteljo in iz nje (47 %), oblačenju in slačenju (45 %), hranjenju in uporabi stranišča in kopalnice (42 %).

Organizirano pomoč na domu prejema 27 (33 %) anketirancev, pomoči še nima organiziranih 56 (67 %) anketirancev. V nadaljevanju smo tiste anketirance, ki nimajo organizirane pomoči vprašali, ali jo potrebujejo. Od 56 anketirancev, bi pomoč potrebovalo 8 (14 %) anketirancev, 47 (84 %) trenutno ne potrebuje pomoči, 1 (2 %) anketiranec pa na vprašanje ni odgovoril. Anketiranci, ki prejemajo organizirano pomoč na domu, so zadovoljni z delom izvajalcev pomoči na domu (PV 4,3). Anketiranci se najbolj strinjajo s trditvijo »Izvajalci storitve pomoči na domu opravljajo svoje delo vestno« (PV 4,6), »Izvajalci storitve pomoči na domu znajo vzpostaviti spoštljiv odnos« (PV 4,5), »Izvajalci pomoči na domu so usposobljeni za delo z bolnimi ljudmi« in »Izvajalci storitve pomoči na domu svoje delo opravljajo kakovostno« (PV 4,4), »Izvajalci storitve pomoči na domu so dovolj usposobljeni za delo s starejšimi ljudmi« in »Izvajalec storitve na domu pri svojem delu uporablja ustrezne pripomočke« (PV 4,3), »Izvajalcem storitve pomoči na domu lahko zaupam, saj vedno varujejo osebne podatke«, »Izvajalec pomoči na domu prihaja točno« in »V naprej smo seznanjeni s prihodom izvajalca storitve pomoči na domu« (PV 4,2), »Izvajalec storitev pomoči na domu spoštuje časovni obseg, določen z dogovorom« in »Izvajalci storitve pomoči na domu se ne izmenjavajo pogosto« (PV 4,1). Starejši, kronično bolni kot tudi uporabniki storitev pomoči na domu niso zadovoljni s ceno opravljene storitve pomoči na domu (PV 2,4). Najmanj se strinjajo s trditvijo »Zmogel bi plačati večji obseg storitev pomoči na domu« (PV 1,7), dalje tudi s trditvami »Občina sofinancira storitve pomoči na domu v dovolj velikem obsegu« (PV 2,0), »Nisem seznanjen s ceno storitev pomoči na domu« (PV 2,3), »Storitve pomoči na domu zmorem v celoti plačati sam« (PV 2,6) in »Cena storitve pomoči na domu je ustrezna« (PV 2,9).

Največ anketirancev je izrazilo potrebo po pomoči in želijo si, da bi jim bila na voljo, ko jo bodo dejansko potrebovali. Kar nekaj jih je izrazilo precejšnjo finančno nedostopnost. Predvsem pa so zadovoljni, da je pomoč dostopna večini ljudem, ki za njo tudi zaprosijo, in da bi tako ostalo tudi v prihodnje.

Starejši kronično bolni poleg socialnih oskrbovalk na domu v prihodnje želijo, da je izvajalec oskrbe tudi fizioterapevt, za kar se je opredelilo 39 (30 %) anketirancev, dalje diplomirana medicinska sestra 28 (21%) anketirancev, tehnik zdravstvene nege (srednja medicinska sestra) 24 (18 %) anketirancev, delovni terapevt 19 (15 %) anketirancev in kineziolog 5 (4 %) anketirancev.

50 (60 %) anketirancev si v prihodnje želi nižjih cen storitev pomoči na domu, večje dostopnosti pomoči na domu si želi 33 (40 %) anketirancev, 30 (36 %) anketirancev dnevne varstva, vzpostavitev mobilne enote znotraj zdravstvenega doma za podajanje željenih informacij o zdravstveni in socialni oskrbi na domu 24 (29 %) anketirancev, vzpostavitev mreže prostovoljcev za pomoč starejšim 19 (23 %) anketirancev, vzpostavitev medgeneracijskega centra 15 (18 %) anketirancev in socialni servis 5 (6 %) anketirancev.

4 Razprava

Filipovič Hrast in Hlebec (2015, str. 16) opisujeta, kako je treba delati, da vzpostavimo dobro organizacijo opravljanja storitev. Da bi starejšim in drugim pomoči potrebnim ponudili

kakovostne storitve, moramo dobro poznati njihove želje in potrebe. Tudi organizacije, ki ponujajo socialno oskrbo na domu, morajo ustvariti tako organizacijsko okolje, ki bo socialnem oskrbovancem omogočilo kakovostno delo. Z raziskavo ugotavljamo, da so starejši in kronično bolni zadovoljni z oskrbo na domu, kar potrjujejo navedbe Filipovič Hrast in Hlebec (2015, str. 17) z raziskavo, ki nakazuje na zadovoljstvo uporabnikov z izvajalkami. Starejši kronično bolni navajajo, da izvajalci storitve pomoči na domu opravljajo svoje delo kakovostno in vestno, znajo vzpostaviti spoštljiv odnos, so usposobljeni za delo z bolnimi ljudmi, so dovolj usposobljeni za delo s starejšimi ljudmi in izvajalcem storitve pomoči na domu lahko zaupajo, saj vedno varujejo osebne podatke, kar potrjuje tudi Filipovič Hrast in Hlebec (2015, str. 17), da uporabniki storitev pomoči na domu izvajalkam zaupajo, da izvajalci nudijo ustrezno pomoč, prihajajo točno, namenijo dovolj časa opravljanju storitev, imajo dober odnos do uporabnikov in, da svoje delo dobro opravljajo. Enako je dokazano tudi v raziskavi Rajer (2015, str. 57, 59), kjer uporabniki ponovno izrazijo, da so zadovoljni z delom in odnosom socialnih oskrbovalk. Na vprašanje, od koga bi najraje prejeli dlje časa trajajočo pomoč, če bi lahko izbirali sami, jih je največ odgovorilo, da bi jo najraje prejeli od socialne oskrbovalke, nato od družinskih članov in na zadnjem mestu prostovoljcev ter samoplačniške zasebne storitve. Tudi Babič (2019, str. 43) ugotavlja, da so uporabniki pomoči na domu zadovoljni z delom izvajalcev pomoči na domu.

Velika pričakovanja in želje občanov oziroma starejših, kronično bolnih v prihodnje v občini Metlika, se kažejo v nižji ceni storitve pomoči na domu, prav tako pa njeni dostopnosti. Čeprav občina sofinancira pomoč, je občanom še vedno previsoka. Predvsem bi lahko izpostavili stanje, da je večina prebivalcev v občini svojo zaposlitev imelo v tekstilnih tovarnah in imajo posledično danes zelo nizke pokojnine. Otroci, so svoje zaposlitve našli v velikih urbanih naseljih, starejši pa so ostali doma. Neradi jih obremenjujejo s svojo telesno in fizično nemočjo, še manj pa s potrditvijo socialne nemoči. Kot je že ugotovila Babič (2019, str. 44), uporabniki nimajo drugačnih pričakovanj o pomoči na domu, z dosedanjimi storitvami so zadovoljni in jim te zadostujejo. Želijo si, da bodo storitve socialne oskrbe še naprej tako kakovostne izvedene, prav tako pričakujejo enake cene storitev oziroma cenejše storitve, več storitev za nižjo ceno, želijo si več ur oskrbe, ki pa je ne zmorejo plačati. Poleg navedenega si starejši, kronično bolni v občini želijo vzpostavitev dnevnega varstva, vzpostavitev mobilne enote znotraj zdravstvenega doma za podajanje željenih informacij o zdravstveni in socialni oskrbi na domu, vzpostavitev mreže prostovoljcev za pomoč starejšim, vzpostavitev medgeneracijskega centra in socialni servis. Starejši, kronično bolni si v občini v prihodnje želijo tudi dnevnega varstva, s katerim bi zagotovili nadzor, pomoč ali organizirano obliko bivanja le za določeno število ur dnevno zaradi odsotnosti svojcev.

Z raziskavo ugotavljamo, da si starejši kronično bolni poleg socialnih oskrbovalk na domu želijo, da je v oskrbo na domu vključen tudi fizioterapevt, diplomirana medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege, v manjši meri tudi delovni terapevt in kineziolog. Le ti, in sicer kineziolog, fizioterapevt, diplomirana socialna delavka in diplomirana delovna terapevtka so v okviru pilotnega projekta MOST že vključeni in pomagajo uporabnikom prilagoditi bivalno okolje ter pri večji samostojnosti v domačem okolju. Tako je primer dobre prakse v Krškem pod okriljem Centra za socialno delo Posavje, enota Krško. Namenjena je osebam, ki zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti, hude invalidnosti, kronične bolezni ali težje telesne in duševne motnje ne morejo oskrbovati in negovati sami, svojci pa take oskrbe ne zmorejo ali zanjo nimajo možnosti (Pomoč na domu-socialna oskrba na domu, b.d., b.s.).

Največ starejših, kronično bolnih v raziskavi si želi v oskrbi na domu fizioterapevta. O potrebi po tej storitvi navaja Jakovljevič (2011, str. 53), in sicer, da je telesna šibkost in krhkost sindrom, katerega pogostost in pojavnost s starostjo naraščata. Prehod iz opravilne neodvisnosti

v odvisnost od drugih zaradi telesne šibkosti in krhkosti je bodisi hiter ali počasen. Lahko se dogaja v domačem okolju, v domačem okolju, v domu starejših občanov, med bolnišničnim zdravljenjem ali po njem. Starejši kronično bolni imajo potrebe po dodatnih storitvah, kot tudi po dodatnih izvajalcih v oskrbi na domu, ki bi jim prinesel večjo vitalnost in fleksibilnost (delavni terapevt, fizioterapevt, kineziolog).

Prepričani smo, da bi z ustanovitvijo podobnega projekta kot je pilotni projekt Most v Krškem, naredili velik doprinos občanom v metliški občini. Verjamemo, da imamo v naši občini dovolj ustreznega kadra in volje za izpeljavo željenega in nujno potrebnega. Obravnava starejših in kronično bolnih bi bila tako v prihodnje še bolj celostna. Z razširitvijo programa oskrbe in vključitvijo drugih akterjev, bi bila oskrba celovitejša, kakovostnejša, pa tudi varnejša. Z vzpostavitvijo mobilne enote znotraj Zdravstvenega doma Metlika za podajanje informacij o zdravstveni in socialni oskrbi na domu, pa vidimo boljše sodelovanje z deležniki v lokalnem okolju za dobrobit starejših, kronično bolnih kot tudi ostalih občanov kot tudi večjo dostopnost in informiranje vseh potrebnih o oskrbi na domu na enem mestu. Tako bi vsak posameznik ali pa družinski član starejšega, kronično bolnega, ki se srečuje z različnimi situacijami in ne ve na koga se obrniti, dalje kje zaprositi za pomoč, upravičenost do pomoči, idr., pridobil vse potrebne informacije. Z obiskom na domu bi ustanovljeni tim lahko izdelal socialno zdravstveni načrt za uporabnika na domu. Predpogoj je sodelovanje izvajalcev, tako patronažnih medicinskih sester iz zdravstvenega doma in socialnih oskrbovalcev iz doma starejših občanov, kot tudi zdravnikom in drugih, kar navaja tudi Predlog Zakona o dolgotrajno oskrbi (2017, str. 10) »Sistem naj bi v povezavi s spremembami drugih sistemov socialne varnosti (zdravstva, socialnega varstva in pokojninskega varstva) omogočal in zagotavljal izvajanje dolgotrajne oskrbe kot integrirane dejavnosti vseh storitev, ki ljudem čim dlje omogočajo samostojno in varno življenje«. Zato bo potrebno izboljšati komunikacijo, medsebojne odnose med izvajalci zdravstvene in socialne oskrbe v lokalni skupnosti, ob tem pa ne smemo pozabiti na neformalne oskrbovalce, ki v večjem deležu pomagajo starejšim pri vsakodnevni aktivnosti. Vzpodbuditi pa bi morali tudi prostovoljstvo v občini, saj je bila pomoč prostovoljk, študentk Univerze v Nove mestu Fakultete za zdravstvene vede v okviru projekta Promocija prostovoljstva med mladimi za pomoč starejšim na domu, kratkotrajna. Študentke so starejšim nudile gospodinjo pomoč, pomoč pri temeljnih dnevni opravilih, večina pa je potrebovala pogovor in druženje, saj precej starejših živi samih in so osamljeni. Mladi so velik doprinos medgeneracijskim aktivnostmi, katere starejše ohranjajo pri vitalnosti.

LITERATURA

1. Babič, E. (2019). Zagotavljanje kakovostne socialne oskrbe na domu (Diplomska naloga). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Dolgotrajna oskrba. (2020). Pridobljeno 2. 10. 2020, s <https://www.gov.si/podrocja/zdravje/dolgotrajna-oskrba/>.
3. Draginc, A. in Erjavec, K. (2020). Neformalna oskrba starejših v lokalni skupnosti. Revija za zdravstvene vede, 7 (1), 67–68.
4. Filipovič Hrast, M. in Hlebec, V. (2015). Staranje prebivalstva: oskrba, blaginja in solidarnost. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
5. Flego, H. (2007). Zadovoljstvo uporabnikov z organizacijo in izvajanjem pomoči na domu na domu centra za socialno delo Koper (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
6. Hlebec, V. (2010). Oskrba starih med državo in družino: oskrba na domu. Teorija in praksa, 47, št. 4, 765–785.
7. Integrirana dolgotrajna oskrba (2019). Kakovostna starost, 22 (3), 54–56.

8. Jakovljevič, M. (2011). Fizioterapija (lahko) omogoči starejšim bolnikom hitrejše okrevanje in povrnitev samostojnosti. V M. Mencelj (ur.), *Bolezni in sindromi starosti 5* (str. 53–70). Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
9. Kobal Straus, K. (2019). Vloga izvajalcev neformalne oskrbe v dolgotrajni oskrbi. V U. Borišek Grošelj (ur.), *Socialni izzivi* (str. 69–71). Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije.
10. Kobal Straus, K. (2019). Vzpostavitev sistema integrirane, dostopne in učinkovite dolgotrajne oskrbe. V B. M. Kaučič, B. Filej, A. Presker Planko in K. Esih (ur.), *Integrirana dolgotrajna oskrba: odziv na potrebe dolgožive družbe v Sloveniji* (str. 21). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
11. Linkertova lestvica-Kje in kako se uporablja. Pridobljeno 26. 12. 2020, s <https://statisticneanalize.com/likertova-lestvica/>.
12. Ministrstvo za zdravje (2020). V Javno obravnavo posredovana predloga Zakon o dolgotrajni oskrbi in predlog Zakona o nalezljivih boleznih. Pridobljeno 25. 9. 2020, s <https://www.gov.si/novice/2020-08-21-v-javno-obravnavo-posredovana-predlog-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi-in-predlog-zakona-o-nalezljivih-boleznih/>.
13. Pomoč na domu-socialna oskrba na domu. (b.d.). Krško: Center za socialno delo Posavje, enota Krško. Pridobljeno s <https://www.csd-slovenije.si/csd-posavje/enota-krsko/pomoc-na-domu/>.
14. Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in obvezanem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. (2017). Pridobljeno 25. 9. 2020, s https://www.irssv.si/20102017_o_Z_o_dolg_oskrbi_JR.
15. Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi. (2020). Pridobljeno s <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=7885>.
16. Rajer, C. (2015). Analiza oskrbe starejših na domu-Center za socialno delo Krško (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
17. Schpolarich, D. (2016). Nega bolnika na domu: v objemu alzheimerjeve bolezni. Kranj: Narava.
18. Statistik. Kaj je Linkertova lestvica. Pridobljeno 25. 12. 2020, s <https://www.statistik.si/likertova-lestvica/>.
19. Zakon o socialnem varstvu (uradno prečiščeno besedilo). (2007). Uradni list RS, št. 3. Pridobljeno 2. 10. 2020, s svetovnega spleta <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO869>.
20. Železnik, D. in Rajčič, S. (2014). Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu. *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (3), 195–205.

Pregled rezultata provedenih meta-analiza u liječenju Patelarne tendinopatije

UDK 616.728.3-085

KLJUČNE RIJEČI: skakačko koljeno, operativne metode liječenja, neoperativne metode liječenja, pregled literature

POVZETEK - Patelarna tendinopatija ili skakačko koljeno sindrom je prenaprezanja kojeg karakterizira pojava boli u području prednje strane zgloba koljena na samom vršku patele. Nastanak patelarne tendinopatije smatra se multifaktorskim i u današnje vrijeme predstavlja jedan od najkompleksnijih medicinskih problema u sportu. Ponekad ovaj sindrom prenaprezanja može i okončati sportsku karijeru. U liječenju primjenjuju se različite neoperativne i operativne metode. Izbor liječenja često ovisi o stupnju tendinopatije i kvalitativnoj razini natjecanja u kojoj se sportaš nalazi. S obzirom da se rezultati pojedinačnih znanstvenih istraživanja o učinkovitosti pojedinih metoda liječenja često razlikuju pojavljuje se potreba za njihovom sintezom. Do sada je provedeno svega nekoliko kvantitativnih sinteza rezultata većeg broja istraživanja koja sumiraju podatke te ih meta-analitičkim pristupom obrađuju s ciljem usporedbe i utvrđivanja učinkovitosti različitih operativnih i neoperativnih metoda liječenja. Analizirajući sve takve radove terapija krvnom plazmom i vježbe ekscentričnog tipa preporučaju kao metode izbora u konzervativnom liječenju, dok se operativne metode preporučaju u slučajevima kada ostale metode ne postignu očekivane rezultate.

UDC 616.728.3-085

KEYWORDS: jumper's knee, operative treatment, non-operative treatment, literature review

ABSTRACT - Patellar tendinopathy or jumper's knee is an overuse syndrome manifested by knee pain located on the inferior pole of the patella. With multiple risk factors this syndrome is considered as one of the most complex medical problems in sports today. In some cases it can even end a sports career. Different operative and non-operative methods are used in the treatment of the patellar tendinopathy. The choice is usually based on the stage of the tendinopathy and the quality level of an athlete. Individual research often provides opposing results on the effects of different treatment methods, therefore there is a need for a synthesis of those results. So far, only a few quantitative syntheses of the results of a number of studies have been performed that summarize the data and process them with a meta-analytical approach, in order to compare and determine the effectiveness of different operative and non operative treatment methods. Analysing those studies, platelet-rich plasma therapy and eccentric exercise have been suggested as the methods of choice in the conservative treatment, while operative methods are recommended in cases when other treatment does not achieve the expected results.

1 Uvod

Patelarna tendinopatija (PT) sindrom je prenaprezanja koji se manifestira pojavom boli u području prednje strane zgloba koljena na samom vršku patele, tj. na polazištu patelarne sveze. Smatra se kako je patogeneza ovog stanja degenerativne prirode do koje dolazi zbog kontinuiranog prekomjernog opterećenja ekstenzornog mehanizma koljena (Dimnjaković idr., 2012). Ovo je specifično oštećenje kod sportaša i to ponajviše odbojkaša, kod kojih prevalencija pojave patelarne tendinopatije iznosi 40–50 % (Lian idr., 2005; Rutland idr., 2010; Zwerver idr., 2011). Ovaj sindrom može se također razviti kod košarkaša, nogometaša, sportaša u sportovima poput dizanja utega, plesa, skijanja, a istraživanja pokazuju da je ukupna prevalencija patelarne tendinopatije u sportaša 14–22 % (Lian idr., 2005; Rath idr., 2010).

Nastanak ove vrste sindroma prenaprezanja smatra se multifaktorskim, odnosno kombinacijom unutarnjih i vanjskih čimbenika. Vanjski rizični faktori odnose se na ukupnu količinu treninga, volumen opterećenja treninga, podlogu terena, okolinske uvjete, neprimjerenu obuću i opremu te pogreške u provedbi samog trenažnog procesa (Dimnjaković idr., 2012; Witvrouw idr., 2001). Kao unutarnji faktori nastanka uglavnom se navode mišićni disbalans, slabost mišića, nepravilnosti u duljini donjih ekstremiteta, smanjena fleksibilnost mišića fleksora i ekstenzora potkoljenice i stopala, koštane malformacije i loša tehnika doskoka (Witvrouw idr., 2001; Louw i Gimmer, 2006; Maffulli, Wong i Almekinders, 2003). U današnje vrijeme ovaj sindrom smatra se jednim od najkompleksnijih medicinskih problema u sportu (Woo idr., 2007). Jedan od razloga tome je nemogućnost sudjelovanja sportaša na treninzima i/ili natjecanjima radi boli i smanjene funkcije u području zglobova koljena koji u 33 % slučajeva traju više od 6 mjeseci, a u 19 % slučajeva i preko 12 mjeseci (Cook idr., 1997). U liječenje patelarne tendinopatije koriste se brojne neoperativne metode (Andriolo idr., 2018), a u slučajevima kada one ne postignu željene pozitivne učinke sportaši se često odlučuju i za invazivne operativne metode (Dimnjaković idr., 2012). Izbor metode liječenja često ovisi o stupnju tendinopatije i kvalitativnoj razini natjecanja u kojoj se sportaš nalazi.

Operativne metode uključuju artroskopije i otvorene tenotomije. Brockmeyer idr. (2015) sustavnim pregledom literature o rezultatima operativnih zahvata učinjenim kod sportaša s kroničnom patelarnom tendinopatijom utvrdili su uspješnost u visini 87 % (otvorena tenotomija) i 91 % (artroskopija). U istom radu autori navode kako se prosječno 78,4 % sportaša uspješno vratilo na sportske terene nakon otvorene tenotomije, odnosno 82,3 % nakon artroskopije. Prosječno vrijeme povratka na treninge i natjecanja nakon otvorene tenotomije iznosilo je 8,3 mjeseci, dok je nakon artroskopije iznosilo 3,9 mjeseci.

Neoperativne pak metode koje se najčešće koriste u liječenju patelarne tendinopatije uključuju različite tipove terapijskih vježbi, frikcijsku masažu, terapiju udarnim valom (ESWT), terapiju ultrazvukom, protuupalne terapije, terapiju gliceril trinitratom, kao i invazivne neoperativne metode poput liječenja injekcijama krvne plazme bogate trombocitima ili leukocitima (PRP - eng. platelete rich plasma) i tehnika »bušenjem« iglom (Dimnaović idr., 2012; Andriolo idr., 2018; Chen idr., 2019; Stasinopoulos i Stasinopoulos, 2004). PRP terapija i terapijsko vježbanje pokazale su se kao najučinkovitije neoperativne metode čemu u prilog govore aktualna istraživanja (Andriolo idr., 2018; Lim i Wong, 2018; Vander Doelen i Jellery, 2020; Mendoca idr., 2020). Osnovu konzervativnog (neinvazivnog) liječenja patelarne tendinopatije čine odmor od treninga i natjecanja, krioterapija, smanjenje opterećenja, unaprjeđenje tehnike skoka i doskoka, vježbe istežanja te sveobuhvatno jačanje donjih ekstremiteta od kojih se ističe primjena vježbi ekscentričnog tipa (Dimnjaković idr., 2012; Rath idr., 2010; Louw i Grimmer, 2006; Andriolo idr., 2018; Chen idr., 2019; Stasinopoulos i Stasinopoulos, 2004; Lim i Wong, 2018; Vander Doelen i Jellery, 2020; Mendoca idr., 2020). Najčešće korišteni protokol vježbi ekscentričnog tipa je izvođenje jednonožnih čučnjeva na silaznoj ploči nagiba od 25° s naglaskom na ekscentričnu fazu kontrakcije (Dimnjaković idr., 2012; Visnes i Bahr, 2007). Andriolo idr. (2018) u svome su radu istraživali učinke pojedinih neoperativnih metoda te su primijetili veći učinak ekscentričnih vježbi u kratkoročnom oporavku (< 6 mjeseci), dok je PRP terapija bila učinkovitija u dugoročnom oporavku (> 6 mjeseci) ispitanika. Panni, Tartarone i Maffulli (2000) preporučaju neoperativno liječenje patelarne tendinopatije u prvim fazama oporavka u trajanju od 6 mjeseci, nakon čeka ukoliko se takve metode ne pokažu učinkovitima, preporučaju operativno liječenje. U njihovom istraživanju 22 % sportaša, od ukupno 42 sudionika, se nakon neuspješnog neoperativnog liječenja odlučilo na operativni zahvat. Bahr idr. (2006) u svome su istraživanju utvrdili jednaku učinkovitost liječenja patelarne tendinopatije primjenom ekscentričnog treninga u odnosu na invazivnu metodu operativnim zahvatom. Autori u svom zaključku iznose stav kako u liječenju prije operativnog zahvata treba

započeti s nisko-rizičnim ekscentričnim treningom. U njihovom radu 5 od ukupno 20 sportaša, što čini 25 % ispitanika, nije bilo zadovoljno učincima konzervativnog liječenja, te je naknadno pristupilo operativnom zahvatu.

Poboljšanje funkcije koljena i smanjenje boli izvođenjem ekscentričnih čučnjeva, prema različitim autorima procjenjuje se učinkovitim u 50–70 % slučajeva (Stasinopoulos i Stasinopoulos, 2004; Visnes i Bahr, 2007). Ovakvi podaci govore u korist daljnje potrebe za usavršavanjem postojećih konzervativnih metoda liječenja patelarne tendinopatije. Uzimajući u obzir multifaktorsku etiologiju nastanka ovog sindroma primjena samo jedne konzervativne metode u liječenju patelarne tendinopatije često nije dostatna za potpuni povratak sportaša na sportski teren (Rutland idr., 2010; Vander Doelen i Jellery, 2020). Nedostatak egzaktnog protokola liječenja ovog sindroma prenaprezanja ukazuje na potrebu unaprjeđenja postojećih sustava rehabilitacije patelarne tendinopatije u smislu povećanja učinkovitosti oporavka i smanjenja vremena trajanja oporavka.

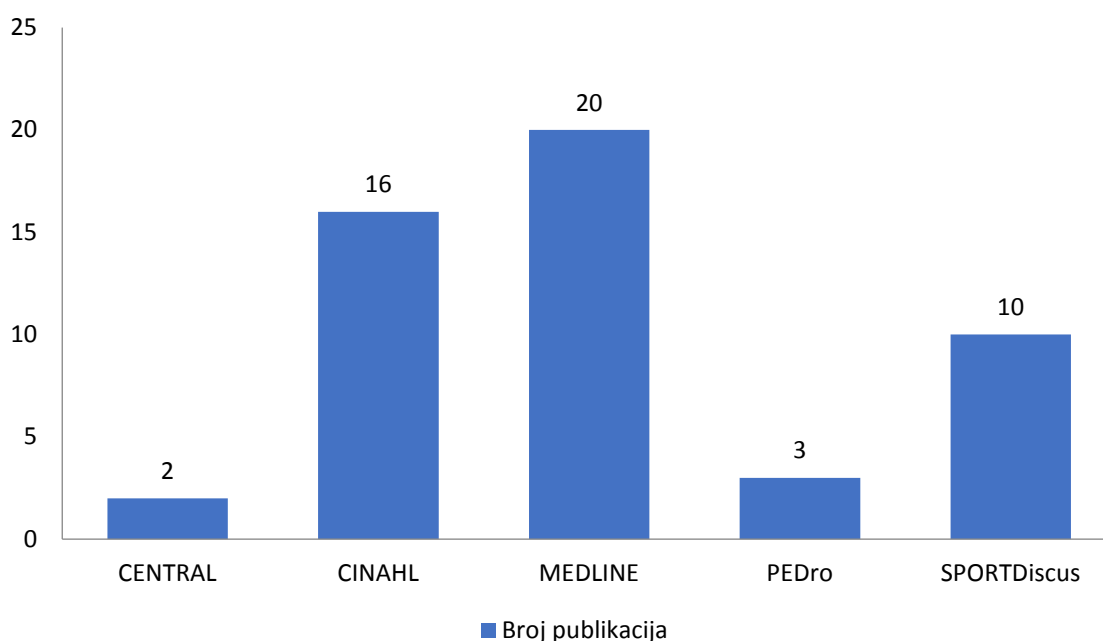
Najnovija istraživanja koja se provode na području liječenja patelarne tendinopatije dominantno su usmjerena na usporedne analize učinkovitosti pojedinih konzervativnih metoda liječenja u poboljšanju funkcije koljena i smanjenju boli (Stasinopoulos i Stasinopoulos, 2004; Lim i Wong, 2018). Također se provode i istraživanja u kojima se dvije konzervativne metode provode kombinirano (Thijs idr., 2017), te istraživanja o uvođenju novih terapijskih metoda u liječenje patelarne tendinopatije (Petrella, idr., 2017). Postoje mnogobrojne studije koje sustavnim pretraživanjem literature detaljno izvješćuju o kvalitativnim učincima liječenja no provedeno je svega nekoliko kvantitativnih sinteza rezultata većeg broja istraživanja korištenjem meta-analitičke obrade podataka s ciljem utvrđivanja i usporedbe učinkovitosti različitih operativnih i neoperativnih metoda liječenja (Andriolo idr., 2018; Mendoca idr., 2020).

Osnovni cilj ovoga rada je pregled rezultata provedenih meta-analiza u liječenju patelarne tendinopatije kako bi se utvrdila učinkovitost postojećih metoda liječenja, sagledali nedostaci u različitim pristupima liječenja te donijele preporuke za buduća istraživanja koja će se baviti ovakvom problematikom.

2 Metode rada

Sustavno pretraživanje literature provedeno je u periodu 1.-2. 5. 2020. Koristio se termin pretraživanja »patellar tendinopathy AND meta-analysis«, bez vremenskog i jezičnog ograničenja, u bazama podataka: MEDLINE (kroz bazu PubMed), CENTRAL (Cochrane Library), PEDro, SPORTDiscus (kroz bazu EBSCOhost), CINAHL (kroz bazu EBSCOhost). Jedan autor izvršio je pretraživanje literature. Primarni cilj bio je pretražiti sve dosadašnje radove koji meta-analitičkim pristupom uspoređuju pojedine metode liječenja patelarne tendinopatije kako bi se utvrdile dosadašnje znanstvene spoznaje u pogledu liječenja ovog sindroma prenaprezanja. Pretraživanjem navedenih baza podataka pronađen je ukupno 51 znanstveni rad (graf 1).

Graf 1: Broj pronađenih publikacija prema pojedinim bazama podataka



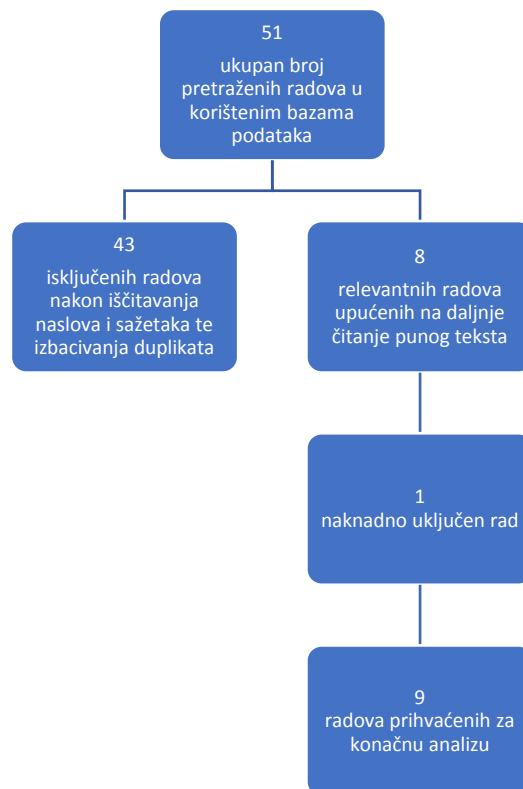
Od ukupnog broja publikacija, nakon izbacivanja duplikata i iščitavanja naslova i sažetka, autori su se usuglasili da će biti zadržano 8 relevantnih radova koji zadovoljavaju prethodno postavljen kriterij. Analizom referenci pronađen je jedan dodatan rad te je naknadno uključen. Za konačnu analizu zadržano je 9 znanstvenih radova. Dijagram toka pretraživanja literature prikazan je na slici 1.

Tablica 1: Popis radova uključenih u daljnju analizu

Metode liječenja	Autori uključenih radova
Konzervativne metode	Hickey idr., 2019; Mendoca idr., 2020; Woodley idr., 2007
Neoperativne metode	Andriolo idr., 2018; Chen idr., 2019; Chen idr., 2018; Dupley i Charalambous, 2017; Moraes idr., 2014
Operativne metode	Dan idr., 2019

Devet radova korištenih za potrebe daljnje analize grupirano je u podskupine prema metodama liječenja patelarne tendinopatije koje uspoređuju (tablica 1). Kao kriterij uzete su najčešće klasifikacije liječenja koje razlikuju operativne i konzervativne metode, te invazivne neoperativne metode liječenja. Tako je pronađeno tri rada koja analiziraju učinke konzervativnih metoda liječenja, pet radova koji analiziraju učinke različitih neoperativnih metoda liječenja i jedan rad koji analizira učinke operativnih metoda liječenja. U navedenih devet radova korišteno je ukupno 34 pojedinačna znanstvena istraživanja koja su zadovoljila kriterije uključivanja u daljnje analize.

Slika 1: Dijagram toka pretraživanja literature



3 Rezultati i rasprava

Detaljnou analizom rezultata radova uključenih u ovom pregledu aktualnih dostignuća primijećeno je da u tri (Dan idr., 2019; Moraes idr., 2014; Woodley idr., 2007) rada ne postoji kvantitativna sinteza rezultata već autori svoje zaključke donose na temelju rezultata pojedinačnih istraživanja. Razlog tome leži u činjenici kako postoji vrlo mali broj metodološki kvalitetno provedenih randomiziranih kontroliranih studija koje direktno istražuju učinke liječenja patelarne tendinopatije. Preostalih šest radova provode kvantitativnu obradu podataka i to usporedbom inicijalnih i finalnih rezultata mjerenja pojedinih metoda liječenja (Andriolo idr., 2018), mrežnom meta-analizom neoperativnih metoda liječenja (Chen idr., 2019), meta-analizom ekscentričnih vježbi u odnosu na ESWT (Hickey idr., 2019), meta-analizom konzervativnog liječenja u odnosu na minimalnu intervenciju, ostale metode i uz dodatne ekscentrične vježbe (Mendoca idr., 2020) te meta-analizu učinaka PRP injekcija u liječenju patelarne tendinopatije (Chen idr., 2018; Dupley i Charalambous, 2017). Rezultati koji proizlaze kvantitativnom obradom podataka gore navedenih istraživanja niske su razine sigurnosti (eng. low to very low certainty). Primarni razlozi koje autori navode su nestandardizirani protokoli liječenja u kojima se određene metode koriste na različite načine što ograničava donošenje zaključaka te mali broj ispitanika uključenih u istraživanja. Ostali razlozi koji se spominju, a koji ne pridonose izvođenjem kvalitetnih zaključaka odnose se na činjenicu kako se istraživanja uglavnom provode na muškoj populaciji, raspon dobi ispitanika je prevelik, ispitanici nisu isključivo sportaši ili su miješani sportaši različitih natjecateljskih rangova. Nedovoljno se kontroliraju i ostale varijable poput precizne anatomske lokacije simptoma boli, razine tjelesne aktivnosti ispitanika, izostanaka s treninga/natjecanja, zadovoljstvo pacijenata provedenom terapijskom metodom. Najčešće korištene kriterijske varijable odnose se na procjenu funkcije koljena pomoću standardiziranog VISA-P upitnika

(Visentini idr., 1998), te procjene boli putem vizualne analogne skale (VAS), a sve daljnje statističke obrade rezultata provode se prema tim dvjema varijablama. Niti jedan od pretraženih radova svoju kvantitativnu obradu podataka ne provodi koristeći neku drugu varijablu.

Rezultati uključenih radova potvrđuju trenutni trend u liječenju patelarne tendinopatije gdje je osnovna preporuka započinjanje liječenja financijski prihvatljivim i lako provodljivim konzervativnim pristupom primjenjujući protokol vježbi ekscentričnog tipa na silaznoj ploči 25° te primjenu vježbi istezanja (Andriolo idr., 2018; Mendoca idr., 2020; Hickey idr., 2020). Ukoliko terapijske vježbe ne pokažu zadovoljavajuće rezultate preporuča se terapija »suhih igala« (Chen idr., 2019) ili primjena invazivne metode u vidu injekcija krvne plazme – PRP (Andriolo idr., 2018; Chen idr., 2019; Mendoca idr., 2020). U slučaju kada niti jedna korištena metoda ne postigne odgovarajuće rezultate za pacijenta, preporuča se neka od operativnih metoda liječenja (Dan idr., 2019).

4 Zaključak

Liječenje patelarne tendinopatije dugotrajan je i kompleksan proces koji često uključuje kombinaciju različitih metoda kako bi se omogućio potpuni povratak na sportske aktivnosti. Uz navedeno potrebna je suradnja na relaciji liječnik, fizioterapeut i kineziolog/kondicijski trener gdje svaka struka svojim znanjima i sposobnostima može doprinijeti povratku sportaša na treninge i natjecanja. Liječnik treba donijeti preciznu dijagnozu na temelju kliničkih testova i ostalih procjena, isključujući druga bolna stanja koljenog zgloba, te sportašu preporučiti adekvatnu metodu liječenja patelarne tendinopatije sukladno njegovoj dobi, trajanju simptoma, točnoj lokaciji simptoma i kvalitativnom rangu u kojem se natječe. Uloga fizioterapeuta je izuzetno važna u prvoj fazi oporavka u kojoj je primarni cilj smanjenje boli pomoću ciljane provedbe konzervativnih metoda liječenja. Vrlo je bitna edukacija pacijenta za provođenjem onih metoda koje samostalno može primijeniti. Potpuni povratak sportaša u sport zahtjeva adaptaciju trenažnih opterećenja uz postepeno uvođenje određenih aktivnosti koje mogu rezultirati prenaprezanjem patelarne tetive, što je glavni zadatak kineziologa/kondicijskog trenera kako bi se izbjegla ponovna pojava simptoma. Iako se u kvantitativnim sintezama rezultata ne spominju faktori poput odmora od treninga i natjecanja, krioterapija, smanjenja opterećenja, unaprjeđenja tehnike skoka i doskoka te vježbi istezanja, oni su prema mnogim autorima ključni za potpuni oporavak sportaša (Dimnjaković idr., 2012; Rath idr., 2010; Louw i Grimmer, 2006; Lim i Wong, 2018; Vander Doelen i Jelley, 2020). S obzirom da ne postoji standardizirani postupak u liječenju patelarne tendinopatije za koji se sa visokom sigurnošću može tvrditi da je najučinkovitiji, sveobuhvatan i individualizirani pristup za sada se čini kao najbolji način liječenja.

LITERATURA

1. Andriolo, L., Altamura, S. A., Reale, D., Candrian, C., Zaffagnini, S. i Filardo, G. (2018). Nonsurgical Treatments of Patellar Tendinopathy: Multiple Injections of Platelet-Rich Plasma Are a Suitable Option: A Systematic Review and Meta-analysis. *The American Journal of Sports Medicine*, 47 (4), 1001–1018.
2. Bahr, R., Fossan, B., Løken, S. i Engebretsen, L. (2006). Surgical treatment compared with eccentric training for patellar tendinopathy (Jumper's Knee). A randomized, controlled trial. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American volume*, 88 (8), 1689–1698.
3. Brockmeyer, M., Diehl, N., Schmitt, C., Kohn, D. M. i Lorbach, O. (2015). Results of Surgical Treatment of Chronic Patellar Tendinosis (Jumper's Knee): A Systematic Review of the Literature. *Arthroscopy*, 31 (12), 2424–2429.

4. Chen, P. C., Wu, K. T., Chou, W. Y., Huang, Y. C., Wang, L. Y., Yang, T. H., Siu, K. K. i Tu, Y. K. (2019). Comparative Effectiveness of Different Nonsurgical Treatments for Patellar Tendinopathy: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Arthroscopy*, 35 (11), 3117–3131.
5. Chen, X., Jones, I. A., Park, C. i Vangsness, C. T. Jr. (2018). The efficacy of platelet-rich plasma on tendon and ligament healing: a systematic review and meta-analysis with bias assessment. *The American Journal of Sports Medicine*, 46 (8), 2020–2032.
6. Cook, J. L., Khan, K. M., Harcourt, P. R., Grant, M., Young, D. A. i Bonar, S. F. (1997). A cross sectional study of 100 athletes with jumper's knee managed conservatively and surgically. The Victorian Institute of Sport Tendon Study Group. *British Journal of Sports Medicine*, 31 (4), 332–336.
7. Dan, M., Phillips, A., Johnston, R. V. i Harris, I. A. (2019). Surgery for patellar tendinopathy (jumper's knee). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD013034.
8. Dimnjaković, D., Bojanić, I., Smoljanović, T., Mahnik, A. i Barbarić - Peraić, N. (2012). Eccentric exercises in the treatment of overuse injuries of the musculoskeletal system. *Liječnički Vjesnik*, 134 (1–2), 29–41.
9. Dupley, L. i Charalambous, C. P. (2017). Platelet-rich plasma injections as a treatment for refractory patellar tendinosis: a meta-analysis of randomised trials. *Knee Surgery and Related Research*, 29 (3), 165–171.
10. Hickey, C. J., Walker, D., Lee, S. J. i Vitato, N. (2019). The long-term effects of eccentric exercise vs. Extracorporeal shockwave therapy in athletes aged 18-50 with lower extremity tendinopathy: a meta-analysis and systematic review. *Annals of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 2 (3), 000130.
11. Lian, O. B., Engebretsen, L. i Bahr, R. (2005). Prevalence of jumper's knee among elite athletes from different sports: a cross-sectional study. *The American Journal of Sports Medicine*, 33 (4), 561–567.
12. Lim, H. Y. i Wong, S. H. (2018). Effects of isometric, eccentric, or heavy slow resistance exercises on pain and function in individuals with patellar tendinopathy: A systematic review. *Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 3 (4), e1721.
13. Louw, Q. i Grimmer, K. (2006). Biomechanical factors associated with the risk of knee injury when landing from a jump. *South African Journal of Sports Medicine*, 18 (1), 18–23.
14. Maffulli, N., Wong, J. i Almekinders, L. C. (2003). Types and epidemiology of tendinopathy. *Clinics in Sports Medicine*, 22 (4), 675–692.
15. Moraes, V. Y., Lenza, M., Tamaoki, M. J., Faloppa, F. i Belloti, J. C. (2014). Platelet-rich therapies for musculoskeletal soft tissue injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14 (4), CD010071.
16. Panni, A. S., Tartarone, M. i Maffulli, N. (2000). Patellar tendinopathy in athletes. Outcome of nonoperative and operative management. *The American Journal of Sports Medicine*, 28 (3), 392–397.
17. Petrella, R., Richardson, M. i Decaria, J. (2017). Hyaluronan alone, combined with botulinus toxin or placebo injection therapy for athletic patients with patellar tendinopathy (Jumpers Knee). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 72, A353–A354.
18. Rath, E., Schwarzkopf, R. i Richmond, J.C. (2010). Clinical signs and anatomical correlation of patellar tendinitis. *Indian Journal of Orthopaedics*, 44 (4), 435–437.
19. Rutland, M., O'Connell, D., Brismée, J. M., Sizer, P., Apte, G. i O'Connell, J. (2010). Evidence-supported rehabilitation of patellar tendinopathy. *North American Journal of Sports Physical Therapy*, 5 (3), 166–178.
20. Stasinopoulos, D. i Stasinopoulos, I. (2004). Comparison of effects of exercise programme, pulsed ultrasound and transverse friction in the treatment of chronic patellar tendinopathy. *Clinical Rehabilitation*, 18 (4), 347–352.
21. Thijs, K. M., Zwerver, J., Backx, F. J., Steeneken, V., Rayer, S., Groenenboom, P. i Moen, M. H. (2017). Effectiveness of Shockwave Treatment Combined With Eccentric Training for Patellar Tendinopathy: A Double-Blinded Randomized Study. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 27 (2), 89–96.
22. Vander Doelen, T. i Jelley, W. (2020). Non-surgical treatment of patellar tendinopathy: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 23 (2), 118–124.

23. Visentini, P. J., Khan, K. M., Cook, J. L., Kiss, Z. S., Harcourt, P. R. i Wark, J. D. (1998). The VISA score: an index of severity of symptoms in patients with jumper's knee (patellar tendinosis). *Journal of Science and Medicine in Sport*, 1 (1), 22–28.
24. Visnes, H. i Bahr, R. (2007). The evolution of eccentric training as treatment for patellar tendinopathy (jumper's knee): a critical review of exercise programmes. *British Journal of Sports Medicine*, 41 (4), 217–223.
25. Witvrouw, E., Bellemans, J., Lysens, R., Danneels, L. i Cambier, D. (2001). Intrinsic risk factors for the development of patellar tendinitis in an athletic population. A two-year prospective study. *The American Journal of Sports Medicine*, 29 (2), 190–195.
26. Woo, SL-Y., Renstrom, P. A. i Arnoczky, S. P. (2007). *Tendinopathy in Athletes*. Ames, IA: Blackwell Publishing.
27. Woodley, B. L., Newsham - West, R. J. i Baxter, G. D. (2007). Chronic tendinopathy: effectiveness of eccentric exercise. *British Journal of Sports Medicine*, 41, 188–199.
28. Zwerver, J., Bredeweg, S. W. i van den Akker-Scheek, I. (2011). Prevalence of Jumper's knee among nonelite athletes from different sports: a cross-sectional survey. *The American Journal of Sports Medicine*, 39 (9), 1984–1988.

Stavovi i znanja učenika medicinske škole o značaju vaspitanja za pravilan odnos prema zdravlju

UDK 378-052:61+613

KLJUČNE REČI: zdravlje, vaspitanje, učenici, zdravstvena nega

POVZETEK - Zdravlje se posmatra kao stanje dinamičke ravnoteže između čoveka i njegove okoline. Roditelji vaspitanjem dece još u najranijem životnom periodu doprinose da dete izgradi pravilne navike, a tako i pravilan odnos prema zdravlju. Posle roditelja, proces vaspitanja je i u rukama nastavnika i profesora. Iz tog razloga cilj našeg rada je da se sagledaju stavovi i znanja učenika medicinske škole u vezi sa značajem vaspitanja za pravilan odnos prema zdravlju. Istraživanje je realizovano kao studija preseka kojom je obuhvaćeno 60 učenika srednje medicinske škole. Analizom podataka dobijenih istraživanjem je utvrđeno da 43 % ispitanih učenika najviše informacija o zdravlju stiže u školi od svojih nastavnika, dok su roditelji dominantno imali najveći uticaj na odnos prema zdravlju i formiranju navika kod učenika medicinske škole. Zapravo, roditelji zajedno sa nastavnicima pomažu da se pravilan odnos prema zdravlju učvrsti putem vaspitnog procesa. Pozitivne navike u vezi sa zdravljem je potrebno negovati tokom celog života.

UDC 378-052:61+613

KEYWORDS: health, education, students, health care

ABSTRACT - Health is observed as a state of dynamic balance between a human being and his environment. By educating children from an early age, parents contribute to the development of healthy habits with children and their appropriate attitude towards health. Beside parents, this process is also in the hands of teachers and professors. For this reason, the objective of our paper is to look at the attitudes and knowledge of high school medical students regarding importance of education for a proper attitude towards health. The research was realised as a cross-sectional study involving 60 high school medical students. The analysis of the data obtained by the research showed that 43% of the interviewed students gain the majority of health-related information from their teachers at school, while parents predominantly influence their attitude towards health and the formation of habits among high school medical students. In fact it is the parents and the teachers together who help to strengthen a proper attitude towards health through the educational process. Positive health habits need to be nurtured throughout life.

1 Uvod

Ustavom Svetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 1948. godine zdravlje je definisano na sledeći način »Stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti« (Kekuš, 2009, str. 22). Na osnovu te definicije zdravlje se smatra kao stanje dinamičke ravnoteže između čoveka i njegove okoline. Savremeno razmatranje zdravlja se zasniva na rezonu da je zdravlje blagostanje i zadovoljstvo životom (Vasiljević Pantelić idr., 2013).

Za pravilan odnos prema zdravlju je značajna zdravstvena pismenost. Zdravstvena pismenost predstavlja ličnu, kognitivnu i socijalnu veštinu koja određuje sposobnost pojedinca da razume i koristi informacije za održavanje optimalnog zdravlja, zato je važno da povećavamo zdravstvenu pismenost kako dece tako i roditelja zbog kasnijeg zdravlja adolescenata (Schmidt, 2010).

U svom izveštaju Nacionalni institut za zdravlje i medicinska istraživanja u Parizu (INSERM, 2001) podseća da je koncept »promocija zdravlja« ozvaničen 1986. godine u Otavskoj povelji, i postaje međunarodna referenca zdravlja koja fokusira kolektivnu odgovornost. Ne uključuje samo obrazovanje pojedinaca, već promoviše kolektivno pokretanje i promene, imajući u vidu psihosocijalne i društvene odrednice u poreklu ponašanja i stavova nepovoljnih po zdravlje. Promocija zdravlja uključuje zdravstveno obrazovanje, koje je jedna od njegovih bitnih komponenti.

U Srbiji je situacija po pitanju odnosa prema zdravlju mladih veoma zabrinjavajuća. Istraživanja u Srbiji pokazuju da je zdravlje mladih ugroženo i da je zdravstvena kultura na veoma niskom nivou čak i kod mladih koji redovno kontrolišu svoje zdravlje. Preuzimanje odgovornosti za zdravlje je veoma značajno jer su mladi, naročito srednjoškolci, izloženi brojnim faktorima rizika koji negativno utiču na zdravlje. Problemi sa zdravljem ne nastaju iznenada, već na osnovu činjenja mnogih grešaka koje se nadovezuju jedna na drugu (Arsić Komljenović, 2015).

Cilj vaspitanja za zdravlje je da svaka osoba postane odgovorna i aktivna u segmentu očuvanja svog zdravstvenog statusa. Veliki značaj u očuvanju i unapređenju zdravlja ima vaspitanje za zdravlje od strane roditelja, a kasnije i od strane škole. Neretko se nailazi na brojne nepravilnosti i probleme u odnosu prema zdravlju srednjoškolaca koji se mogu povezati sa vaspitanjem (Mihailović, 2001). Svaka mlada osoba posebno adolescent treba da je fizički aktivna, i da samostalno sprovodi aktivnosti svakodnevnog života (Ranković Vasiljević, 2015).

Slobodno vreme, računajući i vreme za školske obaveze, srednjoškolci obično provode na ulici, po parkovima, u kafićima. Dan često menjaju za noć. U takvom okruženju se veoma lako stiče navika pušenja, upotreba alkohola, isprobavanje droga, doživljavanje prvog seksualnog iskustva. Veoma često rizična ponašanja teku paralelno i deluju sinergično. Sve ovo ukazuje na veoma nepravilan odnos prema zdravlju (Litinjenko, 2017).

Svako slobodno vreme ima veoma važnu ulogu u životu mladih u domenu razvoja identiteta uspostavljanja socijalno-emocionalnih veza. Aktuelne su rasprave o promenama vrednosti mladih gde sklonost ka zabavi dobija na većem značaju (Stepanović, 2011).

Sagledavanje svakodnevnice mladih i njihovih navika ostaje neophodno. Procena načina ishrane, postojanja fizičke aktivnosti i različitih oblika rizičnog ponašanja može mnogo pomoći u proceni odnosa prema zdravlju.

Neposedovanje kulture ishrane podrazumeva pogrešne navike. U školskom periodu dugi boravak u školi, zauzetost roditelja i obaveze van kuće, utiču na preskakanje obroka, konzumiranje brze hrane. Loše navike u ishrani mogu dovesti do anemije, gojaznosti, karijesa i mnogih drugih problema. Procenjuje se da će broj gojazne dece porasti na 60 miliona do 2020. godine (Švonja Parezanović, 2014). Značajna je edukacija mladih ljudi u vezi pravilne i redovne ishrane.

2 Metod rada

Istraživanje je realizovano po tipu studije preseka.

2.1 Cilj istraživanja

Cilj ovog rada je bio sagledati stavove i znanja učenika medicinske škole u vezi sa značajem vaspitanja za pravilan odnos prema zdravlju.

2.2 Istraživačka pitanja

Istraživačka pitanja su formulirana kao zadaci istraživanja, a koji proističu iz postavljenog cilja, to su:

- Ispitati način informisanja učenika o zdravlju.
- Ispitati uticaj porodice ispitanika na formiranje postojećeg odnosa prema zdravlju.
- Ispitati navike (u vezi sa ishranom, fizičkom aktivnošću, snom, zdravstvenim kontrolama, konzumiranjem psihoaktivnih supstanci) ispitanika.
- Utvrditi mišljenje učenika o svom odnosu prema zdravlju.

2.3 Instrument istraživanja

Instrument istraživanja je bio anketni list za učenike srednje medicinske škole »Dr Miša Pantić« u Valjevu. Anketni list je sačinjen od preambule i 26 pitanja koja su konstruisana za potrebe ovog rada. Pitanja u prvom delu upitnika se odnose na opšte podatke (socio-demografske) o ispitanicima, a u drugom delu se ispituju načini informisanja učenika o zdravlju, uticaj škole i roditelja na formiranje stava prema zdravlju kao i njihovo mišljenje o sopstvenoj brizi za zdravlje.

2.4 Vrsta i veličina uzorka

Uzorak za izradu ovog rada je hotimičan, čini ga 60 učenika od prvog do četvrtog razreda srednje medicinske škole »Dr Miša Pantić« u Valjevu, smer medicinska sestra-tehničar.

2.5 Prikupljanje i obrada podataka

Istraživanje je sprovedeno tokom juna i jula 2020. godine nakon odobrenja istraživanja od strane direktora škole.

Poštujući epidemiološke mere, formirana je online anketa (Google upitnik) u čijoj je preambuli uz definisan cilj i zadatke istraživanja, učenicima objašnjeno da je reč o dobrovoljnom anonimnom istraživanju bez posledica po ispitanike.

S obzirom na epidemiološku situaciju i pandemiju virusom covid - 19, istraživanje je sprovedeno pomoću online ankete. Link ankete je prosleđen putem e-maila razrednim starešinama srednje medicinske škole: »Dr. Miša Pantić«, Valjevo. Razredne starešine su dalje, link ankete prosledile đacima preko online platforme (Google classroom). Na taj način đaci su bili upoznati sa sadržajem ankete kao i samim anketiranjem.

Dobijeni rezultati obrađeni su metodama deskriptivne statistike, a podaci su predstavljeni u tabelama i grafikonima koristeći apsolutne brojeve, frekvencije i procenete.

3 Rezultati

U istraživanju koje smo realizovali učestvovalo je 60 učenika srednje medicinske škole (smera medicinska sestra tehničar) među kojima je bilo 90 % ispitanika ženskog pola i 10 % ispitanika muškog pola. Ispitivanje pola ispitanika je potvrdilo da je u srednjoj medicinskoj školi i dalje dominantno veći broj učenika ženskog pola.

Prema životnoj dobi najmanje je bilo ispitanika od 15 godina (11,7 %), zatim 33,33 % ispitanika od 16 godina, 36,67 % isitanika od 17 godina i 18,33 % učenika od 18 godina.

Prema razredu koji ispitanici pohađaju, bilo je 18,3 % ispitanika koji pohađaju prvi razred, 23,4 % ispitanika koji pohađaju drugi razred, 30 % učenika koji pohađaju treći razred i 28,3 % đaka koji pohađaju četvrti razred srednje medicinske škole.

U odnosu na životnu sredinu iz koje ispitanici iz našeg istraživanja dolaze, utvrdili smo da veći udeo ispitanika (58,3 %) dolazi iz gradske sredine, dok nešto manji udeo ispitanika (41,7 %) dolazi iz seoske sredine. Sredina iz koje dolaze učenici je važna jer može uticati na vaspitanje i odnos prema zdravlju koji deca (učenici) imaju.

Ispitujući izvore i načine na koje se učenici informišu o zdravlju uočava se da 43 % ispitanih učenika najviše informacija o zdravlju stiže u školi od nastavnika, dok skoro polovina ispitanika (47 %) retko prati televizijske emisije koje govore o zdravlju, nešto manje (40 %) retko čita časopise ili knjige u vezi sa zdravljem, a da nisu u sastavu obavezne školske literature (tabela 1.).

Iako su najviše informacija o zdravlju dobili u školi od nastavnika, najveći uticaj na odnos prema zdravlju i formiranje navika kod učenika imaju roditelji (82 %). U skladu sa tim podatkom je i da velika većina (85 %) učenika navodi da su im roditelji ukazivali i sugerisali koje pozitivno ili negativno ponašanje utiče na zdravlje, 12 % tvrdi da su ih roditelji ponekad savetovali, dok 3 % ispitanih učenika nije dobijalo savete takve vrste od svojih roditelja.

Tabela 1: Načini informisanja učenika srednje medicinske škole o zdravlju

Varijable		N (N=60)	%
Praćenje televizijskih emisija o zdravlju	Veoma često	4	7
	Često	14	23
	Retko	28	47
	Veoma retko	9	15
	Nikada	5	8
Čitanje časopisa/knjiga o zdravlju van školske literature	Veoma često	3	4
	Često	13	22
	Retko	24	40
	Veoma retko	13	22
	Nikada	7	12
Način sticanja najvećeg broja informacija o zdravlju	U školi od nastavnika	26	43
	Na kliničkim vežbama	6	10
	Čitanjem časopisa ili knjiga o zdravlju	7	12
	Gledanjem emisija o zdravlju	6	10
	U porodici	15	25

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Kada je reč o navikama, rezultati pokazuju da 40 % anketiranih učenika ima tri glavna obroka, 23 % ima četiri obroka, a 17 % učenika ima dva glavna obroka, toliki broj ispitanika ima i pet obroka u toku dana. Svakodnevno konzumira voće i povrće 65 % ispitanika, skoro četvrtina (24 %) voće i povrće konzumira 4–6 puta nedeljno, a petina (20 %) konzumira 1–3 puta nedeljno, 3 % učenika nikada ne konzumira voće i povrće. Svi anketirani učenici konzumiraju brzu hranu, ali sa različitom učestalošću. Najveći broj učenika (40 %) konzumira »često« brzu hranu, zatim 35 % učenika konzumira »retko«, 15 % »veoma retko«, i čak 10 % anketiranih učenika konzumira »veoma često« brzu hranu. Optimalan unos tečnosti (1–1,5l i 1,5l) ima dve trećine ispitanika. Čak dve trećine ispitanika konzumira gazirana pića stalno ili ponekad, Koka-kolu i gazirane sokove konzumira 28 % anketiranih učenika, 45 % anketiranih učenika konzumira »ponekad«, dok 27 % »nikada« ne konzumira gazirane napitke. Od svih anketiranih učenika samo jedna trećina ne konzumira alkoholna pića. Među ispitanicima koji konzumiraju alkoholna pića zapaža se da su najčešće konzumirana žestoka pića (36 %), 26 % učenika konzumira koktele, 20 % pivo i 18 % učenika navodi da konzumira vino. Ohrabruje podatak u vezi štetnih navika da većina ispitanih učenika ne konzumira cigarete. Rezultati našeg

istraživanja pokazuju da najveći deo anketiranih učenika (85 %) ne puši cigarete, 9 % konzumira ponekad cigarete, dok 6 % pripada grupi pušača. Svi ispitanici imaju fizičku aktivnost, ali sa različitom učestalošću tokom nedelje, 45 % anketiranih učenika ima fizičku aktivnost 1–3 puta nedeljno, 40 % ima fizičku aktivnost svakodnevno i 15 % ima fizičku aktivnost 4–6 puta nedeljno. Najčešći oblik fizičke aktivnosti, prema odgovoru skoro polovine ispitanika (46 %) je šetnja, 34 % učenika trenira neki sport, 10 % vežba u teretani, 7 % učenika trči i 3 % ispitanih učenika praktikuje brzi hod. Najveći broj ispitanika (30 %) spava u kontinuitetu osam sati, 25 % spava 9 sati, 20 % učenika spava 7 sati u kontinuitetu, 13 % ispitanika spava 10 sati i 12 % učenika provede u snu svega 6 sati.

Tabela 2: Karakteristike odnosa učenika prema sopstvenom zdravlju

Variable		N (N=60)	%
Kontrole zdravlja kod izabranog pedijatra	Veoma često	2	3
	Često	14	24
	Retko	23	38
	Veoma retko	15	25
	Nikada	6	10
Deskripcija sopstvenog odnosa prema zdravlju	Trudim se da održim optimalno zdravlje	46	72
	Ležerno se ponašam i ne vodim mnogo računa o zdravlju	12	20
	Mlad/a sam, ne može mi se ništa dogoditi	2	3
Mišljenje učenika o potrebi za promenom navika, ponašanja i odnosa prema zdravlju	Da	43	72
	Ne	17	28

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Ispitujući stav učenika prema sopstvenom zdravlju dobili smo rezultate koji pokazuju da se 72 % ispitanih učenika trudi da održi optimalno zdravlje, a sa druge strane isti broj učenika (72 %) ima potrebu za promenom navika, ponašanja i odnosa prema zdravlju (tabela 2.). Neusaglašenost podataka potkrepljuju i rezultati koji se odnose na kontrole zdravlja kod izabranog pedijatra gde 38 % ispitanika »retko« kontroliše zdravlje, 25 % »veoma retko« i 10 % učenika »nikada« ne kontroliše zdravlje kod izabranog pedijatra.

4 Diskusija

Vaspitanje za pravilan odnos prema zdravlju počinje u porodici i nastavlja se u vaspitno-obrazovnim institucijama. Roditelji zauzimaju primarno mesto u vaspitanju svoje dece, pa i u vaspitanju za pravilan odnos prema zdravlju koji se manifestuje formiranjem pravilnih navika i ponašanja usmerenog ka očuvanju zdravlja. Kroz posmatranje svakodnevice se najlakše može pratiti i sagledati objektivno kakav je odnos prema zdravlju mladih. Naše istraživanje pokazuje da su učenicima načini sticanja najvećeg obima informacija o zdravlju nastavnici u školi, dok je gledanje emisija o zdravlju i čitanje druge literature malo zastupljeno. S obzirom da se živi u intenzivnom informaciono - tehnološkom životu sa lako dostupnim informacijama, naši učenici ih ne koriste za razliku od drugih istraživanja. Jedno od istraživanja je realizovano u gimnaziji u Osijeku sa ciljem istraživanja interesa za zdravstvene informacije i korišćenja informacionih tehnologija za zadovoljenjem potreba za zdravstvenim informacijama koje je obuhvatilo 255 učenika. Istraživanje je pokazalo da elektronske izvore koristi 26,4 % ispitanika vrlo često da bi dobilo neku zdravstvenu informaciju i da čak 31,9 % ispitanika iz

ovog istraživanja koristi Google vrlo često da dobije neke informacije o zdravlju (Martinović, 2018). Da bi zdravstvena pismenost bila veća i odnos prema zdravlju pravilan veoma je važno kontinuirano informisanje o zdravlju. Informisanjem putem relevantne literature se stiče dodatno znanje o tome kako sačuvati svoje zdravlje i koje navike odražavaju pravilan odnos prema zdravlju.

Uticaj roditelja na formiranje pravilnih navika u vezi sa zdravljem je odavno poznat, rezultati našeg istraživanja to potvrđuju. Case i Paxson (2002) navode da su roditelji, a ne lekari, glavni čuvari zdravlja svoje dece. Roditelji donose odluke o zastupljenosti i kvalitetu zdravstvene zaštite koju njihova deca dobijaju, hrani koju jedu, količini fizičke aktivnosti kojom se bave, količini emocionalne podrške koju im pružaju. Ovi izbori prema deci uslovljeni su materijalnim sposobnostima roditelja, upoznatošću roditelja zdravstvenim sistemom i zdravstvenim programima, sopstvenim zdravljem i zdravstvenim ponašanjem kao i karakteristikama zajednica u kojima žive. Kada se posmatra trenutna situacija i sagledava uopšteno zdravstvena kultura zajednica u kojima mladi ljudi odrastaju može se zapaziti da je ona na niskom nivou pa i kod mladih nije razvijena navika čuvanja i redovne kontrole zdravlja, uz primenu zdravog načina ponašanja i preuzimanja odgovornosti za sopstveno zdravlje. Oni se obično lekaru obraćaju kada već postoje tegobe. Ovu konstataciju potvrđuje i naše istraživanje koje je pokazalo da učenici veoma retko odlaze na kontrole svog zdravlja kod izabranog pedijatra, dok kontradiktorno navode da se trude da održe svoje zdravlje na optimalnom nivou.

Rezultati našeg istraživanja koji se odnose na fizičku aktivnost, navike u vezi ishrane, sna i odmora se nadovezuju na nacionalnu strategiju razvoja zdravlja mladih u republici Srbiji (2006) u kojoj je navedeno da fizička neaktivnost mladih može da utiče na nepravilan razvoj tela i potpomogne nastajanje određenih deformiteta i bolesti. Nepravilna ishrana predstavlja neuravnoteženo ili nedovoljno uzimanje hrane, a njene direktne posledice su poremećaj rasta i razvoja, pojava bolesti (hronična nezarazna oboljenja, malnutricije, opadanje imunih funkcija organizma i dr.). Iako je izbor hrane individualan i zavisi od fizioloških potreba organizma, uzimanje hrane je ipak pod uticajem kulturoloških, socioloških, ekonomskih i psiholoških faktora života. Neposredovanje kulture ishrane koja podrazumeva nepoznavanje ove oblasti i pogrešne navike (»brza hrana«, instant napici i sl.) često se negativno odražavaju na zdravstveno stanje mladih. Upotreba alkohola je takođe u porastu u populaciji mladih, istraživanje koje pokazuje slične rezultate kao naše po pitanju konzumiranja alkohola među đacima srednje škole je realizovano u srednjim školama u Kotoru 2012. godine i obuhvatilo je 200 ispitanika. Istraživanje je pokazalo da gotovo polovina srednjoškolaca konzumira alkohol. Među đacima koji su naveli da konzumiraju alkohol polovina je navela da njihovi roditelji takođe konzumiraju alkoholna pića (Stijepčević, 2012). Upravo podatak o »ugledanju« na roditelje ukazuje koliko je jak uticaj roditelja u vaspitanju dece za pravilan odnos prema zdravlju i sticanju različitih navika (pa i onih rizičnih).

Treba napomenuti da i savremen način života dovodi do stresa kod mlade osobe. Mladi, posebno u periodu puberteta i adolescencije, provode mnogo vremena u školi koja je izvor mnogih izazova. Škola može biti izvor velikog psihosocijalnog stresa što dovodi do interpersonalnih problema i sukoba sa prijateljima i nastavnicima (Kalebić - Maglica, 2007). Svaki stres negativno utiče na zdravlje, te je potrebno da se identifikuje stresor i osmisli način za upravljanje stresom.

5 Zaključak

Prema prikazanim rezultatima može da se uoči da među ispitanicima postoje elementi nepravilnog odnosa prema zdravlju (kod većine ispitanika: konzumiranje brze hrane, konzumiranje alkohola, retko kontrolisanje zdravlja, a kod manjeg broja ispitanika i upotreba

cigareta). Pozitivni elementi odnosa prema zdravlju kod anketiranih učenika su: postojanje fizičke aktivnosti, konzumiranje voća i povrća, optimalan unos tečnosti kod većine, nekonzumiranje cigareta kod većine i optimalan broj sati noćnog sna u kontinuitetu. U skladu sa organizacijom zdravstvene zaštite i na prvom mestu lokalne zajednice potrebno je: Organizovati grupno posećivanje srednjoškolaca savetovalištu za mlade; Kontinuirano upućivanje saveta o značaju očuvanja zdravlja i prevencije rizičnog ponašanja u toku školovanja putem organizovanja posebnih predavanja; Edukaciju srednjoškolaca o pozitivnim navikama (u vezi sa ishranom, fizičkom aktivnošću, snom) i pravilnom odnosu prema zdravlju; Organizovanje grupnog rada (u okviru predmeta zdravstvena nega 3) gde će se izrađivati različiti radovi i kreirati posebna predavanja u skladu sa kalendarom zdravlja; Formiranje kvalitetne saradnje sa roditeljima od strane razrednih starešina radi kontinuiranog praćenja eventualnih rizičnih promena u ponašanju i odnosu prema zdravlju srednjoškolaca i pravovremenog reagovanja; Podršku i podsticaj roditeljima da svakodnevno otvoreno razgovaraju sa svojom decom i pokažu interesovanja za moguće probleme sa kojima se suočavaju adolescenti; Podsticaj roditelja da svakodnevno ukazuju svojoj deci na značaj očuvanja znanja i potencijalne rizike u okruženju; Osnaživanje srednjoškolaca da se obrate roditeljima, razrednom starešini, psihologu škole ili zdravstvenim stručnjacima ukoliko imaju problem ili stres; Edukacija srednjoškolaca o načinu upravljanja stresom; Podsticanje srednjoškolaca da više vremena provode u prirodi sa prijateljima; Pomoć srednjoškolicima da nauče da organizuju svoje svakodnevno vreme tako da ne preskaču obroke, imaju fizičku aktivnost, izvrše školske obaveze, provedu vreme sa prijateljima i imaju oko osam sati sna u kontinuitetu.

LITERATURA

1. Arsić Komljenović, G., Todorović, L., Anđeleski, H. in Ilanković, T. (2015). Mladi i zdravlje. Zdravstvena zaštita, 44 (2), 10–16.
2. Case, A. in Paxson, C. (2002). Parental Behavior And Child Health. Family & Environment. HEALTH AFFAIRS, 21 (2). Pridobljeno 17. 10. 2020, s <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.21.2.164>.
3. INSERM Collective Expert Reports. (2001). Health education for young people: Approaches and methods. Pridobljeno 10. 7. 2020, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7118/>.
4. Kalebić - Maglica, B. (2007). Uloga izražavanja emocija i suočavanja sa stresom vezanim uz školu u percepciji raspoloženja i tjelesnih simptoma adolescenata. Psiholgijske teme, 16 (1), 1–26.
5. Kekuš, D. (2009). Zdravstveno vaspitanje. Beograd: Autorsko izdanje.
6. Litinjenko, S. (2017). Zdravstveni, socijalni i demografski aspekti nekih rizičnih ponašanja mladih. Zdravstvena zaštita, 46 (4), 33–40.
7. Martinović, I., Bakota, S. in Badurina, B. (2018). Informacijske potrebe i informacijsko ponašanje učenika i učenica I. gimnazije u Osijeku pri pretraživanju zdravstvenih informacija. Vjesnik bibliotekarke Hrvatske, 61 (2), 1–27.
8. Mihailović, M. in Simić, Lj. (2001). Znanje o zdravstvenih faktorima i zdravstveno ponašanje adolescenata. Nastava i vaspitanje, 50 (3–4), 408–22.
9. Ranković - Vasiljević, R., Stojanović - Jovanović, B. in Terzić - Marković, D. (2015). Metodika i organizacija zdravstvene nege. Beograd: Visoka zdravstvena škola.
10. Schmidt, C. O., Fahland, R. A., Franze, M., Splieth, C., Thyrian, J. R., Plachta - Danielzik, S. idr. (2010). Health-related behaviour, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in Eastern Germany. Health Education Research, 25 (4), 542–251.
11. Stepanović, I. (2011). Mladi i zabava: ima li mesta zabrinutosti? Engrami, 33 (4), 33–46.
12. Stijepčević, A., Ljaljević, A., Čabarkapa, D., Čatić, S., Lješanjina, S. in Lješanin - Purišić, A. (2012). Determinante korišćenja alkohola kod mladih na teritoriji opštine Kotor. Sanamed, 7 (1), 21–25.

13. Strategija razvoja zdravlja mladih. (2006). »Službeni glasnik RS«, broj 104 od 17. novembra 2006. Pridobljeno 17. 10. 2020, s <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/vlada/strategija/2006/104/1/reg/>.
14. Švonja - Parezanović, G. in Perić - Prkosovački, B. (2014). Uhranjenost i navike u ishrani mladih. PONS-medicinski časopis, 11 (2), 48–52.
15. Vasiljević - Pantelić, K., Leštarić, Lj., Obradović, M. in Timotić, A. (2013). Zdravlje stanovništva i zadovoljstvo životom, 42 (1), 1–8.

Elektronsko štetje zloženecv v operacijski dvorani »SC smart cart«

UDK 617-089+615.4:004

KLJUČNE BESEDE: varnost, štetje zloženecv, učinkovitost

POVZETEK - Zaostali kirurški materiali v telesu po operaciji, od katerih je najpogosteje pozabljen kirurški zloženec, je še vedno pereč problem kljub napredku v kirurških tehnikah. V zadnjih letih se poleg ročnega štetja uveljavlja tudi elektronsko štetje, ki ima svojevrstne prednosti. Elektronsko štetje smo v pilotni študiji poskusno uvedli tudi v SB Novo mesto. Posebno napravo za elektronsko štetje »SC Smart cart « smo uporabljali pri 90 večjih posegih v različnih vejah kirurgije, vzporedno pa vršili tudi tradicionalno štetje. Beležili smo potek dela kirurške ekipe, neto čas štetja zloženecv z in brez čitalca, ter morebitne napake pri štetju. Tekom uporabe napak pri obeh načinih štetja ni bilo, analiza časov je pokazala hitrejšo delo s čitalcem, več članov ekipe pa je ob elektronskem štetju navajalo manjše delovne obremenitve s štetjem, ter večjo preglednost v operacijski dvorani. Negativnih posledic elektronskega štetja nismo beležili. Elektronsko štetje z napravo SC smart cart se je izkazalo za varno ter učinkovito alternativo tradicionalnemu ročnemu štetju zloženecv z več dodatnimi prednostmi, predvsem manjšo obremenjenost ekipe, hitrejšim delom ter bolj učinkovito organizacijo operacijske dvorane.

UDC 617-089+615.4:004

KEYWORDS: safety, counting gauze swobs, efficiency

ABSTRACT - Residues of surgical materials in the body after surgery, among which the most commonly forgotten are surgical gauze swobs, are still a burning issue, despite the advancement of surgical techniques. In recent years, in addition to manual counting, electronic counting with unique advantages started being used. In the pilot study, electronic counting was also introduced experimentally in SB Novo mesto. A special device for electronic counting "SC smart cart" has been used for 90 major procedures in various branches of surgery besides traditional counting. We recorded the course of work of the surgical team, the net counting time of the gauze swobs with and without the counter and possible counting errors. There were no errors during the use of both counting methods, time analysis showed faster work with the counter and more team members reported lower counting loads, as well as greater transparency in the operating room. We did not record any negative consequences of electronic counting. Electronic counting with the »SC smart cart« device has proven to be a safe and effective alternative to traditional manual counting of gauze swobs with several additional advantages, especially lower workloads of teams, faster work and more efficient organization of the operating room.

1 Uvod

Vse od začetka kirurškega zdravljenja le to spremljajo nezaželeni dogodki oz. zapleti. Z razvojem medicine so se tekom zgodovine razvile številne prakse ter protokoli, ki zmanjšujejo pogostost zapletov, le ti pa se z novimi dognanji ter tehnološkim razvojem, vseskozi posodabljajo (Porter, 2001). Poleg pogostih zapletov kot so okužba rane ali krvavitev, invazivne posege vseskozi spremlja tudi tveganje za nenamerni zaostanek medicinskega materiala. Omenjeni dogodek predstavlja hudo napako, ki ima pogosto resne medicinske posledice za pacienta, ter pravne posledice za medicinsko ekipo (Dippolito, Braslow, Lombardo idr., 2008). Daleč najpogosteje zaostali predmet je kirurški zloženec (Department of Health, 2011). V boju proti tovrstni napaki so bili v preteklosti uvedeni številni protokoli, kot so štetje zloženecv, večkratno štetje, radiopačni markerji ter posebne oblike zloženecv (Astrop, Van der Merwe in Muller, 1996). Kljub naštetim ukrepom v moderni kirurgiji še vedno beležimo omenjeni zaplet,

incidenca naj bi bila med 1 v 5.500 do 1 v 18.760, zaradi pravnih posledic poročanja o omenjenem zapletu, pa je incidenca najverjetneje še višja (Astrop, Van der Merwe in Muller, 1996; Cima, Kollengode, Garnatz idr. 2008; Egorova, Moskowitz, Gelijns idr., 2008). Zaostali zloženci se pojavljajo v vseh vejah kirurgije, poseben dejavnik tveganja pa predstavljajo operacije v telesnih votlinah, urgentne operacije, ter daljše in bolj kompleksne operacije (Wan, Le, Riskin in Macario, 2009). Ročno štetje zložencev ima najdaljšo tradicijo in v večini ustanovah še vedno predstavlja glavno metodo preprečevanja pozabljenih zložencev. Takšno štetje je kljub razvoju preostale medicinske tehnologije bilo deležno le malo sprememb. Zaradi človeškega faktorja je nagnjeno k napakam, ter je ob sodobnih protokolih večkratnega štetja časovno zamudno (Christian, Gustafson, Roth idr., 2006). Zaradi teh omejitev ročnega štetja, se je z razvojem tehnologije, v zadnjih letih pričelo tudi strojno štetje zložencev s pomočjo posebnih elektronskih naprav, s katerimi lahko dosežemo zanesljivejše ter hitrejšje štetje (Hariharan in Lobo, 2013).

Prve večje študije uporabe strojnega štetja so se pričele po prelomu tisočletja, z prvo perspektivno, dvojno slepo študijo na univerzi v Stanfordu leta 2006. Uporabljali so RFID sistem z vgrajenimi mikročipi v zložencih, katere so z ročno napravo poskenirali po uporabi (Macario, Morris in Morris, 2006). Leta 2008 so v Ženski bolnišnici Brigham, Boston, ZDA poskusili z uporabo podobnega sistema, ki je namesto mikročipov uporabljal črtne kode, katere so prav tako sproti skenirali (Greenberg, Diaz - Flores, Lipsitz, Regenbogen, Mulholland, Mearn, Rao, Toidze and Gawande, 2008). Sistem črtnih kod je z nekaj modifikacijami naslednje leto poizkusno prevzela tudi Mayo klinika Rochester, ZDA. Z omenjenimi napravami so opisovali izboljšano varnost, a je pri obeh navedenih sistemih zaradi kompleksnosti podaljšan čas štetja, potreben je tudi dodaten kader oz. asistent ki sproti ročno skenira vse zložence (Cima, Kollengode, Storsveen, Weisbrod, Deschamps, Koch, Moore in Pool, 2009). Oba omenjena sistem sta bila uspešna in se v novejših inkarnacijah z določenimi izboljšavami še vedno uporabljata, potrebno pa je čipiranje oz. individualno označevanje zložencev, kar predstavlja dodaten strošek (Hariharan in Lobo, 2013).

Sistem neoznačenega optičnega zaznavajo ter zbiranja zložencev še ni opisan v večjih raziskavah, saj gre za novo tehnologijo, ki pa zaradi preproste zasnove ne zahteva posebno označevanje zložencev ali dodatnega kadra v operacijski dvorani. Tak način strojnega štetja tako poskusno uvedli tudi v naši ustanovi v želji izboljšane varnosti pacienta in večji učinkovitosti kirurške ekipe.

Namen raziskave je bilo proučiti način delovanja aparata SC smart cart in njegovo uporabnost pri delu v operacijskem bloku. Cilj raziskave je bilo ugotoviti zanesljivost aparata za štetje obvezilnega materiala, primerjati potek in čas štetja obvezilnega materiala na dosedanji način, ko operacijske medicinske sestre pred in po posegu preštejejo obvezilni material, ter štetje tega istega materiala z aparatom. S primerjavo smo želeli prikazati prednosti in slabosti aparata SC smart cart.

Števec SC je iz polprosojnega akrilnega stekla. Kapo prek adapterja priključimo na vtičnico znotraj operacijske dvorane. Notranjo odprtino kape prekriva svetlobna zavesa, ki jo sestavlja serija infrardečih senzorjev in detektorjev. Ta zazna vsak prehod delca katerega najmanjša dimenzija presega 10mm. Ob vsakem prehodu se sproži zvočni signal, ki instrumentarija opozori na štetje, ter se poveča število na prikazovalniku. Zaradi preprostosti uporabe ima naprava le en gumb, ki se nahaja na zadnji strani in je namenjen resetiranju naprave. Vse ostale funkcije, kot na primer svetlobna in toplotna adaptacija na prostor, naprava opravi sama.

2 Metode

Pri raziskavi smo uporabili deskriptivno in primerjalno metodo zbiranja podatkov ter kvantitativno tehniko merjenja časov štetja ter nestruktuirano opazovanje. Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Novo mesto v operacijskem bloku. Operacijski blok zajema šest operacijskih dvoran in ima 3 dislocirane enote, v kateri se izvajajo tudi otolaringološki posegi. V raziskavo smo vključili štiri različne operacijske dvorane in sicer travmatološko, ortopedsko, operacijsko sobo za plastično kirurgijo ter dislocirano operacijsko enoto za otolaringološke posege. V raziskavi je sodeloval tim zdravstvenega osebja v operacijski dvorani ter pacienti, ki so imeli opravljen operativni poseg v omenjenih operacijskih dvoranah. Preučevani vzorec je zajemal 90 operativnih posegov, 47 posegov smo izvedli brez čitalca, s klasičnim štetjem, 43 pa z čitalcem. Posege je vseskozi izvajala ista ekipa, celotni dan, na isti dan v tednu, čitalec pa je bil v uporabi vsak drugi teden, s čim smo poskrbeli za ustrezno naključje uporabe. Raziskava je potekala tako, da smo pred vsakim operativnim posegom prešteli obvezilni material, ki smo jih imeli namen uporabiti med posegom. Med samo izvedbo operativnega posega, smo umazan obvezilni material odlagali direktno v aparat SC smart cart, ta pa je sproti beležil in na ekranu prikazal število uporabljenega materiala. Na koncu smo po zaključeni operaciji ročno prešteli zložence v aparatu. Ob klasičnem štetju zložencev pa smo poleg ročnega štetja zložencev pred in po posegu, zložence ročno šteli tudi med posegom. Čas štetja zložencev je beležila operacijsko osebje, ki je s štoparico beležilo kumulativni čas štetja tekom vsake operacije. Kot čas štetja smo beležili vse dogodke, ko je vsaj eden član inštrumentarske ekipe prešteval zložence. Po vsaki operaciji je tudi celotna ekipa zabeležila subjektivne vtise o poteku dela z čitalcem.

Pri aparatu SC smart card reader gre za tehnologijo z optično detekcijo. Pri tem lahko umazanija, ki se med delovanjem nabira na stenah naprave, povzroči napake v štetju. Proizvajalec v navodilih pojasnjuje, da koš manjše oslabitve žarkov prepozna in jih avtomatsko korigira. V kolikor pa se na steni pojavi večji tujek ali na njem zastane gaza, kar bi lahko onemogočilo pravilno zaznavanje se štetje prekine, sproži se zvočni signal, ki opozori na prekinitev in naprava počaka, da ga inštrumentar odstrani. Za tem se štetje avtomatsko nadaljuje.

3 Rezultati

Ugotovili smo, da je pri vseh 90 posegih aparat SC smart cart preštel točno število zložencev. S to ugotovitvijo smo potrdili 100 % zanesljivost aparata. Z opazovanjem ter beleženjem vtisov smo primerjali tudi način štetja zložencev, ki smo ga izvajali do sedaj- s štetjem obvezilnega materiala z aparatom. Ugotovili smo, da uporaba aparata močno prispeva k kakovosti pri delu v operacijskem bloku. Umita in krožeča operacijska sestra sta pred posegom in takoj po posegu šteli zložence in tako poskrbeli za preprečevanje zaostalega obvezilnega materiala. V naši raziskavi, ko smo uporabili aparat za štetje, sta operacijski medicinski sestri nadzirale delo aparata, kar pomeni, da aparat pripomore k razbremenitvi kadra in še dodatni varnosti pacienta med operativnim posegom. Obvezilni material se je med operativnim posegom odlagal na sterilno površino, kjer je zastajal do konca posega, ko sta ga operacijski medicinski sestri prešteli, kar je bilo tik pred koncem operativnega posega. Z uporabo aparata je obvezilni material takoj umaknjen iz delovne površine, kar pomeni, da pripomore k zmanjšanju potencialnega infekta in ločevanju čisto-umazano.

Tabela 1: Časi štetja zložencev med operacijo brez uporabe čitalca

<i>Operacijski sklop:</i>	<i>Št. operacij</i>	<i>Skupni čas štetja inštrumentarske ekipe (min)</i>	<i>Povprečni čas na operacijo (min)</i>
Travmatologija	15	89,70	5,98
Ortopedija	12	64,68	5,39
Plastična kirurgija	10	74,50	7,45
ORL	10	36,30	3,63
Skupaj:	47	265,18	
Povprečni čas:			5,61

Tabela 2: Časi štetja zložencev med operacijo z čitalcem

<i>Operacijski sklop:</i>	<i>Št. operacij</i>	<i>Skupni čas štetja inštrumentarske ekipe z čitalcem (min)</i>	<i>Povprečni čas na operacijo (min)</i>
Travmatologija	12	42,72	3,56
Ortopedija	17	47,26	2,78
Plastična kirurgija	9	46,17	5,13
ORL	5	6,15	1,23
Skupaj:	43	142,3	
Povprečni čas:			3,18

Kot je razvidno v tabeli se povprečni čas štetja zložencev razlikuje, glede na vejo kirurškega posega, pri vseh posegih pa je v povprečju ob uporabi čitalca bilo štetje hitrejše.

Ob analizi časov štetja se je čas štetja skrajšal za več kot dve minuti ob uporabi čitalca.

Do morebitnega alarma zaradi umazanije na optičnem detektorju tekom uporabe ni prišlo.

4 Diskusija

Tekom naše uporabe smo zaznali veliko prednosti strojnega štetja oz. preskušene aparata SC smart cart. Uporaba po naših izkušnjah pripomore k kakovostni, hitrejši in varni obravnavi pacienta med operativnim posegom, prav tako njegova uporaba pomeni korak naprej z digitalizacijo aparatov v operacijskih prostorih. Slabosti ali dejavnikov, ki bi lahko negativno vplivali na potek dela v operacijskih prostorih z našo raziskavo nismo zaznali.

Kljub vgrajenemu sistemu zaznavanja umazanije na senzorju do alarmov oz. potrebe po čiščenju detektorja med operacijo ni bilo. Prav tako ni bilo morebitnih napak pri sistemu optične detekcije. Iz tega sklepamo da gre za varno tehnologijo.

V zadnjih letih se na vseh nivojih zdravstva uvaja številne t.i. moderne oz računalniške inovacije, ki pripomorejo k hitrejšemu in učinkovitejšemu delovanju. Tudi v kirurgiji se uvaja računalniška navigacija, ki nam do stopinje natančno meri kot osteotomije ali do milimetra natančno predvidi resekcijo kosti. V tumorski kirurgiji uporabljamo različne markerje, ki jih zaznamo z različnimi detektorji in si tako pomagamo pri velikosti resekcije in določanju varnostnega roba. Pri diagnostiki srčnih aritmij si danes pomagamo tudi z umetno inteligenco, ki v samo nekaj minutah analizira mesec dni neprestanega snemanja EKG (Rashkovska, Depolli, Tomašić, Avbelj in Trobec, 2020). In še in še bi lahko naštevali. Zakaj torej v operacijski dvorani še vedno »ročno« štejemo zložence. Se še nismo naučili koncepta človeške napake. Je res to najbolj zanesljiva metoda? Glede na uporabnost je odgovor očitna DA. Pa vendar, zakaj na vseh področjih digitalizacija in uporaba računalniške tehnologije? Mislim, da

je do sedaj že vsak vsaj malo podvomil o naštetih dejstvih in se vprašal, kako to da še ni standard avtomatsko štetje zložencev. V prvi vrsti je odgovor dvom, strah, kdo bo prevzel odgovornost za napako in še bi lahko naštevali. Z našo raziskavo smo hoteli dokazati, da je dvom odveč. Dokazali smo, da je zanesljivost 100 %. Saj to ni znanstvena fantastika je le preprost algoritem zaznave in beleženja zloženca. Odgovornost je stvar organizacije in pravne ureditve, ki je verjetno v vsaki državi drugačna, vendar v nobenem primeru krivde ne moremo zvrniti na aparat. Ravno zato, da bi lahko zagotovili čim višjo stopnjo zanesljivosti bo potrebno v prihodnosti napraviti veliko randomizirano, multicentrično raziskavo z velikim številom operacij, da bomo lahko opredelili zanesljivost digitalnega štetja. Naša študija je omejena z relativno majhnim številom izvedenih operacij, vendar pa je številka dovolj velika, da bi zaznala statistično pomembna odstopanja.

V boju proti tovrstni napaki so bili v preteklosti uvedeni številni protokoli, kot so štetje zložencev, večkratno štetje, radiopačni markerji ter posebne oblike zložencev (Astrop, van der Merwe in Muller, 1996). Kljub naštetim ukrepom v moderni kirurgiji še vedno beležimo omenjeni zaplet, incidenca naj bi bila med 1 v 5.500 do 1 v 18.760, zaradi pravnih posledic poročanja o omenjenem zapletu, pa je incidenca najverjetneje še višja (Astrop, van der Merwe in Muller, 1996; Cima, Kollengode, Garnatz idr., 2008; Egorova, Moskowit, Gelijns idr., 2008). Po našem mnenju bi uporaba elektronskega štetja zložencev zmanjšala tovrstno incidenco. Poleg človeške napake pa moramo v operacijski dvorani upoštevati tudi stresno reakcijo posameznika, ki je pri operaciji, ki poteka rutinsko in brez komplikacija lahko popolnoma normala. Pri operaciji, kjer pa pride do med operativnih zapletov pa je stres celotne ekipe in posameznika zelo povečan, kar lahko še dodatno povzroči napako pri štetju zložencev med in na koncu operacije.

Vsekakor bo potrebno pred rutinsko uvedbo digitalne štetja v operacijski dvorani še veliko raziskav, polemik in tudi pravnih posvetov, vendar je začetek tu. Nekoliko pozno, a vendar.

5 Zaključek

Z našo raziskavo smo dokazali, da je uporaba elektronskega štetja z napravo SD smart cart je varna ter učinkovita alternativa tradicionalnemu ročnemu štetju zložencev z več dodatnimi prednostmi, predvsem manjšo obremenjenost ekipe, hitrejšim delom ter bolj učinkovito organizacijo operacijske dvorane. Stremimo k boljšim spremembam.

LITERATURA

1. Astrop, A., van der Merwe, T. in Muller, M. (1996). Standards for the management of swabs, needles and instruments in the operating theatre. *Curationis*, 19 (4), 2–6.
2. Christian, C. K., Gustafson, M. L., Roth, E. M. idr. (2006). A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*, 139, 159–173.
3. Cima, R. R., Kollengode, A., Garnatz, J. idr. (2008). Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. *J Am Coll Surg*, 207, 80–87.
4. Cima, R. R., Kollengode, A., Storsveen, A. S., Weisbrod, C. A., Deschamps, C., Koch, M. B, Moore, D. in Pool, S. R. (2009). A multidisciplinary team approach to retained foreign objects. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 35 (3), 123–132
5. Department of Health. The 'Never Events' List 2011/12. London: DH; 2011.
6. Dippolito, A., Braslow, B. M., Lombardo, G. idr. (2008). How David beat Goliath: history of physicians fighting frivolous lawsuits. *OPUS 12 Scientist*, 2, 1–8.
7. Egorova, N. N., Moskowit, A., Gelijns, A. idr. (2008). Managing the prevention of retained surgical instruments: what is the value of counting? *Ann Surg*, 247, 13–18.

8. Greenberg, C. C., Diaz - Flores, R., Lipsitz, S. R., Regenbogen, S. E., Mulholland, L., Mearn, F., Rao, S., Toidze, T., Gawande, A. A. (2008). Bar-coding surgical sponges to improve safety: a randomized controlled trial. *Ann Surg.*, 247 (4), 612–616.
9. Hariharan, D. in Lobo, D. N. (2013). Retained surgical sponges, needles and instruments. *Ann R Coll Surg Engl.*, 95 (2), 87–92
10. Macario, A., Morris, D. in Morris, S. (2006). Initial clinical evaluation of a handheld device for detecting retained surgical gauze sponges using radiofrequency identification technology. *Arch Surg.*, 141 (7), 659–662
11. Porter, R (2001). *The Cambridge illustrated history of medicine*. Cambridge University Press. ISBN 0-521-00252-4.
12. Rashkovska, A., Depolli, M., Tomašić, I., Avbelj, V. in Trobec, R. (2020). Medical-Grade ECG Sensor for Long-Term Monitoring. *Sensors*. 2020. 1695. 10.3390/s20061695.
13. Wan, W., Le, T., Riskin, L. in Macario, A. (2009). Improving safety in the operating room: a systematic literature review of retained surgical sponges. *Curr Opin Anaesthesiol*, 22, 207–214.

Zmanjševanje neenakosti v zdravju pri odraslih

UDK 614.2:316.344(497.4)

KLJUČNE RIJEČI: neenakost, zdravje, odrasli

POVZETEK - Zdravje pomeni različno stanje za vsakega posameznika, odvisno od njegove situacije. Običajno gre za vrednoto, ki je postavljena hierarhično najvišje na lestvici ljudi. Zdrav človek si namreč želi ohraniti ali okrepiti zdravje po svojih najboljših močeh, medtem, ko si ga bolan želi čim prej in v čim večji meri povrniti. Povrnitev samega zdravja predstavlja za vsakega posameznika velik izziv, posebej velik pa je ta izziv kadar govorimo o ranljivi populaciji, ki ima omejene možnosti, znanje, izkušnje. Neenakosti v zdravju se dogajajo vsak dan, ne glede na to, da zakonodaja govori o enaki dostopnosti, pravici in podobno, se zdravstveni delavci srečujemo in smo pogosto priča različnim neenakostim, na katere imamo včasih vpliv pogosto pa tudi ne. Ko govorimo o neenakostih v zdravju ne moremo mimo socialno-ekonomskega položaja pacientov, za katerega vemo, kako velik vpliv ima pri zdravju ali neenakostih za le to, prav tako pa ne moremo mimo ranljive populacije. Uspeh zmanjševanja neenakosti v zdravju v Sloveniji je odvisen od zadostnega razumevanja vzrokov neenakosti v zdravju, znanja o politikah in ukrepih, ki lahko uspešno naslovijo te vzroke, ter politične volje, da investira v politike za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

UDC 614.2:316.344(497.4)

KEYWORDS: inequality, health, adults

ABSTRACT - Health means a different condition for every individual, depending on the situation. It is usually a value that stands hierarchically the highest on the scale for people. A healthy person wants to maintain or strengthen their health as much as possible, while a sick person wants to regain it as soon as possible and as much as possible. Regaining health represents a big challenge for every individual, especially when talking about the vulnerable population, which has limited opportunities, knowledge and experiences. Inequalities in health happen every day, regardless of the fact that the legislation speaks about equal access, rights etc. Health professionals come across and also witness different inequalities, which we sometimes have influence on but often do not. When talking about inequalities in health, we cannot ignore the socio-economic situation of patients, for which we know how much impact it has on health or inequalities, none can we ignore the vulnerable population. The success of reducing health inequalities in Slovenia depends on a sufficient understanding of the causes of health inequalities, the knowledge of policies and measures, which can successfully address these causes and the political will to invest in policies to reduce health inequalities.

1 Uvod

Zdravje pomeni različno stanje za vsakega posameznika, odvisno od njegove situacije. Običajno gre za vrednoto, ki je postavljena hierarhično najvišje na lestvici ljudi. Zdrav človek si namreč želi ohraniti ali okrepiti zdravje po svojih najboljših močeh, medtem, ko si ga bolan želi čim prej in v čim večji meri povrniti. Povrnitev samega zdravja predstavlja za vsakega posameznika velik izziv, posebej velik pa je ta izziv kadar govorimo o ranljivi populaciji, ki ima omejene možnosti, znanje, izkušnje.

Neenakosti v zdravju se dogajajo vsak dan, ne glede na to, da zakonodaja govori o enaki dostopnosti, pravici in podobno, se zdravstveni delavci srečujemo in smo pogosto priča različnim neenakostim, na katere imamo včasih vpliv pogosto pa tudi ne. Ko govorimo o neenakostih v zdravju ne moremo mimo socialno-ekonomskega položaja pacientov, za katerega

vemo, kako velik vpliv ima pri zdravju ali neenakostih za le to, prav tako pa ne moremo mimo ranljive populacije.

Uspeh zmanjševanja neenakosti v zdravju v Sloveniji je odvisen od zadostnega razumevanja vzrokov neenakosti v zdravju, znanja o politikah in ukrepih, ki lahko uspešno naslovijo te vzroke, ter politične volje, da investira v politike za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

2 Zdravje

Svetovna zdravstvena organizacija definira zdravje kot stanje popolnega telesnega (fizičnega), duševnega (mentalnega) in socialnega blagostanja/ugodja in ne zgolj stanje odsotnosti bolezni ali betežnosti/nemoči. Zdravje je tudi nekaj, kar mnogo pravnih aktov po vsem svetu definira kot osnovno pravico. V Sloveniji imamo dostopnost do zdravstvenih storitev zapisano v kar nekaj pravnih aktih, ki veljajo še danes.

Ustava Republike Slovenije pravi, da so v Sloveniji vsakomur zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost ali katerokoli drugo osebno okoliščino (Ustava RS, 1991, 14. člen).

Zakon o pacientovih pravicah v 6. členu govori, da ima pacient v skladu s predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pravico do dostopa do zdravstvene obravnave. Ima pravico tudi do nujne medicinske pomoči, ki je ni mogoče kakor koli pogojevati, še zlasti ne s plačilom ali napotnico. Pacient ima v skladu s posebnimi predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pravico tudi do ustreznih preventivnih zdravstvenih storitev za ohranitev njegovega zdravja in preprečitev bolezni ter pravico do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni obravnavi (Zakon o pacientovih pravicah, 2008, 6. člen). Ob tem pa ta isti zakon v 7. členu prepoveduje kakršno koli diskriminacijo in sicer kot pravico pacienta do enake obravnave pri zdravstveni obravnavi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino.

Lahko se dotaknemo tudi našega krovnega dokumenta, Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, ki v prvem členu govori, da izvajalci zdravstvene nege in oskrbe skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo so dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja. Dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje, invalidnost ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta. Le tega je treba obravnavati individualno ter celostno ter upoštevati vse njegove ne le fizične, ampak tudi psihične, socialne in duhovne potrebe ter spoštovati njegovo kulturo ter osebna prepričanja (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014).

2.1 Razlike v zdravju

Socialna pravičnost je vprašanje življenja in smrti. Vpliva namreč na način življenja ljudi in posledično na verjetnost zbolevanja in na tveganje za prezgodnjo smrt. Z zanimanjem spremljamo izboljševanje zdravja prebivalstva in podaljševanje pričakovane življenjske dobe v nekaterih delih sveta, in smo vznemirjeni ob informacijah iz drugih delov sveta, kjer jim stanja ni uspelo izboljšati. Danes rojena deklica lahko v nekaterih državah pričakuje, da bo živela več kot 80 let, v drugih pa manj kot 45 let. Na področju zdravja smo priča dramatičnim razlikam, ki so tesno povezane s stopnjo socialne prikrajšanosti. Razlike takšnih razsežnosti znotraj posameznih držav in med njimi sploh ne bi smele obstajati. Neenakosti v zdravju, ki se jim

lahko izognemo, so posledica okoliščin, v katerih ljudje odraščajo, živijo, delajo in se starajo, ter sistemov, ki so namenjeni obvladovanju bolezni. Politični, družbeni in gospodarski dejavniki določajo razmere, v katerih ljudje živijo in umrejo (Zmanjšanje razlik v času ene generacije, 2009, str. 6).

2.2 Neenakosti v zdravju

Neenakosti v zdravju so razlike v zdravstvenem stanju prebivalstva ali razlike determinant zdravja med nekimi skupinami prebivalstva. Nekaterih neenakosti v zdravju, ki izhajajo iz determinant zdravja, ki jih ni mogoče spreminjati, ne moremo preprečiti, vendar pa lahko s promocijo zdravja ublažimo njihov vpliv. Izraz neenakosti v zdravju uporabljamo za tiste razlike v zdravju, ki so nepravilne in krivične ter se ne bi smele dogajati. V tem primeru govorimo o neenakostih v zdravju, na katere posameznik ne more vplivati saj izhajajo iz zunanjih okoliščin ter so največkrat sistematične in razlike v zdravju med družbenimi skupinami, ki jih je mogoče preprečiti (Sočan, 2013, str. 39). Neenakosti v zdravju, ki so pogojene z razlikami v družbenem položaju, so vedno večji problem sodobne družbe. V današnjem času je povezava med socialno-ekonomskimi determinantami, kot so revščina, stanovanjske razmere, izobrazba in podobno, ter zdravjem zelo očitna in tudi dokazana. Kot že omenjeno so te neenakosti posledica okoliščin, v katerih se ljudje rodijo, odraščajo, živijo in se starajo, prav tako pa tudi posledica sistemov, ki so namenjeni obvladovanju bolezni. Politične, družbene in gospodarske determinante so namreč tiste, ki določajo razmere, v katerih ljudje živijo in umrejo (Ivanuša, 2009, str. 8–12).

Ko govorimo o neenakostih v zdravju govorimo predvsem o socialno-ekonomskih neenakostih v zdravju. To so razlike v zdravju oziroma v zdravstvenih izidih med družbenimi skupinami z različnimi socialno ekonomskimi statusi, ki jih lahko preprečimo in so zato nepravilne (Buzeti idr., 2011, str. 13). Komisija za socialne determinante zdravja, ki jo je leta 2005 ustanovila Svetovna zdravstvena organizacija poziva k zmanjšanju razlik v zdravju v času ene generacije. To je težnja, ne le želja. V zadnjih 30 letih se je zdravje na svetovni ravni in znotraj držav zelo izboljšalo. Z znanjem si omogoča, da naredi ogromne spremembe na področju življenjskih možnosti, in tako bistveno poveča enakost na področju zdravja. Glavna priporočila komisije so: (Zmanjšanje razlik v času ene generacije, 2009, str. 8–10):

- Izboljšanje življenjskih razmer: Izboljšati položaj deklic in žensk ter okoliščin, v katerih se rojevajo njihovi otroci; velik poudarek na zgodnji otrokov razvoj in izobraževanje dečkov in deklic; izboljšanje življenjske in delovne razmere; ustvarjanje politik socialnega varstva, ki nudi podporo vsem, in zagotoviti pogoje za uspešno življenje v poznejših letih. Za doseg te ciljev je potrebno sodelovanje civilne družbe, vlade in svetovnih organizacij.
- Odpravljanje nepravilne distribucije moči, denarja in sredstev: Za odpravljanje neenakosti na področju zdravja in neenakih življenjskih razmer se je treba lotiti neenakosti v družbeni ureditvi, na primer neenakosti med moškimi in ženskami. Za to je potreben močan javni sektor, ki je predan, usposobljen in ustrezno financiran. Za doseg tega cilja je potrebno več kot le okrepljeno delo vlade, potrebni so tudi drugi pogoji: legitimnost, prostor, podpora civilne družbe, odgovoren zasebni sektor in drugi člani družbe, da sprejmejo javne interese in ponovno vlagajo v vrednost kolektivnega ukrepanja. V globaliziranem svetu je potreba po upravljanju, ki temelji na enakosti, prisotna na vseh ravneh, od majhnih skupnosti do svetovnih institucij.

Meriti in razumeti problem ter oceniti učinek ukrepov: Priznavanje problema in merjenje neenakosti na področju zdravja na državni in na svetovni ravni je ključno za ukrepanje. Vlade držav in mednarodne organizacije, ki jih podpira Svetovna zdravstvena organizacija, bi morale vzpostaviti državne in globalne sisteme za nadzor enakosti na področju zdravja, ki bi rutinsko spremljale in nadzorovale stopnjo enakosti na področju zdravja in socialnih determinant zdravja

ter ocenjevale vpliv politike in njenih ukrepov na enakost na zdravstvenem področju. Ustvarjanje organizacijskega prostora in zmogljivosti za učinkovito ukrepanje proti neenakosti na področju zdravja zahteva vlaganje v usposabljanje oblikovalcev politike in zdravstvenega osebja ter razumevanje socialnih determinant zdravja s strani javnosti. Poleg tega zahteva tudi močnejše osredotočenje na socialne determinante v raziskavah javnega zdravja.

2.3 Zdravje ranljivih skupin prebivalstva

Najbolj ogroženi posamezniki so najbolj občutljivi za neenakosti v zdravju, ker imajo manj možnosti za izboljšanje svojega fizičnega in socialnega okolja, zato jim je treba posvetiti posebno pozornost. Še zlasti je treba pozornost posvetiti otrokom. Otroci so gotovo najranljivejša skupina, saj imajo sami najmanj možnosti, da se postavijo za svoje pravice. Poleg tega je vlaganje v otroke najboljša naložba za zdravo družbo prihodnosti. Izkušnje ranljivih oseb nam kažejo številne ovire pri skrbi za lastno zdravje in na ovire pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva, vključno s preventivnimi programi. Pogosto so le te osebe odrinjene na družbeno obrobje, izključene iz družbenega dogajanja in bolj izpostavljene težavam, povezanim z zdravjem.

Najpogosteje opredeljene ranljive skupine so (Čuš idr., 2016, str. 31–32):

- otroci in mladostniki s težavami v odraščanju,
- ljudje z nizkimi dohodki, katerih preživetje je odvisno od različnih oblik pomoči (prejemniki socialne pomoči, prejemniki humanitarne pomoči),
- brezposelni, prekarni delavci, samozaposleni,
- starejši prebivalci,
- različne skupine invalidov,
- Romi,
- brezdomci,
- osebe s težavami v duševnem zdravju,
- odvisniki od nedovoljenih drog,
- odvisniki od alkohola,
- osebe z izkušnjo nasilja,
- migranti, begunci in iskalci azila (nepoznavanje jezika, zaposlitev, stanovanjske razmere).

Čuševa in sodelavci (2015, str. 31) navajajo za najpogostejše ovire za vključevanje ranljive populacije v zdravstveni sistem tudi, izpad zdravstvenega zavarovanja, oseba nima izbranega osebnega zdravnika in ne ve kako postopati do njega pomanjkanje informiranosti in motiviranosti.

3 Determinante zdravja

Determinante zdravje so definirane kot odločujoči dejavniki, ki vodijo k spremembi zdravstvenega stanja posameznika oziroma skupnosti. Determinante zdravja, ki vplivajo na zdravstveno stanje populacije, sta v svojem modelu opredelila Dahlgreen in Whitehead (1991, str. 11–13) in jih razdelila na naslednje sklope: starost, spol in genetske lastnosti, individualne determinante življenjskega sloga, socialne mreže, življenjski in delovni pogoji ter splošni socialnoekonomski, kulturni in okoljski pogoji. Posameznikove osebne determinante, kot so starost, spol in druge genetske oziroma telesne lastnosti, so v večini nespremenljive. Na le te politične ali gospodarske odločitve ne morejo vplivati. Njun model se nadaljuje z determinantami, na katere je mogoče skozi različne politike vplivati. Prva taka determinanta, je življenjski slog, ki vključuje tudi kajenje in telesno dejavnost posameznika. Sledijo socialne mreže, interakcije in vpetost posameznika v ožjo socialno mrežo. Poleg vsega omenjenega imajo na zdravje posameznika vpliv tudi bivalne in delovne razmere, dostopnost do hrane,

osnovnih dobrin in storitev. V širšem družbenem okolju na zdravje posameznika in skupnosti vplivajo ekonomski, kulturni in okoljski vplivi (Dahlgreen in Whitehead, 1991, str. 11–13).

Poznavanje determinant zdravja je pomembno, se pa lahko za različne socialno ekonomske skupine razlikujejo. V bogatih državah je lahko vpliv revščine na zdravje razmeroma majhen, hkrati pa je lahko v isti državi veliko pomembnejši dejavnik tveganja v breme bolezni odvisen od deleža revnih prebivalcev (Diderichsen idr., 2001, str. 57). Splošni družbenoekonomski, življenjski, družinski, delovni, kulturni in okoljski pogoji, vključenost v družbo in vedenjski slog pa so determinante zdravja, ki odločilno vplivajo na zdravje. Determinante zdravja vplivajo tako na zdravje posameznika kot ena na drugo. Kljub zapletenim medsebojnim vplivom determinant so praviloma revnejši in manj izobraženi ljudje slabšega zdravja kot bogatejši ter bolj izobraženi (Strategija zmanjševanja neenakosti v Ljubljanski zdravstveni regiji, 2011, str. 15–17).

4 Pristopi in politike za zmanjševanje neenakosti v zdravju

Na socialno-ekonomske determinante zdravja lahko vplivamo s političnimi, gospodarskimi in osebnimi odločitvami.

4.1 Splošna načela ukrepanja za enakost v zdravju

Svetovna zdravstvena organizacija je septembra 2008 objavila poročilo Komisije za socialne determinante zdravja »Zmanjševanje razlik v času ene generacije – izboljševanje enakosti na področju zdravja z vplivanjem na socialne determinante zdravja«. Komisija navaja kot pomembni strukturni dejavniki, ki vključujejo porazdelitev moči, dohodka, dobrin in storitev na globalni in državni ravni, in življenjske razmere, ki zajemajo med drugimi dostopnost do zdravstvenega varstva in izobrazbe, delovne in življenjske pogoje. Komisija je zbrala podatke o tem, kaj je mogoče storiti za krepitev enakosti v zdravju in pozvala svetovno javnost, da skuša enakost tudi doseči. Oblikovala je tri splošna načela ukrepanja (Buzeti idr., 2011, str. 76):

- Izboljšati življenjske razmere: okoliščine, v katerih se ljudje rodijo, v katerih odraščajo, živijo in delajo.
- Odpraviti nepravilno porazdelitev moči, denarja in sredstev, ki so strukturne determinante življenjskih razmer, na globalni, državni in lokalni ravni.
- Meriti razsežnosti problema, oceniti ukrepanja, razširiti baze znanja, usposobiti strokovnjake, ki imajo znanja s področja socialnih determinant zdravja.

Zdravje v vseh politikah je pristop, s katerim se v 21. stoletju odgovarja na ključne povezave in odvisnosti med zdravjem in ekonomskim ter socialnim razvojem. Izpostavlja se, da morata biti boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju skupni cilj vseh sektorjev, ki naj ta cilj zasledujejo s skupnimi politikami, strategijami. S pristopom »zdravje v vseh politikah« se vedno bolj prepletejo tudi koncepti globalizacije, trajnostnega razvoja in povečanja enakosti v zdravju. Na to je opozorila Bangkoška deklaracija, ki poudarja vlogo različnih sektorjev in svetuje, da naj bo promocija zdravja v središču agende globalnega razvoja ter obenem tudi osnovna odgovornost celotne vlade. Kot ključni problem javnih politik se pojavlja dejstvo, da odgovornost za zdravstvene izide ostaja na nacionalni, regionalni in lokalni ravni politike, ki ključno vplivajo na determinante zdravja. V zadnjih letih se je zvrstilo kar 22 nekaj pomembnih mednarodnih pozivov k delovanju na področju krepitev enakost v zdravju in promocije zdravja. Na voljo je več pristopov in politik, ki prispevajo k izboljšanju zdravja populacije. Tako se v strokovni literaturi kot tudi v praksi pojavljajo trije pristopi za zmanjševanje neenakosti v zdravju (Buzeti idr., 2011, str. 76–78):

- populacijski pristop,

- zmanjševanje vrzeli med socialno-ekonomsko najbolj šibko in najbolj privilegirano skupino ali povprečjem,
- ciljni ukrepi za posebno ranljive skupine.

4.2 Zmanjševanje neenakosti v Sloveniji

V Sloveniji poleg politik zmanjševanja neenakosti poteka tudi program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih boleznih in zmanjševanje neenakosti v zdravju pri odraslih. S ciljem doseganja boljšega zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju je bil okviru projekta Skupaj za zdravje nadgrajen preventivni program za odraslo populacijo. Program vsebuje vsebine, orodja in pristope za učinkovitejše vključevanje ciljne populacije ter nemedikamentozne obravnave. Sam koncept predstavlja vključevanje, sodelovanje in povezovanje obstoječih in novih procesov, komunikacijskih poti, obravnave spremljanja in evalvacije ter upravljanje na nacionalni, regionalni in lokalni ravni (Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju, Skupaj za zdravje, 2016, str. 20–21).

5 Zaključek

Skozi pisanje članka ugotovimo, da neenakosti v zdravju obstajajo in jih je mogoče preprečiti, vendar se kljub temu še vedno povečujejo. Dandanes po vsem svetu predstavljajo aktualen problem in izziv tako za zdravstvene politike kot tudi za druge. Socialnih determinant zdravja, ki povzročajo neenakosti v zdravju je veliko, so različne, hkrati pa so tudi medsebojno povezane. Večina zdravstvenih neenakosti izhaja iz socialno-ekonomskega statusa posameznika ali družbe. Socialno-ekonomski status je namreč tisti, ki pogojuje okoliščine, v katerih ljudje živijo, se izobražujejo, delajo in navsezadnje tudi dostopajo do zdravstvenih storitev oziroma enakost v zdravstvenem sistemu, kar posledično pomeni boljše ali slabše zdravje. Neenakosti v zdravju se kažejo skozi različne kazalnike, ki jih je treba spremljati, saj nam le konkretni podatki lahko pomagajo in nas usmerjajo k zmanjševanju in odpravljanju tega problema.

Medicinske sestre in ostali zaposleni v zdravstveni negi imajo pri tem pomembno vlogo. Njihova naloga je zagotoviti dostop do zdravstvenih storitev in zdravstvenega varstva vsakemu posamezniku, ne glede na to iz katere socialno-ekonomske skupine prihaja. Pomembno je, da se trudijo ustvarjati okolje, kjer neenakosti oziroma razlike zaradi socialno-ekonomskega statusa niso prisotne, hkrati pa upoštevati vsakega posameznika kot individuum in pri tem ne diskriminirati oziroma ne stigmatizirati na podlagi določenih lastnosti.

LITERATURA

1. Buzeti, T., Djomba, K. J., Gabrijelčič Blenkuš, M., Ivanuša, M., Jeriček Klenček, H., Kelšin, N. idr. (2011). Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
2. Čuš, B., Farkač Lainščak, J., Horvat, M., Huber, I., Knific, T., Maučec Zakotnik, J., Sedlar, N., Vračko, P. in Vrbovšek, S. (2016). Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih, Katalog informacij Sevnica. Ljubljana: NUK Ljubljana
3. Dahlgreen, G. in Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
4. Diderichsen, F., Evans, T. in Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. V T. Evans (ur.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (str. 13–23). Oxford: Oxford university press.
5. Ivanuša, M. (2009). Zmanjševanje razlik v času ene generacije. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

6. Jerman, T., Kostnapfel, T., Letner Žbogar, N., Peternel, L., Belovič, B., Kranjc Nikolič, T., Artnik, B., Klančar, T., Moškon, B., Nahtigal, K. in Tavčar, M. (2011). Strategija zmanjševanja neenakosti v zdravju v ljubljanski zdravstveni regiji. Ljubljana: NUK Ljubljana
7. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi. (2014). Uradni list RS, št. 52 (11. 07. 2014). Pridobljeno 12. 9. 2020, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2288/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi>.
8. Sočan, M. (2013). Javno zdravje: Visokošolski učbenik za študijski program Zdravstvena nega. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego
9. Ustava Republike Slovenije. (1991). Uradni list RS, št. 33 (23. 12. 1991). Pridobljeno 12. 9. 2020, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>.
10. Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju, Skupaj za zdravje. (2016). Ljubljana; Nacionalni inštitut za javno zdravje.
11. Zakon o pacientovih pravicah. (2008). Uradni list RS, št. 15 (11. 02. 2008). Pridobljeno 12. 9. 2020, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>.
12. Zmanjševanje razlik v času ene generacije, (2009). Pridobljeno 12. 9. 2020, s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/zmanjsevanje_razlik_v_casu_ene_generacije.pdf.

Utjecaj roditeljskog ponašanja i okruženja u kući s tjelesnom aktivnošću djeteta

UDK 613.71-053.2:173.5/7

KLJUČNE RIJEČI: tjelesna aktivnost, kućno okruženje, roditelji, djeca

POVZETEK - Tjelesna aktivnost je neizostavan biološki podražaj nužan za održavanje struktura i funkcija organa i organskih sustava. Veliki broj istraživanja pokazao je da roditelji imaju ključnu ulogu u razvoju djeteta te da njihovi stavovi i ponašanja vezani za tjelesnu aktivnost imaju najveći utjecaj na djetetove stavove prema određenoj tjelesnoj aktivnosti. Stoga je cilj ovoga istraživanja bio utvrditi utjecaj roditeljske okoline i ponašanja na djetetovo bavljenje tjelesnom aktivnošću. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 200 roditelja, od toga 14 osoba muškog spola te 186 osoba ženskog spola koji su davali podatke o djeci od 2 do 18 godina. U svrhu provedbe istraživanja sastavljen je online anketni upitnik koji je sadržavao ukupno 24 pitanja. Rezultati istraživanja dobiveni su metodom deskriptivne statistike te Hi-kvadrat testom za atributivne varijable. Rezultati su pokazali da tjelesno aktivni roditelji imaju tjelesno aktivniju djecu, da postoji povezanost utjecaja pozitivne afirmacije od strane roditelja s tjelesnom aktivnošću djeteta te da utjecaj obrazovanja roditelja na tjelesnu aktivnost djeteta nije utvrđen.

UDC 613.71-053.2:173.5/7

KEYWORDS: physical activity, home environment, parents, children

ABSTRACT - Physical activity is an indispensable biological stimulus, which is necessary to maintain the structures and functions of organs and organ systems. Numerous studies have shown that parents play a key role in a child's development and that their attitudes and behaviours related to physical activity have the greatest impact on the child's attitudes towards a particular physical activity. Therefore, the aim of this study was to determine the influence of the parental environment and behavior on the child's physical activity. A total of 200 parents participated in the study, of which 14 were males and 186 females, who provided data on children aged 2 to 18. An online survey questionnaire, containing a total of 24 questions, was compiled for the purpose of conducting the research. The results of the research were obtained by the method of descriptive statistics and the Chi-square test for attributive variables. The results showed that physically active parents have more physically active children, that there is a connection between the influence of positive affirmation by parents and the child's physical activity and that the influence of parental education on the child's physical activity has not been determined.

1 Uvod

Tjelesna aktivnost ima cijeli niz dobrobiti, dok neaktivnost i sjedilački način života predstavljaju čimbenike rizika za razvoj cijelog niza kroničnih bolesti (Šklempe - Kokić idr., 2019). Suvremenim, ubrzanim i sedentarnim načinom života te dostupnošću modernih tehnologija, čovjeku je omogućeno brže snalaženje i rješavanje svakodnevnih obveza, no istodobno mu je uskraćeno vrijeme koje bi trebao provoditi u zadovoljavanju preporučenih vrijednosti svakodnevne minimalne tjelesne aktivnosti (Petrić idr., 2019). Nedostatna tjelesna aktivnost je veliki problem u Hrvatskoj i svijetu, što povećava broj morbiditeta, ekonomska opterećenja zdravstvenog sustava i mortalitet (Brunnić in Lešer, 2018). Zbog toga dolazi do niza negativnih posljedica na čovjekovo fizičko, ali i psihičko zdravlje (Bartoš, 2015). Također, nedovoljna tjelesna aktivnost djece i mladih sve je veći problem u suvremenom društvu (Vidaković Samaržija in Mišigoj - Duraković, 2016). Tjelesno neaktivna djeca imaju problema

sa smanjenom razinom motoričkih i funkcionalnih sposobnosti te im se povećava tjelesna masa i postotak masti u organizmu (Badrić idr., 2015). Veliki broj istraživanja pokazao je da roditelji imaju ključnu ulogu u razvoju djeteta kada je riječ o tjelesnoj aktivnosti i određivanju vremena kojeg djeca provedu ispred ekrana (Petrić idr., 2019). Stavovi i ponašanja roditelja vezanih za tjelesnu aktivnost imaju najveći utjecaj na djetetove stavove prema određenoj aktivnosti tijekom predškolskog i ranog školskog doba. Uspostavljanje pozitivnih stavova prema tjelesnoj aktivnosti tijekom djetinjstva osobito je važno za djecu kako bi održali zdrave navike u adolescenciji i daljnjem životu (Iveković, 2017). Djeca uče iz ponašanja roditelja, pa će se uz prirodnu potrebu za kretanjem i potporu roditelja nastaviti baviti tjelesnom aktivnošću i u kritičnom razdoblju prelaska iz osnovne u srednju školu (Jurišić idr., 2019). S obzirom na današnji ubrzani način života, globalizaciju i nedostatak vremena postavlja se pitanje jesu li djeca, po uzoru na svoje roditelje, odlučila slijediti put tjelesno aktivnog ili pasivnog života te pružaju li im roditelji dobar primjer o tome kako se treba brinuti o vlastitom zdravlju (Bartoš idr., 2015). Uz preventivne i edukacijske programe, kako djece, tako i roditelja, moguće je poticati i usmjeriti djecu na pozitivne strane tjelesne aktivnosti te usvajanje zdravog načina života (Puharić idr., 2015).

2 Metodologija istraživanja

Studija je provedena kao neeksperimentalna metoda, koristeći kvantitativni istraživački pristup. Upitnik je bio u potpunosti anonimn te je sadržavao ukupno 24 pitanja, a podaci su se prikupljali od travnja 2020. do lipnja 2020. godine. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 200 roditelja, od toga 14 osoba muškog spola te 186 osoba ženskog spola koji su davali podatke o djeci od 2 do 18 godina ($m = 101$, $ž = 99$). Kriteriji uključenja u istraživanje bili su da je dijete urednog motoričkog razvoja te da odrasta u roditeljskom okruženju. Dobiveni podaci u ovom istraživanju su sistematično raščlanjeni te uneseni u tablicu za obradu podataka u programu za statističku obradu podataka SPSS Statistics 22. Korištene su metode deskriptivne statistike te Hi-kvadrat test za atributivne varijable.

Hipoteze ovoga istraživanja su slijedeće:

- H1: Tjelesno aktivni roditelji imaju tjelesno aktivniju djecu.
- H2: Roditelji s pozitivnom afirmacijom prema djetetu imaju tjelesno aktivniju djecu.
- H3: Djeca roditelja višeg obrazovanja su tjelesno aktivnija od djece roditelja nižeg obrazovanja.

3 Rezultati

U tablici 1. prikazane su deksriptivne značajke djece, na uzorku od 200 djece ($N = 200$). Podjednako su raspoređeni po spolu, dok po dobi pripadaju većinom prepubertetskom uzrastu od 1-13 godina (89,5 %).

Tablica 1: Deskriptivne značajke djece

		<i>Višina djece</i>	<i>Tjelesna masa</i>
<i>N</i>	<i>Valid</i>	200	200
	<i>Missing</i>	0	0
Mean		126,3350	30,2000
Median		124,5000	26,0000
Std. Deviation		29,05467	17,55859
Minimum		45,00	10,00
Maximum		205,00	100,00
Spol		M	Ž
		101	99
Dob		1-13 godina	13-18 godina
Procjena tjelesne aktivnosti djece		179 (89,5 %)	21 (19,5 %)
Aktivan		110 (55 %)	
Donekle aktivan		53 (26,5 %)	
Neaktivan		37 (18,5 %)	

U tablici 2. prikazane su deskriptivne značajke roditelja te frekvencija bavljenja tjelesnom aktivnošću gdje u uzorku prevladava ženski spol, mlađa populacija u rasponu od 20–40 godina, te zaposleni roditelji, dok su podjednako raspoređeni po stupnju obrazovanja.

Tablica 2: Deskriptivne značajke roditelja i frekvencija tjelesne aktivnosti

<i>Spol</i>		<i>Dob</i>		<i>Obrazovanje</i>		<i>Radni status</i>	
<i>Muški</i>	<i>Ženski</i>	<i>20–40 godina</i>	<i>41+ godina</i>	<i>Niže obrazovanje</i>	<i>Više obrazovanje</i>	<i>Zaposlen</i>	<i>Nezaposlen</i>
14	186	161	39	107	93	157	43
7 %	93,0 %	80,5 %	19,5 %	53,5 %	46,5 %	78,5 %	21,5 %
<i>(f) Tjelesne aktivnosti roditelja</i>							
<i>Rijetko</i>		<i>Često</i>			<i>Nikada</i>		
46 (23%)		59 (29,5%)			95 (47,5%)		

U rezultatima je potvrđena je vjerojatnost povezanosti utjecaja razine tjelesne aktivnosti roditelja na tjelesnu aktivnost djece (tablica 3). Od 46 roditelja koji se rijetko bave TA, 32 (69,6 %) djece je aktivno, 12 (26,1 %) djece je donekle aktivno te je 2 (4,2 %) djece neaktivno. Od 59 roditelja koji se često bave TA, često imaju i tjelesnu aktivniju djecu, točnije, 45 (76,3 %) djece tjelesno aktivno, 10 (16,9 %) je donekle aktivno, a samo 4 (6,8 %) djece je tjelesno neaktivno. Nadalje, kod tjelesno neaktivnih roditelja, kojih je ukupno 95, podaci pokazuju da je 33 (34,7 %) djece tjelesno aktivno, 31 (32,6 %) donekle aktivno te 31 (32,6 %) neaktivno. Vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $\alpha = 0,000$ što govori da postoji statistički značajna razlika u tjelesnoj aktivnosti djece između grupe aktivnih i grupe tjelesno neaktivnih roditelja.

Tablica 3: Vjerojatnost povezanosti utjecaja razine tjelesne aktivnosti roditelja na tjelesnu aktivnost djece

	N = 200	Ta dijete (frequencies)			Total	χ^2 test
		Aktivan	Donekle aktivan	Neaktivan		
(f) TA roditelja	Rijetko	32	12	2	46	A = 0,000
		69,6 %	26,1 %	4,3 %	100,0 %	
	Često	45	10	4	59	
		76,3 %	16,9 %	6,8 %	100,0 %	
	Ne bave se TA	33	31	31	95	
		34,7 %	32,6 %	32,6 %	100,0 %	
	Total	110	53	37	200	
		55 %	26,5 %	18,5 %	100,0 %	

Legenda kratica: (f)TA–frekvencija tjelesne aktivnosti; TA–tjelesna aktivnost

Potvrđena je vjerojatnost povezanosti utjecaja pozitivne afirmacije od strane roditelja s tjelesnom aktivnošću djeteta (tablica 4). Od 98 roditelja koji su dobili negativnu ocjenu afirmacije djeteta, 36 (36,7) djece je tjelesno aktivno, 31 (31,6 %) je donekle aktivno te 31 (31,6 %) djece neaktivno. Od ostalih 102 roditelja koji su dobili pozitivnu ocjenu afirmacije djeteta, 74 (72,5 %) djece je tjelesno aktivno, 22 (21,6 %) donekle aktivno te 6 (5,9 %) neaktivno. Vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $\alpha = 0,000$ što govori da postoji statistički značajna razlika u tjelesnoj aktivnosti djece između grupe roditelja koji imaju pozitivan afirmacijski score u odnosu na grupu roditelja koji imaju negativan afirmacijski score.

Tablica 4: Vjerojatnost povezanosti utjecaja pozitivne afirmacije od strane roditelja s tjelesnom aktivnošću djeteta

	N = 200	Ta dijete (frequencies)			Total	χ^2 test
		Aktivan	Donekle akt.	Neaktivan		
ocjena afirmacije	Negativan score	36	31	31	98	A = 0,000
		36,7 %	31,6 %	31,6 %	100,0 %	
Pozitivan score	74	22	6	102		
		72,5 %	21,6 %	5,9 %	100,0 %	
Total	110	53	37	200		
		55,0 %	26,5 %	18,5 %	100,0 %	

Utjecaj obrazovanja roditelja na tjelesnu aktivnost djeteta nije utvrđen (tablica 5). Od ukupno 107 roditelja nižeg stupnja obrazovanja, 55 (51,4 %) djece je tjelesno aktivno, 28 (26,2 %) donekle aktivno te 24 (22,4 %) neaktivno. Od roditelja višeg stupnja obrazovanja, 55 (59,1 %) djece je tjelesno aktivno, 25 (26,9 %) donekle aktivno te 13 (14 %) neaktivno. Vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $\alpha = 0,291$ te ne postoji statistički značajna razlika u uzorku između utjecaja roditelja nižeg i roditelja višeg stupnja obrazovanja na bavljenje tjelesnom aktivnošću kod djece. Ovime je odbačena treća hipoteza koja glasi da su djeca roditelja višeg stupnja obrazovanja tjelesno aktivnija od djece roditelja nižeg stupnja obrazovanja. Vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $\alpha = 0,291$ što govori da ne postoji statistički značajna razlika u stupnju obrazovanja roditelja i tjelesne aktivnosti djeteta.

Tablica 5: Vjerojatnost povezanosti utjecaja stupnja obrazovanja roditelja i tjelesne aktivnosti kod djece

	N = 200	Ta dijete (frequencies)			Total	χ^2 test
		Aktivan	Donekle aktivan	Neaktiva n		
obrazovanje roditelja	Niža razina obrazovanja /osnovna, srednja škola/	55	28	24	107	$\alpha=0,291$
		51,4 %	26,2 %	22,4 %	100,0 %	
	Viša razina obrazovanja /bacc., dipl, dr. sc./	55	25	13	93	
		59,1 %	26,9 %	14,0 %	100,0 %	
	Total	110	53	37	200	
		55,0 %	26,5 %	18,5 %	100,0 %	

4 Rasprava

Cilj ovoga istraživanja bio je utvrditi utjecaj roditeljske okoline i roditeljskog ponašanja na djetetovo bavljenje tjelesnom aktivnošću. Prema prikupljenim podacima utvrđeno je da postoji vjerojatnost u povezanosti utjecaja razine tjelesne aktivnosti roditelja na tjelesnu aktivnost djece, odnosno da postoji statistička značajnost u uzorku. Rezultati ovoga istraživanja ukazuju na znatno veći broj tjelesno neaktivnih roditelja u odnosu na broj tjelesno aktivnih roditelja. No unatoč tome, od roditelja koji prema rezultatima spadaju u kategoriju tjelesno aktivnih, također je i većina njihove djece tjelesno aktivna, dok kod tjelesno neaktivnih roditelja to nije rezultat. Iz tog razloga potvrđena je i prva hipoteza da tjelesno aktivni roditelji imaju tjelesno aktivniju djecu.

Svaki roditelj kod svoga djeteta gradi određene moralne, kulturne i društvene vrijednosti koje cijene i vrednuju i oni sami, te okolina koja okružuje dijete (Družinec, 2016). Rezultati nekih istraživanja dokazali su da roditelji uglavnom uspijevaju u prenošenju vlastitih vrijednosti na svoju djecu, odnosno potvrdili su značajnu pozitivnu povezanost između vrijednosti roditelja i vrijednosti njihove djece. Iz toga proizlazi pretpostavka da će, ako su roditelji tjelesno aktivni ili neaktivni, nerijetko takva biti i njihova djeca (Petrić idr., 2019). Također, prema istraživanju Zhanga i suradnika (2019) utvrđeno je da tjelesno aktivne majke imaju i tjelesno aktivniju djecu te da majke smatraju da je tjelesna aktivnost vrlo bitna za rast i razvoj njihovog djeteta. Slične rezultate dobila je i Bešlić (2018) u svom istraživanju kojim je utvrđeno kako djeca roditelja koji se bave sportom 2 do 3 puta tjedno statistički značajno pokazuju više interesa za sport od djece roditelja koji se ne bave sportom.

S druge strane, Dragojević (2018) je svojim istraživanjem utvrdila da ne postoji korelacija između razine tjelesne aktivnosti roditelja i razine tjelesne aktivnosti djeteta te navodi kako je moguće da obrazac ponašanja roditelja ipak nije kriterij koji će utjecati na aktivnost djece već da na to utječu i drugi endogeni i egzogeni čimbenici.

U uzorku od 200 ispitanika čiji su podaci dobiveni heteroanamnestički od roditelja, nalazi se 179 (89,5 %) djece predpubertetske dobi (1-13 godina) te 21 dijete (19,5 %) pubertetske dobi (13–18 godina). Udio aktivne djece iznosi 55 % dok je donekle aktivnih 26,5 % i neaktivnih 18,5 %.

Prema istraživanju Petrića i suradnika (2019) utvrđeno je da niti jedno dijete ne zadovoljava kriterije od minimalno 60 minuta kretanja dnevno, umjerenim do visokim intenzitetom, a što je

sukladno preporukama Svjetske zdravstvene organizacije. S druge strane, Lee i suradnici (2017) u svom istraživanju navode da 84 % djece tjedno provedu u umjerenoj do intenzivnoj tjelesnoj aktivnosti od dva do šest sati, uzimajući u obzir da djeca najviše vremena provedu u laganoj tjelesnoj aktivnosti koja nije zabilježena.

Stevanović i Capak (2016) uspoređivali su hrvatske učenike s učenicima ostale 42 zemlje uključene u istraživanje o zdravstvenom ponašanju učenika (HBSC 2014 istraživanje) te je vidljivo kako je razina tjelesne aktivnosti hrvatskih učenika niska, ali su ipak aktivniji od većine. Prema svim podacima hrvatski učenici pubertetske dobi su iznad prosjeka za 6–7 %.

Nadalje, Vujičić i suradnici (2018) navode da, iako predškolska ustanova potiče aktivniji boravak od školske, evidentan je pad i u broju predškolske djece koja su tjelesno aktivna. Isti autori ističu važnost utjecaja predškolske ustanove, kao temeljnog čimbenika, na razinu dječje tjelesne aktivnosti s obzirom na količinu vremena kojeg djeca provode u ustanovi.

Prema rezultatima ovoga istraživanja, također se može zaključiti da postoji povezanost utjecaja pozitivne afirmacije od strane roditelja s tjelesnom aktivnošću djeteta. Ovime je potvrđena druga hipoteza koja glasi da roditelji pozitivnom afirmacijom prema djetetu imaju tjelesno aktivniju djecu.

Prema rezultatima istraživanja Pypera i suradnika (2016) čak 97 % roditelja je izvijestilo kako potiču svoju djecu da što više slobodnog vremena provedu kroz aktivnosti na otvorenom u okruženju obitelji i prijatelja. Nadalje, Yao i Rhodes (2015) tvrde da rezultati njihovog istraživanja pokazuju vrlo malu povezanost roditeljskog ponašanja s tjelesnom aktivnošću djeteta, što je kontradiktorno rezultatima Xua i suradnika (2015) koji su u svom istraživanju potvrdili da roditeljsko poticanje i podrška na bavljenje tjelesnom aktivnošću dovode do znatnog povećanja tjelesne aktivnosti, odnosno smanjenja sedentarnog načina života njihove djece.

Prema istraživanju Neljaka i suradnika (2017) dobiveni rezultati pokazali su da je stav roditelja prema tjelesnoj aktivnosti vlastite djece pozitivan te da smatraju kako je tjelesna aktivnost uistinu važna te ravnopravna s, primjerice, računalnom pismenosti. Analizom rezultata utvrdilo se da roditelji potiču svoju djecu na tjelesnu aktivnost na način da svoje slobodno vrijeme provode s djecom u parkovima te na igralištima. Isti autori, navode da, iako roditelji aktivno potiču svoju djecu na tjelesnu aktivnost, često zaboravljaju da djeca uglavnom uče po modelu i integriraju ponašanje i navike roditelja u vlastito ponašanje te da je iznimno važno krenuti od sebe kako bi i djeca slijedila njihov primjer.

Istraživanje prema Sedlaru i Boneti (2012) pokazalo je da roditelji imaju vrlo malo slobodnog vremena zbog posla te da dobivaju i sve manje godišnjeg odmora, no ipak je svim ispitanim roditeljima bilo važno da djeca što više slobodnog vremena borave u prirodi provodeći razne tjelesne aktivnosti. Također su naveli da svoju djecu često uključuju u obavljanje kućanskih poslova te potiču na bavljenje raznim sportovima.

Utjecaj obrazovanja roditelja na tjelesnu aktivnost djeteta nije utvrđen. Vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $\alpha=0,291$ te ne postoji statistički značajna razlika u uzorku između utjecaja roditelja nižeg i roditelja višeg stupnja obrazovanja na bavljenje tjelesnom aktivnošću kod djece. Ovime je odbačena treća hipoteza koja glasi da su djeca roditelja višeg stupnja obrazovanja tjelesno aktivnija od djece roditelja nižeg stupnja obrazovanja.

Sukladno tome, Foretić i Bjelajac (2009) navode da roditelji percipiraju sport kao vrlo važan dio dječjeg života i smatraju da već u mlađoj školskoj dobi on može značajno pridonijeti razvoju i socijalizaciji djeteta. Također, važnost sporta kao izvanškolske aktivnosti pozitivno je ocijenjena kod ispitanika različitih stupnjeva obrazovanja. Isto tako, Dragojević (2018) u svom istraživanju navodi da ne postoji statistički značajna razlika između stupnjeva obrazovanja

roditelja na bavljenje tjelesnom aktivnošću djeteta, dok je Bešlić (2018) u svom istraživanju utvrdila da se u nekoliko tvrdnji razlikuju odgovori između obrazovanih i manje obrazovanih ispitanika. No te razlike su minimalne stoga se može zaključiti kako su roditelji, bez obzira na obrazovanje, svjesni prednosti redovitog bavljenja tjelesnim aktivnostima.

S druge strane, Sabolić i suradnici (2015) u svom su istraživanju dobili rezultate koji pokazuju da kod djece postoji veoma mali intenzitet tjelesnog opterećenja, a kao posljedicu navode nedovoljnu razinu obrazovanosti roditelja o važnosti provođenja tjelesne aktivnosti u životu odraslih i djece. Iz tog razloga isti autori upućuju na provođenje različitih edukacijskih programa za roditelje kako bi mogli kod djece poticati zdrav način života s ciljem ostvarenja dječje dobrobiti.

Od ukupno 200 ispitanika u istraživanju, muških roditelja je 14, a ženskih 186 što upućuje na to da je raspodjela ispitanika prema spolu dominantno usmjerena na ženski spol što ujedno predstavlja djelomično ograničenje ovoga istraživanja.

Zaključno, bez obzira što rezultati ovog istraživanja ukazuju na znatno veći broj tjelesno neaktivnih u odnosu na broj tjelesno aktivnih roditelja, ipak je za zaključiti kako roditelji imaju pozitivan stav prema tjelesnoj aktivnosti svoje djece u slobodno vrijeme te shvaćaju važnost iste. To ukazuje na to da roditelji ne zanemaruju njihove potrebe i nastoje ih poticati na tjelesnu aktivnost, što je dobar pokazatelj stanja i zalag za zdravu i kvalitetnu budućnost djece.

LITERATURA

1. Badrić, M., Sporiš, G. i Krističević, T. (2015). Razlike u motoričkim sposobnostima učenika prema razini tjelesne aktivnosti u slobodno vrijeme. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, 30 (2), 92–98.
2. Bartoš, A. (2015). Zdravlje i tjelesna aktivnost civilizacijska potreba modernog čovjeka. *Media, culture and public relations*, 6 (1), 68–78.
3. Bešlić, A. (2018). Utjecaj roditeljskog bavljenja sportom, njihovih znanja i stavova na tjelesne aktivnosti djece od 3 do 6.5 godina (Doctoral dissertation). Zagreb: University of Zagreb. Faculty of Teacher Education.
4. Brumnić, V. in Lešer, V. (2018). Povezanost tjelesne aktivnosti s čimbenicima unutarnjeg i vanjskog okoliša. *Javno zdravlje*, 18, 94–104.
5. Dragojević, M. (2018). Povezanost razine tjelesne aktivnosti roditelja i razine tjelesne aktivnosti djece (Doctoral dissertation). Osijek: Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Education.
6. Družinec, V. (2016). Transfer vrijednosti s roditelja na djecu. *Školski vjesnik: časopis za pedagoškijsku teoriju i praksu*, 65, 475–488.
7. Foretić, N. i Bjelajac, S. (2009) Odnos roditelja prema sportu u fazi sportske inicijacije. *Školski vjesnik*, 58 (2), 209–223.
8. Iveković, I. (2017). Razlike u stavovima odgojitelja i roditelja o igri i tjelesnim aktivnostima djece od 0. do 4. godine. *Školski vjesnik: časopis za pedagoškijsku teoriju i praksu*, 66 (2), 270–286.
9. Jurišić, I., Puharić, Z., Pavić Šimetin, I., Dikanović, M. in Cvitković, A. (2019). Sjedilačko ponašanje i pojava glavobolja kod školske djece. *Paediatrica Croatica*, 63 (2), 56–61.
10. Neljak, B., Podnar, H. in Rak, T. (2017). Parents' attitudes towards physical activity of preschool children. 8th International Scientific Conference on Kinesiology: zbornik radova (str. 233–237).
11. Petrić, V., Holik, I., Blažević, I. in Vincetić, N. (2019) Povezanost edukacije roditelja i djece predškolske dobi o važnosti kretanja i razine tjelesne aktivnosti. *Medica Jadertina*, 49 (2), 85–93.
12. Puharić, Z., Rafaj, G. in Čačić Kenjerić, D. (2015). Uhranjenost i mogući preventabilni čimbenici utjecaja na uhranjenost učenika petih razreda na području Bjelovarsko-bilogorske županije. *Acta Med Croatica*, 69, 439–450.
13. Pyper, E., Harrington, D. in Manson, H. (2016). The impact of different types of parental support behaviours on child physical activity, healthy eating, and screen time: a cross-sectional study. *BMC public health*, 16 (1), 568.

14. Sabolić, M., Lorger, M. in Kunješić, M. (2015). Efikasnost vježbanja na satu kineziološke kulture u predškolskoj dobi iskazana kroz broj srčanih otkucaja.
15. Sedlar, A. in Boneta, Ž. (2012). Obiteljsko slobodno vrijeme. *Dijete, vrtić, obitelj*, 18 (70), 14–15.
16. Stevanović, R. in Capak, K. (2016). Istraživanje o zdravstvenom ponašanju učenika / Health Behaviour in School-aged Children – HBSC 2013/2014: Osnovni pokazatelji zdravlja i dobrobiti učenika i učenica u Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
17. Šklempe Kokić, I., Vidović, L. in Brumnić, V. (2019). Tjelesna aktivnost i kvaliteta života vezana za zdravlje kod učenika završnih razreda Srednje škole Pregrada. V I. Šklempe Kokić in S. Janković (ur.), *Fizioterapija u sportu, rekreaciji i wellnessu* (str. 283–302).
18. Vidaković Samaržija, D. in Mišigoj - Duraković, M. (2016). Razlike između spolova u tjelesnoj aktivnosti učenika desetogodišnjaka. *Hrvatski časopis za obrazovanje*, 18 (1), 231–246.
19. Vujičić, L., Petrić, V. in Pejić Papak, P. (2018). Evaluation of the kinesiological workshop programme for increased level of physical activity of children, pupils and parents. *Acta Kinesiologica*, 12, 29–35.
20. Xu, H., Wen, L. M. in Rissel, C. (2015). Associations of parental influences with physical activity and screen time among young children: a systematic review. *Journal of obesity*.
21. Yao, C. A. in Rhodes, R. E. (2015). Parental correlates in child and adolescent physical activity: a meta-analysis. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 12 (1), 10.
22. Zhang, M., Quick, V., Jin, Y., Martin - Biggers, J. (2019). Associations of Mother's Behaviors and Home/Neighborhood Environments with Preschool Children's Physical Activity Behaviors. *American Journal of Health Promotion*.

Pomen promocije zdravja v obporodnem obdobju

UDK 616.89:613:618.2/.7

KLJUČNE BESEDE: duševna motnja, zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja, poporodna depresija, presejalni testi za poporodno depresijo

POVZETEK - Duševne motnje v obporodnem obdobju pomembno vplivajo na potek nosečnosti in poroda ter na otrokov zgodnji in kasnejši razvoj. Z ustrežno in pravočasno obravnavo se lahko duševne motnje matere uspešno prepreči ali obvlada. Namen raziskave je bil preučiti vlogo medicinskih sester na primarnem nivoju pri promociji duševnega zdravja v obporodnem obdobju, oceniti znanje s področja prepoznavanja simptomov duševnih motenj in uporaba presejalnih testov za odkrivanje duševnih motenj v obporodnem obdobju v praksi. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Primarni podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko anketiranja. Raziskava je potekala med zaposlenimi v zdravstveni negi v javnem zdravstvenem zavodu primarnega zdravstvenega varstva. V opravljeni raziskavi je bilo ugotovljeno, da medicinske sestre na primarnem nivoju zdravstvenega varstva uporabljajo presejalne teste v praksi, vendar pa ti še vedno niso rutinsko v uporabi. Izvajanje promocije duševnega zdravja pa v praksi verjetno še ni našlo pravega mesta in časa pri načrtovanju zdravstvene nege.

UDC 616.89:613:618.2/.7

KEYWORDS: mental disorder, healthcare, health education, postpartum depression, screening test for postpartum depression

ABSTRACT - Mental disorders in the perinatal period are of significant importance in the course of pregnancy and childbirth, as well as in the child's early and later development. With proper and timely treatment, mental disorders of mothers can be successfully prevented or managed. The purpose of the survey was to examine the role of medical nurses at the primary level of promoting perinatal mental health, to evaluate the knowledge in the area of recognizing the symptoms of mental disorders and to use screening tests to detect mental disorders in the perinatal period in practice. The research was based on a quantitative method of work. The primary data for the analysis was obtained with the questionnaire technique. The survey was conducted among nursing staff at a public primary healthcare institution. The survey showed that nurses at the primary level of health care use screening tests in practice, but the tests are still not routinely used. However, the implementation of mental health promotion in practice has probably not yet found its place or time in the healthcare planning.

1 Teoretična izhodišča

Nosečnost, porod in obdobje po porodu (v nadaljevanju obporodno obdobje) so del pomembnih sprememb v življenju ženske, ko se srečuje s posebnimi telesnimi in duševnimi izzivi: spreminjajo se njeno telo, zdravstveno stanje, biokemično ravnotežje, samopodoba, socialna vloga, razmerja v partnerstvu in družini, potek kariere itd. (Mihevc Ponikvar, Tomšič in Drglin, 2018a, str. 1). Duševne motnje v obporodnem obdobju pomembno vplivajo na potek nosečnosti in poroda ter na otrokov zgodnji in poznejši razvoj, zato so ženske s težavami na področju duševnega zdravja v nosečnosti in po porodu posebno ranljiva skupina. Duševne motnje v času nosečnosti in po porodu so zelo pogoste. Najpogostejši sta depresija in anksioznost, redkejša je poporodna psihoza (Mihevc Ponikvar, Tomšič in Drglin, 2018b, str. 24). V Sloveniji imamo dobro urejeno zdravstveno varstvo za nosečnice, a se duševne motnje v času nosečnosti ne odkrivajo v zadostni meri (Mihevc Ponikvar idr., 2018a, str. 9). Različne študije navajajo, da depresija prizadene 10–20 % nosečnic in žensk po porodu.

Mivšek (2009, str. 213) in Mivšek in Zakšek (2012, str. 301) navajajo, da bi po ocenah strokovnjakov lahko 75 % primerov obporodnih duševnih motenj obravnavali v sklopu primarnega nivoja zdravstvene dejavnosti. Babice in medicinske sestre so tisti zdravstveni strokovnjaki, ki jim tuja strokovna literatura pripisuje glavno vlogo pri preprečevanju, odkrivanju in obravnavi duševnih motenj v nosečnosti, med in po porodu, vendar pa morajo biti za to dodatno izobražene in usposobljene. Isik in Bilgili (2010, str. 271) ugotavljata, da so medicinske sestre in babice v obporodnem obdobju z žensko v tesnem stiku, v katerem z njimi vzpostavijo zaupen medosebni odnos, in tako lahko prve opazijo simptome duševne motnje.

Najpogosteje uporabljeni presejalni test, ki ga uporabljajo tako ginekologi med nosečnostjo in babice po porodu, je po svetu Edinburški vprašalnik poporodne depresije (angl. Edinburg Postnatal Depression Scale – EPDS), ki vsebuje deset vprašanj in zahteva 2–5 minut za izpolnitev (Globevnik Velikonja, 2018, str. 38). Koprivnik in Plemenitaš (2009, str. 262) ugotavljata, da je Edinburški vprašalnik od leta 2005 je preveden v slovenščino, vendar rutinsko ni v uporabi.

Promocija duševnega zdravja se osredotoča na izboljševanje kakovosti življenja ter na poudarjanje pozitivnih lastnosti in sposobnosti posameznika, ne le na zmanjševanje simptomov ali primanjkljajev oziroma na duševne motnje in bolezni (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018, str. 15). Eden izmed temeljev dela medicinske sestre na primarnem nivoju je zdravstveno-vzgojno delo in promocija zdravja (tudi duševnega zdravja). Niso pa medicinske sestre prepričane v svoje znanje in strokovno usposobljenost za izvajanje promocije duševnega zdravja. Na študiji primera v Združenem kraljestvu so kritično pregledali pred kratkim uvedeni kurikulum zdravstvene nege na področju duševnega zdravja in ugotovili, da promocija duševnega zdravja še ni ključna komponenta zdravstvene nege na področju duševnega zdravja (Odro, Dadzie, Collins, Lodoiska in Ryan, 2012, str. 345).

2 Metoda

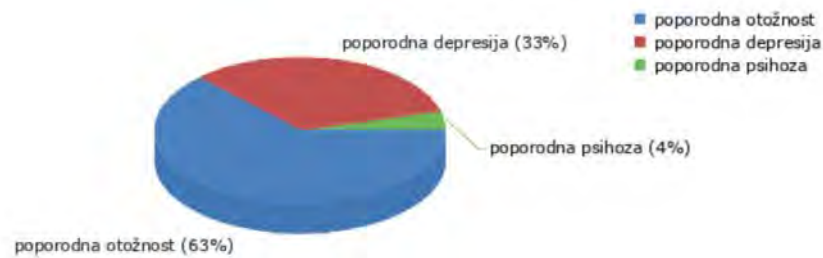
Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko anketiranja. Raziskava je potekala med zaposlenimi v zdravstveni negi v javnem zdravstvenem zavodu primarnega zdravstvenega varstva, ki se pri svojem delu srečujejo z ženskami v obporodnem obdobju (medicinske sestre zdravstvenega varstva žensk, patronažne medicinske sestre, medicinske sestre zdravstvenega varstva odraslih in zdravstvenega varstva predšolskih otrok). Razdeljenih je bilo 275 vprašalnikov v elektronski obliki. Vrnjenih je bilo 123 vprašalnikov, vendar je bilo zaradi nepopolnih podatkov izločenih 52. Vzorec predstavlja 71 vrnjenih in v celoti izpolnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 25,8-odstotno stopnjo odziva.

Za zbiranje podatkov je bilo uporabljeno spletno anketiranje. Potekalo je prek odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje na domeni www.1ka.si v mesecu septembru 2019. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno. Zagotovljena je bila anonimnost.

3 Rezultati

V anketi je sodelovalo 97 % žensk, kjer je imela večina anketirancev visokošolsko strokovno izobrazbo, sledijo tisti s srednješolsko izobrazbo.

Graf 1: Najpogostejša oblika težav v duševnem zdravju v obporodnem obdobju (n = 71)



Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

V anketi smo ugotavljali znanje in mnenje medicinskih sester o najpogostejših oblikah duševnih motenj v obporodnem obdobju. Na vprašanje, katera oblika poporodne duševne motnje je najpogostejša, sta skoraj dve tretjini anketiranih odgovorili, da je to poporodna otožnost, in tretjina anketiranih, da je to poporodna depresija.

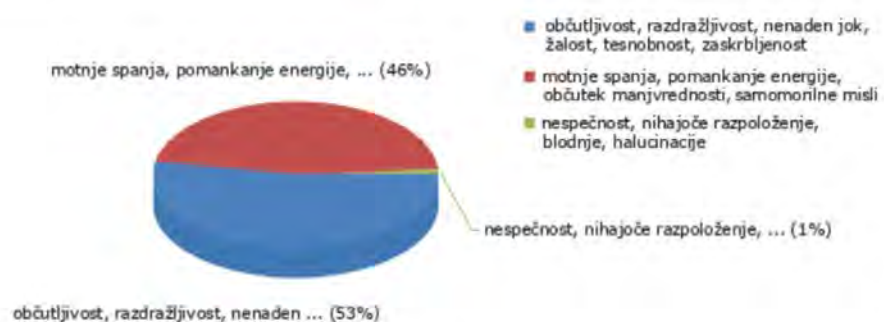
Graf 2: Najhujša oblika obporodne duševne motnje po mnenju anketiranih (n = 71)



Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Z grafa 2 je razvidno, da skoraj tri četrtine anketiranih meni, da je najhujša oblika duševne motnje v obporodnem obdobju poporodna psihoza.

Graf 3: Simptomi poporodne depresije po mnenju anketiranih (n = 71)

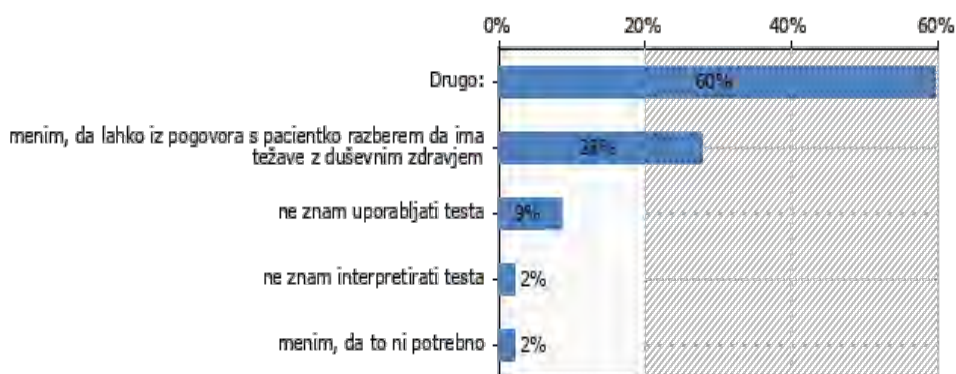


Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Kot je razvidno z grafa 3, dobra polovica anketiranih meni, da so simptomi poporodne depresije občutljivost, razdražljivost, nenaden jok, žalost, tesnobnost, zaskrbljenost, slaba polovica anketiranih pa meni, da so simptomi poporodne depresije motnje spanja, pomanjkanje energije, občutek manjvrednosti, samomorilne misli.

V anketi je 83 % anketirancev odgovorilo, da pri svojem delu ne uporablja presejalnih testov oziroma vprašalnikov za odkrivanje obporodnih duševnih motenj oziroma poporodne depresije.

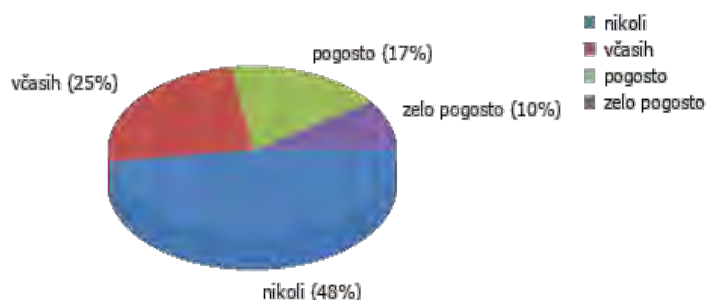
Graf 4: Vzroki anketiranih za neuporabo presejalnih testov/vprašalnikov (n = 47)



Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Anketiranim, ki so odgovorili, da pri svojem delu ne uporabljajo presejalnih testov/vprašalnikov, je bilo zastavljeno vprašanje o razlogih za to. Iz rezultatov je razvidno, da slaba tretjina anketiranih meni, da lahko iz pogovora s pacientko razberejo, ali ima težave z duševnim zdravjem, manjšina je odgovorila, da ne znajo uporabljati testa, da ne znajo interpretirati testa in da presejalnih testov ni treba opravljati. Dobra polovica anketiranih je izbralo možnost drugo. Pri tej možnosti so prevladovali odgovori, da nimajo stika z ženskami v obporodnem obdobju, da vprašalniki niso uvedeni v prakso oziroma nimajo navodil o tem in da nimajo vprašalnikov za odkrivanje obporodnih duševnih motenj.

Graf 5: Izvajanje zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientkah s poporodno depresijo (n = 71)



Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Z grafa 5 je razvidno, da slaba polovica anketiranih nikoli ne izvaja zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientkah s poporodno depresijo, ostali anketirani pa v največjem številu včasih.

Graf 6: Oblike zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientkah s poporodno depresijo (n = 71)



Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Malo manj kot polovica anketiranih je odgovorila, da pri pacientkah s poporodno depresijo kot zdravstveno-vzgojno delo izvajajo individualno delo s pacientko (zdravstveno-vzgojni pogovor). Tretjina anketiranih zdravstveno-vzgojnega dela ne izvaja.

4 Razprava

Številne študije navajajo, da imajo medicinske sestre pomembno vlogo pri preprečevanju, izobraževanju, zgodnjem prepoznavanju simptomov in podpori ženskam, ki trpijo za poporodno depresijo (Mivšek in Zakšek, 2012, str. 301). Depresija v nosečnosti je tako pogosta kot depresija v poporodnem obdobju. Za odkrivanje depresije je pomembno, da se medicinska sestra z žensko na preventivnih zdravstvenih pregledih pogovarja tudi o duševnem zdravju, zato je ključno, da medicinske sestre poznajo dejavnike tveganja in simptome depresije (Mivšek in Zakšek, 2012, str. 302).

Rezultati opravljene raziskave so pokazali, da so anketirani prepoznali poporodno otožnost kot najpogostejšo obliko težav v poporodnem obdobju, vendar je tretjina anketiranih vseeno menila, da je to poporodna depresija. Prav tako so anketirani prepoznali poporodno psihozo kot najhujšo obliko obporodne duševne motnje, ob tem pa je tretjina menila, da je to poporodna depresija. Pri vprašanju o simptomih poporodne depresije je dobra polovica anketiranih kot simptome poporodne depresije navedla simptome poporodne otožnosti, medtem ko je slaba polovica anketiranih pravilno prepoznala simptome poporodne depresije. Ugotavljamo, da medicinske sestre poznajo duševne motnje v obporodnem obdobju, zamenjujejo pa simptome poporodne otožnosti in poporodne depresije.

Tudi Mivšek in Zakšek (2012, str. 306) sta objavila študijo, v kateri sta raziskovala znanje babic in medicinskih sester o poporodni depresiji v porodnišnici. Navajata, da anketirani pogosto zamenjajo simptome poporodne otožnosti in poporodne depresije. Isik in Bilgili (2010, str. 268) pa v svoji raziskavi, ki sta jo opravila med babicami in medicinskimi sestrami v zdravstvenih domovih v Ankari, navajata, da je 64,1 % anketiranih pravilno prepoznalo simptome poporodne depresije.

Glede na to, da zdravstveni delavci polovico primerov poporodne depresije prezrejo, ženske pa zaradi strahu pred stigmatizacijo redko same poiščejo pomoč, mnogi avtorji trdijo, da bi bilo treba uvesti načrtno presejanje in odkrivanje žensk s tveganjem za poporodno depresijo (Podvornik, Globevnik Velikonja in Praper, 2015, str. 45; Vidmar Šimic, Velikonja Globevnik, Terzić, Rus Makovec in Premru Sršen, 2017, str. 20).

Z raziskavo smo ugotovili, da medicinske sestre uporabljajo presejalne teste za odkrivanje obporodnih duševnih motenj, vendar so te še vedno v manjšini, zato še vedno drži, kot navaja Skočir (2005, str. 190), da presejanje na simptome poporodne depresije ne poteka rutinsko.

V opravljeni raziskavi nas je zanimalo, ali medicinske sestre na primarnem nivoju zdravstvenega varstva izvajajo zdravstveno-vzgojno delo pri pacientkah s poporodno depresijo. Slaba polovica anketiranih je navedla, da nikoli, in četrtnina anketiranih, da včasih. Medtem ko ostala četrtnina anketiranih izvaja zdravstveno vzgojo pogosto in zelo pogosto. Ugotavljamo, da se zdravstvena vzgoja za duševno zdravje ne izvaja pogosto. Ob tem nas je še zanimalo, kakšno obliko zdravstveno-vzgojnega dela izvajajo medicinske sestre na primarnem nivoju. Iz rezultatov lahko sklepamo, da je anketiranim najbližja oblika zdravstveno-vzgojnega dela individualno delo oziroma zdravstveno-vzgojni razgovor. Samo en anketirani je odgovoril, da pri svojem delu najpogosteje kot zdravstveno-vzgojno delo uporablja predavanja. Sklepamo, da to obliko dela uporablja v šoli za bodoče starše, kjer se v predavanjih poleg ostalih tem govori tudi o duševnem zdravju žensk v obporodnem obdobju. Pod možnost drugo so anketirani navedli, da žensko napotijo k psihologu. Dovolimo si sklepati, da so prepoznali visoko verjetnost za depresijo in upoštevali navodila za vrednotenje presejalnih testov, ki za depresijo svetujejo, da se žensko usmeri k usposobljenemu strokovnjaku.

Eden izmed temeljev dela medicinske sestre na primarnem nivoju je zdravstveno-vzgojno delo in promocija zdravja (tudi duševnega zdravja), s čimer se strinja tudi večina anketiranih v opravljeni raziskavi. Prav tako se večina anketiranih strinja, da medicinske sestre s promocijo duševnega zdravja pomembno zmanjšajo razvoj duševnih motenj v obporodnem obdobju. Niso pa medicinske sestre prepričane v svoje znanje in strokovno usposobljenost za izvajanje promocije duševnega zdravja. Sklepamo lahko, da je razlog to, da se še vedno daje premalo poudarka pomembnosti duševnega zdravja in njegovi promociji tako med izobraževanjem kot tudi pri delu v praksi.

5 Zaključek

Medicinske sestre na primarnem nivoju zdravstvenega varstva se vsakodnevno srečujejo z ženskami v obporodnem obdobju. Z rezultati ankete smo dokazali, da poznajo različne oblike obporodnih stisk žensk, zamenjujejo pa simptome poporodne otožnosti, ki je lažja, nenevarna oblika obporodne stiske in navadno mine sama od sebe, ter poporodne depresije, ki neprepoznana in nezdravljena lahko pusti negativne posledice na duševnem zdravju ženske in posledično tudi na odnosu do otroka in njegovem duševnem razvoju.

Pomoč za odkrivanje poporodne depresije so presejalni testi, ki so preprost in učinkovit način za odkrivanje ogroženih žensk v obporodnem obdobju. Izsledki predhodnih raziskav navajajo, da medicinske sestre presejalnih testov niso rutinsko uporabljale v praksi. V opravljeni raziskavi smo ugotovili, da medicinske sestre na primarnem nivoju zdravstvenega varstva v praksi uporabljajo presejalne teste, vendar v zelo nizkem odstotku, rutinsko pa še vedno niso v uporabi.

Menimo, da bi bil primer dobre prakse, če bi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva skupaj sinergično delovali patronažno zdravstveno varstvo in zdravstveno varstvo žensk. Medicinske sestre v ginekološki ambulanti bi z obveščanjem patronažnih medicinskih sester o nosečnicah na njihovem terenu omogočile, da opravijo preventivni obisk v nosečnosti, kjer bi se z žensko srečale že pred prihodom otroka, med drugim pa bi lahko opravile tudi presejalni test. Patronažne sestre bi s povratno informacijo o ženskah z verjetnostjo za razvoj poporodne depresije pomagale ginekološkim medicinskim sestram, ki bi presejalni test ponovno izvajale ob ginekološkem pregledu v 6. tednu po porodu. Ginekološke medicinske sestre bi nato spet

poročale patronažnim medicinskim sestram, ki bi ob svojih obiskih v starosti otroka 4, 7 in 10 mesecev lahko ponovile presejalni test za poporodno depresijo. Seveda bi to predstavljalo dodatno delo tako v eni kot drugi zdravstveni dejavnosti. Zato bi bila potrebna dobra organizacija dela, komunikacija med zdravstvenimi timi in strokovno znanje medicinskih sester o simptomih duševnih motenj v obporodnem obdobju ter o pomenu izvajanja preventivnih presejalnih testov za poporodno depresijo. Medicinske sestre bi veliko lažje ukrepale, če bi bile jasno izdelane klinične poti za ukrepanje ob rezultatu, ki kaže na visoko verjetnost za depresijo.

Eden izmed temeljev dela medicinske sestre na primarnem nivoju zdravstvenega varstva je zdravstveno-vzgojno delo in promocija zdravja (tudi duševnega zdravja). Izsledki opravljene raziskave kažejo, da se zdravstvena vzgoja za duševno zdravje ne izvaja pogosto. Promocija duševnega zdravja v praksi verjetno še ni našla pravega mesta in časa pri načrtovanju zdravstvene nege, se pa medicinske sestre zavedajo pomena promocije duševnega zdravja, saj z njo pomembno zmanjšujemo možnost razvoja duševnih težav žensk in s tem omogočajo osnovne pogoje za boljšo čustveno navezanost matere na otroka.

Zahvala

Raziskava je bil opravljena v okviru diplomskega dela Nataše Wagner, študentke zdravstvene nege I. stopnje Univerze v Novem mestu, Fakultete za zdravstvene vede, z naslovom Pomen promocije duševnega zdravja v obporodnem obdobju (2020). Vsem sodelujočim v raziskavi se zahvaljujem.

LITERATURA

1. Globevnik Velikonja, V. (2018). Obporodna depresija: preventiva, diagnostika in oblike nefarmakološkega zdravljenja. V P. Jelenko Roth (ur.), Duševno zdravje v obporodnem obdobju (str. 30–47). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
2. Isik, S. N. in Bilgili, N. (2010). Postnatal depression: midwives and nurses knowledge and practices. *Erciyes medical journal*, 32 (4), 265–274.
3. Koprivnik, P. in Plemenitaš, A. (2009). Zakaj tudi v Slovenji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo? *Zdravniški vestnik*, 9 (78), 261–264.
4. Mihevc Ponikvar, B., Tomšič, S. in Drglin, Z. (2018a). Podpora ranljivim nosečnicam in materam: V dobro žens, otrok, družin in družbe. V V. Globevnik Velikonja (ur.), Prepoznavanje ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju (str. 1–12). Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu.
5. Mihevc Ponikvar, B., Tomšič, S. in Drglin, Z. (2018b). Javnozdravstveni vidiki duševnega zdravja v obporodnem obdobju. V P. Jelenko Roth (ur.), Duševno zdravje v obporodnem obdobju (str. 18–28). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
6. Mivšek, A. P. (2009). Zdravstvena in babiška nega ženske s psihično motnjo v obporodnem obdobju. V P. Pregelj in R. Kobentar (ur.), Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju (str. 213–218). Ljubljana: Psihiatrična klinika.
7. Mivšek, A. P. in Zakšek, T. (2012). Mood Disorders in the Puerperium and the Role of the Midwife: Study on Improvement of Midwives' Knowledge About Post-Natal Depression After an Educational Intervention. Pridobljeno 9. 11. 2019, s <https://www.intechopen.com/books/clinical-research-and-treatment-approaches-to-affective-disorders/mood-disorders-in-the-puerperium-and-the-role-of-the-midwife-study-on-improvement-of-midwives-knowle>.
8. Odro, A. B., Dadzie, L. K., Collins, D., Lodoiska, R. in Ryan, P. (2012). Zdravstvena nega in promocija duševnega zdravja. *Socialno delo*, 5, 337–346.
9. Podvornik, N., Globevnik Velikonja, V. in Praper, P. (2015). Depression and Anxiety in women during pregnancy in Slovenija. *Zdravstveno varstvo*, 1, 45–50.
10. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018). Uradni list RS, št. 77/08 in 46/15 (27. 3. 2018). Pridobljeno 30. 5. 2019, s <https://e-uprava.gov.si/.download/edemokracija/datotekaVsebina/323441%3Fdisposition>.

11. Vidmar Šimic, M., Velikonja Globevnik, V., Terzić, T., Rus Makovec, M. in Premru Sršen, T. (2017). Ali prepoznamo ranljivo skupino nosečnic? V A. Trojner Bregar in M. Lučovnik (ur.), Standardi in kazalniki kakovosti v perinatologiji (str. 21–26). Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino.

Obravnava starostnikov v urgentnih centrih

UDK 616-083.98-053.9

KLJUČNE BESEDE: starostniki, urgentna zdravstvena nega, starostniki v urgentnih centrih

POVZETEK - Razvite države, med katere lahko štejemo tudi Slovenijo, se dandanes soočajo s številnimi problemi, med katere spada tudi upadanje mlajše ter naraščanje starejše populacije. Zaradi vseh teh sprememb bo morala tudi Slovenija poskrbeti za razvoj starostnega varstva. Z upadanjem duševnih in telesnih sposobnosti se povečuje odvisnost od okolice. Staranje pogosto spremljajo številne zdravstvene težave, še posebej zaradi daljšanja življenjske dobe so te težave velikokrat dolgoročne in pogojene z različnimi kroničnimi boleznimi, ki potrebujejo nenehni nadzor in zmanjšajo kakovost življenja starostnika. Starostniki naletijo na težave v urgentnih ambulantah, saj le-te niso najbolj pripravljene za starejše paciente. Že dolgo čakanje, ležanje na neudobnih transportnih vozičkih in hrup v urgentnih centrih, jih spravljajo v neudoben položaj in tako povečujejo tveganje za zaplete in slabše izide. Najpogostejša stanja zaradi katerih pridejo starejši bolniki v urgentno ambulanto so poškodbe, ki nastanejo po padcu, boleznimi dihal, bolečina v prsnem košu, bolečina v trebuhu, infekcije sečil, krvavitve v črevesju, možganska kap. Starejši pacienti na urgencah doživljajo še poseben stres, saj je tam pogosto gneča in hrup, nimajo osebne prostora, težko je poskrbeti za zasebnost. Pogosto je tudi otežena komunikacija, saj so starejši ljudje v urgentni center velikokrat pripeljani brez očal ali slušnih aparatov.

UDC 616-083.98-053.9

KEYWORDS: elderly, urgent health care, elderly in emergency centers

ABSTRACT - Developed countries, including Slovenia, nowadays face many problems, one of which is the decline of the younger population and the growth of the older population. Due to all these changes, Slovenia will also have to take care of the development of old-age care. With the decline of mental and physical abilities, the dependence on the environment increases. Aging is often accompanied by a number of health problems; especially due to the prolongation of life expectancy, these problems are often long-term and conditioned by various chronic diseases that need constant monitoring and reduce the quality of life of the elderly. Elderly people encounter some problems at emergency rooms, since these are not best prepared for elderly patients. Long waits, lying in uncomfortable transport carts and noise in emergency centers put them in an uncomfortable position, thus increasing the risk of complications and worse outcomes. The most common conditions that cause elderly patients to come to the emergency room are injuries that occur after a fall, respiratory disease, chest pain, abdominal pain, urinary tract infections, bleeding in the intestines and stroke. Elderly patients in emergency rooms experience special stress, as it is often a crowded and noisy place, they have no personal space and it is difficult to preserve privacy. Communication is also often difficult as older people are often brought to the emergency room without glasses or hearing aids.

1 Uvod

Star človek se sooča z zdravstvenimi in starostnimi težavami, zato potrebuje tujo pomoč, pri tem pa lahko izgubi individualno samostojnost. Po drugi strani mu različne oblike pomoči, ki obstajajo danes, v starosti omogočajo lažje in kakovostnejše življenje. V starosti je marsikdo še dovolj zdrav za kakovostno, tudi še ustvarjalno in samostojno življenje. Po drugi strani pa ni zanemarljiv delež tistih, ki so že povsem odvisni od pomoči bližnjih zaradi posledic različnih bolezni. Kot so različne ohranjene zmožnosti starostnikov, so tudi različne njihove potrebe. Nekaterim zadošča že samo občutek, da se lahko, v primeru hujših težav, zanesejo na skrbne

otroke in vnuke, drugim pa ni več mogoče zagotoviti dovolj kakovostnega življenja v domačem okolju in so zato prisiljeni odločiti se za bivanje v domovih starejših občanov.

2 Starost in staranje slovenske družbe

Starost lahko danes dojemamo na različne načine; težko je namreč postaviti mejo, kdaj naj bi se človek začel pripravljati na starost. Vendar se večina raziskav o starostnikih dandanes ukvarja z ljudmi, ki so stari 65 let in več (Hlebec idr., 2003, str. 15). Taka kronološka opredelitev je v tesni zvezi s politiko in normami, povezanimi z upokojitvijo ter zakonodajo.

Prvi znaki staranja se pokažejo okrog petdesetega leta, ko ženska stopi v klimakterij, moški pa predvsem psihično občuti upadanje življenjske moči in sposobnosti daljše koncentracije. Takrat naj bi se človek začel pripravljati na starost in na to, kako bo preživel starostno obdobje. Prelomnico gotovo predstavlja upokojitev, za katero vsak posameznik ve, kdaj ga čaka (Pečjak, 1998, v Janež, 2004, str. 6). V osnovi pa lahko starost opredeljujemo na tri načine (Hojnik - Zupanc, 1997, v Janež, 2004, str. 7): kronološko, to je, koliko je človek star po koledarju, biološko, to je, koliko je staro človekovo telo glede na pravilno delovanje osnovnih telesnih funkcij in celičnih procesov ter psihološko-doživljajsko, to je, koliko se človek počuti starega. Hojnikova navaja tudi, da je v Sloveniji indentificirana:

- mlajša skupina, opredeljena s kronološko starostjo od 60 (65) do 75 (80) let, za katero je značilna:
 - fizična in mentalna vitalnost;
 - zmanjšana aktivnost po upokojitvi, spremenjeni vzorci aktivnosti in smer socialne akcije (usmerjenost v družino);
 - skoraj v celoti so identificirani kot upokojenci;
 - ugodnejši socialno ekonomski status kot pri starejši skupini;
 - potrošniški način življenja;
 - racionalen pogled na prihodnost (za onemogle stare ljudi se jim zdi dom idealna rešitev), in
- starejša skupina, opredeljena s kronološko starostjo 75 let in več, za katero je značilno:
 - pogostejše zdravstvene težave;
 - zmanjšanje telesne dejavnosti in sposobnosti komuniciranja z okoljem;
 - pogostejše izražanje osamljenosti pri ženskah kot pri moških;
 - večina v starejši skupini živi samih, medtem ko so mlajši bolj zaposleni z vnuki ali pa živijo z otroki;
 - socialno ekonomski status je slabši kot pri mlajši skupini;
 - na svojo prihodnost gledajo emocionalno (izrazita je želja ostati čim dlje doma, edini izhod v primeru bolezni vidijo v domu za ostarele, izražajo pa bojazen o nezadostnih materialnih sredstvih za oskrbnino).

Zaradi podaljšanja življenjske dobe, padca rodnosti, nizke natalitete in upada emigracije prebivalstva število starih v razvitem svetu hitro narašča. Pri tem Slovenija ni izjema. Še posebej zadnja desetletja se prebivalstvo v Sloveniji izrazito hitro stara. O stari družbi govorimo, ko je odstotek prebivalstva, starega nad 65 let, višji od sedem odstotkov. V Sloveniji je bilo že leta 1991 11% prebivalstva starega 65 let in več, zato lahko rečemo, da je Slovenija, tako kot večina razvitih evropskih držav, dežela starega prebivalstva. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije lahko tudi v prihodnje pričakujemo močno naraščanje števila starejših ljudi (Janež, 2004, str. 7).

2.1 Bolezni, ki znižujejo kakovost življenja starostnikov

Na kakovostno življenje posameznika vplivata predvsem dobro počutje in zadovoljstvo z lastnim življenjem, to stanje pa je definirano s strani različnih dejavnikov, kot so zdravje, socialni položaj posameznika, okolje, v katerem oseba živi, družabno življenje, življenjske navade posameznika, idr.

Staranje pogosto spremljajo številne zdravstvene težave, še posebej zaradi daljšanja življenjske dobe pa so te težave velikokrat dolgoročne in pogojene z različnimi kroničnimi boleznimi, ki poslabšajo funkcijo organizma, potrebujejo nenehen nadzor in zmanjšajo kakovost življenja starostnika. Zaradi daljšanja življenjske dobe in bolezni, ki jih to prinese, starejši ljudje potrebujejo vedno več strokovne in poglobljene zdravstvene oskrbe (Železnik, 2010, str. 25–26).

Kakovost življenja starostnikov je odvisna tako od telesnih kot duševnih funkcij, ki pa so nemalokrat ohromljene zaradi bolezni. Zaradi njih se spreminjajo čustva, motivacija in celotna osebnost, sposobnost samooskrbe se s starostjo manjša in poveča se odvisnost od okolice. To so večinoma kronična obolenja, ki pa jih je z ustreznim zdravljenjem in rehabilitacijo mogoče obvladovati. Pahor in sodelavci (2009) opisujejo tudi, da starejši veliko pogosteje kot mlajša populacija potrebujejo zdravstvene storitve, slabše ocenjujejo svoje zdravje in v zvezi s tem pogosto potrebujejo formalne in neformalne oblike opore.

Med pogosteje spremljajoče kronične bolezni starostnikov Železnik (2010, str. 27) uvršča povišan krvni tlak, obolenja dihal, rakasta obolenja, bolezni srca in ožilja, depresijo, kronične degenerativne bolezni, sladkorno bolezen, aterosklerozo, osteoporozo in druge. Poleg navedenih bolezni pa starostnikom kakovost staranja poslabšujejo še izguba vida, sluha, slabše fizične sposobnosti in duševne bolezni, kot so demenca, Alzheimerjeva in Parkinsonova bolezen.

2.2 Čustvene stiske v starosti

Stari ljudje se težko prilagajajo stresu, kar lahko sproža dolgotrajne negativne emocije, ki lahko poslabšajo njihovo telesno in duševno stanje. Vendar se tudi dojemanje stresa s starostjo spremeni, saj so starejši ljudje navajeni, da učinkovito odbijajo stres. To pa seveda ne velja za hude starostne strese, še posebej ob izgubi partnerja. Najpogostejša reakcija na stres, še posebej na smrt ljubljenih oseb, sta žalost in depresija. Najhujša posledica depresije pa je samomor. Nekateri dejavniki tveganja so tako močni, da lahko sprožijo motnje v vedenju. Starostniki se težje spoprijemajo z večjimi življenjskimi spremembami, vendar ravno v obdobju starosti se morajo z njimi soočiti, jih čustveno predelati v sebi in sprejeti, pravi Pečjak (2007, str. 149), in ugotavlja, da tisti stari ljudje, ki so že po naravi bolj pozitivno naravnani, predelujejo spremembe hitreje in manj stresno, tisti, ki pa imajo šibko samozaupanje vase, z nizkim samospoštovanjem, pa prej reagirajo na stresne situacije z negativnimi čustvi.

Večina starostnikov gre skozi velike življenjske spremembe kot so upokojitev, odhod otrok od doma, smrt partnerja in bolezni, vendar jih najbolj prizadene izguba samostojnosti pri skrbi zase. S tem vsak izgubi svojo avtonomnost, samostojnost in tudi dostojanstvo. Gotovo so to sprožilniki negativnih čustev, kako se bo z njimi soočal, pa je odvisno od veliko faktorjev. Med najpomembnejšimi je gotovo njegova osebna naravnost, drugi odločilen faktor pa je socialna opora, kjer ima glavno vlogo družina. Doživljanja in sprejetja dejstev vplivajo na to, kako bo posameznik sprejel npr. bivanje v domu starejših občanov. Tudi pri odločitvi za bivanje v domu se pri starostniku sprostijo močne emocije, ki so v začetku velikokrat negativne, saj jih je strah, doživljajo žalost, grozo, depresijo, občutek ničvrednosti, ponižanosti in predvsem nemoči (Pečjak, 2007, str. 135).

2.3 Dejavniki tveganja

Glede na osrednjo vlogo neodvisnosti Kavčič (2011, str. 179) tveganja razvršča na zdravstveni, finančni, socialni in strukturni ravni, in sicer:

- *za zdravje*: padec, nesreča in poškodbe, bolezen, prekrivanje več zdravstvenih težav hkrati, neustrezno jemanje zdravil in stranski učinki, podhranjenost, dehidracija, podhladitev, neustrezne bivanjske razmere, gibalne težave, nemobilnost, pozabljivost, prezahtevno negovalno delo, slabšanje zdravja zaradi posledic težke delovne zgodovine;
- *socialna*: konflikti, nasilje, izguba partnerja, razpad omrežja, osamljenost, preselitev v novo okolje, obremenjujoči, neizpolnjujoči odnosi, nepripravljenost na starost;
- *strukturna*: neustrezen zdravstveni sistem, javni promet, dostopnost storitev (trgovina, zdravstveni dom, pošta, banke), spremembe sistemov državne blaginje (pokojninski, zdravstveni), hitre družbene in tehnološke spremembe;
- *finančna*: (pre)majhna pokojnina, pomanjkanje sredstev, nezmožnost dela za dodaten zaslužek, povečane finančne potrebe zaradi zdravstvenega stanja, nezmožnost upravljanja s financami, revno omrežje, kreditna nesposobnost.

3 Urgentna zdravstvena nega

Nujna medicinska pomoč obsega izvedbo nujnih zdravstvenih storitev, katerih opustitev bi v kratkem vodila v nepopravljivo in hudo okvaro zdravja ali smrt pacienta. Namenjena je vsem osebam v vseh starostnih obdobjih, ki so zaradi poškodbe, bolezni ali zastrupitve neposredno življenjsko ogrožene oziroma pri katerih bi glede na bolezenske znake v kratkem času lahko prišlo do take ogroženosti (Kobilšek in Fink, 2017, v Kmetič, 2018, str. 2). Urgentna zdravstvena nega je celostna obravnava pacientov v vseh starostnih obdobjih. Velikokrat je urgentna zdravstvena nega nenačrtovana, epizodna in akutna po svoji naravi, zato je za razliko od katere koli druge veje zdravstvene nege v zahtevah, ki jih postavlja na zdravstveno osebje veliko bolj obremenjujoča (Johnson in Wilson, 2011, v Kmetič, 2018, str. 2).

Kobilšek in Fink (2017, v Kmetič, 2018, str. 3) opisujeta, da je urgentni center organizacijska oblika nujne medicinske pomoči, kjer se zadržujeta predbolnišnična in bolnišnična nujna pomoč, namenjen pa je oskrbi in sprejemu urgentnih pacientov.

Paakkonen (2008, v Kmetič, 2018, str. 2) je opisal sposobnosti, ki jih potrebuje vsaka medicinska sestra. Razdelil jih je v dve skupini:

- Med osnovne sposobnosti medicinske sestre v urgentni dejavnosti prišteva strokovna znanja s področja urgentne zdravstvene nege, kognitivne sposobnosti, sposobnost zagotavljanja pacientove varnosti in sposobnost ostajati v koraku s sodobnimi smernicami.
- Med zahtevnejše sposobnosti pa uvršča hitro oceno pacientovega stanja, ustrezno prepoznavanje stopnje pacientove ogroženosti ter neodvisno odločanje.

3.1 Starostniki v urgentnih ambulantah

V naši populaciji je čedalje več starostnikov in s tem seveda narašča tudi njihov obisk v urgentnih ambulantah. Starostniki naletijo na težave v urgentnih ambulantah, saj le-te niso najboljše pripravljene za starejše paciente. Že dolgo čakanje, ležanje na neudobnih transportnih posteljah in hrup v urgentnih centrih, jih spravljajo v neudoben položaj in tako povečujejo tveganje za zaplete in slabše izide. Največkrat iščejo pomoč na urgenci zaradi poslabšanja obstoječe bolezni, ali ko bolezen tako vpliva na njih, da ne zmorejo več izvajati svojih vsakodnevnih aktivnosti. Najpogostejša stanja zaradi katerih pridejo starejši bolniki v urgentno ambulanto so poškodbe, ki nastanejo po padcu, bolezen dihal, bolečina v prsnem košu, bolečina v trebuhu, infekcije sečil, krvavitve v črevesju, možganska kap. Velika večina starejših

bolnikov z obiskom pri zdravniku čaka toliko časa, da se jim zdravstveno stanje zelo poslabša, ker ne želijo »nadlegovati« njihovega osebnega zdravnika. Skoraj 80% starostnikov nad 70 let ima vsaj eno od kroničnih bolezni (artritis, povišan krvni tlak, srčne bolezni, sladkorna bolezen, pljučna bolezen ali rak). Spremljajo jih tudi karakteristike, ki veljajo za njih, to so, da bodo zaposleni v urgentnih centrih porabili več časa za starejše paciente, kot za mlajše, in da bo v nadaljnjo obravnavo na bolnišničnih oddelkih sprejetih več starostnikov kot mladostnikov, predpisanih jim bo večje število zdravil, njihovi simptomi bolezni so lahko manj specifični (Nolan, 2009, str. 15).

Raziskave iz ZDA so pokazale, da obiski urgentnih ambulant dramatično naraščajo s staranjem prebivalstva. Starejši od 85 let pridejo na urgenco najmanj 2-krat na leto. Pacienti, ki so starejši od 65 let, predstavljajo 16 % populacije v urgentnih ambulantah. Sprejemi v bolnišnično obravnavo so narasli iz 32 % na 46 %. 9 % pacientov je prišlo iz domov za starejše občane, ta številka pa še narašča. Bolj pogosto je, da starejše paciente pripeljejo z reševalnim vozilom, največkrat imajo življenjsko ogrožajoče stanje, ali potrebujejo nujno medicinsko obravnavo. Preživijo tudi več časa na urgenci, kot ostali pacienti, prav tako so večinoma zahtevnejši za zdravstveno oskrbo (Larsson Kihlgren idr., 2004, str. 169–172).

Cederbom (2014) in drugi so raziskovali kronične bolečine pri ženskah, ki živijo same. V povprečju so bile ženske v raziskavi stare 81 let in so živele z bolečino približno 21,5 let. Poročale so o čustveni stiski, slabih mislih, strahu pred gibanjem, njihovo gibanje je bilo ovirano zaradi bolečine, imele so nizko stopnjo morale. V povprečju so imele postavljene 4 medicinske diagnoze, najpogosteje so se pojavljala srčno-žilna obolenja, mišično-skeletna obolenja in nevrološke bolezni. V povprečju so imele 9 predpisanih zdravil.

Starejši ljudje na urgencah doživljajo še poseben stres, saj je tam načeloma gneča in hrup, osebnega prostora ni, težko je poskrbeti za zasebnost. Pogosto je tudi otežena komunikacija, saj so starejši ljudje na urgenco največkrat pripeljani brez očal ali slušnih aparatov. Lahko se pojavijo tudi težave s kožo, in bolečine v hrbtu, saj na transportnih posteljah zelo težko spreminjajo položaje.

Če se zdravnik odloči, da bo bolnik nadaljeval zdravljenje na bolniškem oddelku, potem je o tem potrebno obvestiti pacienta in pridobiti njegovo soglasje. Prav je tudi, da bolniku omogočimo, da o tem seznanimo družinske člane, prijatelja, soseda, ali skrbnika. Tudi če je pacient napoten na urgenco iz doma starejših občanov, ali kakšne druge podobne institucije, moramo obvestiti tamkajšnjo odgovorno osebo, da bo pacient ostal v bolnišnici. Če pa se zdravnik odloči, da gre lahko bolnik iz urgentne ambulante domov in tam nadaljuje zdravljenje, pa mora pacient dobiti usta in pisna navodila o tem kakšna zdravila mora jemati in kdaj ter koliko, če je prišel zaradi poškodbe, mu dodamo tudi list kjer piše kako naj ravna. Zaželeno je, da je ob takšnem bolniku tudi kdo izmed bližnjih, da vse to razložimo tudi njemu, da se izognemo stresu, ki bi ga bolnik doživel, če bi se ustrašil, da je kaj pozabil. Povemo mu tudi, da mora izvid iz urgentne ambulante odnesti k svojemu izbranemu zdravniku.

4 Zaključek

Družina je zelo pomemben člen posameznikovega življenja in družbe za zagotavljanje zdravja in kakovosti življenja, in dejstvo je, da upad telesnih in duševnih funkcij vodi v odvisnost od okolice. Ob tem pa tudi strokovnjaki vse bolj opozarjajo na to, da se poleg rasti deleža starega števila prebivalstva družba sooča z razpadanjem medgeneracijske solidarnosti in poudarja, da je tradicionalna skrb družine in sosedstva za onemoglega starega človeka vedno manjša.

Ker staranje pogosto spremljajo številne zdravstvene težave, le-e povečujejo potrebo po zdravstvenem varstvu. To so kronične bolezni in invalidnost, ki imajo velik vpliv na upadanje

duševnih in telesnih sposobnosti, zaradi katerih se spreminjajo čustva, motivacija in celotna osebnost. Tudi sposobnost samooskrbe se s starostjo manjša in poveča se odvisnost od okolice. Kronične nenalezljive bolezni lahko čedalje bolj obvladujemo s pomočjo sodobne medicine, zdravil, programov za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni in z življenjskim slogom. Vse to pa so razlogi, da se obolevnost čedalje bolj pojavlja v kratkem času pred koncem življenja v pozni starosti, zato so potrebe po oskrbi onemoglih starih ljudi vedno večje.

LITERATURA

1. Cederbom, S., Soderlund, A., Denison, E. in Van Heideken Wagert, P. (2014). Chronic pain among older women living alone. *European Journal of Physiotherapy*, (16), 139–150.
2. Hlebec, V., Ličer, N., Nagode, M., Bitenc, K. in Krambereger, A. (2003) Uporaba alarmnega sistema kot sredstva večje samostojnosti starostnikov: Vrednotenje 10 letnega delovanja alarmnega sistema kot sredstva za zagotavljanje kakovosti bivanja v tretjem življenjskem obdobju. (Zaključno poročilo). Ljubljana: Center za metodologijo in informatiko.
3. Janež, N. (2004). Kakovost bivanja starostnikov in predsodki, ki jih imajo starejši v zvezi z domovi za ostarele (Diplomska naloga). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
4. Kavčič, M. (2011). Vsakdanja tveganja starejših ljudi: Obravnava koncepta in življenjskih situacij starejših. V S. Mandič in M. Filipovič Hrast (ur.), *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb* (str. 161–204). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
5. Kmetič, P. (2018). Stres in obremenjenost osebja zdravstvene nege v urgentni dejavnosti (Diplomska naloga). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
6. Larsson Kihlgren, A., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palblad, B. in Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scand J Caring Sci*, 18 (2), 169–176. Pridobljeno 24. 11. 2019, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15147480>.
7. Nolan, M. R. (2009). Older patients in the Emergency Department: what are the risks? *Journal of gerontological nursing*, 35 (12), 8–14. Pridobljeno 23. 11. 2019, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106759892&site=ehost-live>.
8. Pahor, M., Domanjko, B. in Hlebec, V. (2009). Spleti zdravja in bolezni: socialna omrežja starejših kot dejavniki zdravja. V V. Hlebec (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb* (str. 221–236). Maribor: Aristej.
9. Pečjak, V. in Pečjak, M. (2007). *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba.
10. Železnik, D. (2010). Pomen izobraževanja študentov za zdravstveno nego starega človeka. V S. Hvalič Touzery (ur.), *Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika* (str. 36–46). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
11. Žlender, M. (2016). *Analiza temeljnih procesov v novoustanovljenih urgencah v Sloveniji* (Diplomska naloga). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Častni pokrovitelj konference

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



Sponzorji

Terme Krka, d.o.o., Novo mesto





Univerza v Novem mestu
Fakulteta za zdravstvene vede

- visokošolski strokovni študijski program
Zdravstvena nega
Fizioterapija
Fitoterapija
- magistrski študijski program
Zdravstvena nega
Integrirana zdravstvena in socialna oskrba
Vzgoja in menedžment v zdravstvu
- doktorski študijski program
Zdravstvene vede
smer: Zdravstvena nega
Fizioterapija
Edukacija v zdravstvu
Menedžment v zdravstvu
Preventiva v zdravstvu